

LUARA BRANDÃO VIVEIROS

**O QUE É NORMAL? UM ESTUDO QUALITATIVO SOBRE A ABORDAGEM DE
QUEIXAS COMPORTAMENTAIS NA INFÂNCIA EM PROGRAMAS DE
RESIDÊNCIA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE DE MINAS GERAIS**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de Viçosa, como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde para obtenção do título de *Magister Scientiae*.

Orientador: Leandro David Wenceslau

Coorientadoras: Débora Carvalho Ferreira
Luciene Muniz Braga Daskaleas

**VIÇOSA – MINAS GERAIS
2023**

**Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Central da Universidade
Federal de Viçosa - Campus Viçosa**

T

V857q
2023

Viveiros, Luara Brandão, 1990-

O que é normal? Um estudo qualitativo sobre a abordagem de queixas comportamentais na infância em programas de residência de medicina de família e comunidade de Minas Gerais / Luara Brandão Viveiros. – Viçosa, MG, 2023.

1 dissertação eletrônica (112 f.): il. (algumas color.).

Inclui apêndices.

Orientador: Leandro David Wenceslau.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Viçosa, Departamento de Medicina e Enfermagem, 2023.

Referências bibliográficas: f. 94-102.

DOI: <https://doi.org/10.47328/ufvbbt.2023.558>

Modo de acesso: World Wide Web.

1. Saúde mental infantil. 2. Transtornos do comportamento infantil. 3. Poder familiar. 4. Medicina de família e comunidade. 5. Internato e residência. I. Wenceslau, Leandro David, 1979-. II. Universidade Federal de Viçosa. Departamento de Medicina e Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde. III. Título.

CDD 22. ed. 618.9289

Bibliotecário(a) responsável: Bruna Silva CRB-6/2552


LUARA BRANDÃO VIVEIROS

O QUE É NORMAL? UM ESTUDO QUALITATIVO SOBRE A ABORDAGEM DE QUEIXAS COMPORTAMENTAIS NA INFÂNCIA EM PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE DE MINAS GERAIS


Dissertação apresentada à Universidade Federal de Viçosa, como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, para obtenção do título de *Magister Scientiae*.

APROVADA: 28 de agosto de 2023.

Assentimento:

Documento assinado digitalmente
 LUARA BRANDAO VIVEIROS
Data: 06/10/2023 15:28:42-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Luara Brandão Viveiros
Autora

Documento assinado digitalmente
 LEANDRO DAVID WENCESLAU
Data: 06/10/2023 17:05:10-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Leandro David Wenceslau
Orientador

À Lara por ser a minha maior motivação.

AGRADECIMENTOS

“É preciso uma aldeia inteira para educar uma criança”.

(Provérbio africano)

À Força Divina que me guia, impulsiona e ilumina todos os dias.

À Vó Madalena, pelo exemplo de força e por ser a responsável pela minha vida rodeada de crianças. Obrigada por ser inspiração até durante sua despedida desse plano enquanto eu escrevia este trabalho.

À toda minha família por ser a aldeia que possibilitou que essa pesquisa fosse realizado enquanto minha criança recebia tanto cuidado e amor, sem vocês não teria sido possível!

Em especial ao Fábio, meu marido e parceiro em todos os momentos, sem o qual eu sequer teria tido a motivação para iniciar esta trajetória, obrigada por sempre confiar no meu potencial, me incentivar e estar ao lado para que os meus projetos possam se concretizar.

Aos meus pais por tanto apoio em todo o meu caminho, por serem minha ajuda garantida em qualquer situação, por todo o encorajamento e por nunca me deixarem duvidar que era possível.

À minha irmã e meu irmão por também serem meu socorro em muitas situações e por não medirem esforços para me auxiliar.

As minhas tias, primas, sogros e cunhada por todo colo, brincadeiras e disponibilidade com a Lara enquanto eu escrevia tantas páginas que seguem, a ajuda de vocês foi fundamental para esta conquista!

Em especial à Marina, por anos atrás me apresentar o tema da parentalidade que me trouxe tanta reflexão sobre o universo infantil e a relação adulto-criança, você plantou a semente que floresceu neste trabalho.

Ao meu orientador e co-orientadora pela orientação respeitosa e empática e por se

cativarem comigo pelo tema da pesquisa, vocês foram os melhores guias possíveis nesta trilha desafiadora do mestrado profissional.

Aos preceptores e residentes participantes da pesquisa pela disponibilidade e atenção, e aos demais colegas da MFC pelo incentivo.

Às amigas mães por serem rede de apoio para a saúde mental, por acolherem os desabafos e dividirem comigo as alegrias e dificuldades. Navegar nas águas da maternidade e da educação respeitosa é mais tranquilo junto com vocês.

À Universidade Federal de Viçosa, pela oportunidade de realizar a pós- graduação.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES).

“Todas as pessoas grandes foram um dia crianças – mas poucas se lembram disso.” (O Pequeno Príncipe)

RESUMO

VIVEIROS, Luara Brandão, M.Sc., Universidade Federal de Viçosa, agosto de 2023. **O que é normal? Um estudo qualitativo sobre a abordagem de queixas comportamentais na infância em programas de residência de medicina de família e comunidade de Minas Gerais.** Orientador: Leandro David Wenceslau. Coorientadoras: Débora Carvalho Ferreira e Luciene Muniz Braga Daskaleas.

Este estudo investigou a abordagem de queixas de comportamento infantil e orientação parental em programas de residência em Medicina de Família e Comunidade de Minas Gerais. Queixas sobre o comportamento da criança e dificuldades em educar são comuns durante consultas médicas. Estudos demonstram que a vivência de situações psicossociais adversas traz desfechos negativos para a criança, para saúde física e mental, e que a parentalidade pode afetar diretamente a autoestima, regulação emocional e o bem estar. É importante que os profissionais de saúde estejam aptos a abordar o comportamento e a saúde mental na infância de forma eficaz e promover a interação saudável entre pais e filhos. O objetivo do estudo foi descrever e analisar as representações de preceptores e residentes de programas de residência em Medicina de Família e Comunidade de Minas Gerais sobre a abordagem de queixas de comportamento na infância e orientação parental. Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa do tipo descritiva, conduzida a partir de entrevistas de aprofundamento com residentes e preceptores de três programas de residência em MFC do estado de Minas Gerais. Utilizou-se como referência roteiros semiestruturados de aprofundamento que continham uma situação de atendimento aos residentes e de ensino para os preceptores. O material foi codificado e categorizado segundo os princípios da análise temática de Braun e Clarke. A análise das entrevistas permitiu compreender que os entrevistados reconhecem que queixas sobre o comportamento infantil são demandas frequentes nas consultas de crianças na APS, e utilizam diversos procedimentos de avaliação e manejo para a abordagem dos casos. Entretanto, manifestam insegurança em relação ao diagnóstico do comportamento, e desejam conhecer algum referencial que auxilie na diferenciação do comportamento infantil normal de situações em que há transtorno. Os entrevistados que, por iniciativa própria, estudaram sobre parentalidade e conheciam algum referencial teórico sobre o tema não compartilhavam esta insegurança presente na maioria das entrevistas. Diante dos resultados e limitações da pesquisa, reconhece-se a necessidade de novos estudos sobre o tema, especialmente aprofundando na compreensão da insegurança dos profissionais diante das queixas de comportamento infantil. Além disso, evidencia-se a necessidade da inclusão da discussão

sobre a abordagem do comportamento nas consultas de crianças no currículo formal dos programas de residência de medicina de família e comunidade, dada a relevância do treinamento para orientação parental como uma estratégia de abordagem familiar.

Descritores: Saúde Mental. Transtornos do Comportamento Infantil. Poder Familiar. Medicina de Família e Comunidade. Educação Médica. Residência Médica. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

VIVEIROS, Luara Brandão, M.Sc., Universidade Federal de Viçosa, August 2023. **What is normal? A qualitative study on the approach to behavioral complaints in childhood in family physician residency programs in Minas Gerais.** Adviser: Leandro David Wenceslau. Co-advisers: Débora Carvalho Ferreira and Luciene Muniz Braga Daskaleas.

This study investigated the approach to complaints of child behavior and parental guidance in Family and Community Medicine residency programs in Minas Gerais, Brazil. Complaints about child behavior and difficulties in parenting are common during medical consultations. Studies demonstrate that experiencing adverse psychosocial situations leads to negative outcomes for the child's physical and mental health, and parenting can directly affect self-esteem, emotional regulation, and well-being. It is essential for healthcare professionals to be capable of effectively addressing childhood behavior and mental health and promoting healthy parent-child interactions. The aim of this study was to describe and analyze the representations of preceptors and residents in Family and Community Medicine residency programs in Minas Gerais regarding the approach to childhood behavior complaints and parental guidance. This qualitative, descriptive research was conducted through in-depth interviews with residents and preceptors from three Family and Community Medicine programs in the state of Minas Gerais. Semi-structured interview guides were used, containing scenarios for residents and teaching situations for preceptors. The data were coded and categorized according to the principles of thematic analysis by Braun and Clarke. The analysis of the interviews revealed that the participants recognize that complaints about child behavior are frequent demands in pediatric consultations in primary care. They employ various assessment and management procedures to address these cases. However, they express insecurity in diagnosing behavior issues and wish to have a reference that helps differentiate normal child behavior from situations involving disorders. The few interviewees who independently studied parenting and were familiar with theoretical frameworks on the subject did not share the insecurity present in most of the interviews. Considering the results and limitations of the research, there is a recognized need for further studies on the topic, especially delving into understanding the professionals' insecurity when dealing with complaints about child behavior. Additionally, there is a need to include discussions about addressing child behavior in pediatric consultations within the formal curriculum of Family and Community Medicine residency programs. This is due to the relevance of training in parental guidance as a family-oriented approach strategy.

Descriptors: Mental Health. Child Behavior Disorders. Parenting. Family Practice. Education, Medical. Internship and Residency. Primary Health Care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figuras:

- Figura 1** – Visão e abordagem do comportamento infantil pelos entrevistados..... 60
- Figura 2** – Interação de fatores biológicos, psicológicos e sociais no desenvolvimento de transtornos mentais..... 61
- Figura 3** – Esferas de influência para a saúde mental infantil..... 65
- Figura 4** – Estrutura para avaliação da criança no ambiente doméstico..... 72
- Figura 5** – Sinais que fazem o MFC questionar o bem-estar infantil..... 73
- Figura 6** – Comportamento disruptivo ou desafiador apropriado para a idade em crianças e adolescentes..... 78
- Figura 7** – Medos e ansiedades apropriados para a idade em crianças e adolescentes..... 79
- Figura 8** – Razões para o aumento de diagnósticos em saúde mental infantil..... 80

Quadros:

- Quadro 1** – Morbidade pediátrica conforme a época..... 23

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição de entrevistados em cada programa de residência.	31
Tabela 2 – Queixas de comportamento mais frequentes nas consultas de residentes e preceptores.....	40
Tabela 3 – Recursos de manejo citados e sua frequência nos dois grupos de participantes....	44

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AAFP	do inglês: <i>American Academy of Family Physicians</i>
APS	Atenção Primária à Saúde
CAB	Caderno de Atenção Básica
CEP	Conselho de Ética e Pesquisa
CNRM	Comissão Nacional de Residência Médica
COVID-19	do inglês: <i>coronavirus disease 2019</i>
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
DSS	Determinantes Sociais da Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HOME	do inglês: <i>Home Observation for Measurement of the Environment</i>
MCCP	Método Clínico Centrado na Pessoa
MFC	Medicina de Família e Comunidade
MI-mhGAP	Manual de Intervenções para transtornos mentais, neurológicos e por uso de álcool e outras drogas na rede de atenção básica à saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
RMMFC	Residência Médica de Medicina de Família e Comunidade
SBMFC	Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade
SIFE	Acrônimo para as palavras: sentimentos, ideias, funcionalidade, expectativas
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDAH	Transtorno do déficit de atenção/hiperatividade
TEA	Transtorno do espectro autista
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFV	Universidade Federal de Viçosa
WHO	do inglês: <i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	16
2	REVISÃO DE LITERATURA.....	18
2.1.	“DESCOBRIMENTO” DA INFÂNCIA	18
2.2.	A INFÂNCIA NA SOCIOLOGIA: A CRIANÇA COMO SUJEITO.....	18
2.3.	O OLHAR PARA A SAÚDE DA CRIANÇA	19
2.4.	MODELO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA CRIANÇA NO BRASIL	21
2.5.	ABORDAGEM DO COMPORTAMENTO INFANTIL PELOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE	23
2.6.	ABORDAGEM DE QUEIXAS COMPORTAMENTAIS DE CRIANÇAS NA APS ..	25
2.6.1	Condições positivas encontradas na APS e fragilidades na abordagem realizada	25
2.6.2	Desafios enfrentados para abordagem comportamental infantil na APS	27
3	OBJETIVOS	29
3.1.	OBJETIVO GERAL	29
3.2.	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	29
4	MATERIAL E MÉTODOS.....	30
4.1.	ORIENTAÇÃO DO ESTUDO.....	30
4.2.	CENÁRIO	30
4.3.	PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	31
4.4.	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	32
4.5.	ENTREVISTAS E ANÁLISE DO MATERIAL EMPÍRICO	32
4.6.	ASPECTOS ÉTICOS.....	33
4.6.1.	Possíveis Riscos	34
4.6.2.	Possíveis Benefícios	34
5	RESULTADOS	35
5.1.	ARTIGO.....	35
5.2.	PRODUTO TÉCNICO	57
6	DISCUSSÃO	59
6.1.	SÍNTESE DOS RESULTADOS.....	59
6.2.	PROBLEMAS MAIS COMUNS DE COMPORTAMENTO INFANTIL NA APS...	62
6.3.	DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE, AMBIENTE FAMILIAR E COMPORTAMENTO INFANTIL	63
6.4.	A ABORDAGEM DE PROBLEMAS DE COMPORTAMENTO INFANTIL NA APS	69
6.4.1.	A avaliação das queixas de comportamento infantil: o ambiente e a família	69

6.4.2. O manejo de problemas de comportamento infantil – Ferramentas gerais e orientação parental	74
6.4.3. Dificuldades para a abordagem do comportamento infantil na APS – De questões estruturais à falta de conhecimento	76
6.5. DEMANDAS FORMATIVAS – COMO DISTINGUIR O NORMAL DO PATOLÓGICO?	81
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	90
REFERÊNCIAS	94
APÊNDICE A	103
APÊNDICE B	105
APÊNDICE C	107
APÊNDICE D	109
APÊNDICE E	110

1 INTRODUÇÃO

Sempre estive rodeada de crianças, por ter uma família numerosa e que trabalha com a educação infantil, o que me propiciou um olhar empático para a infância. Minha atuação como médica de família e comunidade no Sistema Único de Saúde (SUS) me permitiu o contato com crianças e famílias no contexto do cuidado. Como preceptora de um programa de Residência Médica de Medicina de Família e Comunidade (RMMFC), pude refletir sobre o processo de ensino-aprendizagem em relação às demandas prevalentes em consultas infantis na Atenção Primária à Saúde (APS), com destaque para abordagem de dificuldades apresentadas pelas famílias em lidar com o comportamento das crianças.

Queixas sobre o comportamento de crianças e dificuldades em educar são temas comumente trazidos por pais ou cuidadores durante as consultas, buscando orientação profissional para lidar com as situações desafiadoras (BAX et al., 2018; KAVAN; SAXENA; RAFIQ, 2018). Questões sobre recusa alimentar, resistência em seguir regras, dificuldades na hora do banho ou sono e crises emocionais após negações são relatadas com frequência como eventos estressores no núcleo familiar, na experiência da equipe da pesquisa.

Estudos demonstram que a vivência de situações psicossociais adversas traz desfechos negativos para a criança, tanto para saúde física como mental (COLEMAN et al., 2009), e que a parentalidade pode afetar diretamente a autoestima, regulação emocional e o bem estar (HUANG et al., 2019). Dessa forma se faz importante que os profissionais de saúde estejam aptos a abordar a saúde mental na infância de forma eficaz (BAX et al., 2018) e promover a interação saudável entre pais e filhos (APA, 2009).

No cenário da APS encontram-se condições ideais para realizar essas abordagens, uma vez que as crianças frequentam regularmente para consultas programadas (APA, 2009) e as famílias são acompanhadas de forma longitudinal, estabelecendo relações de confiança com os profissionais (BAX et al., 2018). Assim, os membros das equipes podem contribuir para relações positivas entre pais e filhos, fortalecendo as técnicas de educação e identificando situações de risco para intervir antes que haja abuso ou negligência (BAX et al., 2018; KAVAN; SAXENA; RAFIQ, 2018).

Assim, o médico presente nas ESF, que compõem a maior parte das unidades de APS no Brasil (NEVES et al., 2018), precisa estar preparado para abordar as queixas de comportamento comuns e identificar os transtornos mentais na infância. O médico de família e comunidade é o mais indicado para esta posição, sendo a RMMFC considerada o padrão-ouro para sua formação (MIRANDA; ROMANO, 2021).

De acordo com o Currículo Baseado em Competências da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), são consideradas competências essenciais do médico e da médica com essa especialidade: manejar os problemas de saúde mais frequentes e relevantes em crianças e adolescentes, prestar apoio familiar em situações de problemas de comportamento e conhecer e abordar as situações de risco e vulnerabilidade para maus tratos, como violência doméstica e negligência (SBMFC, 2015). Assim, subentende-se como papel essencial do MFC abordar os problemas de comportamento infantil.

O Caderno de Atenção Básica (CAB) nº 33, documento destinado à saúde da criança que visa apoiar as equipes de atenção básica no processo de qualificação do cuidado, orienta que profissionais de saúde devem destinar atenção à relação entre pais/mães e filhos e estimular o desenvolvimento da parentalidade. Neste documento, a parentalidade é definida como o conjunto de remanejamentos psíquicos e afetivos que permitem ao adulto tornar-se pai ou mãe. O CAB nº 33 atribui ainda aos profissionais o papel de “parentalização”, que seria a influência positiva que uma pessoa exerce sobre o sentimento que um adulto tem de ser pai e mãe e refere-se à vivência da identidade parental e aos sentimentos de competência dos pais com relação aos cuidados que eles dispensam à criança (BRASIL, 2012).

Dessa forma, compreender como é feita a abordagem de queixas de comportamento infantil pelos profissionais presentes nas RMMFC e a orientação parental é fundamental para qualificar o cuidado com foco em promoção de saúde infantil e orientar o aprimoramento curricular dos programas de residência. Auxiliar pais no exercício de sua parentalidade melhorando a forma como ofertam amor e disciplina reduz queixas de comportamento e dificuldades emocionais das crianças (EAPEN; GRAHAM; SRINATH, 2012).

A presente dissertação foi elaborada de acordo com as normas estabelecidas pela Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação da Universidade Federal de Viçosa – UFV. O corpo do trabalho compreende uma introdução, objetivos gerais e específicos, materiais e métodos, um produto técnico, um artigo científico, discussão e considerações finais. Como produto técnico foi realizada uma oficina com o título: “Orientação Parental Através Da Disciplina Positiva - Uma Nova Estratégia De Abordagem Familiar”. O artigo intitulado “O que é normal? Um estudo qualitativo sobre a abordagem de queixas comportamentais na infância em programas de RMMFC de Minas Gerais” foi formatado de acordo com as normas da revista Saúde e Sociedade, (Qualis A3 – Medicina I), para a qual o artigo foi submetido.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1. “DESCOBRIMENTO” DA INFÂNCIA

A percepção da infância como um estágio importante na formação do ser humano e o reconhecimento da criança como ser que necessita de atenção especial são fatos relativamente recentes na história da humanidade. No Ocidente, antes do século XVI não se fazia distinção clara entre as fases da vida, e a consciência social da época não reconhecia o período da infância como momento diferenciado na trajetória humana. As crianças eram percebidas como seres incompletos e por isso incompetentes, já que ainda precisavam crescer para serem adultos. Após a fase de dependência física da mãe os pequenos se incorporavam ao mundo dos adultos, conviviam no mesmo meio para observar os afazeres e dessa forma aprendê-los (CECCIM, 2001; NASCIMENTO; BRANCHER; OLIVEIRA, 2008).

Foi no período do Iluminismo, no século XVIII, que a infância passou a ser compreendida como uma fase da vida com necessidades específicas, a partir das ideias de proteção, amparo e dependência (CUTOLO, 2006; NASCIMENTO; BRANCHER; OLIVEIRA, 2008). Ao contrário da visão anterior do “ser incompleto”, Rosseau considerava a criança a “origem do adulto”, demarcando assim a existência do sujeito infantil. Percebe-se a importância do cuidado para transformar esse sujeito em “homem dotado de razão” (BARBOSA, 2013).

2.2. A INFÂNCIA NA SOCIOLOGIA: A CRIANÇA COMO SUJEITO

No campo da pesquisa das Ciências Sociais e Humanas, a partir do século XIX, a infância passa a ser investigada como objeto central (NASCIMENTO; BRANCHER; OLIVEIRA, 2008). Foram propostas as primeiras análises das relações entre sociedade e a infância, percebendo assim a criança como um sujeito histórico e de direitos. A evolução destes estudos, nos séculos XX e XXI, inaugura a chamada “Sociologia da Infância”, rompendo com a visão antiga da criança apenas como um “vir a ser” e reconhecendo a criança como ser completo, biopsicossocial, enfim reconhecida enquanto ator social (NASCIMENTO; BRANCHER; OLIVEIRA, 2008).

Porém, o reconhecimento da criança como ator social disparou críticas por parte de alguns autores, como Lancy (2012) e Prout (2005). Partindo do conceito de ação social proposto por Max Weber, como sendo “toda ação dotada de sentido pelo sujeito que a pratica, mas que sempre leva em conta, em seu desenvolvimento, a ação do outro”, foram levantados

questionamentos de se estaria condizente a definição da criança enquanto ator social partindo dessa conceituação de Weber (MARCHI, 2017).

Os críticos afirmam que o conceito de ação social não é discutido nos trabalhos da Sociologia da Infância, sendo apenas definido que a criança é um ator social sem maiores análises (PROUT, 2005). Outro ponto argumentado é que esta definição traria um viés de classe, incluindo as crianças de classe favorecidas, que são vistas individualizadas, mas excluindo as crianças de classes desfavorecidas, por serem menos atendidas em suas necessidades (KAZDA et al., 2021). Por fim, questiona-se se a descrição da criança como ator reflete a realidade social observada ou o desejo dos autores que defendem esta visão (MARCHI, 2017).

Em contrapartida, Marchi (2017), cientista social com pós-doutorado em sociologia da infância, em seu trabalho: “A criança como ator social - críticas, réplicas e desafios teóricos e empíricos”, após ponderar o discurso de inúmeros autores que debatem o tema, entende que a criança é um ator social independente do reconhecimento do adulto. Justifica o seu ponto pois a criança está inserida na cultura, e se comunica com outros seres sociais, assim reproduz e produz sentidos compartilhados (MARCHI, 2017). Rita Marchi cita a definição trazida por Julie Delalande:

“Uma criança é um ator quando um adulto (cidadão e/ou pesquisador) reconhece a sua capacidade de agir e permite que exerça sua ação sobre o ambiente. É um indivíduo capaz de contribuir com a sua parte no jogo social, capaz de iniciativas e de pensamentos que contribuem na construção de nossa sociedade e que são consideradas pelos adultos assim como as iniciativas adultas. (...) em suas interações com seus pares ela ajuda na construção das “culturas infantis”. (DELALANDE, 2014, p. 2)

2.3. O OLHAR PARA A SAÚDE DA CRIANÇA

Na área da saúde, também foi a partir do Iluminismo que a criança passou a ser reconhecida como foco de cuidado no Ocidente (CUTOLO, 2006). A atenção à saúde da criança inicia-se de forma higienista, motivada pela elevada mortalidade infantil até então, já que mais da metade das mortes gerais ocorria em menores de 6 anos. Assim a infância tornou-se alvo de campanhas sanitárias, recebendo pela primeira vez um olhar especial como ser biológico diferente do adulto (CECCIM, 2001; MARTINS, 2008).

Encontram-se textos médicos do século XVIII com ideias inovadoras sobre a educação das crianças, mas foi a partir do século XIX que a medicina passou a se dedicar mais ao cuidado com as crianças, com foco na forma de cuidar dos filhos em busca de uma infância saudável (MARTINS, 2008). Entre o fim do século XIX e início do século XX observa-se o nascimento

da pediatria, a partir da visão de que seria necessário um profissional destinado a esse estágio da vida (RIVOREDO, 1998; ZANOLLI; MERHY, 2001).

Nesta fase o médico assume uma posição antes ocupada por mulheres (curandeiras ou enfermeiras) para o cuidado à saúde da criança (CECCIM, 2001). Para combater as altas taxas de mortalidade infantil a pediatria se concentra em orientações sanitárias e de higiene para famílias, com foco na mãe, que recebe o papel de responsável por garantir a sobrevivência dos filhos com saúde. Percebe-se uma fase em que o cuidado tinha o foco na educação em saúde, sendo os médicos os mestres que transmitiam às mães os ensinamentos sobre seu papel. Esse movimento de transmissão de conhecimentos ficou conhecido como “Pedagogia Materna” (MARTINS, 2008).

Esse processo de ensino de práticas higienistas aos cuidadores é chamado por Foucault de “Medicalização da Família” (FOCAULT, 1984). Ele considera que essa nova forma de cuidar da criança, vista como proteção, também se trata de uma forma de poder sobre as famílias, visto que os profissionais com apoio do Estado ditavam as normas para vida familiar. Neste contexto surgem inúmeros “manuais de puericultura”, publicações que condensavam conselhos de cuidados morais e higiênicos com as crianças, estendendo as orientações médicas para fora dos consultórios (LIMA, 2007).

Acredita-se que o termo “puericultura” surgiu na segunda metade do século XIX, sendo definida como “área da higiene relacionada com crianças sadias”. O fim deste século evidencia um aumento crescente no interesse médico pelo cuidado à infância, com o surgimento de grupos de discussão que deram força à especialidade pediátrica e o uso de técnicas de exame físico para investigar o corpo da criança, que antes era negligenciado (CUTOLO, 2006).

Neste intervalo do fim do século XIX até meados do século XX, percebe-se, inclusive no Brasil, a publicação de inúmeros trabalhos científicos sobre a singularidade da infância, as diferenças do corpo biológico infantil e suas respostas aos tratamentos (MARTINS, 2008). No início do século XX, surge a Sociedade Brasileira de Pediatria, fundada a princípio para ser um centro de estudos, evoluindo como órgão representativo da nova especialidade médica (SBP, 2020).

A pediatria no Brasil também foca inicialmente em “pediatrias higienistas”, e segue o fenômeno europeu de manuais de puericultura distribuídos às mulheres como forma de difundir os princípios da puericultura, trazendo um modelo ideal para a maternidade (LIMA, 2007). Surgem neste contexto os conceitos de binômio mãe-filho e saúde materno-infantil (ZANOLLI; MERHY, 2001). Neste elo a mãe segue na posição de culpada caso o filho adoça, como fica claro no trecho abaixo do livro de José Martinho da Rocha escrito em 1935, intitulado “Cartilha

às mães”:

“Quantos erros a corrigir, quanta desgraça evitável! Só é possível melhorar a situação lamentável da mortalidade das crianças entre nós pelo ensino systematico da hygiene infantil a todas as moças, para que ellas, além de mães, se façam boas enfermeiras dos próprios filhos.” (LIMA, 2007, p. 106)

2.4. MODELO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA CRIANÇA NO BRASIL

No início do século XX observa-se no Brasil a criação de leis sociais para proteção de mães e crianças e o surgimento de serviços de saúde materno-infantis, que incluíam a puericultura (ZANOLLI; MERHY, 2001). Nota-se neste momento o envolvimento do Estado objetivando a redução da morbimortalidade de crianças, que passam a ser vistas como promessa do futuro da nação (MARTINS, 2008). Os movimentos da medicina comunitária e da medicina preventiva, nas décadas de 60 e 70, reforçaram a visão de proteção para a saúde materno-infantil (ZANOLLI; MERHY, 2001).

Na segunda metade do século XX, o modelo de assistência à saúde volta-se para o modelo hospitalar e há crescimento das subspecializações (OLIVEIRA et al., 2013). O foco do atendimento às crianças, antes direcionado a práticas de promoção de saúde e prevenção, volta-se para o cuidado de doenças (ZANOLLI; MERHY, 2001).

Neste contexto histórico, buscando um movimento contrário à migração para saúde hospitalar, surge em 1976 a primeira residência médica em Medicina Geral e Comunitária do Brasil, reconhecida pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) apenas em 1981, quando a, então, Medicina Geral e Comunitária também passa a ser oficialmente reconhecida como especialidade médica no país (OLIVEIRA et al., 2013).

Em 1978 acontece a Conferência Internacional de Cuidados Primários em Saúde, na cidade de Alma Ata/URSS (hoje cidade de Almati, no Cazaquistão), reforçando as ações já realizadas pelos pioneiros programas de residência de Medicina Geral e Comunitária (OLIVEIRA et al., 2013). Cabe destacar o conceito de APS elaborado na conferência:

“Atenção essencial em saúde com base em métodos práticos, cientificamente sólidos e socialmente aceitáveis, bem como tecnologia disponibilizada universalmente a indivíduos e famílias na comunidade por meio de sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país podem manter[...] Trata-se de uma parte integrante do sistema de saúde do país [...] e do desenvolvimento econômico e social da comunidade. É o primeiro nível de contato com indivíduos, a família e a comunidade [...] trazendo os cuidados de saúde o mais próximo possível de onde as pessoas vivem e trabalham, e constitui o primeiro elemento de um processo contínuo de atenção em saúde.”

(OPAS, 2007, p.15)

Seguindo os princípios pontuados pela Conferência de Alma-Ata, a Constituição Federal de 1988 cria o SUS, regulamentado pela Lei 8080 (Lei Orgânica da Saúde) em 1990 (OLIVEIRA et al., 2013). Em 1994, a APS se expande com a criação do Programa Saúde da Família, que vem reforçar os princípios e diretrizes do SUS buscando assistência integral, dedicando-se assim não apenas à prevenção e promoção à saúde, mas também às ações curativas (MATTA, 2007). Este modelo estimula um olhar também integral para a saúde infantil, considerando a criança como um todo, integrando ações de promoção à saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação. Porém, em seus primeiros anos, o programa ainda tinha cobertura limitada (4,4% da população em 1998, segundo dados do Departamento de Atenção Básica) (PINTO; GIOVANELLA, 2018).

Ao longo dos anos 90, diversos dispositivos de regulamentação e estruturação do SUS, foram implementados, muitos deles visando o fortalecimento da atenção básica. A partir do ano 2000, nota-se a expansão do Programa de Saúde da Família (PSF) por todo território nacional. Em 2006, o programa passa a ser uma estratégia, então chamada Estratégia Saúde da Família (ESF). Em paralelo, ocorre uma maior organização da especialidade Medicina Geral e Comunitária, que em 2001 passa a se chamar Medicina de Família e Comunidade (MFC) (OLIVEIRA et al., 2013). Tem lugar, nas últimas três décadas, um fortalecimento progressivo da APS, que reforça as práticas de atenção integral à saúde da criança, que agora além de ser atendida por um generalista ou pediatra, encontra no médico de família e comunidade outro especialista com treinamento para abordagem da infância.

Cabe ressaltar que o perfil esperado do médico de família e comunidade pode impactar no tipo de assistência prestada no atendimento às crianças. De acordo com a definição da Confederação Iberoamericana de Medicina Familiar, este profissional é responsável por proporcionar atenção integral e continuada, atendendo o indivíduo no contexto da família e a família no contexto da comunidade de que faz parte. Deve treinar para desenvolver atitudes e habilidades comunicativas, assim como ter a capacidade de entender e lidar com as relações interpessoais, e realizar promoção da saúde e prevenção da enfermidade. Definir o impacto que tem a família na produção e resolução dos problemas de saúde de seus integrantes, e identificar o impacto que o problema de saúde tem na dinâmica familiar para estabelecer as estratégias de cuidado (ARIAS-CARTILLO et al., 2010)

Dessa forma, projeta-se que esse profissional tenha um olhar integral para a criança, atendendo não apenas suas questões biológicas, mas também de desenvolvimento, emocionais

e comportamentais. Espera-se que ele acolha assim a família em suas preocupações com os filhos, avaliando as relações interpessoais, identificando riscos e realizando aconselhamento como forma de promoção de saúde.

Destacamos a mudança de perfil de morbidade infantil ao longo deste caminho histórico citado, após a transição demográfica e epidemiológica. Se antes as discussões em saúde eram pautadas por tópicos como mortalidade infantil por diarreia e epidemia de poliomielite, hoje discute-se temas como vulnerabilidade econômica, questões comportamentais, epidemia de doenças mentais e influência das tecnologias na saúde, conforme esquematizado no Quadro 1, o que reforça a necessidade de um profissional com olhar integral para a saúde da criança.

Quadro 1 – Morbidade pediátrica conforme a época.

Época	Principais Causas de morbidade pediátrica
Morbidade pediátrica clássica (1900-1955)	Doenças infecciosas Alta mortalidade infantil Nutrição deficiente Doenças crônicas incuráveis Epidemias (poliomielite, influenza)
A nova morbidade (1955-1990)	Distúrbios familiares Problemas de aprendizado Problemas emocionais
Além da nova morbidade (anos 1990)	Desagregação social Perturbações políticas, guerras Novas epidemias (violência, AIDS, cocaína, sem-teto) Sobrevivência aumentada
Morbidade do novo milênio (presente)	Influências socioeconômicas Desigualdades de acesso aos cuidados de saúde Influência das tecnologias na saúde (incluindo TV, celular e internet) Obesidade Doenças mentais

Fonte: Adaptada de PALFREY et al., 2005.

2.5. ABORDAGEM DO COMPORTAMENTO INFANTIL PELOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

A abordagem de questões comportamentais da infância por profissionais de saúde, no caso inicialmente apenas médicos, começa desde os primórdios da puericultura e pediatria. Como já abordado, o cuidado à saúde da criança era prestado sob um viés higienista e com foco na Pedagogia Materna, mas não se limitava a questões de saúde física. Os médicos ditavam a maneira correta de lidar com o comportamento infantil e quais práticas as mães deveriam adotar na criação dos filhos (MARTINS, 2008).

No início do século XX, foram publicados os primeiros manuais de puericultura do

mundo: em Londres, 1907, *Um Catecismo Para Uso das Mães e Enfermeiras de Crianças*; e, nos Estados Unidos, 1913, *Alimentação e Cuidado do Bebê*, contando com capítulos sobre: sono, exercício físico, choro, nervosismo, brinquedos adequados, maus hábitos, relação mãe-filho e formas de disciplinar (HOLT, 1907; KING, 1913). As publicações reforçam a posição autoritária dos médicos, que desconsideravam qualquer saber ou experiência das famílias, exigindo que todo cuidado se pautasse apenas no saber científico da época. A ideia da pedagogia materna demarca como era necessário educar também as mães, e não apenas as crianças (MARTINS, 2008).

Seguindo o panorama internacional, o Brasil também publica seus manuais de puericultura, e há grande esforço médico e estatal em divulgar as informações para o maior número de mães. Essas publicações se assemelham às já citadas, em formato de manuais, com o objetivo principal de ensinar práticas relacionadas aos cuidados das crianças. Os primeiros livros a serem amplamente distribuídos foram: “*Cartilha às Mães*” de Martinho da Rocha (1935) e “*Vamos criar seu filho*”, de Carlos Prado (1938).

Os livros mantêm o tom autoritário já conhecido, sendo repletos de proibições e ordens. Fica claro a autoridade médica no trecho de Prado: “Observar direito a criança e cumprir à risca as ordens do doutor, eis o papel da mamãe na conjugação comum de esforços para restituir a saúde do bebê” (PRADO, 1938, p. 23). Ambos acentuam a importância da disciplina na criação, e os riscos de uma educação sem disciplina para a saúde da criança. Rocha (1935) reforça a importância de “ordem e método” na vida e chega a abordar castigos corporais, ressaltando serem permitidos em algumas situações.

Em 1941 é publicado o livro de maior circulação no país, considerado o mais famoso manual de puericultura, escrito por Rinaldo de Lamare: “*A Vida do Bebê*”. Apesar de parecido com os anteriores, ele inova por trazer assuntos da psicologia, como a teoria das fases do desenvolvimento, e por ser o primeiro manual a abordar o papel paterno na criação dos filhos. Traz ainda questões como a influência da televisão no comportamento infantil, a formação da personalidade e arranjos familiares (filho único, adoção, divórcio) (MARTINS, 2008).

Na segunda metade do século XX, há um processo de mudança no foco da pediatria, ocorrido simultaneamente à ascensão das subespecializações na carreira médica. Neste momento a puericultura tem sua importância reduzida perante o reforço do olhar para a doença. A educação em saúde é substituída por normas de atendimento e procedimentos médicos, priorizando crianças doentes (ZANOLLI; MERHY, 2001). Percebe-se então, a redução da atenção ao comportamento infantil, já não mais priorizado como competência do pediatra.

No mesmo período, há uma atenção às questões comportamentais por parte da

psiquiatria, que buscava categorizá-las como normais ou patológicas e classificar os transtornos. Neste propósito, a Associação Americana de Psiquiatria publica o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), que em sua segunda versão, lançada em 1968, inclui uma sessão para transtornos da criança e do adolescente (ALVES, 2020).

Na área da saúde mental, já havia algumas discussões sobre crianças desde o século XVIII, inicialmente ligadas a casos de retardo mental, com a investigação se seria reversível e tratável. A abordagem centrava-se em escalas de inteligência, e os pacientes acometidos eram considerados portadores de “imbecilidade” e “idiotia”. Até o final do século XIX, as abordagens infantis eram as mesmas da psiquiatria adulta, sem distinção de sintomas e apresentações. No campo do tratamento havia apenas medidas médico-educacionais ou a decisão por não tratar (ALVES, 2020).

A psiquiatria infantil surge no início do século XX, com Sancte de Sanctis descrevendo uma demência precoce prematura, então denominada “demência precocíssima”. Este momento demarca um olhar específico para a saúde mental da criança, e a partir de 1930 a psiquiatria infantil conta com contribuições da pediatria e da psicanálise. Ocorrem discussões para planos de intervenção eficazes envolvendo profissionais da pediatria e saúde mental (ALVES, 2020).

Nota-se então neste período um novo olhar da saúde ao comportamento infantil, mas, outra vez, com foco na doença, na discussão do patológico, da abordagem e diagnóstico dos transtornos. Vale lembrar que o autoritarismo da Pedagogia Materna das décadas anteriores invalidou o conhecimento e experiência familiar sobre as questões comportamentais, reforçando nas mães a necessidade de recorrer a um profissional médico para sanar todas as dúvidas e dificuldades (MARTINS, 2008). Entretanto, com o novo olhar da área da saúde focado na doença, a quem as famílias recorreriam para abordar queixas de comportamento comuns das crianças sem transtornos?

2.6. ABORDAGEM DE QUEIXAS COMPORTAMENTAIS DE CRIANÇAS NA APS

2.6.1. Condições positivas encontradas na APS e fragilidades na abordagem realizada

O cenário da APS reúne as condições ideais para realizar a abordagem de queixas comportamentais infantis, uma vez que as crianças frequentam estes serviços regularmente para consultas programadas (APA, 2009) e as famílias são acompanhadas de forma longitudinal, estabelecendo relações de confiança com os profissionais (BAX et al., 2018). A avaliação dessas questões no ambiente da APS é reconhecida como estratégia de prevenção eficaz, pois

permite identificação precoce em situações negativas e possibilidade de manejo do caso (CAWTHORPE, 2005).

Queixas sobre o comportamento da criança e dificuldades em educar são temas comumente trazidos por pais ou cuidadores durante as consultas na Atenção Primária, buscando orientação profissional para lidar com as situações desafiadoras (BAX et al., 2018; KAVAN; SAXENA; RAFIQ, 2018). Apesar de ser uma questão prevalente, as pesquisas demonstram que ainda é pouco abordada pelos profissionais. Um estudo realizado com pediatras em ambiente da APS demonstrou que 80% dos pais de crianças de quatro a oito anos acreditavam ter uma questão psicossocial relevante a ser discutida na consulta, mas apenas metade deles de fato discutiu a situação (WISSOW et al., 2005).

Estudos realizados com médicos de família e comunidade trazem resultados semelhantes. Reconhece-se que a atuação deste profissional tem grande potencial para avaliar queixas comportamentais, reconhecer crianças com problemas psicossociais e tomar condutas para proteção delas, uma vez que em geral ele acompanha todo o núcleo familiar. Entretanto, uma pesquisa dinamarquesa demonstrou que dentre as crianças acompanhadas por problemas psicológicos, 74% visitaram seu médico de família no ano anterior, mas apenas 7% tiveram seu quadro diagnosticado por eles (LYKKE; CHRISTENSEN; REVENTLOW, 2008).

É comum que os profissionais presentes na APS foquem mais na identificação de condições anormais que sugiram problemas comportamentais ou psicossociais graves que nas questões comportamentais comuns vividas na rotina familiar. Paradoxalmente estas últimas representam a maioria das preocupações dos cuidadores, por serem muito mais prevalentes (CAREY; MCDEVITT, 2016). Tendo em vista o potencial da APS para essa avaliação, por que os estudos ainda demonstram que não ocorre como o esperado? Sabe-se que a avaliação geral do comportamento e bem-estar da criança é complexa, já que se trata de uma questão multifatorial, envolvendo aspectos físicos, psicológicos, familiares e comunitários (LYKKE; CHRISTENSEN; REVENTLOW, 2008). O ambiente da APS favorece também a abordagem dos aspectos comunitários, já que os profissionais se dedicam especificamente a comunidade de sua área de atuação. Dentre os fatores familiares e comunitários que podem estar envolvidos com o comportamento infantil estão os determinantes sociais de saúde. Segundo o relatório da UNICEF sobre saúde mental infantil, o comportamento e o bem-estar das crianças depende das experiências e ambientes que vivem, sendo moldados pelos pais, cuidadores, comunidade e escola. Dessa forma, podem ser moldados trazendo prejuízos em situações como pobreza, conflitos e violência, ou serem moldados para proteção e promoção de saúde em condições de vida favoráveis (UNICEF, 2021).

Ao trazer suas preocupações sobre o comportamento, os cuidadores esperam que os profissionais abordem como lidar com a situação (CAREY; MCDEVITT, 2016), entretanto, esta abordagem pode ser considerada desafiadora pelos médicos da APS. Os Desafios enfrentados para abordagem comportamental infantil na APS serão comentados na seção seguinte.

2.6.2. Desafios enfrentados para abordagem comportamental infantil na APS

Já foi demonstrado que médicos na APS, seja atendendo adultos ou crianças, ignoram falas que sugerem que o paciente queira abordar questões emocionais, o que pode levar a pessoa a não trazer novamente questões desse tipo no futuro (WISSOW et al., 2005). Uma pesquisa com médicos de família que avaliou seu envolvimento e autorrelato de conforto e habilidade no cuidado com crianças com questões comportamentais, demonstrou que esses profissionais não sentem confiança em lidar com questões comportamentais comuns da infância (MILLER et al., 2005). Esses achados ratificam os dados já trazidos de que essa abordagem ainda é negligenciada.

Quais seriam então os desafios que dificultam a realização da abordagem de queixas comportamentais de crianças na APS? Há vários motivos descritos em pesquisas e livros sobre o tema, que serão abordados na sequência. Para melhor organização, dividiremos esses desafios em três áreas, conforme sugerido por Carey e McDevitt (2016) no livro “*Child Behavioral Assessment & Management in Primary Care*” (em tradução livre: Avaliação e Manejo do Comportamento Infantil na Atenção Primária”), sendo então: 1) Educação Profissional; 2) Deficiências teóricas e técnicas; 3) Limitações logísticas ou práticas.

Os desafios relacionados à educação profissional são os mais citados entre os diferentes estudos do tema. As fragilidades iniciam na carência de conhecimentos para lidar com questões psicossociais e emocionais de crianças e habilidades limitadas para abordar o comportamento (LYKKE; CHRISTENSEN; REVENTLOW, 2008; WISSOW et al., 2005). É apontado ainda falha na graduação médica no ensino do tema (CAWTHORPE, 2005) e uma desproporção do tempo usado na residência de pediatria cuidando de crianças gravemente enfermas em detrimento de crianças saudáveis, o que não condiz com a prática futura da maioria dos pediatras (CAREY; MCDEVITT, 2016).

Seguindo esse raciocínio nota-se também a dificuldade em entender e caracterizar o comportamento normal, visto que essa definição costuma partir da ausência de traços da anormalidade, faltando assim na formação um panorama mais claro do que é esperado em cada

etapa da criança (CAREY; MCDEVITT, 2016). Por último, menciona-se a falta de um treinamento sistematizado direcionado aos profissionais sobre como lidar com as preocupações de comportamento infantil trazidas pelos pais, o que seria positivo para uma questão tão prevalente e relevante (LYKKE; CHRISTENSEN; REVENTLOW, 2013; LYKKE; CHRISTENSEN; REVENTLOW, 2008).

Na área de deficiências teóricas e técnicas, é apontada a falta de um referencial teórico claro e bem estabelecido para apoiar a avaliação do comportamento da criança (LYKKE; CHRISTENSEN; REVENTLOW, 2013). Aprofundando nessa questão foi descrita também a falta de um sistema diagnóstico aprimorado no âmbito do comportamento infantil e técnicas de abordagem mais práticas descritas para lidar com as queixas. Novamente é levantada a importância da melhor caracterização do comportamento normal para compor estes materiais (CAREY; MCDEVITT, 2016).

Já no campo das limitações logísticas ou práticas, o principal desafio apontado é o tempo limitado para a realização da avaliação e abordagem comportamental. Os profissionais acreditam que para abordar o tema da forma ideal demandaria um tempo maior do que o disponível nas consultas (WISSOW et al., 2005) e encontram dificuldades na gestão de agenda para adaptar ao necessário (CAREY; MCDEVITT, 2016). Por fim, relatam também limitações na rede de atenção à saúde da criança e falta de recursos para o encaminhamento dos casos (WISSOW et al., 2005).

Após a revisão de literatura, evidenciou-se a escassez de informações sobre a abordagem de queixas de comportamento infantil pelos profissionais presentes nas residências de MFC, apesar das condições positivas para sua realização neste cenário. Dessa forma, o presente trabalho buscou investigar este fenômeno, como apresentado nos objetivos geral e específicos na seção seguinte.

3 OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GERAL

Descrever e analisar as representações de preceptores e residentes de três programas de RMMFC de Minas Gerais sobre a abordagem de queixas de comportamento na infância e orientação parental.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Descrever a visão dos residentes e preceptores sobre as queixas de comportamento na infância.

Identificar as formas de avaliação e manejo utilizadas pelos profissionais ao lidarem com queixas de comportamento na infância.

Identificar se o profissional realiza orientação parental e entender como é feita.

Compreender como o profissional adquiriu as competências para a abordagem que realiza.

Conhecer as demandas formativas dos participantes em relação ao tema.

Realizar oficina sobre Orientação Parental na APS com os programas de residência participantes da pesquisa.

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1. ORIENTAÇÃO DO ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, por ser adequada a investigar os discursos e práticas em saúde como fenômenos sociais, visibilizando, em sua multiplicidade e complexidade, as formas concretas com que atores locais vivem o que reconhecem como saúde, adoecimento e cuidado (BIEHL, 2016). Quanto à abordagem teórico metodológica, este estudo caracteriza-se como pesquisa qualitativa do tipo descritiva, que segundo Bradshaw, Atkinson e Doody (2017, p. 1), “procura descobrir e compreender um fenômeno, um processo ou as perspectivas e visões de mundo das pessoas envolvidas”. Segundo os autores, a ênfase no caráter descritivo na pesquisa qualitativa em saúde visa oferecer uma aproximação rica e detalhada da visão dos participantes, aprender com eles sobre possíveis aprimoramentos de práticas e políticas de saúde e a produção de interpretações que considerem referenciais teóricos próximos do campo da saúde. Buscando ampliar o conhecimento do fenômeno de interesse, adotamos como principal estratégia a realização de entrevistas de aprofundamento com residentes e preceptores de três programas de residência em MFC do estado de Minas Gerais.

4.2. CENÁRIO

A pesquisa foi realizada com preceptores e residentes de três programas de RMMFC do estado de Minas Gerais, sendo um deles sediado na capital mineira e os outros dois em municípios do interior do estado. A seleção dos programas participantes foi feita de forma intencional, buscando programas que oferecessem treinamento seguindo as recomendações da SBMFC, para conhecer a experiência da abordagem do comportamento infantil em ambientes de ensino com qualidade. Na ausência de uma avaliação formal dos programas de residência em MFC em Minas Gerais foram selecionados programas indicados pelos orientadores da pesquisa, pesquisadores em MFC, e valorizados nos círculos “esotéricos” (TESSER, 2008) de aprendizagem em MFC de que também participa a autora.

Os programas de residência de MFC do Brasil têm duração de 2 anos, com carga horária desejada de até 60h/semanais, composta majoritariamente por estágio em APS. Para garantir o sigilo dos participantes, os programas serão designados pelos números 1, 2 e 3. Os programas de residência número 1 e 2 são vinculados a universidades federais do interior do estado de Minas Gerais, e o programa de residência número 3 é vinculado a uma instituição pública em Belo Horizonte.

Durante a realização da pesquisa o programa 1 possuía 21 residentes (10 no primeiro ano e 11 no segundo ano) e 10 preceptores atuando em campos de estágio nas equipes de saúde da família. O programa 2 possuía 4 residentes (2 no primeiro ano e 2 no segundo ano) e 6 preceptores atuando em campos de estágio nas equipes de saúde da família. Já o programa número 3 contava com 24 residentes (11 no primeiro ano e 13 no segundo ano) e 12 preceptores atuando em campos de estágio nas equipes de saúde da família. Dessa forma, considerando toda a população dos programas no momento da pesquisa, 77 pessoas eram potenciais participantes no cenário avaliado.

4.3. PARTICIPANTES DO ESTUDO

Participaram da pesquisa três residentes e três preceptores do programa 1, dois residentes e um preceptor do programa 2 e três residentes e três preceptores do programa 3, sendo uma amostra total de 15 participantes, 8 residentes e 7 preceptores. A Tabela 1 demonstra o total de residentes e preceptores em cada programa e quantos foram entrevistados.

Tabela 1 – Distribuição de entrevistados em cada programa de residência.

PROGRAMA DE RESIDÊNCIA	PRECEPTORES		RESIDENTES	
	TOTAL	ENTREVISTADOS	TOTAL	ENTREVISTADOS
Programa 1	10	3	21	3
Programa 2	6	1	4	2
Programa 3	12	3	24	3

Fonte: Própria autora, 2023.

O tamanho final da amostra foi definido em 15 participantes para permitir a realização das entrevistas de aprofundamento e análise dos dados de forma detalhada dentro do prazo estabelecido. Cabe ressaltar que, tratando-se de uma pesquisa qualitativa descritiva, não espera-se encontrar resultados generalizáveis e estatisticamente significativos, e sim compreender o fenômeno e as perspectivas dos participantes (BRADSHAW; ATKINSON; DOODY, 2017). A seleção dos participantes ocorreu de forma mista, a partir dos métodos de seleção intencional e de extremos. Inicialmente entramos em contato com os supervisores dos três programas pedindo que indicassem preceptores e residentes que eles acreditavam ter maior e menor proximidade com o tema da pesquisa. Os profissionais foram convidados a participar através de mensagem de texto pelo celular, sendo as entrevistas realizadas com os que manifestaram interesse em contribuir com o estudo.

Para preservar o nome dos participantes eles foram designados no texto através de siglas, utilizando inicialmente a letra P se preceptor e R se residente, em seguida as letras A, B ou C para distinguir entre colegas da mesma instituição e por fim o número 1, 2 ou 3 de acordo com a identificação do programa de residência.

4.4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foram incluídos médicos de família e comunidade, preceptores dos programas de residência participantes da pesquisa, que recebam residentes em estágio na APS, e residentes de MFC desses programas. Foram excluídos preceptores que não estejam recebendo residentes e residentes com matrícula trancada ou em afastamento de atividades por quaisquer motivos.

4.5. ENTREVISTAS E ANÁLISE DO MATERIAL EMPÍRICO

As entrevistas foram realizadas entre março/2022 e dezembro/2022, com um intervalo entre abril e outubro em função da licença maternidade da pesquisadora. Utilizou-se como referência um roteiro semiestruturado de aprofundamento elaborado pela equipe da pesquisa (Apêndices A e B), um direcionado aos residentes o outro aos preceptores. Os roteiros continham a descrição de um caso clínico em que uma avó busca a consulta queixando do comportamento do neto. O caso era apresentado como situação de atendimento aos residentes e de ensino para os preceptores, que eram encorajados a contar como abordariam a situação em sua prática.

A maior parte das entrevistas (11) foi realizada através de encontros virtuais por meio da plataforma Google Meet, e apenas quatro ocorreram em encontro presencial por preferência do entrevistado. Antes de iniciar a entrevista todos os participantes receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice C), e declararam o consentimento verbalmente durante a gravação dos encontros virtuais ou assinaram o TCLE de forma manuscrita nos encontros presenciais. Ao início dos encontros foi utilizado um questionário sociodemográfico (Apêndice D) elaborado pela equipe da pesquisa para conhecer o perfil sociodemográfico e a trajetória acadêmica e profissional dos entrevistados.

O tempo médio de duração das entrevistas foi de 31 minutos. Ao fim das entrevistas foi realizada a escuta das gravações com transcrição literal pela pesquisadora. Foram reunidos dados nas formas de relatos descritivos, transcrições de entrevistas e resumo das respostas dos entrevistados. As gravações de áudio das entrevistas e as transcrições foram armazenadas em um disco rígido externo. Os dados ficarão arquivados off-line sob a responsabilidade da

pesquisadora por cinco anos. Decorrido este tempo, a pesquisadora encaminhará os documentos para sua destinação final de acordo com a legislação vigente.

A análise dos dados iniciou no processo de escuta e transcrição das entrevistas, seguido da leitura repetida do material para familiarização com os dados. O material foi codificado e categorizado segundo os princípios da análise temática de Braun e Clarke (2021), seguindo com as etapas de geração de códigos iniciais, busca por temas, revisão de temas, definição e nomeação de temas e produção do relatório. No processo de codificação e categorização foi utilizada a plataforma Miro ® para criação de quadros com os códigos e temas, e a organização de falas significativas dos participantes em quadros coloridos do tipo “post-it” ao redor dos quadros, facilitando a visualização do material no processo de revisão, definição e nomeação de temas. Durante todo o período da análise foram realizadas reuniões regulares com os orientadores.

4.6. ASPECTOS ÉTICOS

A presente pesquisa foi realizada através de entrevistas e respeitou a resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que traz diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, e a resolução 510/2016, que dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes.

Este projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFV. Os participantes não foram identificados e suas identidades foram mantidas sob sigilo e confidencialidade durante toda a pesquisa. A participação na pesquisa foi voluntária, não remunerada e consentida através da concordância com o TCLE. O TCLE apresentou as informações como título da pesquisa, nome do pesquisadora e forma de contatá-la, objetivos, justificativas, métodos da pesquisa, riscos e benefícios da participação, informe do direito à indenização em caso de danos produzidos pela pesquisa e dados do CEP responsável pela avaliação ética. Segundo o artigo 4 da resolução 510/2016, o consentimento poderia ser obtido ou registrado em qualquer fase da pesquisa, bem como retirado a qualquer momento sem prejuízo do participante. Também, em conformidade com os artigos 15 e 16 desta resolução, demos prioridade ao consentimento através de assinatura do TCLE. Ademais, o assentimento ocorreu por meio de registro de áudio no caso de entrevistas ou aplicação dos questionários de forma remota, após leitura do TCLE, especialmente no contexto da pandemia de COVID-19.

4.6.1. Possíveis Riscos

Por ter como método de levantamento de dados a realização de entrevistas, o principal risco envolvido foi gerar desconfortos para os participantes ao expor possíveis fragilidades pessoais e do programa de residência. A fim de minimizar este possível desconforto, a pesquisa garantiu o sigilo dos entrevistados e programas, sem identificá-los. Outro risco pode ter sido a interferência em suas vidas e rotina, em função do tempo despendido na entrevista, por isso o dia e horário dos encontros foi definido a partir da disponibilidade do participante. Durante a leitura do TCLE foi assegurado o sigilo e a confidencialidade da identificação dos participantes e programas e o direito ao não consentimento e ao de cancelamento do consentimento a qualquer momento.

4.6.2. Possíveis Benefícios

A pesquisa pretende dar visibilidade à complexidade da abordagem de queixas comportamentais na infância e gerar reflexão e discussão sobre a orientação parental feita por médicos de família e comunidade, trazendo subsídios para realização de treinamento com os profissionais. Essas informações poderão contribuir para uma melhor qualificação da abordagem desses casos, resultando em benefícios para os participantes.

5 RESULTADOS

5.1. ARTIGO

O QUE É NORMAL? UM ESTUDO QUALITATIVO SOBRE ABORDAGEM DE QUEIXAS COMPORTAMENTAIS INFANTIS NA MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

RESUMO

Este estudo teve como objetivo descrever e analisar as representações de preceptores e residentes de programas de residência em Medicina de Família e Comunidade (MFC) sobre a abordagem de queixas de comportamento infantil e orientação parental. Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa do tipo descritiva, conduzida a partir de entrevistas de aprofundamento utilizando roteiros semiestruturados com residentes e preceptores de três programas de residência em MFC de Minas Gerais. O material foi codificado e categorizado segundo os princípios da análise temática de Braun e Clarke. A análise das entrevistas demonstrou que os entrevistados reconhecem queixas sobre o comportamento infantil como demandas frequentes nas consultas na APS, e utilizam diversos procedimentos de avaliação e manejo. Entretanto, manifestam insegurança em relação ao diagnóstico do comportamento, e desejam conhecer algum referencial que auxilie na diferenciação entre comportamento infantil normal e transtornos. Diante dos resultados e limitações da pesquisa, reconhece-se a necessidade de novos estudos sobre o tema e evidencia-se a necessidade da inclusão da discussão sobre a abordagem do comportamento nas consultas de crianças no currículo formal dos programas de residência de MFC, dada a relevância do treinamento para orientação parental como uma estratégia de abordagem familiar.

Descritores: Saúde Mental. Transtornos do Comportamento Infantil. Poder Familiar. Medicina de Família e Comunidade. Residência Médica.

ABSTRACT

This study aimed to describe and analyze the representations of preceptors and residents in Family Medicine (FM) residency programs regarding the approach to child behavior complaints and parental guidance. It is a qualitative descriptive research conducted through interviews

using semi-structured scripts with residents and preceptors from three FM residency programs in Minas Gerais, Brazil. The data were coded and categorized following the principles of thematic analysis by Braun and Clarke. The analysis of the interviews revealed that the participants recognize child behavior complaints as frequent demands in primary care consultations and employ various evaluation and management procedures. However, they express insecurity in diagnosing behavior issues and desire guidance on distinguishing between normal child behavior and disorders. Given the study's results and limitations, the need for further research on the topic is acknowledged, and the importance of including discussions on behavior approach in child consultations within the formal curriculum of FM residency programs is emphasized, considering the significance of training for parental guidance as a family-oriented approach strategy.

Descriptors: Mental Health. Child Behavior Disorders. Parenting. Family Practice. Internship and Residency.

INTRODUÇÃO

Queixas sobre o comportamento infantil e dificuldades em educar são temas frequentemente trazidos pelos pais durante consultas médicas buscando orientação profissional para lidar com situações desafiadoras (KAVAN; SAXENA; RAFIQ, 2018; BAX et al., 2018). Estudos demonstram que a vivência de situações psicossociais adversas traz desfechos negativos para a criança, tanto para saúde física como mental (COLEMAN, 2009), e que a parentalidade pode afetar diretamente a autoestima, regulação emocional e o bem-estar (HUANG, 2019). Assim, é importante que profissionais de saúde estejam aptos a disponibilizar cuidados adequados à saúde mental na infância de forma eficaz (BAX et al., 2018), incluindo a promoção da interação saudável entre pais e filhos (APA, 2009).

No cenário da Atenção Primária à Saúde (APS), encontram-se condições ideais para realizar essas abordagens, uma vez que as crianças frequentam regularmente os serviços deste nível de atenção para consultas programadas (APA, 2009) e as famílias são acompanhadas de forma longitudinal, estabelecendo relações de confiança com os profissionais (BAX et al., 2018). Os membros das equipes podem contribuir para relações positivas entre pais e filhos, fortalecendo boas práticas de educação e identificando situações de risco para intervir antes que haja abuso ou negligência (KAVAN; SAXENA; RAFIQ, 2018; BAX et al., 2018).

Assim, o médico ou a médica presente nas equipes da Estratégia de Saúde da Família,

que compõem a maior parte das unidades de APS no Brasil (NEVES, 2018), deve estar preparado para abordar as queixas de comportamento comuns e identificar transtornos mentais presentes na infância. É indicado que o médico de família e comunidade desempenhe este papel, sendo a residência médica de MFC considerada o padrão-ouro para a formação nesta especialidade (MIRANDA, 2021).

De acordo com o Currículo Baseado em Competências da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, são consideradas competências essenciais do médico com essa especialidade: manejar os problemas de saúde mais frequentes e relevantes em crianças e adolescentes, prestar apoio familiar em situações de problemas de comportamento e conhecer e abordar as situações de risco e vulnerabilidade para maus tratos, como violência doméstica e negligência (SBMFC, 2015). Assim, subentende-se como papel essencial do MFC abordar os problemas de comportamento infantil.

O Caderno de Atenção Básica número 33, documento destinado à saúde da criança, orienta que profissionais de saúde devem destinar atenção à relação entre pais/mães e filhos e estimular o desenvolvimento da parentalidade, definida como o conjunto de remanejamentos psíquicos e afetivos que permitem ao adulto tornar-se pai ou mãe. O caderno 33 atribui aos profissionais o papel de “parentalização”, que seria a influência positiva que uma pessoa exerce sobre o sentimento que um adulto tem de ser pai e mãe (BRASIL, 2012).

Auxiliar pais no exercício de sua parentalidade melhorando a forma como ofertam amor e disciplina reduz queixas de comportamento e dificuldades emocionais das crianças (EAPEN, 2012). Dessa forma, este estudo tem por objetivo compreender como é feita a abordagem de queixas de comportamento na infância e orientação parental por preceptores e residentes de MFC de Minas Gerais. Acreditamos que a compreensão deste fenômeno é fundamental para qualificar o cuidado com foco em promoção de saúde infantil integral e orientar o aprimoramento curricular dos programas de residência.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa do tipo descritiva, que segundo Bradshaw et al. “procura descobrir e compreender um fenômeno, um processo ou as perspectivas e visões de mundo das pessoas envolvidas” (BRADSHAW et al, 2017, p1). Buscando ampliar o conhecimento do fenômeno de interesse realizamos entrevistas de aprofundamento com 8 residentes e 7 preceptores de três programas de residência em MFC de Minas Gerais.

A seleção dos programas participantes foi feita de forma intencional, buscando programas que oferecessem treinamento seguindo as recomendações da SBMFC, para conhecer a experiência da abordagem do comportamento infantil em ambientes de ensino com qualidade. Na ausência de uma avaliação formal dos programas de residência em MFC em Minas Gerais foram selecionados programas indicados pelos orientadores da pesquisa, pesquisadores em MFC, e valorizados nos círculos “esotéricos” (TESSER, 2008) de aprendizagem em MFC.

Para garantir o sigilo dos participantes, os programas serão designados pelos números 1/2/3. A tabela 1 demonstra o total de residentes e preceptores em cada programa e quantos foram entrevistados.

Tabela 1 – Distribuição de entrevistados em cada programa de residência.

PROGRAMA DE RESIDÊNCIA	PRECEPTORES		RESIDENTES	
	TOTAL	ENTREVISTADOS	TOTAL	ENTREVISTADOS
Programa 1	10	3	21	3
Programa 2	6	1	4	2
Programa 3	12	3	24	3

Fonte: Própria autora, 2023.

Para preservar o nome dos participantes eles serão designados no texto através de siglas, utilizando a letra P se preceptor e R se residente, em seguida as letras A/B/C para distinguir entre colegas da mesma instituição e por fim o número 1, 2 ou 3 de acordo com a identificação do programa de residência.

A seleção dos participantes ocorreu de forma mista, a partir dos métodos de seleção intencional e de extremos. Inicialmente entramos em contato com os supervisores dos três programas pedindo que indicassem preceptores e residentes que eles acreditavam ter maior e menor proximidade com o tema da pesquisa. Os profissionais foram convidados a participar através de mensagem de texto pelo celular, sendo as entrevistas realizadas com os que manifestaram interesse em contribuir com o estudo.

As entrevistas foram realizadas entre março/2022 e dezembro/2022. Utilizou-se como referência um roteiro semiestruturado de aprofundamento elaborado pela equipe da pesquisa, um direcionado aos residentes e outro aos preceptores. Os roteiros continham a descrição de um caso clínico em que uma avó procura atendimento para o neto queixando-se do seu comportamento. O mesmo caso foi apresentado como situação de atendimento aos residentes e de ensino para os preceptores, que eram encorajados a contar como abordariam a situação

em sua prática. No início dos encontros foi utilizado um questionário sociodemográfico. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa nº XXXXX.

O tempo médio de duração das entrevistas foi de 31 minutos. Ao fim das entrevistas foi realizada a escuta das gravações com transcrição literal pela pesquisadora. Foram reunidos dados nas formas de relatos descritivos, transcrições de entrevistas e resumo das respostas dos entrevistados. O material foi codificado e categorizado segundo os princípios da análise temática de Braun e Clarke, seguindo com as etapas de geração de códigos iniciais, busca por temas, revisão de temas, definição e nomeação de temas (BRAUN; CLARKE, 2022). O material foi codificado e categorizado segundo os princípios da análise temática de Braun e Clarke, seguindo com as etapas de geração de códigos iniciais, busca e definição de temas (BRAUN; CLARKE, 2022).

RESULTADOS

Os participantes da pesquisa apresentavam de 26-42 anos no momento da entrevista, com média de idade geral de 29,1 anos, sendo a média de 27,1 anos para residentes e 31,4 anos para preceptores isoladamente. A maior parte (60%) se identificou com mulher cisgênera e 40% como homem cisgênero. Em relação à raça/cor, doze pessoas se declararam brancas, duas se declararam pardas, e uma preta. Em relação à graduação em medicina, 80% dos participantes concluíram em instituições públicas em 20% em instituições privadas de ensino, e o tempo de formado variou de 1-4 anos para residentes (média 2,6 anos) e de 4-19 anos para preceptores (média 7,14 anos). Sobre a formação em MFC, todos os preceptores cursaram programas de residência médica vinculados a instituições públicas, e o tempo de atuação na preceptoría variou de 1-10 anos (média 3,3). Dos sete preceptores participantes três possuíam formação em preceptoría e dois estavam cursando especialização em preceptoría no momento da entrevista.

Os três programas incluídos na amostra possuem a maior parte da carga horária composta por estágio em APS, realizado em Unidades Básicas de Saúde (UBS) pertencentes ao Sistema Único de Saúde (SUS). A rotina básica dos residentes é semelhante nos três programas, composta majoritariamente por estágios nas UBS, menos de 30% da carga horária por estágios externos (em hospital ou ambulatório) e 3 a 6h/semanais em momentos de aulas e discussões.

Uma “questão social”: como os profissionais recebem e interpretam as queixas de comportamento infantil?

Ao serem questionados sobre a frequência com que recebem queixas ou dúvidas sobre

o comportamento durante o atendimento de crianças, doze entrevistados relataram o tema como frequente ou muito frequente. Sobre quais as queixas recebem com mais frequência, as mais citadas foram agitação, dificuldade de aprendizado, nervosismo/agressividade e uso excessivo de telas. A tabela 2 elenca as queixas comentadas e o número de participantes que citou cada uma delas.

Tabela 2 - Queixas de comportamento mais frequentes nas consultas de residentes e preceptores.

QUEIXA	PRECEPTOR	RESIDENTE
Agitação	5	6
Dificuldade de Aprendizado	5	5
Nervosismo/Agressividade	4	5
Dificuldade com uso de telas	4	4
Dificuldade na alimentação	3	4
Suspeita de TDAH	4	3
Indisciplina	3	4
Sintomas ansiosos	3	3
Tristeza/melancolia	1	0
Muito quieta	0	1
Suspeita de TEA	1	0

Fonte: Própria autora, 2023.

Ampliando a compreensão sobre as percepções dos participantes a respeito dos problemas de comportamento infantil, buscamos conhecer o que eles entendem como causa ou questões relacionadas ao surgimento destas queixas. Nas entrevistas, quatro temas surgiram como explicativos para as questões de comportamento: conflitos familiares, sobrecarga de trabalho de pais e mães, dificuldade dos pais em saber como lidar com as questões de comportamento dos filhos e determinantes sociais de saúde prejudiciais, como pobreza e baixa escolaridade.

A percepção de que o ambiente familiar conturbado, violento, com problemas de relacionamento ou ausência dos pais interfere diretamente no comportamento da criança foi compartilhada por todos os entrevistados, como ilustrado nos trechos a seguir:

“As perturbações dos lares geram reações muito importantes nas crianças. A gente vê os comportamentos mais hiperativos e agressivos muito com a ausência de pais mesmo, de uma certa autoridade e até carinho com a criança. É muito direto, é impressionante como a criança é sensível a perturbações do lar.” (PA2)

Sobre a relação entre pais e filhos, mais da metade dos entrevistados pontuaram que os pais e mães estão frequentemente sobrecarregados com o trabalho, com pouco tempo disponível para conexão com a criança. Estes participantes refletem que esta situação interfere não apenas no comportamento infantil, mas também acarreta riscos para a criança, como explicitado na fala:

“Pais sobrecarregados, (...) pais que trabalham fora, passam pouco tempo com o filho muitas vezes, né? Que terceirizam esses cuidados dos filhos geralmente para avós. Avós assim, que precisam cuidar delas mesmas e de outras pessoas. O tanto que essas crianças às vezes não recebem uma... Como que eu falo? Não recebem um cuidado, uma atenção assim, sabe? Não porque as pessoas não querem, mas porque não tem como, sabe? E aí, por conta disso elas ficam mais propensas a sofrer violência na rua, acidentes, né.” (RBI)

O relato de que os pais apresentam dificuldades para lidar com o comportamento dos filhos foi trazido por treze participantes. Dentre eles, uma preceptora reforçou uma relação parental mais “autoritária”, como retratado na fala:

“Eu trabalho numa comunidade de favela com muitas carências, né... existem uma série de dificuldades na criação, que eu entendo sabe? Uma criação mais violenta me chama a atenção, mais autoritária. (...) Pessoas que têm outras demandas urgentes na vida e que não vão se dedicar, procurar materiais de educação, assim como a gente percebe que a classe média tem buscado, né? Eles têm outras prioridades na vida que não são ficar buscando ferramentas de criação.” (PA3)

Observa-se no relato acima como a preceptora relaciona as carências de sua comunidade com a dificuldade dos pais em lidar com o comportamento. A relação entre os determinantes

sociais de saúde (DSS) e questões de comportamento infantil e parentalidade foi abordada por mais participantes em outros momentos da entrevista, e alguns pontos foram trazidos como relacionados aos problemas de comportamentais, como o fator socioeconômico e a escolaridade dos pais e cuidadores. Os profissionais apontam a pobreza e baixa escolaridade com impacto nas dificuldades de comportamento observadas nas crianças, como ilustram as falas abaixo:

“Os pais que têm que trabalhar muitas horas, porque já não conseguem mais manter aquele padrão pra família e tem que ralar. Não conseguem mais cuidar de perto daquela criança e ela fica um pouco de lado, porque é difícil achar um cuidador exclusivo para ela e isso vai gerando diversas reações nessa criança. A gente vê muitos comportamentos desafiadores nesse contexto em que a criança sente falta dos pais mesmo, de ter mais atenção. E aí a relação com questões socioeconômicas principalmente nesses últimos anos aqui no Brasil, ela é gritante, como é que mudou tudo.” (PA2)

“A questão social, financeira, educacional... Eu acho que assim, tem grande impacto nessa relação de adulto/criança, uma questão cultural mesmo... nas famílias com pior condição financeira as crianças muitas vezes acabam precisando se responsabilizar desde muito cedo pelos cuidados de casa, pelo cuidado com outras pessoas, com outros irmãos. Isso afeta a rotina, afeta a vida, afeta a escola, afeta absolutamente tudo.” (RC1)

Entre o vínculo e o reconhecimento da infância “normal”: o que os profissionais fazem diante das queixas de comportamento infantil?

Os relatos dos entrevistados apontaram para a divisão da abordagem em duas fases: uma fase de avaliação e uma fase terapêutica, ou de manejo. As práticas de avaliação foram distribuídas, por sua vez, em três categorias temáticas: avaliações referentes ao contexto social e familiar, avaliações focadas no cuidador que traz a queixa e avaliações direcionadas à criança individualmente. O quadro abaixo descreve os procedimentos citados em cada categoria e quantos participantes mencionaram o uso.

Quadro 1 - Estratégias de avaliação do comportamento citadas e sua frequência nos dois

grupos de participantes.

ESTRATÉGIA DE AVALIAÇÃO	PRECEPTORES	RESIDENTES
Referente ao contexto familiar e social	6	7
<ul style="list-style-type: none"> • Explorar todo o contexto que envolve a criança; contato com a escola; buscar mais informantes. 		
Focada no cuidador principal	5	5
<ul style="list-style-type: none"> • Explorar entendimento do cuidador sobre o comportamento “normal” da criança na fase em que se encontra; Aplicar o SIFE (acrônimo para Sentimento/Ideia/Função/Expectativa). 		
Direcionada à criança	2	2
<ul style="list-style-type: none"> • Consulta em dois tempos (dividir a consulta reservando um momento para conversar com a criança sem o cuidador no ambiente); Uso de questionário para TDAH/ busca por critérios diagnósticos (DSM) para algum transtorno. 		

Fonte: Própria autora, 2023.

Dentre todas as estratégias de avaliação do comportamento infantil trazidas pelos entrevistados, as avaliações referentes ao contexto familiar e social foram as mais frequentes. A fala abaixo ilustra uma avaliação do contexto social e familiar proposta:

“Eu acho que eu tentaria fazer uma exploração...aprofundar mais essa conversa com a avó e eu tentaria entender, do Davi assim...é, ele é uma criança de 6 anos, né? Como é a relação dele, de forma geral, com os ambientes que ele interage. Assim, né, então, como é a relação dele com os pais, como é a relação dele com os amigos, como é a relação dele com a escola, com outros grupos que ele participa. Eu acho que eu tentaria entender um pouquinho melhor essa rotina do Davi, assim.”
(PBI)

A próxima estratégia de avaliação mais mencionada pelos entrevistados foi a focada no cuidador principal, sendo representada por procedimentos direcionados à pessoa que traz a queixa do comportamento. O procedimento mais citado pelos entrevistados foi a realização do “SIFE”. SIFE é um acrônimo que significa sentimentos, ideias, funcionalidade e expectativas, utilizado para recordar ao profissional da importância de fazer perguntas que explorem sobre

estes aspectos relacionados às queixas e preocupações trazidas pelo paciente em uma consulta. Esta avaliação se vincula à percepção dos entrevistados de que a relação da criança com os cuidadores impacta no seu comportamento, por isso a importância de explorar essas quatro grandes categorias de fenômenos que manifestam a chamada “experiência da doença” (STEWART et al, 2017). Sobre o emprego dessas perguntas na avaliação da queixa de comportamento infantil, um residente comentou:

“Então, acho que é importante a abordagem centrada na pessoa, e a partir da abordagem do SIFE dessa avó tentar entender todas as motivações, para conseguirmos ir ao ponto certo, onde está tendo o nó da questão. É bom, porque quando você abre o SIFE, a evocação espontânea vai levar para o lugar que deve ser levado, então acho que não precisa ser muito rígido na abordagem, se você propiciar um espaço de diálogo confortável para o paciente, e de confiança, vão emergir as questões que realmente precisam ser abordadas.” (RC3)

As estratégias menos citadas foram as avaliações direcionadas à criança, sendo a “consulta em 2 tempos” (composta por um momento com a presença do acompanhante adulto e outro momento sem o acompanhante) mencionada por 2 residentes (RB1 e RA2) e a aplicação de questionário para identificação de sintomas de TDAH (transtorno de déficit de atenção com hiperatividade) ou busca de critérios diagnósticos para outros transtornos mentais por 2 preceptores (PA1 e PB3).

Quanto às práticas e estratégias de manejo das queixas comportamentais, os participantes da pesquisa referiram principalmente o uso de cinco recursos terapêuticos: o acolhimento/vínculo, a abordagem familiar, o método clínico centrado na pessoa, a longitudinalidade e a realização de orientações sobre a infância. A tabela 3 apresenta todas as ferramentas mencionadas e o número de pessoas que abordou cada uma delas.

Tabela 3: Recursos de manejo citados e sua frequência nos dois grupos de participantes.

FERRAMENTAS UTILIZADAS	PRECEPTORES	RESIDENTES
Acolhimento / Vínculo / Longitudinalidade	7	6
Abordagem Familiar	6	7
Método Clínico Centrado na Pessoa	6	6

Orientações sobre infância	4	6
Orientação de ferramentas da Disciplina Positiva	2	2
Orientação sobre Comunicação Não Violenta	1	1
Encaminhamento ao NASF* ou psicoterapia	1	1

Fonte: Própria autora, 2023.

Os trechos abaixo ilustram a importância do acolhimento, vínculo e longitudinalidade na abordagem dos entrevistados:

“Eu acho que a primeira coisa é: construção de vínculo. Acho que quando você faz um acolhimento bem-feito, entende melhor as expectativas daquela pessoa (...) e consegue construir uma relação de confiança com as pessoas que estão envolvidas.” (PBI)

“Primeira coisa, eu iria pensar que não conseguiria entender toda essa criança e essa família em um dia. Eu tentaria pontuar isso para a família, que eu estou feliz que venham, mas que é importante entendermos com calma e conduzir em vários encontros. Eu uso muito a longitudinalidade nesses casos.” (RAI)

A abordagem familiar, também citada por treze participantes, é considerada uma das competências essenciais da prática do médico de família e comunidade, profissional que se propõe a cuidar do indivíduo no contexto de sua família. A constatação de que a abordagem familiar foi o recurso de manejo mais mencionado é coerente com o que os entrevistados pontuaram como potencial causa dos problemas de comportamento, as famílias com conflitos. Sobre este cuidado envolvendo as famílias, um entrevistado relatou diante do “caso clínico” hipotético apresentado:

“Eu começaria abordando a avó e planejava fazer mais para frente algum tipo de conferência familiar. Uma reunião para tranquilizar no sentido de que nós estamos por perto, para apoiar durante o desenvolvimento da criança. De que nós vamos acompanhar a família por um período maior e tudo mais. Ouvir as pessoas e tentar fazer um

meio de campo ali entre a avó, os pais, a bisavó, a criança. Construir juntos alternativas... Tranquilizar que a criança precisa de estímulo e que ela precisa ser exposta a coisas que vão fazê-la gastar essa energia. Ver a possibilidade de envolver criança num esporte, ou outra atividade disponível na comunidade.” (PC3)

O próximo recurso mais citado para o manejo foi a utilização do método clínico centrado na pessoa (MCCP). MCCP é uma sequência de quatro “componentes”, descritos na forma de ações orientadoras, que traduzem para a realização de consultas e encontros clínicos a teoria da “Medicina Centrada na Pessoa”. A Medicina Centrada na Pessoa é apresentada por seus autores como um modelo teórico alternativo ao modelo ou paradigma biomédico, baseado no modelo biopsicossocial do adoecimento/cuidado (STEWART et al., 2017). O trecho abaixo, continuação da fala sobre vínculo apresentada acima, exemplifica o uso do MCCP para abordar a família apresentando desafios com o comportamento da criança.

“Eu acho que a primeira coisa é: construção de vínculo (...) Ai, segundo o método clínico centrado na pessoa. Eu acho que o MCCP me permitiu oportunidade de conhecer ferramentas pra fazer isso melhor, conseguindo abordar o caso construindo o plano junto com a família, elaborando e decidindo junto o que é melhor pra eles.” (PB1)

Seguindo na análise do manejo realizado pelos entrevistados, dez participantes disseram oferecer orientações gerais sobre a infância. Nessas orientações, os entrevistados relataram o uso de frases como “criança brinca muito mesmo”, “criança tem que gastar energia”, “ser criança é assim mesmo” e outras no mesmo contexto. Essas orientações denotam uma preocupação com o entendimento das famílias do que é “ser criança”, apontando para uma valorização da infância por esses profissionais.

Quatro participantes (PA1, PA3, RB1 e RC1) relataram orientar técnicas de uma abordagem chamada “disciplina positiva” como forma de manejar os casos. Eles afirmam utilizá-la no manejo dos casos para educação parental, orientando estratégias disciplinares, sugestões de como lidar com conflitos e técnicas de comunicação com a criança. Estes foram os únicos participantes que traziam orientações para pais ou cuidadores baseadas em algum referencial específico sobre parentalidade. No trecho abaixo, a fala de uma preceptora ilustra essa abordagem:

“A maioria dos casos eu acho que precisa de estratégias disciplinares e eu uso o recurso de vídeos, né, que a gente tem muito disponível no Youtube (...)Eu sugiro alguns vídeos que orientam disciplina positiva e estratégias de comunicação com criança. E a partir desses vídeos eu vejo assim, “E aí, o que você achou? O que você acha de tentar?” Eu costumo encaminhar para os cuidadores, normalmente é a mãe. E continuar a conversa, né? “Me conta o que pensa, se você acha que é possível...” É assim.” (PA3)

A Disciplina Positiva é uma abordagem para educação de crianças e adolescentes criada por Jane Nelsen, baseada nas teorias de Alfred Adler e Rudolf Dreikurs. Segundo a autora, trata-se de um modelo para educação parental baseada em respeito mútuo e cooperação (NELSEN, 2015). Dos quatro participantes que mencionaram esta proposta, uma preceptora (PA3) e uma residente (RC1) conheceram a teoria após tornarem-se mães, uma preceptora (PA1) estudou o assunto ao fazer um trabalho de conclusão de curso sobre parentalidade e um residente (RB1) conheceu a abordagem acompanhando um ambulatório de psiquiatria infantil na graduação.

As últimas ferramentas citadas foram a orientação sobre uma abordagem de comunicação chamada Comunicação Não Violenta e o encaminhamento da criança para o NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família) ou psicologia, ambas citadas por 2 participantes. A Comunicação Não Violenta é uma técnica de comunicação elaborada por Marshal Rosenberg que visa promover conexão entre as pessoas, através de uma comunicação eficaz e empática. (ROSENBERG, 2006) Já o encaminhamento foi trazido por 2 participantes (PB3 e RA3) que disseram ter acesso fácil a este recurso, que contam com psicólogos ou outros profissionais do NASF que auxiliam no manejo desses casos.

Após compreender o que os entrevistados faziam diante das queixas de comportamento em crianças, buscamos conhecer as demandas formativas sobre o tema. Onze participantes (5 preceptores e 6 residentes) mencionaram como o principal ponto a melhorar a realização do diagnóstico do comportamento da criança. Foi reforçado pela maioria a dificuldade em conhecer o comportamento considerado “normal” para distingui-lo do patológico e o desconhecimento de ferramentas para investigação. Os trechos abaixo exemplificam a questão:

“Com certeza, eu e muitos precisamos de ter um aprofundamento nessa

área, no sentido de já que o nosso papel é identificar o que é "normal" e o que é patológico, preciso de uma base firme para que eu tome decisões que sejam decisões acertadas, seguras. Sou profissional de porta de entrada, a minha "triagem" tem que ser muito bem-feita, porque não posso negar "acesso" para alguém que vá precisar de alguma coisa mais específica, ou direcionar os esforços da equipe para um caso que não é um caso que precisaria de tantos esforços.” (RA3)

“Preciso entender mais as questões do comportamento, mais os critérios, os diagnósticos, ter uma pergunta mais assertiva e investigar melhor... Acho que nós vamos muito pelo "feeling". Acredito que é isso, de saber melhor os critérios para casos de TDAH por exemplo, algo mais certinho. No sentido de instrumentalizar mais a propedêutica.” (RB2)

Outras duas questões foram mencionadas como necessidade de aprimoramento para a abordagem de queixas de comportamento infantil: saber como manejar as dificuldades comportamentais, trazida por três residentes (RB1, RA2 e RB3) e dois preceptores (PC1 e PA1) e melhorar as habilidades de trabalho em equipe, comentada por apenas um preceptor e uma residente (PB3 e RB3). Os cinco participantes que trouxeram a demanda de aprimorar o manejo dos casos sentam a necessidade de conhecer técnicas de comunicação clínica ou outras ferramentas que pudessem ser utilizadas na orientação de pais e cuidadores.

DISCUSSÃO

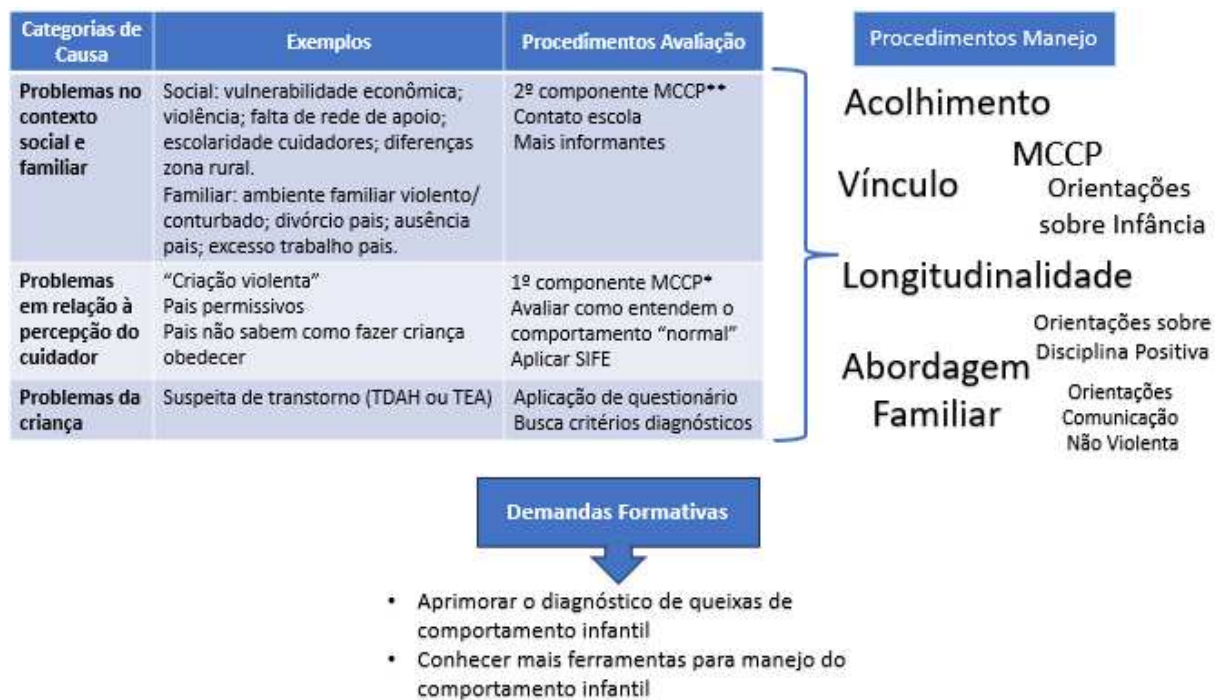
Analisando as narrativas dos participantes sobre as queixas de comportamento infantil e a experiência deles na abordagem desses casos percebe-se que todo o grupo compartilha a ideia de que o contexto em que o paciente está inserido impacta diretamente em seu comportamento. Dentre os fatores que contribuem com as queixas, os problemas no contexto social e familiar e a forma com que os cuidadores lidam com a criança foram os mais mencionados, enquanto questões individuais da própria criança pouco trazidas

Esta percepção sobre as circunstâncias que podem causar problemas de comportamento infantil direcionou as narrativas sobre as formas de avaliação da queixa comportamental e os

procedimentos de manejo dos casos. A descrição dos participantes sobre como abordam as queixas comportamentais em crianças é coerente com sua visão do que pode estar contribuindo para as dificuldades de comportamento. Como a maioria dos entrevistados percebe problemas de comportamento infantil como decorrentes de questões familiares ou sociais, e não questões próprias das crianças, avaliações e condutas direcionadas a elas individualmente foram pouco mencionadas.

Na figura abaixo, está representada esta sequência lógica observada nos relatos dos entrevistados. Os fatores que contribuem com os problemas de comportamento infantil trazidos foram agrupados em categorias de causas, e estão apresentadas abaixo seguidas de exemplos e dos procedimentos de avaliação utilizados para cada categoria. À direita da figura, encontram-se os procedimentos de manejo utilizados e abaixo as demandas formativas trazidas.

Figura 1: Visão e abordagem do comportamento infantil pelos entrevistados.



Fonte: Própria autora, 2023.

A relação direta entre as categorias de causas dos problemas comportamentais e as categorias das práticas e estratégias de avaliação desses problemas, porém, não teve continuidade com as modalidades de recursos utilizados no manejo dessas questões. Os participantes, ao descreverem sua abordagem terapêutica, mencionavam um “cardápio” de técnicas e práticas organizadas cujo uso dependia mais da gravidade ou persistência das

dificuldades relatadas pelos cuidadores do que da sua vinculação a uma causa específica. Sendo assim, os procedimentos de manejo foram representados na figura fora das linhas do quadro, demonstrando que podem ser utilizados em qualquer situação, e aparecem com tamanhos diferentes para ilustrar se foram mais ou menos mencionados pelos participantes.

Na parte inferior da figura, encontram-se as demandas formativas trazidas pelos participantes sobre o tema, sendo citadas a necessidade de aprimorar o diagnóstico de queixas de comportamento infantil e conhecer mais formas de manejá-las. Apesar de entenderem os fatores do contexto como os mais relevantes na explicação da alteração comportamental e nas formas de avaliação e manejo, este tema não se converteu em demandas formativas. O reconhecimento do comportamento infantil “normal” e de formas de distingui-lo do patológico foi reforçado como principal lacuna de aprendizado, e os entrevistados manifestaram insegurança em fazer tal distinção.

Comparando as práticas e estratégias de avaliação do comportamento infantil citadas pelos entrevistados e recomendações presentes na literatura há semelhanças principalmente na investigação do contexto social e familiar, mencionada como etapa importante por referências nacionais e internacionais (BRASIL, 2012; OPAS, 2018; TOTSIKA; SYLVA, 2004; LYKKE; CHRISTENSEN; REVENTLOW, 2013). Esta investigação surge nas narrativas da nossa amostra como parte inicial da avaliação, enquanto no fluxograma do manual de intervenções proposto pela OMS e OPAS (OPAS, 2018) ela aparece ao fim do processo, após investigações com maior ênfase no paradigma biomédico. Em comparação com o questionário HOME (*Home Observation for Measurement of the Environment*) há também foco na avaliação das necessidades de desenvolvimento infantil e na capacidade parental, questões menos mencionadas por nossos entrevistados, que demonstraram preocupação maior com os determinantes sociais de saúde. A análise do contexto social e familiar no início da abordagem e o foco nos DSS observados em nossa amostra podem ser explicados pela visão dos participantes sobre as causas dos problemas de comportamento.

Em relação aos recursos utilizados para o manejo das queixas de comportamento infantil o relato dos entrevistados está condizente com recomendações presentes na literatura ao priorizar o envolvimento da família para condução dos casos (BRASIL, 2012; OPAS, 2018; RIO DE JANEIRO, 2018). Porém, os participantes propõem a abordagem familiar através de encontros para conversar sobre a criança e formas de contornar as dificuldades sem uma orientação fundamentada em um referencial específico de parentalidade, o que a maior parte

dos entrevistados desconhecia. Já a *American Academy of Family Physicians* (AAFP) sugere uma abordagem que aprofunda no treinamento de pais com técnicas específicas para a comunicação com a criança e para influência do comportamento adequado (KAVAN; SAXENA; RAFIQ, 2018). Outra divergência foi observada entre nossa amostra e pesquisas nacionais que investigaram o manejo de questões comportamentais e de saúde mental em crianças na APS (ESSWEIN et al., 2021; PAULA et al., 2009), nas quais houve a menção ao encaminhamento para profissionais especialistas em saúde mental como prática rotineira, enquanto nas narrativas desta pesquisa foi pouco citado. Este fato pode estar relacionado a dificuldade de encaminhar por falta de profissionais que recebam estes casos, mencionada por 10 dos 15 participantes, ou pode-se tratar de viés de informação do autorrelato, influenciado pela desejabilidade social - fenômeno observado quando um indivíduo responde de forma a tentar causar uma impressão favorável (PAULHUS, 1991).

A insegurança em distinguir o comportamento normal do patológico a partir das queixas trazidas nos atendimentos surgiu como um tema central manifestado por quase todos os participantes (onze, da amostra de quinze). O questionamento sobre a delimitação entre o que pode ser considerado normal e patológico é constitutivo do nascimento da medicina moderna, e é responsável por extensas discussões conceituais especialmente na área da saúde mental, campo no qual mais diagnósticos podem se sobrepor com limites pouco estabelecidos.

As dificuldades na definição de transtorno e saúde mental infantojuvenil podem ser explicadas por dois pontos, primeiro por limites mal definidos entre categorias científicas e populares, como ocorre por exemplo com o termo “agitação”, interpretado de diferentes formas por familiares ou profissionais. Em segundo lugar a dificuldade se explica por dependermos geralmente da percepção de um adulto na identificação de criança bem adaptada ou não, variando assim com as concepções de infância, tolerância aos comportamentos desafiadores e expectativas dos adultos que convivem com cada criança (NAKAMURA; BARBARINI, 2019).

Como consequência dessa dificuldade na definição precisa de um comportamento infantil saudável, encontramos a insegurança trazida pelos entrevistados para diagnóstico dos casos. Entretanto, analisando os relatos trazidos sobre como abordam os problemas de comportamento, reconhecemos que os participantes identificam o que consideram um comportamento normal em sua prática clínica, mas mantém o relato de insegurança provavelmente pela falta de um critério bem estabelecido a seguir ou um referencial específico em que apoiem sua definição diagnóstica. Os profissionais realizam o diagnóstico do

comportamento infantil no seu cotidiano, fazendo a distinção entre comportamento normal ou patológico durante a exploração. Nesta avaliação focam na investigação de possíveis prejuízos que a queixa comportamental possa estar trazendo à criança, se impacta negativamente no desempenho das funções que são esperadas para a “média” das crianças na mesma faixa etária. E aqui voltamos às questões contextuais, uma vez que o que é esperado de uma criança pelos pais, por outros familiares ou pela escola depende do contexto social e cultural envolvidos. Da mesma forma, o comportamento e desempenho funcional da “média” das crianças vai variar com o ambiente em que elas estão inseridas.

Apesar dos participantes considerarem a importância de aspectos socioculturais nos problemas de comportamento, apesar de demonstrarem um olhar voltado para os DSS, como é o esperado para a especialidade, eles mantêm influências do modelo biomédico em exercer uma prática positivista no campo do diagnóstico, sentindo-se no dever de afirmar aos pacientes se uma doença está ou não presente, de forma pragmática. Devido à complexidade de atuar desta maneira nas questões de comportamento infantil, pelos motivos já citados, os profissionais se veem inseguros, demandando aprender algo a mais que auxilie na definição.

A maioria dos participantes, que não demonstrou apropriação de referenciais teóricos de comportamento infantil ou parentalidade, referia o aprendizado do M CCP durante a residência como embasamento para a abordagem do comportamento infantil. Entretanto, percebemos que este referencial não supre a lacuna identificada, pois os profissionais permanecem inseguros e demandando conhecer mais técnicas para manejar questões comportamentais. Eles entendem que há algo mais a ser feito durante a abordagem, que a relação com a família pode ser mais explorada em intervenções que auxiliem a lidar com as dificuldades com o comportamento infantil.

Como vimos nos resultados a demanda formativa de conhecer o comportamento considerado “normal” para distingui-lo do patológico foi trazida por 11 dos 15 participantes. Quatro entrevistados, dois residentes (RB1 e RC1) e duas preceptoras (PA1 e PA3) não trouxeram este tema como uma demanda, e não apresentaram insegurança ao avaliar o comportamento. É importante ressaltar que esses 4 profissionais têm algo em comum que os difere na amostra, sendo os 4 participantes que mencionaram orientar ferramentas de uma abordagem chamada Disciplina Positiva no manejo dos casos. Os entrevistados que manifestaram conhecimento desta teoria apresentavam um olhar diferenciado às queixas

comuns de comportamento infantil, o que resultava em mais segurança para a identificação de um comportamento saudável.

O conhecimento da Disciplina Positiva pode suprir a demanda dos participantes de um referencial teórico que embase a identificação do comportamento infantil saudável, o que é uma hipótese plausível para explicar o porquê os profissionais que conhecem a abordagem não manifestaram insegurança na avaliação. Cabe ressaltar que a Disciplina Positiva não deve ser entendida aqui como uma solução para todas as dificuldades ou única alternativa para reduzir a insegurança dos profissionais. A insegurança poderia estar relacionada a ausência de um referencial teórico, e essa demanda poderia ser suprida por outros referenciais que abordem o comportamento infantil, mas nesta amostra a única menção a referencial teórico de parentalidade foi a disciplina positiva.

O Caderno de Atenção Básica 33 traz recomendações coerentes com essa percepção, indicando programas de fortalecimento das famílias para que proporcionem ambiente seguro e que desenvolvam a capacidade dos filhos, e ações com foco nas famílias, através de treinamento parental (BRASIL, 2012). Silva (2019) destaca entre as intervenções para saúde mental infantil os programas de treinamento parental, ressaltando que apresentam eficácia no enfrentamento de comportamentos problemáticos. Pontua que contribuir para a implantação de intervenções psicossociais na APS, como o treinamento de pais, pode ser atitude essencial para aprimorar o cuidado das crianças. A OMS cita o incentivo à boa parentalidade como exemplo de abordagem que se concentra no fortalecimento de recursos sociais para promover e proteger a saúde mental (WHO, 2022).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise das entrevistas permitiu compreender que os entrevistados reconhecem que queixas sobre o comportamento infantil são demandas frequentes nas consultas de crianças na APS, e utilizam diversos procedimentos de avaliação e manejo para a abordagem dos casos. Entretanto, manifestam insegurança em relação ao diagnóstico do comportamento, e desejam conhecer algum referencial que auxilie na diferenciação do comportamento infantil normal de situações em que há transtorno. Os entrevistados que, por iniciativa própria, estudaram sobre parentalidade e conheciam algum referencial teórico sobre o tema não compartilhavam esta

insegurança presente na maioria das entrevistas.

O estudo apresenta limitações relacionadas a metodologia e instrumentos utilizados. Os dados foram obtidos exclusivamente através de entrevistas, não tendo sido utilizados instrumentos que ampliariam a compreensão do cenário e da conduta dos profissionais. Durante as entrevistas utilizamos um caso clínico como disparador da discussão, o que é um resumo teórico de uma parte de consulta, mas não contempla a complexidade de um atendimento real.

Diante dos resultados e limitações da pesquisa reconhece-se a necessidade de novos estudos sobre o tema, especialmente aprofundando na compreensão da insegurança dos profissionais diante das queixas de comportamento infantil. Além disso, evidencia-se a necessidade da inclusão da discussão sobre a abordagem do comportamento nas consultas de crianças no currículo formal dos programas de residência de MFC, dada a relevância do treinamento para orientação parental como uma estratégia de abordagem familiar.

A Disciplina Positiva, que se apresenta como um modelo para treinamento parental, pode auxiliar profissionais na avaliação e no manejo dos casos através da orientação dos pais e cuidadores com suas ferramentas. Porém, é importante pontuar a limitação deste recurso. Uma vez que as dificuldades associadas ao comportamento infantil têm causa multifatorial, com grande peso em questões sociais e para além do núcleo familiar, orientar os pais sobre formas de exercer a parentalidade não será suficiente para um cuidado ampliado das pessoas que enfrentam essas dificuldades. Nenhuma teoria utilizada para orientação parental será capaz de proteger as crianças das vulnerabilidades sociais e todas suas implicações. Assim, além de recomendar ações com a família, é importante mencionar que ações políticas e estruturais são essenciais para o manejo integral do comportamento infantil.

REFERÊNCIAS

- APA. American Psychological Association. **Effective strategies to support positive parenting in community health centers: Report of the Working Group on Child Maltreatment Prevention in Community Health Centers**. Washington, 2009. Disponível em: <https://www.apa.org/pi/prevent-violence/resources/positive-parenting.pdf>. Acesso em: 3 jul. 2022.
- BAX, A. C. *et al.* The Relationship Between Pediatric Residents' Experiences Being Parented and Their Provision of Parenting Advice. **Front Pediatr**, v. 6, n. 395, p. 1-10, 2018.
- BRADSHAW, C.; ATKINSON, S.; DOODY, O. Employing a qualitative description approach in health care research. **Global Qualitative Nursing Research**, v. 4, 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção

Básica. **Saúde da Criança: crescimento e desenvolvimento (Caderno da Atenção Básica, n. 33)**. Brasília, 2012. 273p. Disponível em:

<https://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MTIxMA==> . Acesso em: 20/02/2023.

BRAUN, V.; CLARKE, V. *Thematic Analysis: A Practical Guide*. SAGE Publications Ltd, 2021. 376p. ISBN 978-1-4739-5323-9.

COLEMAN, W. L. et al. Policy statement - The future of pediatrics: Mental health competencies for pediatric primary care. *Pediatrics*, v. 124, n. 1, p. 410–421, 2009. DOI: <https://doi.org/10.1542/peds.2009-1061>

EAPEN, V.; GRAHAM, P.; SRINATH, S. **Where There Is No Child Psychiatrist: A Mental Healthcare Manual**. 1. ed. RCPsych Publications, 2012. 214p. ISBN-13: 978-1908020482

ESSWEIN, G. C. *et al.* Ações em saúde mental infantil no contexto da Atenção Básica do Sistema Único de Saúde (SUS): uma revisão integrativa da literatura brasileira. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 26, Supl. 2, p. 3765-3780, 2021.

HUANG, CY. *et al.* Relationships between parent-reported parenting, child-perceived parenting, and children's mental health in Taiwanese children. **Int J Environ Res Public Health**, v. 16, n. 6, 1049, 2019.

KAVAN, M. G.; SAXENA, S. K.; RAFIQ, N. General Parenting Strategies: Practical Suggestions for Common Child Behavior Issues. **Am Fam Physician**, v. 97, n. 10, p. 642-648, 2018.

LYKKE, K.; CHRISTENSEN, P.; REVENTLOW, S. GPs' strategies in exploring the preschool child's wellbeing in the pediatric consultation. **BMC Fam Pract**, v. 14, n. 177, 2013.

MIRANDA, P. R.; ROMANO, V. F. Uma proposta de instrumento de avaliação pedagógica da preceptoria para residências em Medicina de Família e Comunidade. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, v. 16, n. 43, p. 2680, 2021.

NAKAMURA, E.; BARBARINI, T. Comportamentos infantis problemáticos, perturbadores e não conformes: conceitos e demandas de cuidado relacionados à agitação em crianças em Santos e Campinas, Brasil. **Saúde Soc.**, v. 28, n. 1, p. 12-26, 2019.

NELSEN, J. **Disciplina positiva: O guia clássico para pais e professores que desejam ajudar as crianças a desenvolver autodisciplina, responsabilidade, cooperação e habilidades para resolver problemas**. Tradução: Bernadette Pereira Rodrigues e Samantha Schreier Susyn. 3. ed. São Paulo: Manole, 2015. 340p. ISBN: 9788520447864

NEVES, R. G. *et al.* Tendência temporal da cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil, regiões e Unidades da Federação, 2006-2016. **Epidemiol Serv Saude**, v. 27, n. 3, e2017170, 2018.

OPAS. Organização Pan-Americana de Saúde. **MI-mhGAP Manual de Intervenções para transtornos mentais, neurológicos e por uso de álcool e outras drogas na rede de atenção**

básica à saúde. Versão 2.0. Brasília, DF: Organização Pan-Americana de Saúde, 2018. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49096?locale-attribute=pt> . Acesso em: 18 set. 2022.

PAULA, C. S. *et al.* Primary care and children's mental health in Brazil. **Acad Pediatr**, v. 9, n. 4, p. 249-255, 2009.

PAULHUS, D.L. Measurement and control of response styles. *In:* J. P. ROBINSON, J. P.; SHAVER, P.R.; WRIGHTSMAN, L. S. **Measures of personality and social and psychological attitudes.** San Diego: Academic Press, 1991, p. 17-59.

RIO DE JANEIRO (Estado). **Coleção Guia de Referência Rápida Saúde Mental na Infância: Identificação, manejo e qualificação do cuidado.** 1. ed. Série F. Comunicação e Educação em Saúde. Coleção Guia Rápido de Referência Rápida. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde, 2018. Disponível em: https://www.mprj.mp.br/documents/20184/841707/guia_de_referencia_em_saude_mental_na_infancia_1_edicao_2018.pdf . Acesso em: 23 abr. 2022.

ROSENBERG, M. B. **Comunicação não-violenta: técnicas para aprimorar relacionamentos pessoais e profissionais.** Tradução: Mário Vilela. São Paulo: Ágora, 2006. 288p. ISBN-13: 978-8571838260.

SBMFC. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. **Currículo Baseado Em Competências Para Medicina de Família e Comunidade.** 2015. Disponível em: [http://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/media/Curriculo%20Baseado%20em%20Competencias\(1\).pdf](http://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/media/Curriculo%20Baseado%20em%20Competencias(1).pdf) . Acesso em: 20/07/2022.

SILVA, F.D. Saúde Mental na Infância. *In:* GUSSO, G.; LOPES, J. M. C.; DIAS, L. C. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade - 2 Volumes: Princípios, Formação e Prática.** 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019. 2388p. ISBN-13: 978-8582715352.

STEWART, M. *et al.* **Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico.** 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

TESSER, C. D. Contribuições das epistemologias de Kuhn e Fleck para a reforma do ensino médico. **Rev. bras. educ. med.**, v. 32, n. 1, p. 98–104, 2008.

TOTSIKA, V.; SYLVA, K. The home observation for measurement of the environment revisited. *Child Adolesc*, v. 9, n. 4, p. 25-35, 2004.

WHO. World Health Organization. **World mental health report: transforming mental health for all.** Geneva: World Health Organization, 2022. 296p. ISBN 978-92-4-004933-8.

5.2. PRODUTO TÉCNICO



Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Viçosa

RELATÓRIO DO PRODUTO TÉCNICO DO MESTRADO

ALUNA: Luara Brandão Viveiros

ORIENTADOR: Leandro David Wenceslau

OFICINA: “Orientação Parental Através da Disciplina Positiva: Uma Nova Estratégia de Abordagem Familiar”

JUSTIFICATIVA:

- Queixas sobre o comportamento infantil e dificuldades em educar são temas frequentemente trazidos pelos pais durante consultas médicas buscando orientação profissional para lidar com situações desafiadoras. Muitas queixas trazidas em consultas dessa faixa etária estão relacionadas a atitudes desafiadoras, oposição a regras, dificuldades escolares e no relacionamento familiar. Entretanto, comumente tais queixas relacionam-se a falta de compreensão dos pais das necessidades subjetivas das crianças e adolescentes e inabilidade para lidar com essas situações cotidianas. Assim, os cuidadores se veem envolvidos em situações desgastantes de estresse, que geram reações prejudiciais como agressões, explosões e desequilíbrios emocionais, as quais são pouco efetivas no que realmente se propõe: ensinar habilidades de vida à crianças e adolescentes.
- Estudos demonstram que a vivência de situações psicossociais adversas traz desfechos negativos para a criança, tanto para saúde física como mental, e que a parentalidade pode afetar diretamente a autoestima, regulação emocional e o bem-estar. Assim, é importante que profissionais de saúde estejam aptos a disponibilizar cuidados adequados à saúde mental na infância de forma eficaz, incluindo a promoção da interação saudável entre pais e filhos
- A disciplina positiva é uma abordagem socioemocional baseada em respeito mútuo e cooperação, que objetiva ensinar habilidades de vida para crianças e adolescentes. Prioriza incorporar gentileza e firmeza ao mesmo tempo, com base em lócus de controle interno para encorajar pessoas a se tornarem responsáveis, respeitosas, resilientes e com

recursos para solucionarem problemas. Propõe um novo olhar sobre o mau comportamento, bem como um novo olhar para a relação adulto-criança, pautada nos dados científicos sobre desenvolvimento infantil.

- Médicos de família e comunidade e demais profissionais de saúde que atendem pais e cuidadores podem identificar interações indesejáveis desses com as crianças e adolescentes, tais como: violência, disputas de poder, humilhações e permissividade. Há vasta literatura científica relacionando estilos parentais a desfechos de saúde como transtornos mentais, cognição, alimentação e estilo de vida saudável. Portanto, é de extrema relevância que esses profissionais conheçam a abordagem da disciplina positiva, bem como suas ferramentas, a fim de orientar pais e cuidadores nos exercícios de suas parentalidades, buscando alcançar melhores resultados no desenvolvimento infanto-juvenil no que se refere a habilidades de vida, proporcionando mais saúde ao sistema familiar.

OBJETIVOS:

- Reconhecer a disciplina positiva como uma abordagem alternativa aos estilos clássicos de parentalidade (autoritarismo e permissividade).
- Identificar os efeitos positivos no desenvolvimento infanto-juvenil e na saúde emocional do sistema familiar que a Disciplina Positiva pode trazer.
- Conhecer e experimentar as ferramentas da disciplina positiva.
- Compreender como o profissional pode orientar as famílias nessa abordagem de parentalidade, a fim de obter resultados mais efetivos nas principais queixas trazidas pelos pais e cuidadores.
- Experimentar formas de orientação parental a partir das ferramentas da Disciplina Positiva.

METODOLOGIA

- Exposição breve sobre o tema.
- Atividade vivencial com objetivo de ajudar os participantes a compreender as consequências de uma relação adulto-criança muito permissiva ou muito autoritária, bem como os benefícios de equilibrar a firmeza e a gentileza ao mesmo tempo nesta relação.

- Dramatização para conscientizar os profissionais dos resultados em longo prazo de diferentes métodos de disciplina.
- Atividade vivencial para reconhecer os pensamentos, sentimentos e decisões que as crianças podem estar formando em resposta ao estilo parental e as consequências que essas crenças podem trazer a longo prazo.
- Simulação de atendimento com família que queixa dificuldades disciplinares na criança seguida de roda de conversa sobre formas de realizar a orientação baseado nas ferramentas vistas na oficina.

6 DISCUSSÃO

Nesta seção, discutiremos os resultados descritos no item anterior, delineando os principais temas trazidos pelos participantes em diálogo com pesquisas e outras publicações sobre a abordagem médica de problemas de comportamento infantil em cenários de cuidados primários. Iniciaremos a seção com uma síntese dos resultados e, em seguida, discutiremos a emergência dos problemas de comportamento infantil na APS e sua relação com os determinantes sociais de saúde e o contexto familiar. Posteriormente, trataremos da abordagem de problemas de comportamento infantil na APS e encerraremos a discussão refletindo sobre as demandas formativas com a questão: como diferenciar o normal do patológico?

6.1. SÍNTESE DOS RESULTADOS

Analisando as narrativas dos participantes sobre as queixas de comportamento infantil e a experiência deles na abordagem desses casos percebe-se que todo o grupo compartilha a ideia de que o contexto em que o paciente está inserido impacta diretamente em seu comportamento. Dentre os fatores que contribuem com as queixas, os problemas no contexto social e familiar e a forma com que os cuidadores lidam com a criança foram os mais mencionados, enquanto questões individuais da própria criança foram pouco trazidas.

Esta compreensão sobre as circunstâncias que podem causar problemas de comportamento infantil direcionou as narrativas sobre as formas de avaliação da queixa comportamental e os procedimentos de manejo dos casos. Avaliando os resultados nota-se que a descrição dos participantes sobre como abordam as queixas comportamentais em crianças é coerente com sua visão do que pode estar contribuindo para as dificuldades de comportamento. Como a maioria dos entrevistados percebe problemas de comportamento infantil como

advindos de questões familiares ou sociais, e não questões próprias das crianças, avaliações e condutas direcionadas a elas individualmente foram pouco mencionadas.

Na Figura 1 está representada esta sequência lógica observada nos relatos dos entrevistados. Os fatores que contribuem com os problemas de comportamento infantil trazidos foram agrupados em categorias de causas, e estão apresentadas abaixo seguidas de exemplos e dos procedimentos de avaliação utilizados para cada categoria. À direita do quadro encontram-se os procedimentos de manejo utilizados e abaixo as demandas formativas trazidas.

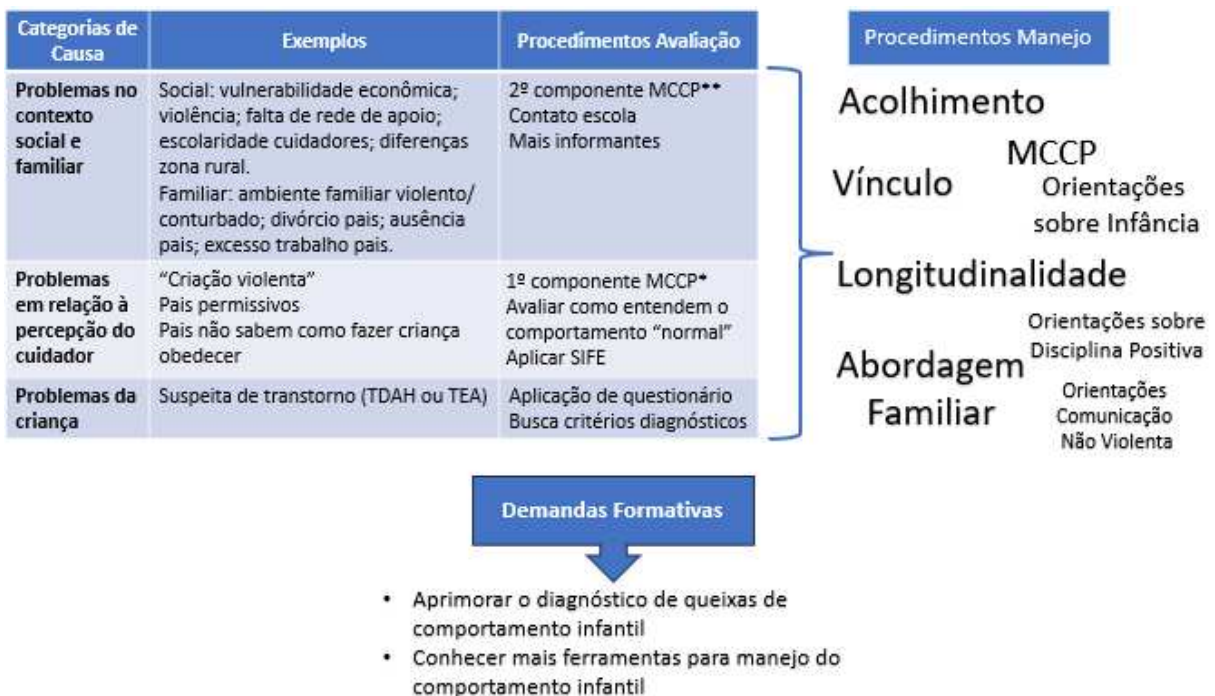


Figura 1 – Visão e abordagem do comportamento infantil pelos entrevistados.

Fonte: Própria autora, 2023.

A percepção de uma questão como causadora de dificuldades no comportamento da criança direciona formas de avaliação específicas relacionadas a esta causa, como percebido no quadro. Porém, essa divisão de estratégias de acordo com a causa não se mantém ao se tratar do manejo do problema. Nos relatos sobre como manejam os casos nota-se que os participantes não se limitam a procedimentos relacionados com a causa, na prática utilizam todas as ferramentas que possuem independente do que possa estar causando o problema. Sendo assim, os procedimentos de manejo foram representados acima fora das linhas do quadro, demonstrando que podem ser utilizados em qualquer situação, e aparecem com em tamanhos diferentes para ilustrar se foram mais ou menos mencionados pelos participantes.

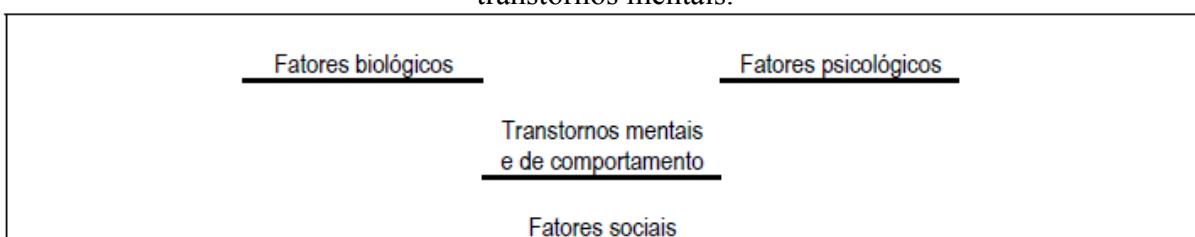
Mesmo não conseguindo atuar diretamente em aspectos do contexto social e familiar

trazidos como prejudiciais ao comportamento infantil, os entrevistados utilizam procedimentos de manejo que auxiliam a lidar com a situação. Dessa forma, nota-se que as ferramentas de manejo mais citadas aplicam-se a todas as categorias de causas de queixas de comportamento, sendo essas: o acolhimento, vínculo e a longitudinalidade, o método clínico centrado na pessoa (3º e 4º componentes), e as orientações sobre a infância.

Ao fim do quadro na figura encontram-se as demandas formativas trazidas pelos participantes sobre o tema, sendo citadas a necessidade de aprimorar o diagnóstico de queixas de comportamento infantil e conhecer mais formas de manejar essas queixas. Apesar de entenderem os fatores do contexto como os mais relevantes na explicação da alteração comportamental e nas formas de avaliação e manejo, este tema não se converteu em demandas formativas. O reconhecimento do comportamento infantil “normal” e formas de distingui-lo do patológico foi reforçado como principal lacuna de aprendizado, e os entrevistados manifestaram insegurança em fazer tal distinção, desejando conhecer instrumentos que auxiliassem nesta definição. Esta discussão será aprofundada na seção 6.5.

Analisando o quadro nota-se que os entrevistados percebem como causas dos problemas de comportamento infantil principalmente fatores externos à própria criança, sem atribuir essas queixas diretamente a questões orgânicas ou psicológicas. A Organização Mundial de Saúde (OMS) estabelece que os transtornos mentais e de comportamentos são influenciados por uma combinação de fatores biológicos, psicológicos e sociais, como representado na Figura 3:

Figura 2 – Interação de fatores biológicos, psicológicos e sociais no desenvolvimento de transtornos mentais.



Fonte: Relatório sobre a Saúde no Mundo (OMS, 2001)

A partir da compreensão do modelo de tripé proposto pela OMS, considerando os fatores biológicos, psicológicos e sociais como influenciadores das questões de comportamento infantil, percebe-se que os entrevistados atribuem uma ênfase maior aos fatores sociais como explicativos para as queixas, em detrimento dos fatores psicológicos e biológicos.

Como já apontado nos resultados, os participantes observam em sua prática o impacto de determinantes sociais de saúde na manifestação dos problemas de comportamento infantil. Tal observação é uma hipótese que pode explicar o desequilíbrio do tripé de fatores que

contribuem para a gênese de queixas comportamentais com maior peso ao aspecto social. A observação da influência de determinantes sociais de saúde no comportamento e na saúde mental infantil é descrito em muitas publicações nacionais e internacionais, como será discutido adiante na seção 6.3.

6.2. PROBLEMAS MAIS COMUNS DE COMPORTAMENTO INFANTIL NA APS

Para nossos participantes, as queixas de comportamento foram consideradas frequentes nos atendimentos infantis. Não encontramos dados específicos de outros estudos sobre a frequência de queixas de comportamento infantil em consultas na atenção primária à saúde para comparação. No entanto, há ampla literatura nacional e internacional sobre a frequência de problemas de saúde mental na população infantojuvenil, como discutiremos nesta seção.

Estudos populacionais (ANSEMI et al., 2010; CUCCHIARO; DALGALARRONDO, 2007; CURY; GOLFETO, 2003; FLEITLICH; GOODMAN, 2001; GOODMAN et al., 2005; PAULA et al., 2009; VITOLO et al., 2005) descrevem a prevalência de problemas de saúde mental em crianças e adolescentes, e seu resultado varia de acordo com o tipo de investigação realizada, se avaliação de rastreio ou diagnóstica, o instrumento utilizado e a quem a investigação é direcionada (crianças, pais ou professores). A OMS estima a prevalência média de transtornos mentais em crianças e adolescentes no mundo entre 8 e 14% (WHO, 2022). Estudos estadunidenses encontram prevalência entre 13,1 % (MERIKANGAS et al., 2010) e 20% (SHELDRIK; MERCHANT; PERRIN, 2011).

O instrumento mais utilizado nos estudos brasileiros é o Questionário de Capacidades e Dificuldades (SQD - Strengths and Difficulties Questionnaire), uma avaliação comportamental para investigar os aspectos socioemocionais de crianças e adolescentes. Trata-se de um instrumento de rastreamento que aborda hiperatividade, sintomas emocionais, problemas de conduta, relações interpessoais e comportamento pró-social. Investiga sintomas e avalia seu impacto na criança/adolescente, em sua vivência familiar e escolar (FLEITLICH; CORTÁZAR; GOODMAN, 2000). O instrumento aborda comportamentos citados pelos entrevistados dentre os frequentes nas consultas, como agitação, nervosismo, suspeita de TDAH, indisciplina e sintomas ansiosos.

A prevalência de problemas de saúde mental em crianças e adolescentes obtida pelo SDQ em estudos nacionais variou de 13,5% a 35,2% em avaliações feitas com pais ou cuidadores, foi de 13,1% em estudos feitos apenas com adolescentes e quando dados obtidos apenas com professores variou de 8,3% a 10,3%. Um estudo que combinou dados com os três

informantes encontrou a frequência de 22% em crianças e adolescentes moradores de favelas e 12% em regiões urbanas ou rurais. As frequências obtidas com instrumentos diagnósticos variaram entre 7,0 e 12,7%, também combinando dados dos três informantes (LAURIDSEN-RIBEIRO; TANAKA, 2016).

Além de considerarem as queixas de problemas de comportamento infantil como frequentes nas consultas, os participantes também listaram quais queixas são mais comuns, sendo mencionadas com mais frequência: agitação, dificuldade de aprendizado, nervosismo/agressividade e dificuldade com o uso de telas. Também encontramos estudos com levantamentos similares no momento desta pesquisa. No livro “*Child Behavioral Assessment & Management in Primary Care*” são listadas como queixas mais frequentes: agressividade leve a moderada, ansiedade, desobediência, problemas de sono, escapes de urina ou fezes e problemas com irmãos (CAREY; MCDEVITT, 2016). Estudos epidemiológicos brasileiros encontraram que os transtornos de saúde mental mais prevalentes na infância e adolescência são: transtorno de ansiedade, transtornos de conduta, transtorno de déficit de atenção e hiperatividade e depressão (PAULA; MIRANDA; BORDIN, 2010).

A percepção dos participantes das queixas comportamentais como frequentes durante consultas infantis é coerente com os dados de frequência de problemas de saúde mental na população infantojuvenil encontrados nos estudos, uma vez que os problemas de saúde mental manifestam-se comumente com alterações de comportamento. As queixas mais mencionadas como comuns nos atendimentos, agitação, dificuldade de aprendizado e nervosismo/agressividade são sintomas que podem estar presentes nos transtornos de saúde mental tidos como mais prevalentes na infância e adolescência.

Os participantes comentaram sobre diferenças observadas no aparecimento de queixas de comportamento em consultas de crianças da zona urbana e rural, e outros fatores sociais, econômicos e ambientais que podem estar envolvidos com problemas de comportamento. Para explorar a questão discutiremos sobre determinantes sociais de saúde e comportamento infantil na seção seguinte.

6.3. DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE, AMBIENTE FAMILIAR E COMPORTAMENTO INFANTIL

Os determinantes sociais de saúde (DSS), segundo a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais de Saúde, são “um conjunto de acontecimentos, fatos, situações e comportamentos da vida econômica, social, ambiental, política, governamental, cultural e

subjetiva que afetam positiva ou negativamente a saúde de indivíduos, segmentos sociais, coletividades, populações e territórios” (FIOCRUZ, 2020). Segundo a OMS, são “as circunstâncias em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem” (WHO, 2013).

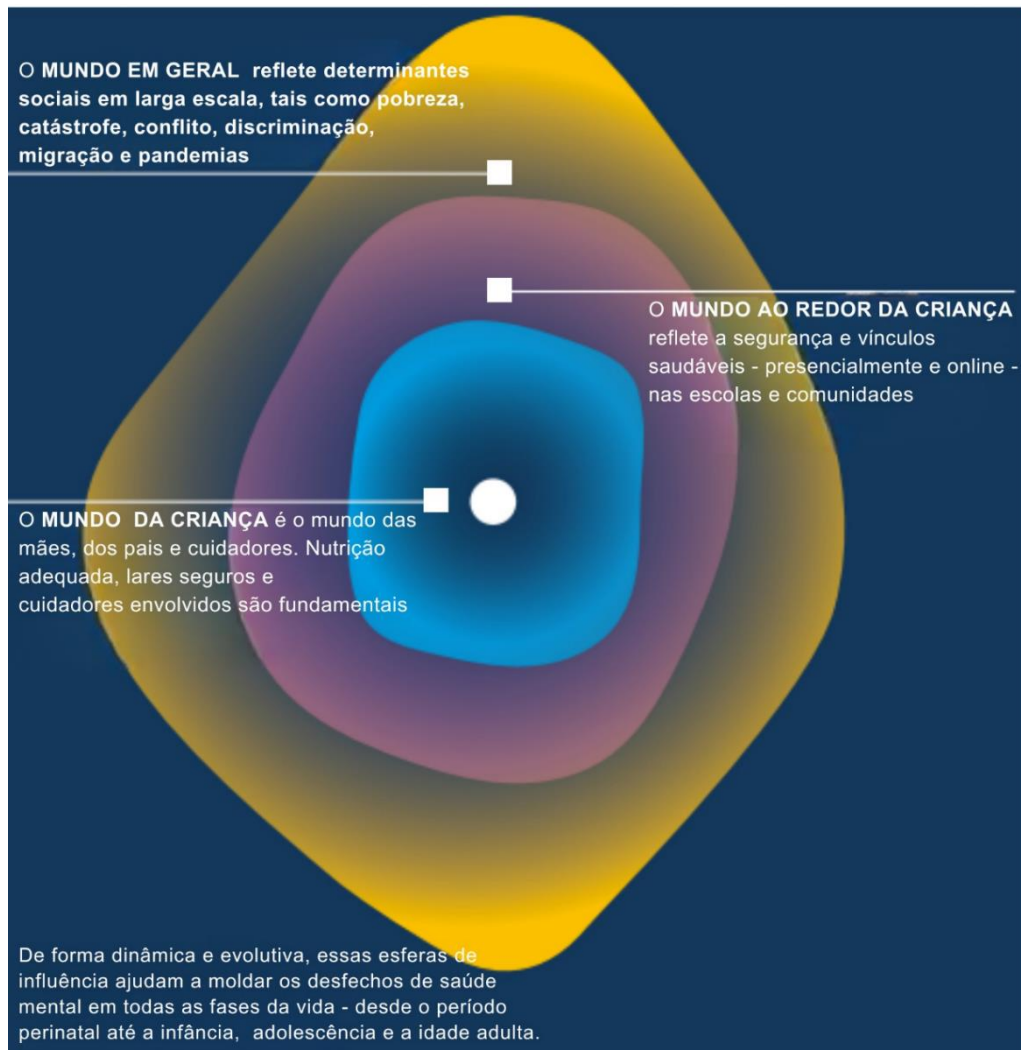
Habitação, saneamento, ambiente de trabalho, serviços de saúde e de educação, e a trama de redes sociais e comunitárias são exemplos de determinantes sociais, que quando se apresentam de forma desfavorável trarão consequências negativas para a saúde. Estes determinantes podem assim acarretar iniquidades em saúde, que são desigualdades evitáveis em saúde entre grupos de pessoas, como a condição socioeconômica de uma família determinando o risco de adoecimento e a capacidade de prevenir ou tratar doenças quando ocorrem (WHO, 2013).

Tratando-se especialmente de questões emocionais e de saúde mental, sabe-se do grande impacto dos determinantes sociais de saúde no adoecimento dos indivíduos, que é afetado por fatores como desemprego, baixa escolaridade e ausência de domicílio. Segundo a OMS os transtornos mentais são duas vezes mais comuns nas populações mais pobres, por estarem submetidas a mais fatores de risco e por maior dificuldade de acesso a tratamento dos quadros (LAURIDSEN-RIBEIRO; TANAKA, 2016; WHO, 2013).

As crianças são consideradas um grupo populacional mais sensível à ação dos determinantes sociais de saúde por estarem em uma fase vulnerável de desenvolvimento, por vivenciarem alto grau de dependência dos adultos e por apresentarem morbidade diferenciada. Estudos confirmam que os primeiros anos de vida são um momento crítico, no qual a criança está especialmente sensível a exposições positivas ou negativas e suas consequências no seu desenvolvimento (HALFON; LARSON; RUSS, 2010).

O relatório publicado pela UNICEF em 2021, intitulado: “Situação Mundial da Infância 2021: Na Minha Mente – Promovendo, protegendo e cuidando da saúde mental infantil” organiza os fatores de risco e proteção para a saúde mental infantil em três esferas de influência: o mundo da criança focado no ambientes doméstico e os cuidadores; o mundo ao redor da criança envolvendo segurança e vínculos saudáveis na escola e comunidade; e o mundo em geral incluindo determinantes sociais em larga escala – como pobreza, desastres, conflitos e discriminação (UNICEF, 2021). A Figura abaixo ilustra a divisão das três esferas.

Figura 3 – Esferas de influência para a saúde mental infantil.



Fonte: UNICEF, 2021.

Dentre os determinantes sociais relacionados às questões de comportamento infantil, além do ambiente familiar, os aspectos socioeconômico e educacional foram os mais mencionados pelos entrevistados, tanto como um fator diretamente relacionado, por privações advindas da pobreza, como por acarretar em muitas horas de ausência dos pais que precisam estar longos períodos no trabalho, resultando em menor tempo de conexão pais-filhos e filhos que precisam assumir responsabilidades no cuidado da casa e/ou de irmãos.

Vários estudos confirmam esta percepção apresentada pelos entrevistados, identificando que condições socioeconômicas desfavoráveis são fatores de risco para problemas de saúde mental (LAURIDSEN-RIBEIRO; TANAKA, 2016). Pesquisas internacionais demonstram associação entre analfabetismo ou menor escolaridade, desemprego, más condições de moradia e acesso limitado à serviços de saúde e educação e problemas emocionais e comportamentais na infância e adolescência (PATEL et al., 2008).

Dados nacionais demonstram resultados semelhantes, como uma pesquisa realizada em Campos do Jordão, São Paulo, que encontrou o dobro da probabilidade de apresentar problemas de saúde mental em crianças e adolescentes de favelas, comparados ao restante (FLEITLICH-BILYK; GOODMAN, 2004), e estudos de corte transversal realizados em Taubaté, São Paulo, (VITOLLO et al., 2005) e Pelotas, Rio Grande do Sul, mostraram que crianças de classes sociais mais baixas apresentavam maiores taxas de problemas de saúde mental (BENVEGNÚ et al., 2005).

Uma pesquisa qualitativa realizada em três capitais (São Paulo, Rio de Janeiro e Fortaleza) investigou a percepção de pais, adolescentes e profissionais da APS sobre a saúde mental de crianças e adolescentes, e também encontrou o impacto de DSS nos relatos dos participantes. Os pais elencaram a violência e falta de trabalho e lazer dentre as causas para problemas emocionais e comportamentais dos filhos, e os profissionais das unidades de saúde referiram dificuldade em distinguir entre oscilações de humor comuns na criança e problemas causados por ambiente traumático (PAULA et al., 2009).

Uma observação específica trazida por dois entrevistados da presente pesquisa foi a diferença na apresentação de queixas de comportamento infantil nas consultas realizadas no cenário rural e urbano. Foi apontado que consideram os problemas de comportamento mais frequentes nas unidades de saúde urbanas, e os cuidadores (em geral as mães) mais preocupados com questões de desenvolvimento e comportamento da criança do que nas unidades de saúde rurais, como já descrito nos resultados.

Pesquisas brasileiras avaliando a prevalência de problemas de saúde mental em diferentes cenários não encontraram diferença estatisticamente significativa entre crianças e adolescentes de zona rural e urbana, apenas maior prevalência em moradores de favela, como já mencionado anteriormente (FLEITLICH-BILYK; GOODMAN, 2004; FLEITLICH; GOODMAN, 2001). Um estudo realizado no leste dos Estados Unidos investigou a prevalência de problemas emocionais e comportamentais em crianças na APS em um cenário rural, e em contradição a percepção da nossa amostra encontrou uma prevalência maior que as pesquisas na zona urbana (POLAHA; DALTON 3RD; ALLEN, 2011).

Neste estudo estadunidense foram levantadas duas hipóteses para a maior frequência de problemas emocionais e comportamentais em crianças da zona rural, sendo a primeira a maior busca pelo cuidado médico na APS pelas crianças com estes problemas na zona rural, o que aumenta a representação na amostra. Este fato pode ocorrer por ausência de outros serviços os quais os pais também pudessem recorrer além da APS, e ao maior estigma na zona rural em procurar serviços específicos de saúde mental. A segunda hipótese é de que as iniquidades do

meio rural fazem com que as famílias busquem mais a unidade por diversos problemas de saúde, o que poderia aumentar a prevalência de questões emocionais e comportamentais (POLAHA; DALTON 3RD; ALLEN, 2011).

Ambas as hipóteses levantadas não são compatíveis com os relatos dos nossos participantes, que percebem uma menor procura pelo serviço de saúde das crianças na zona rural. Sabe-se que o termo “rural” no Brasil não pode ser entendido como uma classificação que define uma realidade específica, uma vez que há muitos cenários distintos dentro desta classificação. Reconhece-se uma multiplicidade de vivências da infância em zona rural, como trazido na obra *Infâncias no Campo*: “as infâncias do campo são múltiplas porque também são múltiplos os campos que compõem o rural brasileiro” (SILVA I.; SILVA A.; MARTINS, 2013). Assim, entende-se a dificuldade das pesquisas em retratar as diferenças do cenário rural de forma estatisticamente significativa.

Além da observação do impacto de fatores socioeconômicos e educacionais e a diferença entre os cenários rural e urbano na apresentação dos problemas de comportamento, os entrevistados mencionaram três temas como explicativos para as questões comportamentais: conflitos familiares, sobrecarga de trabalho de pais e mães e dificuldade dos pais em saber como lidar com as questões de comportamento dos filhos.

A OMS afirma em seu documento “Relatório sobre a saúde no mundo 2022: Transformando a Saúde Mental para todos” que a relação estabelecida entre a criança e os pais na infância tem caráter crítico, que as vivências da infância podem “ditar o tom” para o resto da vida. A falta de um ambiente afetivo e experiências adversas na infância implicam em risco de problemas de comportamento. Em contrapartida, crianças que recebem afeto, atenção e condição de vida estável nos primeiros anos de vida têm melhor desempenho em linguagem, capacidade intelectual e regulação emocional (WHO, 2022).

No CAB nº 33, elaborado pelo Ministério da Saúde, intitulado “Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento”, afirma-se que a maioria dos determinantes da saúde mental de crianças são fatores familiares, sendo citados: história de doença mental materna, níveis elevados de ansiedade materna, perspectivas parentais limitadas, interação limitada entre a criança e a mãe, chefe de família sem ocupação qualificada, baixa escolaridade materna, famílias de grupos étnicos minoritários, famílias monoparentais, presença de eventos estressantes e famílias com quatro ou mais filhos (BRASIL, 2012).

Características desfavoráveis no ambiente doméstico como ambiente hostil, conflitos familiares e violência doméstica são apontadas como situações de alto risco para prejuízo na saúde física e mental de crianças e adolescentes (LAURIDSEN-RIBEIRO; TANAKA, 2016).

Um estudo brasileiro realizado em Pelotas, Rio Grande do Sul, investigou a prevalência de problemas de comportamento em pré-escolares e sua associação com determinantes psicossociais, e encontrou maior prevalência de problemas de comportamento em crianças que vivem em ambiente doméstico desfavorável. A avaliação do ambiente foi realizada através do questionário HOME (*Home Observation for Measurement of the Environment*, em tradução livre: Observação Doméstica para Avaliação do Ambiente) que investiga a qualidade e a quantidade de estimulação e apoio disponíveis para uma criança no ambiente doméstico, abordando a resposta verbal e emocional dos cuidadores, métodos disciplinares, espaço físico da casa, presença de brinquedos, envolvimento dos cuidadores e oportunidades de estímulo ao desenvolvimento (ANSELMÍ et al., 2004; TOTSÍKA; SYLVA, 2004).

No estudo de Paula et al. (2009), em três capitais brasileiras, as famílias atribuíram como causa para problemas emocionais e comportamentais dos filhos estresse na relação dos pais, divórcio e alcoolismo dos pais, situações definidas como “turbulências da vida”. Já a equipe da unidade de saúde também atribuiu as dificuldades emocionais/comportamentais da criança a problemas familiares, incluindo discórdia e falta de diálogo, divórcio, negligência e alcoolismo dos pais ou envolvimento com o tráfico de drogas (PAULA et al., 2009). Anselmi et al. (2004) discutem como os fatores psicossociais podem influenciar o comportamento infantil, abordando que a vulnerabilidade socioeconômica e o déficit educacional comprometem diretamente o ambiente doméstico por falta de recursos e implicam em menor conhecimento dos cuidadores sobre as necessidades da criança para o desenvolvimento adequado e a importância da relação parental como estímulo.

Uma preceptora entrevistada (PA3) trouxe esta percepção da associação entre a condição de vulnerabilidade social da sua comunidade e menos conhecimentos sobre as demandas da criança, justificando que a população vivendo em condição de pobreza tem demandas mais urgentes, outras prioridades acima de buscar ferramentas para educar. O relatório da UNICEF traz uma afirmação coerente com essa visão, ao mencionar que o estresse da pobreza pode interferir na capacidade dos cuidadores de fornecer cuidados parentais positivos de forma consistente, o que é considerado pela publicação como ponto essencial para o desenvolvimento do cérebro e da saúde mental das crianças (UNICEF, 2021). A preceptora PA3 comentou perceber uma “criação mais violenta” nos pais de sua comunidade, se referindo a métodos educacionais autoritários, com o uso de punição física.

A OMS aponta que métodos parentais rígidos e punições físicas trazem prejuízos à saúde mental e comumente ocasionam problemas de comportamento (WHO, 2022). O uso de punição física como método disciplinar em crianças também foi investigado em pesquisas

nacionais e internacionais. Três pesquisas realizadas no estado de São Paulo concluíram que crianças e adolescentes que sofriam punição física grave (BORDIN et al., 2006) ou que apanhavam com uso de cinto (FLEITLICH-BILYK; GOODMAN, 2004; FLEITLICH; GOODMAN, 2001) apresentavam maior risco para problemas de saúde mental que crianças que não sofriam agressão.

Um estudo realizado em Curitiba entrevistou 473 crianças e adolescentes de uma escola particular e duas escolas públicas investigando o tipo de punições que recebiam e constatou que 60% dos participantes já tinham recebido punição corporal como correção, sem encontrar diferença estatisticamente significativa entre crianças de diferentes extratos socioeconômicos (WEBER; VIEZZER; BRANDENBURG, 2004). Vale mencionar que em 2014 foi sancionada no Brasil a lei nº 13.010, também conhecida como Lei Menino Bernardo ou Lei da Palmada, que altera o Estatuto da Criança e do Adolescente para garantir às crianças o direito de uma educação sem castigos físicos, tratamento cruel ou degradante (BRASIL, 2014).

6.4. A ABORDAGEM DE PROBLEMAS DE COMPORTAMENTO INFANTIL NA APS

Após discutir a relação entre os determinantes sociais de saúde e os problemas de comportamento infantil, desenvolvemos, nesta subseção, uma análise das propostas de abordagem descritas pelos participantes, comparando-as com recomendações existentes na literatura. Seguindo a divisão temática sugerida pelos resultados, esta subseção será dividida em três partes: a avaliação das queixas de comportamento infantil; o manejo de problemas de comportamento infantil; e dificuldades na abordagem do comportamento infantil na APS.

6.4.1. A avaliação das queixas de comportamento infantil: o ambiente e a família

Conforme descrito nos resultados, os participantes reforçaram a importância da exploração do contexto social e familiar em que a criança está inserida ou frequente e das questões relacionadas ao cuidador durante a avaliação dos problemas de comportamento, o que está condizente com o grande impacto das questões familiares e do ambiente em que a criança vive na saúde mental infantil, como visto nas publicações citadas (LAURIDSEN-RIBEIRO; TANAKA, 2016; PATEL et al., 2008). Estudos nacionais realizados com profissionais da APS encontraram resultados semelhantes em relação à ênfase dada ao contexto social em que a criança se insere para a avaliação do comportamento (FERNANDES et al., 2022; TEIXEIRA; COUTO; DELGADO, 2017).

Uma pesquisa quantiqualitativa sobre saúde mental infantojuvenil na APS, realizada

com gestores e profissionais de unidades de saúde do estado de São Paulo, também demonstrou uma concepção ampliada sobre a saúde mental infantojuvenil, de forma que os participantes reconheceram a importância dos determinantes sociais e as variáveis contextuais na avaliação dos casos (FERNANDES et al., 2022). Uma pesquisa qualitativa realizada no Rio de Janeiro investigou a percepção de trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família sobre problemas de saúde mental em crianças e adolescentes, e demonstrou que os problemas são reconhecidos a partir de mudanças no comportamento situadas em contextos de violência e vulnerabilidade que são considerados para avaliação, em detrimento do predomínio de uma racionalidade biomédica para a compreensão dos comportamentos (TEIXEIRA; COUTO; DELGADO, 2017).

Sobre as maneiras de se realizar essa avaliação integral do comportamento infantil, levando em consideração os determinantes sociais de saúde e questões familiares, os participantes da presente pesquisa citaram principalmente a exploração do contexto que envolve a família, o contato com a escola, a busca de mais informantes e a aplicação do SIFE. Foram empregados nesta avaliação o 1º e o 2º componentes do MCCP, sendo o 1º Componente: explorando a saúde, a doença e a experiência da doença e o 2º componente: entendendo a pessoa como um todo – o indivíduo, a família e contexto (STEWART et al., 2017). As outras pesquisas nacionais revisadas durante a produção não descrevem quais as estratégias utilizadas para a avaliação do comportamento.

Uma sugestão de avaliação sistematizada para queixas de comportamento infantil é apresentada no material intitulado “MI-mhGAP Manual de Intervenções para transtornos mentais, neurológicos e por uso de álcool e outras drogas na rede de atenção básica à saúde”, publicado pela OMS em conjunto com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). A avaliação é realizada em etapas sequenciais, buscando diagnosticar ou afastar condições que possam estar presentes nos casos, sendo descrita resumidamente nos passos abaixo (OPAS, 2018):

1. Avaliação se há sinais de transtorno de desenvolvimento
 1. Se sim, aprofundar avaliação; se não, seguir para o passo 2.
2. Avaliação se há problema de desatenção ou hiperatividade
 1. Se não, seguir para o passo 3.
 2. Se sim, os sintomas são persistentes, intensos e causam dificuldade considerável no funcionamento diário?
 1. Se sim, considerar a possibilidade de TDAH.
 2. Se não, considerar a possibilidade de problemas comportamentais.

3. Avaliação se há sinais de transtorno de conduta
 1. Se não, seguir para o passo 4.
 2. Se sim, os sintomas persistentes, graves e impróprios para o nível de desenvolvimento da criança?
 1. Se sim, considerar a possibilidade de transtorno de conduta.
 2. Se não, considerar a possibilidade de problemas comportamentais.
4. Avaliação se há sinais de transtorno emocional
 1. Se não, seguir para o passo 5.
 2. Se sim, há dificuldade considerável de funcionamento diário nas áreas pessoal, familiar, social, educacional, ocupacional ou em outras áreas?
 1. Se sim, considerar a possibilidade de transtorno emocional.
 2. Se não, considerar a possibilidade de problemas emocionais.
5. Avaliação do ambiente doméstico
6. Avaliação do ambiente escolar

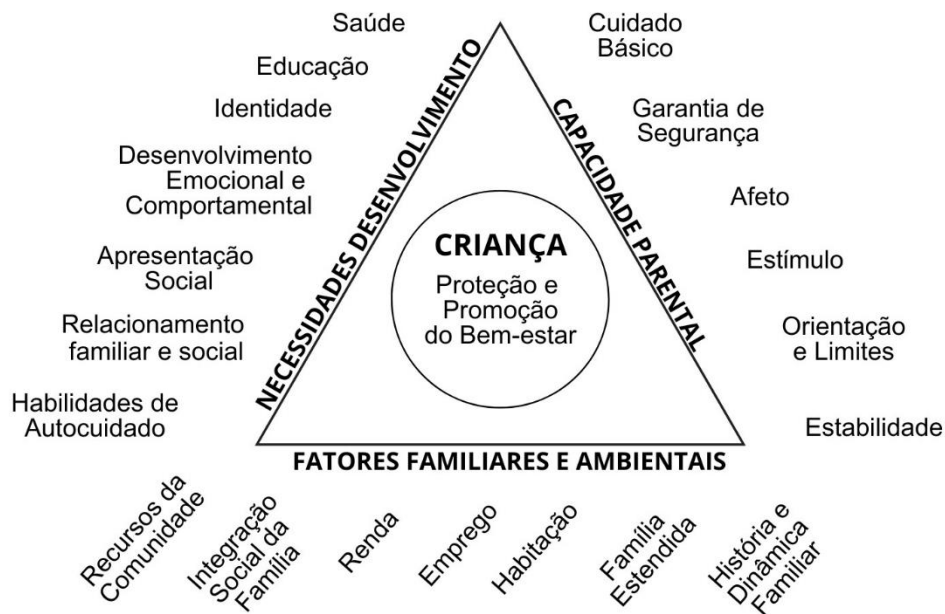
Este fluxograma de avaliação proposto pelo MI-mhGAP contempla manifestações comuns de transtornos mentais e comportamentais de crianças e adolescentes, buscando critérios diagnósticos de forma sistematizada para auxiliar na confirmação ou exclusão de um possível transtorno. Além dos critérios para doenças são apresentados quadros com o comportamento disruptivo ou desafiador apropriado para a idade e medos e ansiedades apropriados para a idade em crianças, para evitar diagnósticos de transtorno de conduta ou transtorno emocionais em crianças saudáveis (OPAS, 2018).

Apesar das ressalvas com comportamentos que podem ser confundidos com transtornos mas são esperados em crianças saudáveis, esta proposta da OMS/OPAS apresenta uma ênfase maior no paradigma biomédico, buscando sinais e sintomas dos transtornos, enquanto a avaliação trazida pelos entrevistados da pesquisa tem um enfoque direcionado para questões do contexto e familiares. A avaliação presente no MI-mhGAP também aborda o ambiente doméstico e escolar, mas sugere esta exploração após o restante da investigação, ao contrário da narrativa dos participantes que descrevem inicialmente um olhar para o ambiente.

O questionário HOME, citado anteriormente como utilizado em pesquisas para a avaliação do ambiente que a criança vive, também é utilizado na avaliação clínica do comportamento infantil. O Departamento de Saúde do Reino Unido estabelece seu uso para

avaliação de três domínios da criança em seu ambiente doméstico: as suas necessidades de desenvolvimento, os fatores familiares e ambientais e a capacidade parental. Para auxiliar na avaliação, os três domínios podem ser representados como os três lados de um triângulo, que enfatiza tanto a independência de cada dimensão quanto as interações que ocorrem entre elas para influenciar o resultado do desenvolvimento da criança. A Figura 4 ilustra esta representação (TOTSIKA; SYLVA, 2004):

Figura 4 – Estrutura para avaliação da criança no ambiente doméstico.



Fonte: Traduzida de Totsika e Sylva, 2004.

Analisando os três domínios representados na figura como essenciais a proteção e promoção do bem-estar da criança encontramos vários pontos que são abordados nas formas de avaliação propostas pelos participantes nas entrevistas. Dentro da estratégia mais citada, explorar o contexto familiar e social que envolve a criança, podem ser avaliados todos os itens do domínio “fatores familiares e ambientais” e alguns itens do domínio “necessidades do desenvolvimento infantil”, como saúde, educação e relacionamento familiar e social. Dentro da segunda estratégia mais citada, a avaliação focada no cuidador principal, podem ser avaliados itens do domínio “capacidade parental” através do entendimento das ideias de infância que o cuidador apresenta. A Figura 4 elaborada a partir do questionário HOME detalha vários aspectos em cada domínio apresentado, uma vez que se propõe a realizar uma avaliação sistemática do ambiente de cuidados em que a criança é criada. Em comparação a esta proposta observamos que os entrevistados mencionam de alguma forma todos os domínios, porém com menor detalhamento dos aspectos presentes em cada um, e com maior ênfase aos aspectos do

domínio “fatores familiares e ambientais”.

Uma pesquisa realizada com 28 médicos de família dinamarqueses investigou como eles diferenciam “crises” normais presentes no desenvolvimento de crianças saudáveis de crianças que necessitam de atenção especial e tratamento. Os participantes elencaram sinais que os fazem questionar o bem-estar infantil, e estes foram separados em cinco categorias que podem ser usadas na avaliação de queixas de comportamento infantil, sendo: os problemas e sintomas da criança; a habilidade dos pais em lidar com a saúde e bem-estar da criança; a comunicação e o comportamento da criança e pais durante a consulta; o uso que os pais fazem do sistema de saúde; e o conhecimento do médico dos membros da família. As categorias estão representadas e detalhadas na Figura 5 (LYKKE; CHRISTENSEN; REVENTLOW, 2013)

Figura 4 – Sinais que fazem o MFC questionar o bem-estar infantil.

SINAIS QUE FAZEM O MFC QUESTIONAR O BEM-ESTAR INFANTIL	
A.	<p>Sintomas e problemas da criança:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sintomas psicológicos e psicossomáticos. • Sintomas somáticos e atraso no desenvolvimento. • Alterações no crescimento. • Sinais físicos de negligência e abuso.
B.	<p>Capacidade dos pais para lidar com a saúde e o bem-estar dos seus filhos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Narrativa dos pais sobre a rotina da criança. • Os pais não compreendem as reações normais da criança (por exemplo, ciúmes). • Os pais não conhecem fatos importantes sobre a saúde e o bem-estar da criança. • Os pais colocam as suas próprias necessidades antes das necessidades da criança.
C.	<p>A comunicação e o comportamento da criança e dos pais durante a consulta:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comunicação entre o médico e a criança e a reação da criança ao exame. • Comunicação entre pais/mães e filhos. • A comunicação dos pais/mães com o médico e o seu comportamento e aparência. • Comportamento e aparência da criança.
D.	<p>Utilização do sistema de saúde pelos pais:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Idas frequentes, raras ou tardias em curso de uma doença. • Dificuldades na utilização do sistema de saúde. • Utilização frequente do serviço de saúde fora do horário de atendimento da equipe.
E.	<p>O conhecimento do médico sobre os membros da família:</p> <ul style="list-style-type: none"> • História da família e situação social. • Saúde e doenças dos pais/mães e irmãos. • Formas de os pais/mães lidarem com os problemas de saúde. • Abuso dos pais.

Fonte: traduzida de Lykke, Christensen e Reventlow, 2008.

Comparando as categorias de sinais que levam a questionar o bem-estar infantil apresentadas pela pesquisa dinamarquesa com as estratégias de avaliação propostas pelos participantes durante as entrevistas observamos que a categoria A: “sintomas e problemas da

criança” pode ser abordada na estratégia de avaliação direcionada à criança. A categoria B: “habilidade dos pais em lidar com a saúde e bem-estar da criança” e a categoria C: “comunicação e o comportamento da criança e pais durante a consulta” podem ser abordadas nas avaliações direcionadas ao cuidador. Já as categorias D: “o uso que os pais fazem do sistema de saúde” e E: “o conhecimento do médico dos membros da família” podem ser exploradas nas avaliações direcionadas ao contexto familiar e social. As categorias descritas no quadro apresentam uma similaridade com as narrativas da nossa pesquisa principalmente pela ênfase em questões do ambiente familiar e da relação da família. Como diferença, percebe-se que o foco em determinantes sociais de saúde para além do ambiente familiar é maior na nossa amostra.

6.4.2. O manejo de problemas de comportamento infantil – Ferramentas gerais e orientação parental

Após a compreensão sobre as formas de avaliação dos problemas de comportamento infantil serão discutidas as estratégias de manejo das queixas, tanto as propostas pelos entrevistados como as descritas na literatura e recomendadas por instituições de representação.

Os participantes da pesquisa referiram principalmente o uso de 5 ferramentas durante a abordagem dos casos: o acolhimento/vínculo, a abordagem familiar, o método clínico centrado na pessoa, a longitudinalidade e a realização de orientações sobre a infância. Entre as ferramentas mais citadas percebe-se que apenas duas delas (abordagem familiar e orientações sobre a infância) estão diretamente relacionadas a problemas familiares e infantis, enquanto as outras 3 (acolhimento/vínculo, MCCP e longitudinalidade) são estratégias ou princípios operativos gerais da medicina de família que podem, ou mesmo devem ser empregados em todas as consultas independente da queixa trazida ao atendimento.

Nota-se ainda que todas as ferramentas citadas pela maioria dos entrevistados (as cinco mencionadas acima) são direcionadas não apenas à criança com o problema de comportamento, mas principalmente aos cuidadores que trazem a queixa ou a todo o núcleo familiar. Uma vez que o contexto social e familiar no qual a criança está inserida foi considerado como causa para problemas de comportamento é coerente que as intervenções para o problema sejam direcionadas à família. O envolvimento do núcleo familiar no plano de cuidados está alinhado com as orientações do Caderno de Atenção Básica nº 33, que reforça a importância de que os profissionais da APS reconheçam o papel fundamental da família no desenvolvimento e comportamento da criança, e apoiem suas necessidades e dificuldades (BRASIL, 2012). O guia

de referência rápida sobre Saúde Mental na Infância elaborado pela prefeitura do Rio de Janeiro também enfatiza a abordagem familiar para manejo dos casos, ressaltando que o foco na família é uma forma de ressignificar o modelo centrado na doença, norteador o foco para a abordagem centrada na pessoa (RIO DE JANEIRO, 2018).

O MI-mhGAP, manual proposto pela OMS e OPAS, apresenta uma sugestão de protocolo para manejo de problemas de comportamento com as seguintes ações: 1) dar orientação sobre o bem-estar da criança ou do adolescente; 2) dar orientações para melhorar o comportamento; 3) avaliar e administrar os estressores, reduzir o estresse e fortalecer o apoio social; 4) entrar em contato com professores e outros funcionários da escola; 5) entrar em contato com outros recursos disponíveis na comunidade; 6) oferecer seguimento. As ações 1, 2 e 4 são descritas detalhadamente em uma seção de intervenções psicossociais, com sugestões para o profissional de como realizar as orientações e contatar a escola (OPAS, 2018).

Comparando a proposta apresentada no MI-mhGAP com o relato dos entrevistados percebemos muitos pontos em comum nas propostas de manejo. A ferramenta “realização de orientações sobre a infância” é condizente com as ações 1 e 2 do manual: “dar orientação sobre o bem-estar da criança” e “dar orientações para melhorar o comportamento”. As ferramentas “acolhimento/vínculo, abordagem familiar e método clínico centrado na pessoa” podem ser utilizadas para contemplar a ação 3 do manual: “avaliar e administrar os estressores, reduzir o estresse e fortalecer o apoio social”. A ferramenta “longitudinalidade” é aplicada para a ação 6: “oferecer seguimento” e a ação 5: “entrar em contato com outros recursos disponíveis na comunidade” foi mencionada pelos participantes na etapa de avaliação do comportamento.

Outras pesquisas nacionais investigaram o manejo de questões comportamentais e de saúde mental em crianças na APS, e um ponto comum que difere da nossa amostra foi a menção ao encaminhamento para profissionais especialistas em saúde mental como prática rotineira nesse cuidado. Uma revisão integrativa sobre ações em saúde mental infantil no contexto da Atenção Básica do SUS identificou que as ações médicas mais frequentes referiam-se à identificação dos transtornos e encaminhamento para serviços de especialidade (ESSWEIN et al., 2021). A pesquisa qualitativa realizada em São Paulo, Rio de Janeiro e Fortaleza demonstrou que os profissionais geralmente manejam encaminhando para a referência de saúde mental, e quando não há disponibilidade usam de aconselhamentos (PAULA et al., 2009).

A *American Academy of Family Physicians* (AAFP) elaborou um documento intitulado: “Estratégias Gerais de Parentalidade: Sugestões Práticas para Problemas Comuns de Comportamento Infantil” que apresenta estratégias para avaliação e manejo de problemas de comportamento infantil por médicos de família. O documento orienta que os profissionais

monitorem os problemas de comportamento da criança e orientem aos pais como lidar. Esclarece que certas dificuldades podem ser antecipadas de acordo com a fase de desenvolvimento, evitando maiores problemas comportamentais ou emocionais. Sugere que médicos de família e comunidade ensinem aos cuidadores técnicas de reforço ao comportamento adequado e técnicas para reduzir comportamentos inapropriados, estimulem que estabeleçam rotinas domésticas e sejam modelos de comportamento. Apresenta ainda uma tabela com dicas práticas de parentalidade para apoiar a orientação dos profissionais às famílias, sugerindo o que os médicos podem fazer e como fazer (KAVAN; SAXENA; RAFIQ, 2018).

Percebe-se que a abordagem sugerida pela AAFP aprofunda no treinamento de pais com técnicas específicas para a comunicação com a criança e para influência do comportamento adequado. Diferente das estratégias sugeridas pela maioria dos participantes, esta abordagem se baseia em referenciais teóricos específicos de parentalidade, o que foi sugerido apenas por quatro entrevistados na pesquisa. Duas preceptoras (PA1 e PA3) e dois residentes (RB1 e RC1) citaram um referencial teórico utilizado nas orientações aos pais, uma abordagem para educação de crianças chamada Disciplina Positiva. Esta discussão sobre o embasamento em referenciais específicos de parentalidade será retomada na seção Demandas Formativas.

Sobre o manejo de problemas de comportamento infantil os entrevistados mencionaram quais os pontos positivos reconheciam em sua abordagem, sendo mais mencionados o olhar para o contexto familiar e social e o olhar para a pessoa. No primeiro ponto, foi valorizada a capacidade do profissional de adaptar sua conduta de acordo com a realidade da família, entendendo o contexto de cada criança. Em relação ao olhar para a pessoa, foi reforçada a importância do vínculo, do acolhimento, da escuta qualificada e da abordagem centrada na pessoa. Outro aspecto mencionado como ponto positivo foi a preocupação com a prevenção quaternária, trazida pelos profissionais como estratégia contra a patologização e medicalização do comportamento infantil, temas mais abordados na seção a seguir.

6.4.3. Dificuldades para a abordagem do comportamento infantil na APS – De questões estruturais à falta de conhecimento

Sobre as dificuldades encontradas pelos entrevistados na abordagem do comportamento infantil na APS foram levantadas questões estruturais/organizacionais do serviço, déficit de conhecimento técnico/ habilidades práticas no tema e questões sociais/culturais. Nas questões estruturais/organizacionais o tempo foi listado como fator dificultador, sendo menor que o desejado pelos profissionais, juntamente com a alta pressão assistencial e a rede de atenção à

saúde fragmentada, sem a disponibilidade de todos os recursos desejados. No campo do déficit de conhecimento foi trazida a dificuldade no diagnóstico, com insegurança para distinguir o comportamento infantil “normal” de situações que indicam transtorno. Nas questões sociais/culturais foi comentada principalmente a patologização/medicalização dos problemas de comportamento infantil.

Pesquisas brasileiras que investigaram as dificuldades para abordagem do comportamento ou questões de saúde mental infantil na APS encontraram resultados similares aos obtidos na nossa amostra. Esswein et al. (2021) classificaram essas dificuldades em 2 categorias: a organização e a articulação dos serviços e dificuldades relacionadas aos profissionais. Na primeira categoria foram listadas dificuldades relacionadas ao encaminhamento, tais como demanda excessiva, desconhecimento dos profissionais em relação ao funcionamento da rede e dificuldades de articulação entre os serviços. As dificuldades relacionadas aos profissionais foram: o despreparo ou insegurança para lidar com a população infantil que necessita de atenção em saúde mental.

Um estudo realizado no Rio de Janeiro definiu a partir de grupos focais com profissionais de três equipes de saúde da família dificuldades relacionadas ao déficit na formação em relação à saúde mental de crianças e dificuldades relacionadas ao processo de trabalho, como tempo curto nas consultas e metas assistenciais que não incluem a saúde mental. Sobre o déficit na formação profissional foi comentada insegurança para distinguir questões próprias do desenvolvimento infantil de transtornos que sugerem intervenção, o que ocasionava em encaminhamentos frequentes ao serviço especializado (TEIXEIRA; COUTO; DELGADO, 2017). Identificam-se dificuldades muito similares às relatadas pelos entrevistados desta pesquisa, incluindo a mesma insegurança em relação ao diagnóstico do comportamento infantil. Esta insegurança será abordada novamente adiante, na seção Demandas Formativas.

Paula et al. (2009) trazem uma visão dos pais sobre as dificuldades para a abordagem do comportamento dos seus filhos na APS, semelhante à dos profissionais da nossa pesquisa. Os pais referiram dificuldade em encontrar tratamento para saúde mental na comunidade e não percebiam a unidade básica de saúde como uma fonte para este cuidado devido às longas esperas para serem atendidos e a sensação de que a equipe estava apressada e sem interesse nestes problemas. As longas esperas podem se relacionar com a alta pressão assistencial referida por nossos entrevistados, a equipe apressada com o tempo curto disponível para a abordagem e a percepção de desinteresse poderia ser explicada pelo déficit de conhecimento do tema.

O terceiro tema trazido como dificuldade pelos entrevistados, a patologização e medicalização dos problemas infantis, veio acompanhado de incômodo ou angústia dos

profissionais ao observarem a grande demanda por diagnósticos e medicamentos, e a percepção de excesso de prescrição nos serviços especializados. Os participantes referiram dificuldade em ir contra a expectativa de prescrição, definindo como “nadar contra a maré”, e apresentaram uma preocupação com o encaminhamento à saúde mental, com receio que resultasse em uso de medicação.

A percepção da cultura de patologização e medicalização está presente em várias publicações nacionais e internacionais. Uma pesquisa qualitativa realizada em Divinópolis, Minas Gerais, com médicos da estratégia de saúde da família trouxe o incômodo dos profissionais com a expectativa dos pais pelo uso de medicação e encaminhamento ao serviço especializado. Os profissionais referiram que “a demanda já vem pronta” e “todo mundo quer que as pílulas coloridas resolvam o problema”, observações coerentes com as apresentadas pelos entrevistados nesta pesquisa (GOMES et al., 2015).

O MI-mhGAP traz exemplos de comportamentos desafiadores e medos e ansiedades que são esperados de acordo com a faixa etária, e não indicam transtornos (Figuras 6 e 7). O conhecimento destes pontos pode auxiliar na abordagem dos casos, evitando diagnósticos equivocados (OPAS, 2018).

Figura 6 – Comportamento disruptivo ou desafiador apropriado para a idade em crianças e adolescentes.

DICA CLÍNICA: COMPORTAMENTO DISRUPTIVO OU DESAFIADOR APROPRIADO PARA A IDADE EM CRIANÇAS OU ADOLESCENTES	
Crianças que estão aprendendo a andar e em idade pré-escolar (18 meses a 5 anos)	<ul style="list-style-type: none"> - Recusam-se a fazer o que lhes dizem, desobedecem às regras, questionam, fazem birra, exageram, dizem coisas que não são verdade, negam ter feito algo errado, são fisicamente agressivas e culpam outras para seu mau comportamento. - Ataques de raiva de curta duração (explosões emocionais com choro, gritos, golpes, etc.), que costumam durar menos de 5 minutos e não mais de 25 minutos, geralmente menos de 3 vezes por semana. Os ataques de raiva típicos do desenvolvimento não devem acarretar autoagressão nem agressão física frequente de outras pessoas, e a criança costuma se acalmar sozinha depois.
Meio da infância (6 a 12 anos)	<ul style="list-style-type: none"> - Evitam cumprir instruções ou atrasam seu cumprimento, queixam-se ou discutem com adultos ou outras crianças, às vezes perdem a calma.
Adolescentes (13 a 18 anos)	<ul style="list-style-type: none"> - Testam regras e limites, afirmam que as regras e os limites são injustos ou desnecessários, às vezes são rudes, desdenham, questionam ou desafiam os adultos.

Fonte: OPAS, 2018.

Figura 7 – Medos e ansiedades apropriados para a idade em crianças e adolescentes.

DICA CLÍNICA: MEDOS E ANSIEDADES APROPRIADOS PARA A IDADE EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES	
Bebês e crianças de colo (9 meses a 2 anos)	– Medo de desconhecidos, sofrimento quando se separam dos cuidadores.
Crianças pequenas (2 a 5 anos)	– Medo de tempestades, fogo, água, escura, pesadelos e animais.
Meio da infância (6 a 12 anos)	– Medo de monstros, fantasmas, germes, catástrofes naturais, doenças físicas e acidentes graves. – Ansiedade em relação à escola ou ao desempenho diante de outras pessoas.
Adolescentes (13 a 18 anos)	– Medo relacionado à rejeição por colegas, ao desempenho diante de outras pessoas, a doenças físicas, a procedimentos médicos, a catástrofes (por exemplo, guerra, ataque terrorista, desastres).

Fonte: OPAS, 2018.

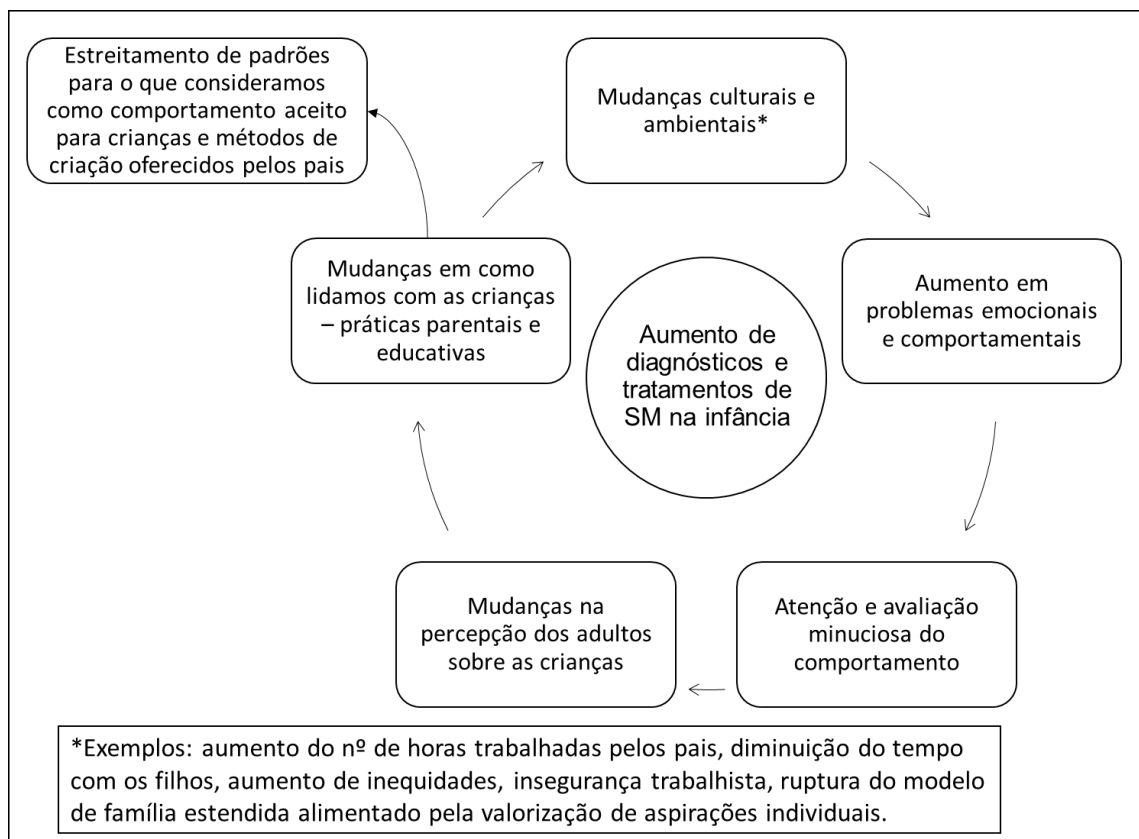
O psiquiatra infanto juvenil Timimi (2010), referência internacional na discussão sobre a patologização e medicalização da saúde mental infantil, define esse processo de crescimento rápido dos diagnósticos psiquiátricos infantis e o foco em terapia farmacológica para lidar com comportamentos desafiadores como o fenômeno de “McDonaldização” da saúde mental infantil (TIMIMI, 2010). Este termo foi usado inicialmente pelo sociólogo Ritzer (2004) na obra “*The McDonaldization of Society*”, e se refere à adoção de características de uma rede de fast-food pela sociedade, que passa estabelecer como valores a eficiência, a quantificação, a previsibilidade e o controle (RITZER, 2004). Timimi (2010) reconhece a valorização dos mesmos aspectos em relação ao comportamento infantil, o que reflete na patologização das crianças. Sabe-se que o uso de medicamentos psicotrópicos na infância teve aumento expressivo a partir da década de 90 (ZITO et al., 2000), grande parte devido ao tratamento para o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, fato que é relacionado a patologização em muitas publicações (KAZDA et al., 2021; ST-ONGE, 2015).

O aumento de diagnósticos de saúde mental e tratamento farmacológico em crianças percebido nas últimas décadas foi inicialmente atribuído ao avanço da ciência médica no reconhecimento dos casos, inferindo que os problemas sempre existiram, porém não eram adequadamente diagnosticados e tratados. Com o avanço das discussões no tema duas outras hipóteses, a princípio opostas, surgiram. A primeira acredita que houve um aumento real de problemas emocionais e de comportamento em crianças ao longo dos anos, o que atraiu atenção e preocupação com o bem-estar infantil e resultou em esforços para diagnosticar e tratar as

questões. A segunda hipótese seria de que não houve aumento real nos problemas emocionais e de comportamento infantil, o que mudou foi a percepção que temos dos comportamentos e como os classificamos, seria assim um impacto da mudança nas concepções de infância, uma mudança no significado que atribuímos ao comportamento infantil (TIMIMI, 2010).

Timimi (2010) defende uma outra explicação baseada na interação entre as duas últimas hipóteses acima mencionadas (ou seja, um aumento real dos problemas comportamentais e emocionais e uma mudança no significado que lhes atribuímos), representada na Figura 8:

Figura 5 – Razões para o aumento de diagnósticos em saúde mental infantil.



Fonte: Adaptado de TIMIMI, 2010.

Esta explicação para o aumento de problemas emocionais e comportamentais na infância é coerente com as percepções do comportamento infantil trazidas pelos entrevistados, uma vez que também parte da visão de questões sociais e do contexto como causas para os problemas. Timimi (2010) reforça o impacto de fatores comentados pelos participantes, como muitas horas de trabalho dos pais e as desigualdades. Analisando o fluxograma percebe-se que os conceitos de normal e patológico para o comportamento infantil são construídos a partir de fatores sociais e culturais de uma comunidade, e não definições rígidas. Esta questão pode estar relacionada à insegurança dos participantes para distinguir o comportamento infantil “normal”

de situações que indicam transtorno, o que se converteu na principal demanda formativa apresentada e será melhor abordada na seção seguinte.

6.5. DEMANDAS FORMATIVAS – COMO DISTINGUIR O NORMAL DO PATOLÓGICO?

Após analisar a abordagem dos problemas de comportamento infantil na perspectiva dos entrevistados, trataremos nesta subseção das demandas formativas. Este tema surgiu com um tema central manifestado por quase todos os participantes (onze, da amostra de quinze), a insegurança em distinguir o comportamento normal do patológico a partir das queixas trazidas nos atendimentos. O mesmo discurso foi encontrado em outro estudo realizado no interior de Minas Gerais (GOMES et al., 2015), como visto na seção anterior.

Várias pesquisas investigam a segurança e a capacidade de médicos da APS na abordagem de questões emocionais, comportamentais ou de saúde mental infantil. Cavalcante, Jorge e Santos (2012) identificou insegurança nos profissionais da APS, em Fortaleza, para cuidar de problemas de saúde mental infantil. Teixeira, Couto e Delgado (2017) relatou que as ações de cuidado para saúde mental infantil na APS, no Rio de Janeiro, eram quase inexistentes, o que foi atribuído à falta de formação dos profissionais em saúde mental da criança e do adolescente. Pesquisa realizada no Canadá investigou a habilidade de médicos da atenção primária à saúde para identificar problemas de saúde mental em crianças, e demonstrou que a maioria dos participantes relatava não ter conhecimento suficiente para o diagnóstico e manejo dos casos. O estudo canadense concluiu que treinamento em saúde mental infantil durante a graduação poderia melhorar a capacitação, contribuindo para a abordagem (CAWTHORPE, 2005).

A dificuldade de médicos da atenção primária em manejar questões de saúde mental infantil encontrada nas pesquisas acima citadas também é percebida em estudos realizados com pediatras, que relataram conhecimento clínico insuficiente na área de saúde mental (NISSANHOLTZ-GANNOT et al., 2021) e falta de acesso a treinamentos e apoio no cuidado de saúde mental, o que traz desconforto para o diagnóstico e manejo dos casos (IMFELD et al., 2021). Outra pesquisa realizada com médicos de família e comunidade no Canadá também encontrou dificuldades dos profissionais para diagnosticar e lidar com questões emocionais e de comportamento, e percebeu que eles se sentiam mais confortáveis e confiantes para abordar crianças com transtornos de humor que questões comportamentais. Levantou-se a hipótese de que os problemas de comportamento da criança são considerados desafiadores pela ausência de

critérios diagnósticos claros e algoritmos de manejo para este grupo heterogêneo de cenários clínicos (MILLER et al., 2005). Novamente nos deparamos com a dificuldade no diagnóstico de problemas de comportamento infantil, com a menção à falta de critérios que auxiliem a distinguir entre normalidade e transtorno.

O questionamento sobre a delimitação entre o que pode ser considerado normal e patológico é constitutivo do nascimento da medicina moderna, e é responsável por extensas discussões conceituais especialmente na área da saúde mental, campo no qual mais diagnósticos podem se sobrepor com limites pouco estabelecidos. Em 1966, Georges Canguilhem lança a obra intitulada “O Normal e o Patológico” (2009) trazendo questionamentos e reflexões úteis para a discussão do tema (CANGUILHEM, 2009).

Canguilhem (2009) critica a noção de que o patológico seria apenas uma modificação quantitativa do estado normal, uma vez que as possibilidades fisiológicas e contextuais na vida são infinitas, e estabelecer uma norma que define saúde ou doença transforma os conceitos em um tipo de ideal. Ele questiona a ideia de doença como realidade objetiva, acessível ao conhecimento científico e quantitativo, desconsiderando o processo de vida do sujeito. O autor se opõe ao reducionismo positivista, enxergando-o como a necessidade de uma visão organicista de se afirmar em oposição ao vitalismo e o desejo de intervenção sobre o patológico, baseado na restauração do organismo às normas previamente estabelecidas pela cultura.

Canguilhem (2009) propõe então a ideia de que o patológico não é a ausência de uma norma, já que não há vida sem normas de vida, logo o estado patológico também seria uma forma de viver. O patológico então seria: “norma que não tolera nenhum desvio das condições na qual é válida, pois é incapaz de se tornar outra norma”, e o doente seria o sujeito incapaz de ser normativo. Por outro lado: “o normal é viver num meio onde flutuações e novos acontecimentos são possíveis”, ou seja, o sujeito saudável seria um ser capaz de se adaptar melhor às exigências do seu ambiente e viver em harmonia com seu meio. Nesta percepção compreende-se que a norma, não sendo uma média estatística, é uma questão individual e cada indivíduo concebe o que é normal para si (CANGUILHEM, 2009; SILVA et al., 2010).

Foucault (1979) também discute a necessidade da sociedade na instauração de normas, e a imposição do normal como um princípio de coerção. Na saúde este fato é percebido a partir do estabelecimento dos padrões de normalidade pelos médicos, responsáveis por articular o que é ser normal e como se comportar de maneira normal, e o poder coercitivo expresso pela marginalização daqueles que não conseguem atingir os padrões da normalidade. Dessa forma a normalidade é transformada em desejo pessoal, atuando como uma meta que é buscada pelo próprio indivíduo, e não uma regra imposta pelos outros. Assim Foucault define a medicina

como um poder social, e reforça a visão de que o diagnóstico de normal ou patológico vai ser influenciado por questões sociais (FOUCAULT, 1979; MOL, 2002).

Partindo da demanda formativa apresentada pelos participantes de aprimorar o entendimento do comportamento infantil normal, para assim diferenciá-lo do patológico, pode-se recorrer ao conceito de saúde mental na tentativa de apoio no reconhecimento de crianças saudáveis. A OMS define saúde mental como: “um estado de bem-estar mental que permite à pessoa lidar com os estresses da vida, reconhecer suas capacidades, aprender bem, trabalhar bem e contribuir para a sua comunidade” (WHO, 2022).

Pensando na saúde mental de crianças o conceito acima não se adequa às especificidades da população infantil, e a ausência de uma definição pode contribuir com a dificuldade referida pelos entrevistados. Um estudo realizado em Santos e Campinas, São Paulo, questiona as consequências da impossibilidade de definir os limites do conceito de transtorno mental em crianças, que se apresenta como um termo vago, sem definições precisas (NAKAMURA; BARBARINI, 2019). Há iniciativas de outros autores que buscam delimitar um conceito mais apropriado para saúde mental infantil, como o apresentado abaixo elaborado por pesquisadoras do Laboratório de Terapia Ocupacional e Saúde Mental (LaFollia) da Universidade Federal de São Carlos, que define saúde mental infantojuvenil como:

“Dinâmica e resultado da relação complexa entre os recursos e habilidades pessoais, fatores contextuais e determinantes sociais, que, na dimensão do cotidiano, estão diretamente implicados nas possibilidades de participação, fruição, reconhecimento e enfrentamento de desafios. Dentre outras, envolve-se a possibilidade de experienciar prazer, frustração, afeto, motivação e proatividade implicados nas descobertas e aprendizados genuínos da infância e adolescência.” (FERNANDES et al., 2022, p. 6).

Apesar de mais adequado à população de crianças, o conceito acima mantém a complexidade ao não definir a saúde mental infantojuvenil de forma simples e objetiva, o que aparenta ser uma tarefa impossível considerando todos os pontos discutidos até o momento. As dificuldades na definição de transtorno e saúde mental infantojuvenil podem ser explicadas por dois pontos, primeiro por limites mal definidos entre categorias científicas e populares, como ocorre por exemplo com o termo “agitação”, interpretado de diferentes formas por familiares ou profissionais, como abordado no estudo de Nakamura e Barbini (2019). Em segundo lugar a dificuldade se explica por dependermos geralmente da percepção de um adulto na identificação de criança bem adaptada ou não, variando assim com as concepções de infância, tolerância aos comportamentos desafiadores e expectativas dos adultos que convivem com cada criança (NAKAMURA; BARBARINI, 2019).

Como consequência dessa dificuldade na definição precisa de um comportamento infantil saudável, encontramos a insegurança trazida pelos entrevistados para diagnóstico dos casos. Entretanto, analisando os relatos trazidos sobre como abordam os problemas de comportamento, pode-se enxergar que os participantes identificam o comportamento normal em sua prática clínica, mas mantém o relato de insegurança provavelmente pela falta de um critério bem estabelecido a seguir ou um referencial específico em que apoiem sua definição diagnóstica. Retomamos uma narrativa da residente RA1 que é ilustrativa desse elemento que queremos destacar:

“Eu me sinto insegura por não saber exatamente onde eu posso “bater o pé e cravar” que isso é um comportamento normal ou então que isso é um problema, porque me falta conhecimento teórico mesmo e porque também não é uma coisa tão exata.” (RA1, grifos da autora)

Percebe-se neste trecho que a residente reconhece que a definição do comportamento como normal ou problemático não é algo exato, uma visão coerente com as discussões trabalhadas acima, mas ainda assim sente-se insegura porque queria algo que trouxesse certezas, que ajudasse a “cravar” o diagnóstico como normal ou patológico. Acredita enfim que através da aquisição de conhecimento teórico poderia sanar esta demanda formativa. Veremos abaixo a fala da mesma residente ao explicar sua abordagem para o caso clínico utilizado na entrevista (caso clínico apresentado na seção Metodologia):

“Porque o que vem na minha cabeça, é: isso é comportamento de criança! E aí eu preciso entender o que é o normal e o que realmente não está normal. Isso é complexo. Para abordar, eu ia tentar conversar com a própria criança, entender como é para ela e tentar observar o comportamento dele durante a consulta também, de forma mais indireta. E tentaria entender, para a avó, o que isso representa, (...)E aí no outro ponto que eu penso, eu acho que as coisas são um problema quando elas têm prejuízo para a pessoa ou para os outros. E aí eu tentaria entender se esse é um tipo de comportamento que traz prejuízos para o Davi. Então, no sentido de se ele tem tido prejuízo no desempenho na escola, algum tipo de prejuízo social com os amiguinhos ou algum tipo de prejuízo talvez nutricional, se ele não

come... Tentaria ver se é alguma coisa que tem trazido prejuízos para ele, principalmente, como paciente.” (RA1, grifo da autora)

Analisando o trecho acima compreende-se que, apesar de sentir-se insegurança e com déficit de conhecimento para definir o comportamento normal, a residente é capaz de concluir que as queixas sobre a criança do caso clínico não indicam inicialmente um quadro patológico, e é capaz de propor formas de avaliar para confirmar sua hipótese diagnóstica. Ela descreve como avaliação: conversar com a própria criança, observar o comportamento durante a consulta, explorar o entendimento da avó e investigar a presença de prejuízo para criança nos diversos contextos que ela convive.

Assim como observado nesta fala de RA1, a percepção geral das entrevistas é de que os profissionais realizam o diagnóstico do comportamento infantil no seu cotidiano, fazendo a distinção entre comportamento normal ou patológico durante a exploração. Nesta avaliação focam na investigação de possíveis prejuízos que a queixa comportamental possa estar trazendo à criança, se está impactando negativamente no desempenho das funções que são esperadas para a “média” das crianças na mesma faixa etária. E aqui voltamos às questões contextuais, uma vez que o que é esperado de uma criança pelos pais, por outros familiares ou pela escola depende do contexto social e cultural envolvidos. Da mesma forma, o comportamento e desempenho funcional da “média” das crianças vai variar com o ambiente em que elas estão inseridas.

Por que mesmo realizando o diagnóstico de problemas de comportamento através de uma avaliação que considera o contexto que envolve a criança e seu desempenho funcional os entrevistados se sentem inseguros com o diagnóstico? Por que apresentam como principal demanda formativa a distinção entre o normal e o patológico? Buscando hipóteses que respondam a essas questões refletimos sobre a visão da MFC enquanto especialidade médica frente às definições diagnósticas. Apesar dos participantes considerarem a importância de aspectos sociais e culturais nos problemas de comportamento, apesar de demonstrarem um olhar voltado para os determinantes sociais de saúde, como é o esperado para a especialidade, eles mantêm influências do modelo biomédico em exercer uma prática positivista no campo do diagnóstico, sentindo-se no dever de afirmar aos pacientes se uma doença está ou não presente, de forma pragmática. Devido a complexidade de atuar desta maneira nas questões de comportamento infantil, pelos motivos já citados anteriormente, os profissionais se veem inseguros, demandando aprender algo a mais que auxilie na definição.

Os entrevistados sinalizam precisar de uma teoria sobre o comportamento esperado na

infância, algo em que possam se embasar para trazer mais segurança na definição dos diagnósticos. Esta definição não poderia ser embasada apenas pelos critérios diagnósticos dos transtornos, uma vez que os médicos de família e comunidade, pelo seu paradigma de base, não tem afinidade com o modelo neuropsiquiátrico, mas necessitam de algum paradigma que os oriente. A pesquisa qualitativa realizada com 28 médicos de família e comunidade dinamarqueses apresentou uma reflexão similar. As entrevistas demonstraram que os profissionais comparavam o comportamento dos pacientes atendidos com o que eles entendiam ser um comportamento apropriado à idade pela sua experiência com crianças de diferentes idades, a partir de uma “impressão intuitiva”. Os médicos de família e comunidade referiram dificuldade em compartilhar suas impressões com os pais, e foi levantada a hipótese de que a falta de um referencial teórico para apoiar a avaliação poderia estar relacionada com a dificuldade (LYKKE; CHRISTENSEN; REVENTLOW, 2013).

Como suprir a demanda por um referencial teórico que embase a percepção do comportamento infantil saudável? Uma constatação da análise dos resultados de nossas entrevistas pode indicar um caminho possível. Como vimos nos resultados a demanda formativa de conhecer o comportamento considerado “normal” para distingui-lo do patológico foi trazida por 11 dos 15 participantes. Quatro entrevistados, dois residentes (RB1 e RC1) e duas preceptoras (PA1 e PA3) não trouxeram este tema como uma demanda, e não apresentaram insegurança ao avaliar o comportamento. É importante ressaltar que esses quatro profissionais têm algo em comum que os difere do restante da amostra, sendo os quatro participantes que mencionaram utilizar ferramentas de uma abordagem chamada Disciplina Positiva como forma de manejar os casos.

Como já mencionado na seção Resultados, a Disciplina Positiva é uma abordagem para educação de crianças e adolescentes que propõe um modelo para educação parental baseado em respeito mútuo e cooperação. Ela se apresenta como uma terceira via para a interação adulto-criança, sendo uma alternativa à rigidez e à permissividade. Os entrevistados que manifestaram conhecimento desta teoria apresentavam um olhar diferenciado às queixas comuns de comportamento infantil, o que resultava em mais segurança para a identificação de um comportamento saudável. No livro: “Disciplina Positiva – O guia clássico para pais e professores que desejam ajudar as crianças a desenvolver autodisciplina, responsabilidade, cooperação e habilidades para resolver problemas” o capítulo 4 é intitulado: “Um novo olhar sobre mau comportamento”, e traz um trecho que pode auxiliar na compreensão de como esta teoria interfere na visão dos entrevistados sobre as queixas de comportamento infantil:

“Na maioria das vezes, as crianças pequenas estão apenas “agindo como crianças”, e não se comportando mal. Muitos pais e professores não conhecem o suficiente sobre comportamento humano e desenvolvimento infantil e, por esse motivo, tratam comportamentos adequados à idade como mau comportamento. É realmente triste pensar que tantas crianças pequenas estão sendo punidas por um comportamento que é adequado ao seu desenvolvimento. Por exemplo, crianças pequenas são punidas por se “comportarem mal” quando na verdade seus cérebros ainda não se desenvolveram o suficiente para compreender o que é esperado delas. Elas não têm a linguagem ou as habilidades sociais para conseguir o que querem – principalmente quando o que querem parece irracional, inconveniente ou inadequado para os adultos em suas vidas. É de partir o coração ver crianças pequenas serem punidas com castigo quando ainda não desenvolveram a capacidade de realmente compreender causa e efeito.” (NELSEN, 2015, p. 57)

Percebe-se que o conhecimento da Disciplina Positiva pode suprir a demanda dos participantes de um referencial teórico que embase a identificação do comportamento infantil saudável, o que é uma hipótese plausível para explicar o porquê os profissionais que conhecem a abordagem não manifestaram insegurança na avaliação. Cabe ressaltar que a Disciplina Positiva não deve ser entendida aqui como uma solução para todas as dificuldades ou como única alternativa para reduzir a insegurança dos profissionais. Percebeu-se que a insegurança poderia estar relacionada a ausência de um referencial teórico, e essa demanda dos profissionais poderia ser suprida por outros referenciais que abordem o comportamento infantil, mas nesta amostra a única menção a referencial teórico de parentalidade foi a disciplina positiva.

Cabe retomar, como já apresentado nos resultados, que nenhum dos participantes teve contato com a Disciplina Positiva ou outros referenciais de parentalidade durante a residência médica, como um tema de discussão presente no currículo. Uma preceptora (PA1) conheceu o tema durante sua residência de forma informal, e se aprofundou através de estudo individual porque escolheu o assunto para realização do Trabalho de Conclusão de Curso. Uma preceptora (PA3) e uma residente (RC1) conheceram e se aprofundaram no tema a partir da experiência da maternidade, por sentirem necessidade de aprender mais sobre o comportamento infantil e formas de educar. Um residente (RB1) conheceu a teoria em um estágio em ambulatório de psiquiatria infantil na graduação, com uma profissional que orientava o treinamento de pais como parte do tratamento.

A maioria dos participantes, que não demonstrou apropriação de referenciais teóricos de comportamento infantil ou parentalidade, referia o aprendizado do Método Clínico Centrado na Pessoa durante a residência como embasamento para a abordagem do comportamento infantil. Entretanto, percebemos que este referencial não supre a lacuna identificada, já que os profissionais permanecem inseguros e demandando conhecer mais técnicas para o manejo das

questões comportamentais. Eles não se sentem contemplados pela patologização que enxergam na abordagem restrita a critérios diagnósticos, e têm receio com o excesso de diagnósticos e tratamentos sem considerar o aspecto social. Mas a abordagem focada nos determinantes sociais também não contempla a questão, já que a maioria dos fatores não está ao alcance direto da ação médica. Percebe-se assim que eles entendem que há algo mais a ser feito durante a abordagem, que a relação com a família pode ser mais explorada em intervenções que auxiliem a lidar com as dificuldades com o comportamento infantil.

O CAB nº33 destinado à saúde da criança traz recomendações coerentes com essa percepção, indicando programas de fortalecimento das famílias para que proporcionem ambiente seguro e que desenvolvam a capacidade dos filhos, e ações com foco nos núcleos familiares, através de treinamento parental (BRASIL, 2012). O Tratado de Medicina de Família e Comunidade destaca entre as intervenções para saúde mental infantil os programas de treinamento parental, ressaltando que apresentam eficácia no enfrentamento de comportamentos problemáticos. Pontua que contribuir para a implantação de intervenções psicossociais na APS, como o treinamento de pais, pode ser uma atitude essencial para aprimorar o cuidado das crianças (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019). A OMS cita o incentivo à boa parentalidade como exemplo de abordagem que se concentra no fortalecimento de recursos sociais para promover e proteger a saúde mental (WHO, 2022).

A Disciplina Positiva, que se apresenta como um modelo para treinamento parental, pode então auxiliar profissionais na avaliação e no manejo dos casos através da orientação dos pais e cuidadores com suas ferramentas. Porém, é importante pontuar a limitação da ferramenta, uma vez que como já estabelecido que o problema de comportamento infantil tem causa multifatorial, com grande peso em questões sociais para além do núcleo familiar, orientar os pais sobre formas de exercer a parentalidade não será capaz de resolver completamente a questão. Iniciamos essa discussão abordando a importância do contexto social e familiar como causa de problemas comportamentais, em especial determinantes sociais, ambiente familiar e a forma como os pais lidam com os filhos, e encerramos com o mesmo tema. Nenhuma teoria utilizada para orientação parental será capaz de proteger as crianças das vulnerabilidades sociais e todas suas implicações. Assim, além de recomendar ações com a família, é importante mencionar que ações políticas e estruturais são essenciais para o manejo integral do comportamento infantil. Aproveitamos aqui sugestões trazidas por Sami Timmi para promover um conjunto de valores e práticas mais pró-sociais:

“Combate à pobreza infantil global, apoio a serviços baseados na comunidade

que usem recursos e crenças locais, limitação da publicidade infantil, práticas empresariais favoráveis à família, como horário de trabalho flexível, concessão adequada de licença maternidade/paternidade que não interfira na progressão de carreira, criminalização de pais ausentes deliberadamente e apoio a partidos políticos que favoreçam políticas voltadas para a redistribuição de renda.” (TIMIMI, 2010, p. 703)

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise das entrevistas permitiu compreender que os entrevistados reconhecem que queixas sobre o comportamento infantil são demanda frequente nas consultas de crianças na APS, podendo se apresentar como queixa principal desde o início do atendimento ou aparecer como questionamento ou dificuldade que surge ao longo da consulta, além de demandas sobre o comportamento infantil que chegam através de relatórios de escolas ou creches. As principais queixas percebidas como frequentes nesta amostra foram: agitação, dificuldade de aprendizado, nervosismo/agressividade e uso excessivo de telas.

Os participantes identificam quatro categorias de temas como explicativas para os problemas de comportamento infantil, sendo os conflitos familiares, a sobrecarga de trabalho dos pais, a dificuldade dos pais em lidar com as questões de comportamento dos filhos e a presença de determinantes sociais de saúde desfavoráveis, como a pobreza, violência e baixa escolaridade. Nota-se um reforço de questões familiares, econômicas e sociais como causadoras de problemas comportamentais, em detrimento de questões genéticas e biológicas.

Para a avaliação das queixas de comportamento infantil os entrevistados elencaram ferramentas coerentes com suas ideias das causas do problema, sendo a maioria delas referentes ao contexto social e familiar que envolve a criança (explorar todo o contexto, fazer contato com a escola, buscar mais informantes) ou direcionadas ao cuidador principal (explorar o entendimento de comportamento normal e aplicar o SIFE). Ferramentas de avaliação direcionadas à criança isoladamente, como a aplicação de questionário para TDAH ou busca de critérios diagnósticos foram poucos mencionadas, o que vai ao encontro da ideia de que a causa do problema está principalmente em questões sociais e familiares.

No manejo dos problemas de comportamento infantil os temas mais citados pelos participantes foram o acolhimento, o vínculo, a longitudinalidade, a abordagem familiar, o método clínico centrado na pessoa e o uso de orientações sobre a infância. Percebe-se que a maioria dos procedimentos mais citados (com exceção de “orientações sobre a infância”) não são ferramente específicas para manejo de comportamento infantil, e sim recursos comuns à prática do MFC que se aplicam a várias demandas distintas. Dar orientações sobre a infância foi mencionado pela maioria dos entrevistados sem apresentar um referencial teórico específico para as orientações, apenas quatro participantes utilizavam uma abordagem de educação parental chamada Disciplina Positiva.

Foram apresentadas dificuldades na abordagem das queixas de comportamento infantil, sendo mencionados principalmente temas referentes à questões estruturais ou organizacionais dos serviços (tempo limitado, alta pressão assistencial e rede de atenção à saúde fragmentada),

à falta de conhecimento técnico ou habilidade prática sobre abordagem de comportamento e à questões sociais ou culturais (patologização/medicalização do comportamento infantil e modelo de atenção à saúde médico-centrado). Apesar das dificuldades os participantes reconheceram pontos positivos na sua abordagem do comportamento infantil, reforçando a importância do olhar para o contexto familiar e social, adequando o manejo para cada família, e do olhar para a criança, através do acolhimento, vínculo e abordagem centrada na pessoa. Outro ponto positivo ressaltado foi o foco em prevenção quaternária, ferramenta utilizada para combater a cultura de patologização e medicalização apontada.

Sobre a formação diante dos problemas comportamentais de crianças os entrevistados, em sua maioria, referiram ter adquirido as competências para o manejo do comportamento infantil na RMMFC. Como demanda formativa no tema referiram principalmente a necessidade de aprimorar o diagnóstico do comportamento, entendendo melhor a diferenciação do comportamento infantil normal de situações em que há transtorno. Em relação à estratégia para suprir as demandas formativas os preceptores preferiam o aprendizado em grupo, através de treinamento, reuniões ou discussões em equipe multidisciplinar. Já os residentes elencaram principalmente o treinamento na prática, a partir de modelagem ou uso de gravação de consultas, e o estudo individual.

A demanda formativa de aperfeiçoar a distinção entre comportamentos esperados para a faixa etária da criança e possíveis transtornos surgiu nos relatos com a expectativa dos entrevistados de conhecer alguma teoria ou referencial que desse suporte ao diagnóstico, que trouxesse mais segurança para a definição dos casos. Os entrevistados que por iniciativa própria estudaram sobre parentalidade e conheciam algum referencial teórico sobre o tema não compartilhavam esta insegurança presente na maioria das entrevistas.

O estudo apresenta limitações relacionadas a metodologia e instrumentos utilizados. Os dados foram obtidos exclusivamente através de entrevistas, não tendo sido utilizados instrumentos que ampliariam a compreensão do cenário e da conduta dos profissionais, como visitas às unidades e acompanhamento de consultas. As entrevistas foram orientadas por roteiros semiestruturados (Apêndices A e B), o que apesar de permitir que o participante traga suas impressões acaba por guiar em algum grau a fala dos profissionais para abordar os tópicos apresentados. Durante as entrevistas utilizamos um caso clínico como disparador da discussão, o que é um resumo teórico de uma parte de consulta, mas não contempla a complexidade de um atendimento real.

Diante dos resultados e limitações da pesquisa reconhece-se a necessidade de novos estudos sobre o tema, especialmente aprofundando na compreensão da insegurança dos

profissionais diante das queixas de comportamento infantil. Além disso, considero importante a inclusão da discussão sobre a abordagem do comportamento nas consultas de crianças no currículo formal dos programas de RMMFC, reconhecendo a relevância do treinamento para orientação parental como uma estratégia de abordagem familiar.

Por muito tempo valorizou-se ações de cuidado com o ambiente para proteger a saúde infantil, com medidas de saneamento, higiene pessoal e de alimentos que contruíram para redução da mortalidade de crianças. Agora, além de cuidarmos do ambiente físico, percebemos a necessidade de apoio à dinâmica familiar, que será determinante para o bem-estar, comportamento e saúde mental infantil. Sendo assim, ações para promoção da saúde integral da criança, incluindo o aspecto comportamental, devem abordar o núcleo familiar, o que coloca os profissionais da MFC em posição ideal para esta abordagem, desde que se sintam capacitados e tenham apoio dos demais pontos da rede de atenção à saúde.

Iniciei este trabalho contando como minha história pessoal me aproximou do objeto de estudo, as crianças, e como a minha trajetória profissional me trouxe ao encontro com o fenômeno de interesse, o comportamento infantil. Não poderia encerrar sem retomar a esta história, que foi atravessada pela maternidade ao longo da realização da pesquisa. Lara nasceu no final do primeiro ano do mestrado, o que deveria ser a metade do caminho para a conclusão do programa. Porém, ao mergulhar na vida materna me senti mais distante da linha de chegada do que estava ao início da caminhada. Como conciliar o trabalho de mãe em tempo integral com as demandas da pesquisa? Uma pausa foi necessária, e a licença maternidade foi concedida pela secretaria do programa de pós-graduação. Ao fim de seis meses foi preciso retomar, e a mulher mãe, pesquisadora e profissional precisavam coabitar o mesmo corpo, dividindo as 24h em tantas tarefas que seriam impossíveis de se cumprir sem o pai ao lado, cumprindo seu papel.

Mesmo com o papel paterno presente, como reaproximar da pesquisa após um mergulho tão profundo na maternidade, que parece nos afastar de todas as outras demandas da vida? Como voltar o interesse as questões comportamentais de todas as crianças, quando parece que uma só importa neste momento? Falo de um lugar de privilégios enquanto mulher cis heterossexual branca e médica, profissão que me permitiu trabalhar em carga horária reduzida com remuneração suficiente, e casada com um homem que é verdadeiramente pai. Neste lugar, dois pontos foram essenciais para retomar a trajetória da pesquisa. Inicialmente, o conhecimento da desigualdade de gênero na ciência e especificamente como a chegada dos filhos impacta de forma diferente a produção acadêmica de homens e mulheres (CARPES et al., 2022), o que me motivou a concluir o mestrado para não reforçar este cenário. Por fim, vivenciar o crescimento e desenvolvimento de uma criança feliz e saudável me fez desejar ainda

mais que todas as outras também tivessem essa oportunidade. Deixo aqui minha modesta contribuição, ansiando por um mundo que em todas as crianças sejam tratadas com respeito e amor.

REFERÊNCIAS

- ALVES, L. E. Comparação da classificação dos transtornos do desenvolvimento infantil por meio do DSM-5, CID-10 e CID-11. **Res., Soc. Dev.**, v. 9, n. 10, e6579109058, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i10.9058>
- APA. American Psychological Association. **Effective strategies to support positive parenting in community health centers: Report of the Working Group on Child Maltreatment Prevention in Community Health Centers**. Washington, 2009. Disponível em: <https://www.apa.org/pi/prevent-violence/resources/positive-parenting.pdf>. Acesso em: 3 jul. 2022.
- ANSELMINI, L. *et al.* Prevalence of psychiatric disorders in a Brazilian birth cohort of 11-year-olds. **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol**, v. 45, n. 1, p. 135-145, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00127-009-0052-2>
- ANSELMINI, L. *et al.* Psychosocial determinants of behavior problems in Brazilian preschool children. **J Child Psychol Psychiatry**, v. 45, n. 4, p. 779–788, 2004. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2004.00271.x>
- ARIAS-CASTILLO, L. *et al.* Perfil do médico de família e comunidade: definição ibero americana. **Santiago de Cali: Confederação Iberoamericana de Medicina de Família e Comunidade**, 2010. Disponível em: https://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/media/file/documentos/perfil_mfc.pdf. Acesso em: 21 jan. 2023.
- BARBOSA, T. R. Crianças pequenas e consumo: que lugar a escola ocupa? **Revista Ibero-Americana de Estudos em Educação**, Araraquara, v. 7, p. 129–140, 2013. DOI: <https://doi.org/10.21723/riaee.v7i4.6293>
- BAX, A. C. *et al.* The Relationship Between Pediatric Residents' Experiences Being Parented and Their Provision of Parenting Advice. **Front Pediatr**, v. 6, n. 395, p. 1-10, 2018. DOI: <https://doi.org/10.3389/fped.2018.00395>
- BENVEGNI, L. A. *et al.* Work and behavioural problems in children and adolescents. **Int J. Epidemiol.**, v. 34, p. 1417-1424, 2005. DOI: <https://doi.org/10.1093/ije/dyi187>
- BIEHL, J. Theorizing Global Health. **Med Anthropol Theory**, v. 3, n. 2. p. 127-142, 2016. DOI: <https://doi.org/10.17157/mat.3.2.434>
- BORDIN, I. A. S. *et al.* Severe physical punishment and mental health problems in an economically disadvantaged population of children and adolescents. **Braz J Psychiatry**, v. 28, n. 4, p. 290-296, 2006. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1516-44462006000400008>
- BRADSHAW, C.; ATKINSON, S.; DOODY, O. Employing a qualitative description approach in health care research. **Global Qualitative Nursing Research**, v. 4, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1177/2333393617742282>
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da Criança: crescimento e desenvolvimento (Caderno da Atenção Básica, n. 33)**. Brasília, 2012. 273p. Disponível em:

<https://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MTIxMA==> . Acesso em: 20/02/2023.

BRASIL. **Lei nº 13.010 de 26 de junho de 2014**. Altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente) [...] e altera a Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Brasília (DF). 2014. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/lei/113010.htm . Acesso em: 8 jul. 2022.

BRAUN, V.; CLARKE, V. **Thematic Analysis: A Practical Guide**. SAGE Publications Ltd, 2021. 376p. ISBN 978-1-4739-5323-9.

CANGUILEHN, G. **O normal e o patológico**. 6. ed. Rio de Janeiro: Editora Forense Universitária, 2009. ISBN 978-85-218-0393-5.

CAREY, W. B.; MCDEVITT, S. C. **Child Behavioral Assessment & Management in Primary Care**. 2. ed. Scottsdale: Behavioral-Developmental Initiatives, 2016. E-book (110p.) ISBN 0-9678314-9-2.

CARPES, P. B. M. *et al.* Parentalidade e carreira científica: o impacto não é o mesmo para todos. **Epidemiol Serv Saúde**, v. 31, n. 2, e2022354, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/S2237-96222022000200013>

CAVALCANTE, C. M.; JORGE, M. S. B.; SANTOS, D. C. M. Onde está a criança?: desafios e obstáculos ao apoio matricial de crianças com problemas de saúde mental. **Physis**, v. 22, n. 1, p. 161-178, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312012000100009>

CAWTHORPE, D. Primary care physician ability to identify pediatric mental health issues. **Can Child Adolesc Psychiatr Rev.**, v. 14, n. 4, p. 99-102, 2005. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2553225/> . Acesso em: 25 maio 2022.

CECCIM, R. B. Pediatria, puericultura, pedagogia...: imagens da criança e o devir-criança. **Bol. Da Saúde**, v. 15, n. 1, p. 87-103, 2001. Disponível em: <http://www.boletimdasaude.rs.gov.br/conteudo/1153/pediatria,-puericultura,-pedagogia...:-imagens-da-crianca-e-o-devir-crianca> . Acesso em: 15 jul. 2022.

COLEMAN, W. L. *et al.* Policy statement - The future of pediatrics: Mental health competencies for pediatric primary care. **Pediatrics**, v. 124, n. 1, p. 410–421, 2009. DOI: <https://doi.org/10.1542/peds.2009-1061>

CUCCHIARO, G.; DALGALARRONDO, P. Mental health and quality of life in pre- and early adolescents: a school-based study in two contrasting urban areas. **Braz. J. Psychiatry**, v. 29, n. 3, p. 213-221, 2007. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1516-44462007000300005>

CURY, C. R.; GOLFETO, J. H. Strengths and difficulties questionnaire (SDQ): a study of school children in Ribeirão Preto. **Braz. J. Psychiatry**, v. 25, n. 3, p. 139-145, 2003. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1516-44462003000300005>

CUTOLO, R. L. A. A localização da Pediatria e a Saúde da Criança em seu contexto histórico e epistemológico. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 35, n. 3, p. 87-93, 2006. Disponível em: <http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/388.pdf> . Acesso em: 14 fev. 2022.

DELALANDE, J. Le conceptd“enfant acteurest-il déjà perimé? Reflexions sur des ouvertures possibles pour un concept toujours a questionner. **AnthropoChildren**, n. 4, p. 1-8, 2014. Disponível em: <https://popups.uliege.be/2034-8517/index.php?id=1927> . Acesso em: 24 maio 2023.

DOHMS, M.; GUSSO, G. **Comunicação Clínica: Aperfeiçoando os Encontros em Saúde**. 1. ed. Porto Alegre: Artmed, 2020. 348p. ISBN-13: 978-6581335243

EAPEN, V.; GRAHAM, P.; SRINATH, S. **Where There Is No Child Psychiatrist: A Mental Healthcare Manual**. 1. ed. RCPsych Publications, 2012. 214p. ISBN-13: 978-1908020482

ESSWEIN, G. C. *et al.* Ações em saúde mental infantil no contexto da Atenção Básica do Sistema Único de Saúde (SUS): uma revisão integrativa da literatura brasileira. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 26, Supl. 2, p. 3765-3780, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.2.15602019>

FERNANDES, A. D. S. A. *et al.* A saúde mental infantojuvenil na atenção básica à saúde: da concepção às perspectivas para o cuidado. **Cad. Bras. Ter. Ocup.**, v. 30, e3102, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/2526-8910.ctoAO23473102>

FIOCRUZ. **DSSBR – Promovendo a equidade em saúde**, 2020. Determinantes sociais da saúde. Disponível em: <https://dssbr.ensp.fiocruz.br/glossary/determinantes-sociais-da-saude/> . Acesso em: 10 abr. 2022.

FLEITLICH-BILYK, B.; GOODMAN, R. Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders in southeast Brazil. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry**, v. 43, n. 6, p. 727-734, 2004. DOI: <https://doi.org/10.1097/01.chi.0000120021.14101>

FLEITLICH, B.; CORTÁZAR, P. G.; GOODMAN, R. Questionário de capacidades e dificuldades (SDQ). **Infanto rev. neuropsiquiatr. infanc. adolesc**, v. 8, n. 1, p. 44-50, 2000. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-275954> . Acesso em: 22 jul. 2022.

FLEITLICH, B.; GOODMAN, R. Social factors associated with child mental health problems in Brazil: cross sectional survey. **BMJ**, v.323, p. 599-6000, 2001. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.323.7313.599>

FOUCAULT, M. A política da saúde no século XVIII. In: MACHADO, R (org). **Microfísica do poder**. São Paulo: Graal, 1984. p. 193-208.

FOUCAULT, M. **The birth of the clinic: An archaeology of medical perception**. London: Tavistock: 1973. 240p. ISBN-13: 978-0679753346.

GOMES, F. M. A. *et al.* Saúde mental infantil na atenção primária à saúde: discursos de profissionais médicos. **Saúde Soc.**, v. 24, n. 1, p. 244-258, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015000100019>

GOODMAN, R. *et al.* The Ilha de Maré study: A survey of childmental health problems in a

predominantly African-Brazilian rural community. **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.**, v. 40, n. 1, p. 11-17, 2005. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00127-005-0851-z>

GUSSO, G.; LOPES, J. M. C.; DIAS, L. C. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade - 2 Volumes: Princípios, Formação e Prática**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019. 2388p. ISBN-13: 978-8582715352.

HALFON, N.; LARSON, K.; RUSS, S. Why social determinants? **Healthcare Quarterly**, v. 14, p. 9-20, 2010. Disponível em: <https://dssbr.ensp.fiocruz.br/wp-content/uploads/2011/08/Why-Social-Determinants.pdf> . Acesso em: 9 abr. 2022.

HOLT, L. M. **The care and feeding of children: a catechism for the use of mothers and children's nurses**. 4. ed. D. Appleton and Company, 1907. *E-book*. Disponível em: <https://www.gutenberg.org/files/15484/15484-h/15484-h.htm#Sleep> . Acesso em: 18 mar. 2022.

HUANG, CY. *et al.* Relationships between parent-reported parenting, child-perceived parenting, and children's mental health in Taiwanese children. **Int J Environ Res Public Health**, v. 16, n. 6, 1049, 2019. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph16061049>

IMFELD, S. M. *et al.* Primary care pediatrician perceptions towards mental health within the primary care setting. **Pediatr Res**, v. 90, p. 950–956, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41390-020-01349-7>

KAVAN, M. G.; SAXENA, S. K.; RAFIQ, N. General Parenting Strategies: Practical Suggestions for Common Child Behavior Issues. **Am Fam Physician**, v. 97, n. 10, p. 642-648, 2018. Disponível em: <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2018/0515/p642.html> . Acesso em: 5 set. 2022.

KAZDA, L. *et al.* Overdiagnosis of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents: A Systematic Scoping Review. **JAMA Netw Open**, v. 4, n. 4, e215335, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.5335>

LANCY, D. F. Unmarking children's Agency. **Sociology, Social Work and Anthropology Faculty Publications**, v.1, n. 2, 2021. Disponível em: https://digitalcommons.usu.edu/sswa_facpubs/277/ . Acesso em: 14 fev. 2022.

LIMA, A. L. G. Maternidade higiênica: natureza e ciência nos manuais de puericultura publicados no Brasil. **História: Questões & Debates**, n. 47, p. 95-122, 2007. DOI: <https://doi.org/10.5380/his.v47i0.12112>

LYKKE, K.; CHRISTENSEN, P.; REVENTLOW, S. GPs' strategies in exploring the preschool child's wellbeing in the paediatric consultation. **BMC Fam Pract**, v. 14, n. 177, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1186/1471-2296-14-177>

LYKKE, K.; CHRISTENSEN, P.; REVENTLOW, S. "This is not normal" -- signs that make the GP question the child's well-being. **Fam Pract.**, v. 25, n. 3, p. 146-153, 2008. DOI: <https://doi.org/10.1093/fampra/cmn021>

KING, F. T. **Feeding and care of baby**. 1. ed. London: Macmillan and co. limited, 1913.

Disponível em:

<https://wellcomecollection.org/works/n4m9j4xv/items?canvas=6> . Acesso em: 12 mar. 2022.

JAMOULLE, M. Quaternary prevention, an answer of family doctors to overmedicalization. **Int J Health Policy Manag**, v.4, n. 2, p. 61-64, 2015. DOI:

<https://doi.org/10.15171/ijhpm.2015.24>

LAURIDSEN-RIBEIRO, E.; TANAKA, O. Y. (Org.). **Atenção em Saúde Mental para crianças e adolescentes no SUS**. 2. ed. São Paulo: Hucitec 2016. 342p. ISBN: 978-85-8404-076-6

MARCHI, R. C. A criança como ator social - críticas, réplicas e desafios teóricos e empíricos. **Praxis Educativa**, v. 12, n. 2, p. 617-637, 2017. DOI:

<https://doi.org/10.5212/PraxEduc.v.12i2.0019>

MARTINS, A. P. V. “Vamos criar seu filho”: os médicos puericultores e a pedagogia materna no século XX. **Hist. cienc. saúde-Manguinhos**, v. 15, n. 1, p. 135-154, 2008. DOI:

<https://doi.org/10.1590/S0104-59702008000100008>

MATTA, G. C. Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. In: MATTA, G. C.; PONTES, A. L. M. (Org.). **Políticas de saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007. p. 61-80. Disponível em:

<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/39223> . Acesso em: 13 ago. 2022.

MERIKANGAS, K. R. *et al.* Prevalence and treatment of mental disorders among US children in the 2001-2004 NHANES. **Pediatrics**, v. 125, n. 1, p. 75-81, 2010. DOI:

<https://doi.org/10.1542/peds.2008-2598>

MILLER, A. R. *et al.* Family physicians' involvement and self-reported comfort and skill in care of children with behavioral and emotional problems: a population-based survey. **BMC Fam Pract**, v. 6, n. 12, 2005. DOI: <https://doi.org/10.1186/1471-2296-6-12>

MIRANDA, P. R.; ROMANO, V. F. Uma proposta de instrumento de avaliação pedagógica da preceptoria para residências em Medicina de Família e Comunidade. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, v. 16, n. 43, p. 2680, 2021. DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmfc16\(43\)2680](https://doi.org/10.5712/rbmfc16(43)2680)

MOL, A. **The Body Multiple Ontology in Medical Practice**. Durham: Duke University Press, 2002. 216p. ISBN-13: 978-0822329176.

NAKAMURA, E.; BARBARINI, T. Comportamentos infantis problemáticos, perturbadores e não conformes: conceitos e demandas de cuidado relacionados à agitação em crianças em Santos e Campinas, Brasil. **Saúde Soc.**, v. 28, n. 1, p. 12-26, 2019. DOI:

<https://doi.org/10.1590/S0104-12902019181164>

NASCIMENTO, C. T.; BRANCHER, V. R.; OLIVEIRA, V. F. A Construção Social do Conceito de Infância: uma tentativa de reconstrução historiográfica. **Revista Linhas**, v. 9, n. 1, p. 4-18, 2008. Disponível em:

<https://www.periodicos.udesc.br/index.php/linhas/article/view/1394> . Acesso em: 18 jul. 2023.

NELSEN, J. **Disciplina positiva: O guia clássico para pais e professores que desejam ajudar as crianças a desenvolver autodisciplina, responsabilidade, cooperação e habilidades para resolver problemas.** Tradução: Bernadette Pereira Rodrigues e Samantha Schreier Susyn. 3. ed. São Paulo: Manole, 2015. 340p. ISBN: 9788520447864

NEVES, R. G. *et al.* Tendência temporal da cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil, regiões e Unidades da Federação, 2006-2016. **Epidemiol Serv Saude**, v. 27, n. 3, e2017170, 2018. DOI: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742018000300008>

NISSANHOLTZ-GANNOT, R. *et al.* The involvement of community pediatricians in the treatment of developmental-behavioral difficulties as perceived by directors of child development centers. **Isr J Health Policy Res**, v. 10, n. 56, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13584-021-00492-8>

OLIVEIRA, V. G. *et al.* Medicina de Família e Comunidade: breve histórico, desafios e perspectivas na visão de discentes de graduação. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, v. 9, n. 30, p. 85-88, 2013. DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmfc9\(30\)850](https://doi.org/10.5712/rbmfc9(30)850)

OMS. Organização Mundial da Saúde. A saúde mental pelo prisma da saúde pública. **Relatório sobre a saúde no mundo 2001: Saúde mental: nova concepção, nova esperança.** Genebra: OPAS/OMS, p.1-16, 2001. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0205.pdf> . Acesso em: 14 mar. 2022.

OPAS. Organização Pan-Americana de Saúde. **MI-mhGAP Manual de Intervenções para transtornos mentais, neurológicos e por uso de álcool e outras drogas na rede de atenção básica à saúde.** Versão 2.0. Brasília, DF: Organização Pan-Americana de Saúde, 2018. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49096?locale-attribute=pt> . Acesso em: 18 set. 2022.

OPAS. Organização Pan-Americana de Saúde. **Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas: Documento de Posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde/ Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS).** Washington, 2007. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/renovacao_atencao_primaria_saude_americas.pdf . Acesso em: 16 jun. 2022.

PALFREY, J. S. *et al.* Introduction: Addressing the Millennial Morbidity - The Context of Community Pediatrics. **Pediatrics**, v. 115, supl. 4, p. 1121–1123, 2005. DOI: <https://doi.org/10.1542/peds.2004-2825b>

PATEL, V. *et al.* Promoting child and adolescent mental health in low and middle income countries. **J Child Psychol Psychiatry**, v. 49, n. 3, p. 313-334, 2008. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2007.01824.x>

PAULA, C. S. *et al.* Primary care and children's mental health in Brazil. **Acad Pediatr**, v. 9, n. 4, p. 249-255, 2009. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.acap.2009.02.006>

PAULA, C. S.; MIRANDA, C. T.; BORDIN, I. A. saúde mental na infância e adolescência: revisão dos estudos epidemiológicos brasileiros. *In:*

PINTO, L. F.; GIOVANELLA, L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). **Ciênc saúde colet**, v. 23, n. 6, P. 1903-1913, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05592018>

POLAHA, J.; DALTON 3RD, W. T.; ALLEN, S. The prevalence of emotional and behavior problems in pediatric primary care serving rural children. **J Pediatr Psychol**, v. 36, n. 6, p. 652-660, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsq116>

PRADO, C. **Vamos criar seu filho!** São Paulo: Guairá, 1938.

PROUT, A. Reconsidering the new sociology of childhood. **Cad. Pesqui**, v. 40, n. 141, p. 729-750, 2005. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0100-15742010000300004>

RIO DE JANEIRO (Estado). **Coleção Guia de Referência Rápida Saúde Mental na Infância: Identificação, manejo e qualificação do cuidado**. 1. ed. Série F. Comunicação e Educação em Saúde. Coleção Guia Rápido de Referência Rápida. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde, 2018. Disponível em: https://www.mprj.mp.br/documents/20184/841707/guia_de_referencia_em_saude_mental_na_infancia_1_edicao_2018.pdf. Acesso em: 23 abr. 2022.

RITZER, G. **The McDonaldization of Society: Revised New Century Edition**. 1. ed. SAGE Publications, 2004. 328p. ISBN-13: 978-0761988120

RIVOREDO, C. R. S. F. Pediatria: medicina para crianças? **Saúde Soc**, v. 7, n. 2, p. 33-45, 1998. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12901998000200004>

ROCHA, M. **Cartilha das mães**. 8. ed. São Paulo: Civilização Brasileira S/A, 1935.

ROSENBERG, M. B. **Comunicação não-violenta: técnicas para aprimorar relacionamentos pessoais e profissionais**. Tradução: Mário Vilela. São Paulo: Ágora, 2006. 288p. ISBN-13: 978-8571838260.

SBMFC. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. **Currículo Baseado Em Competências Para Medicina de Família e Comunidade**. 2015. Disponível em: [http://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/media/Curriculo%20Baseado%20em%20Competencias\(1\).pdf](http://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/media/Curriculo%20Baseado%20em%20Competencias(1).pdf). Acesso em: 20/07/2022.

SBP. Sociedade Brasileira de Pedriatria. **Há 110 anos cuidando do futuro do Brasil**. E-book (160p). Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: <https://www.sbp.com.br/flip/livro-110-anos-sbp/>. Acesso em: 13 maio. 2022.

SHELDRIK, R. C.; MERCHANT, S.; PERRIN, E. C. Identification of developmental-behavioral problems in primary care: a systematic review. **Pediatrics**, v. 128, n. 2, p. 356-363, 2011. DOI: <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2010-3261>

SILVA, I. O; SILVA, A. P. S.; MARTINS, A. A. M. (orgs.). **Infâncias do campo**. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2013.

SILVA, T. L. G. *et al.* O normal e o patológico: contribuições para a discussão sobre o estudo da psicopatologia. **Aletheia**, n. 32, p. 195-197, 2010. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942010000200016&lng=pt&nrm=iso . Acesso em: 19 jul. 2023.

STEWART, M. *et al.* **Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

ST-ONGE JC. Déficit de atenção e hiperatividade: prevenindo o sobrediagnóstico e o sobretratamento. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, v. 10, n. 35, p. 1-8, 2015. DOI: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10\(35\)1014](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10(35)1014)

TEIXEIRA, M. R.; COUTO, M. C. V.; DELGADO, P. G. G. Atenção básica e cuidado colaborativo na atenção psicossocial de crianças e adolescentes: facilitadores e barreiras. **Ciênc. saúde colet.**, v. 22, n. 6, p. 1933-1942, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017226.06892016>

TESSER, C. D. Contribuições das epistemologias de Kuhn e Fleck para a reforma do ensino médico.

Rev. bras. educ. med., v. 32, n. 1, p. 98–104, 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022008000100013>

TIMIMI, S. The McDonaldization of childhood: children's mental health in neo-liberal market cultures. **Transcult Psychiatry**, v. 47, n. 5, p. 686-706, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1177/1363461510381158>

TOTSIKA, V.; SYLVA, K. The home observation for measurement of the environment revisited. *Child Adolesc*, v. 9, n. 4, p. 25-35, 2004. Disponível em:

https://lchcautobio.ucsd.edu/wp-content/uploads/2017/04/Sylva_2004.pdf . Acesso em: 7 jan. 2022.

UNICEF. United Nations Children's Fund. **The State of the World's Children 2021: On My Mind – Promoting, protecting and caring for children's mental health**. New York, 2021. Disponível em:

<https://www.unicef.org/media/114636/file/SOWC-2021-full-report-English.pdf> . Acesso em: 12 mar. 2022.

VITOLO, Y. L. C. *et al.* Crenças e atitudes educativas dos pais e problemas de saúde mental em escolares. **Rev Saúde Pública**, v. 39, n. 5, p. 716-724, 2005. Disponível em:

<https://www.scielo.org/pdf/rsp/v39n5/26290.pdf> . Acesso em: 17 maio 2022.

WEBER, L. N. D.; VIEZZER, A. P.; BRANDENBURG, O. J. O uso de palmadas e surras como prática educativa. **Estud. psicol. (Natal)**, v. 9, n. 2, p. 227-237, 2004. DOI:

<https://doi.org/10.1590/S1413-294X2004000200004>

WHO. World Health Organization. **Questions and Answers: Social determinants of health: Key concepts**. World Health Organization, 2013. Disponível: <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/social-determinants-of-health-key-concepts> . Acesso em: 17 jun. 2022.

WHO. World Health Organization. **World mental health report: transforming mental health for all**. Geneva: World Health Organization, 2022. 296p. ISBN 978-92-4-004933-8.

WISSOW, L. S. *et al.* Pediatric Residents' Responses That Discourage Discussion of Psychosocial Problems in Primary Care. **Pediatrics**, v. 115, n. 6, p. 1569–1578, 2005. DOI: <https://doi.org/10.1542/peds.2004-1535>

ZANOLLI, M. L.; MERHY, E. E. A pediatria social e as suas apostas reformistas. **Cad. Saúde Pública**, v. 17, n. 4, p. 977-987, 2001. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2001000400032>

ZITO, J. M. *et al.* Trends in the prescribing of psychotropic medications to preschoolers. **JAMA**, v. 283, n. 8, p. 1025-1030, 2000. DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.283.8.1025>

APÊNDICE A

Questionário Semiestruturado Residentes

1. Como é sua rotina de atendimentos, estágios extra APS e aulas?
2. Como em geral você avalia a saúde da população de crianças que você assiste?
3. Quais problemas são mais comumente apresentados como motivos de consulta de crianças?
4. Os problemas de comportamento de crianças são uma questão frequente?
5. Qual tipo de queixa de comportamento da criança é mais recorrente?

Em seguida será apresentada a seguinte resenha clínica, com situação de uma consulta

Joana, mulher cis, negra, 55 anos, traz seu neto Davi para consulta na unidade. Davi tem 6 anos e mora com a avó paterna Joana, a mãe Fabiana, o pai William e a bisavó paterna Maria Raimunda.

Você é a/o médica(o) responsável e conhece bem a família pois realiza o acompanhamento de Maria Raimunda em visita domiciliar. Sabe que os pais do Davi trabalham o dia todo e ele fica aos cuidados de Joana, que se divide nos cuidados com a criança, com a mãe Maria Raimunda que é parcialmente dependente para atividades de vida diária básicas e as tarefas domésticas.

A família reside em uma microárea muito vulnerável de seu território em uma área de invasão. O domicílio é composto por 4 cômodos pequenos, paredes sem reboco e telha de amianto. Fica no final de uma rua de terra sem saída onde não há trânsito de carros, com um lote vazio em frente e árvores ao fundo.

Você inicia a consulta conversando com Davi, que não sabe dizer porque veio hoje. Diz estar se sentindo bem e nega queixas. Neste momento Joana começa a falar:

“-Eu trouxe ele hoje porque tem alguma coisa errada com esse menino, ele não para quieto! Você tem que ver Dra./Dr., é o dia inteirinho correndo e brincando, não tem sossego! Eu começo a fazer meus serviços e quando vou ver, ele já está correndo com as crianças da rua no lote da frente, subindo nas árvores, chutando bola, brincando com os cachorros no terreiro, cada hora uma coisa. Eu falo com ele todo dia: “Meu filho, fica mais quietinho dentro de casa com a vovó!”, mas não adianta. Pra vir comer é outra luta, tem que chamar mil vezes, não quer parar de brincar pra almoçar. No fim da tarde a mesma ladainha, chamar pra tomar banho antes que o pai dele chegue, é mais meia hora de grito. Não sei o que eu faço pra ele entender, eu só queria que ele ficasse mais calminho em casa, ou viesse na hora certa de comer e tomar banho. Porque não é falta de falar, eu converso com ele e explico que vovó faz muita coisa, que eu fico cansada pra andar atrás dele assim. Pior que quando eu prendo ele em casa também não consegue ficar quieto, quer inventar de fazer as coisas comigo, mas mais atrapalha que ajuda! Pega a vassoura pra varrer e espalha o que eu já varri, assim eu não dou conta. O que que custa ficar um pouquinho parado, né Dra./Dr? Eu acho que tem um problema com esse menino, só pode. Ta na hora de fazer uns exames pra ver, e se puder passar um remedinho pra ver se ele fica mais calmo, vai ser bom demais!”

Perguntas norteadoras:

- Como você aborda situações semelhantes?
- Qual deve ser o papel da/do Médico de Família e Comunidade diante de demandas como as da paciente?
- O que considera positivo em sua abordagem?
- Como adquiriu as habilidades para essas atitudes positivas?
- Qual/quais ponto(s) percebe que precisa aprimorar?

- Como pensa que poderia desenvolver os pontos que pretende melhorar?
- Quais as principais dificuldades você encontra na abordagem de queixas comportamentais na infância?
- Quais limites percebe na atuação do Médico de Família e Comunidade na avaliação dessas queixas e na realização de orientação parental?

APÊNDICE B

Questionário Semiestruturado Preceptores

1. Como é sua rotina de consultas, preceptoria e aulas?
2. Como em geral você avalia a saúde da população de crianças que você assiste?
3. Quais problemas são mais comumente apresentados como motivos de consulta de crianças?
4. Os problemas de comportamento de crianças são uma questão frequente?
5. Qual tipo de queixa de comportamento da criança é mais recorrente?

Em seguida será apresentada a seguinte resenha, com a situação de uma passagem de caso de consulta feita pelo residente.

A/o residente está atendendo Davi, trazido pela avó Joana. Davi tem 6 anos e mora com a avó paterna Joana, a mãe Fabiana, o pai William e a bisavó paterna Maria Raimunda.

Você conhece bem a família pois realiza o acompanhamento de Maria Raimunda em visita domiciliar. Sabe que os pais do Davi trabalham o dia todo e ele fica aos cuidados de Joana, que se divide nos cuidados com a criança, com a mãe Maria Raimunda que é parcialmente dependente para atividades de vida diária básicas e as tarefas domésticas.

“-Eu estou atendendo o Davi, de 6 anos, com a avó Joana. Ela é a cuidadora da Maria Raimunda que visitamos semana passada, Davi também estava na visita, lembra? Então, o Davi mesmo não tem nenhuma queixa, está se sentindo bem. A avó trouxe preocupada que ele não para quieto, que fica o tempo todo correndo e pulando, ela acha ele agitado demais. Reclama que precisa chamar várias vezes na hora de comer e tomar banho, que ele só quer ficar naquele fim da rua brincando com as crianças, os cachorros ou subindo em árvores. Ela traz a ideia de que essa agitação seja um problema de saúde, e tem impactado muito a vida dela pela sobrecarga com as outras tarefas com a casa e a mãe. Ela espera que a gente peça uns exames pra ver se Davi está bem e gostaria que déssemos um remédio para ficar mais calmo. Na consulta o Davi ficou tranquilo brincando com as peças de montar que tenho no consultório, responde bem às perguntas e coopera com o exame. Não tem alterações gerais a inspeção, exame cardíaco, pulmonar e abdominal. Apesar de não ter percebido agitação na consulta, acho que ele pode talvez ter mesmo hiperatividade pelo relato da Joana, eu não soube investigar melhor. Pensei em encaminhar para psiquiatria infantil para uma avaliação especializada. Sobre a demanda dos exames, já tranquilizei a avó que o exame físico, crescimento e desenvolvimento estão ótimos, que não serão necessários no momento. Expliquei também que precisamos entender melhor o quadro do Davi antes de pensarmos em medicação.”

Perguntas norteadoras:

- Como você conduziria a discussão com a/o residente?
- Como você aborda situações semelhantes?
- Qual deve ser o papel da/do Médico de Família e Comunidade diante de demandas como as da paciente?
- O que considera positivo em sua abordagem?
- Como adquiriu as habilidades para essas atitudes positivas?
- Qual/quais ponto(s) percebe que precisa aprimorar?
- Como pensa que poderia desenvolver os pontos que pretende melhorar?
- Quais as principais dificuldades você encontra na abordagem de queixas comportamentais na infância?

- Quais limites percebe na atuação do Médico de Família e Comunidade na avaliação dessas queixas e na realização de orientação parental?

APÊNDICE C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Gostaríamos de convidar você para participar da pesquisa **“Abordagem de Queixas Comportamentais na Infância e Orientação Parental em Programas de Residência de Medicina de Família e Comunidade de Minas Gerais: Cenário Atual e Perspectivas”**. O motivo que nos leva a realizar esta pesquisa é que, diante da alta prevalência de queixas de comportamento infantil em serviços de Atenção Primária à Saúde (APS), associada ao aumento expressivo do uso de psicotrópicos em crianças nos últimos anos, vimos a necessidade de investigar como tem sido percebida a abordagem de comportamento infantil e orientação parental no contexto dos cenários de formação em MFC.

Caso você seja médico residente ou preceptor de um programa de residência em MFC e concorde em participar da pesquisa, você poderá responder a um questionário sociodemográfico e à uma entrevista. O tempo total será de aproximadamente 30 minutos, e poderá ser realizada online em ambiente virtual a depender das condições sanitárias da epidemia do vírus Sars-Cov-2. As entrevistas serão gravadas (áudio e vídeo), e você receberá uma cópia da gravação. Com os dados obtidos a partir deste questionário e entrevista, pretendemos realizar um levantamento sobre o conhecimento, as experiências práticas e as necessidades de aprendizagem de preceptores e residentes em MFC acerca da abordagem de queixas comportamentais na infância e, assim, poder identificar suas demandas e realizar propostas para o aprimoramento dos processos formativos na especialidade, contribuindo, assim, para melhorar a qualidade da atenção à Saúde Mental na Atenção Básica.

Esta pesquisa tem alguns riscos, que são: risco mínimo inerente a qualquer pesquisa envolvendo seres humanos, por exemplo, desconforto de interagir com estranhos, o medo de outras repercussões eventuais de sua participação, o incômodo devido tempo despendido na extensão das respostas à entrevistas e questionários, desconfortos emocionais como tristeza, raiva, constrangimento ou preocupações desencadeado por alguma pergunta das entrevistas ou questionários e a preocupação com a possibilidade de estigmatização decorrente de uma quebra de sigilo de sua identificação. Para minimizar estes riscos, a coleta de dados se dará em momento agendado com hora e data conveniente ao pesquisado. Será assegurado o sigilo e a confidencialidade da sua identificação e o direito ao não consentimento e ao de cancelamento do assentimento a qualquer momento.

Apesar disso, se ainda assim tiver algum problema causado por atividades que fizermos com você nesta pesquisa, além do direito a indenização, você terá também o direito à assistência integral e gratuita devido a danos imediatos ou tardios, diretos ou indiretos, que será prestada pelo tempo que for necessário, assegurada pela legislação em vigor.

A pesquisa dará visibilidade à complexidade da abordagem de queixas comportamentais na infância e poderá gerar reflexão e discussão sobre a orientação parental feita por médicos de família e comunidade, trazendo subsídios para elaboração de cartilha de apoio aos profissionais. A cartilha será encaminhada aos participantes, sendo um benefício direto de sua participação. As informações levantadas poderão contribuir para uma melhor qualificação para a abordagem desses casos, resultando em benefícios indiretos para os participantes.

Para participar deste estudo você não vai ter nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. A sua participação é voluntária e o fato de não querer participar não vai trazer qualquer penalidade. Assim, mesmo que você queira participar agora, você pode desistir a qualquer momento que achar conveniente, sem prejuízo algum, sendo seu nome ou dados retirados da pesquisa.

Os dados obtidos a partir do questionário e as gravações de áudio da entrevista serão utilizados unicamente para essa pesquisa e serão deletados ao término do estudo, dentro de 12

(doze) meses. Os dados ficarão arquivados off-line sob responsabilidade do pesquisador por 5 (cinco) anos. Decorrido este tempo, o pesquisador encaminhará os documentos para a sua destinação final, de acordo com a legislação vigente.

Você poderá ter todas as informações que quiser sobre esta pesquisa, a qualquer momento, entrando em contato conosco, através dos meios indicados abaixo, e os resultados do estudo estarão à sua disposição quando finalizado. Este termo de consentimento será impresso e assinado em duas vias, sendo uma do participante e outra ficará sob a guarda do pesquisador. Em caso de entrevista remota o consentimento poderá ser registrado por meio de videogravação, uma cópia será enviada ao participante por e-mail e deve ser guardada em seus arquivos. Você terá acesso ao registro de consentimento sempre que solicitado.

O projeto desta investigação foi analisado e aprovado por uma Comissão de Ética em Pesquisa em seres humanos, conforme preconizado pela Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Declaro que concordo em participar da pesquisa e que me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador

Pesquisador Responsável: Leandro David Wenceslau

Contato: (31) 99805-2500

leandro.david@ufv.br

Departamento de Medicina e Enfermagem. Av. PH Rolfs, s/n. Campus Universitário
Viçosa/MG. 36570-900

Em caso de discordância ou irregularidades sob o aspecto ético desta pesquisa, você poderá consultar:

Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos – Universidade Federal de Viçosa

(31) 3612-2316

cep@ufv.br

Edifício Arthur Bernardes, subsolo. Av. PH Rolfs, s/n – Campus Universitário. Viçosa/MG

APÊNDICE D

Questionário sociodemográfico

1. Nome:
 2. Data de nascimento:
 3. Idade:
 3. Sexo atribuído ao nascimento:
 3. Gênero:
 4. Raça ou cor da pele
 5. Estado civil
 6. Contato (Telefone/email):
- Sobre a sua formação em Medicina:
1. Em qual instituição você se graduou?
(Se preferir, você pode colocar somente a sigla da instituição)
 2. Qual foi o ano de conclusão da graduação?
- Sobre a sua residência em Medicina de Família e Comunidade (MFC):
3. Qual a instituição da sua residência?
(Se preferir, você pode colocar somente a sigla)
 4. Qual foi o ano de ingresso na residência?
 5. Atuação em zona rural ou em zona urbana:
 6. Se você possui alguma outra residência ou especialização (latu senso) na área médica, indique qual(is):
 7. Se preceptor, possui alguma formação em preceptoria? Se sim, qual?
 8. Se preceptor, atua há quanto tempo na preceptoria?

APÊNDICE E

RELATÓRIO DO PRODUTO TÉCNICO

OFICINA: “Orientação Parental Através da Disciplina Positiva: Uma Nova Estratégia de Abordagem Familiar”

JUSTIFICATIVA:

- Queixas sobre o comportamento infantil e dificuldades em educar são temas frequentemente trazidos pelos pais durante consultas médicas buscando orientação profissional para lidar com situações desafiadoras. Muitas queixas trazidas em consultas dessa faixa etária estão relacionadas a atitudes desafiadoras, oposição a regras, dificuldades escolares e no relacionamento familiar. Entretanto, comumente tais queixas relacionam-se a falta de compreensão dos pais das necessidades subjetivas das crianças e adolescentes e inabilidade para lidar com essas situações cotidianas. Assim, os cuidadores se veem envolvidos em situações desgastantes de estresse, que geram reações prejudiciais como agressões, explosões e desequilíbrios emocionais, as quais são pouco efetivas no que realmente se propõe: ensinar habilidades de vida à crianças e adolescentes.
- Estudos demonstram que a vivência de situações psicossociais adversas traz desfechos negativos para a criança, tanto para saúde física como mental, e que a parentalidade pode afetar diretamente a autoestima, regulação emocional e o bem-estar. Assim, é importante que profissionais de saúde estejam aptos a disponibilizar cuidados adequados à saúde mental na infância de forma eficaz, incluindo a promoção da interação saudável entre pais e filhos
- A disciplina positiva é uma abordagem socioemocional baseada em respeito mútuo e cooperação, que objetiva ensinar habilidades de vida para crianças e adolescentes. Prioriza incorporar gentileza e firmeza ao mesmo tempo, com base em lócus de controle interno para encorajar pessoas a se tornarem responsáveis, respeitadas, resilientes e com recursos para solucionarem problemas. Propõe um novo olhar sobre o mau comportamento, bem como um novo olhar para a relação adulto-criança, pautada nos dados científicos sobre desenvolvimento infantil.
- Médicos de família e comunidade e demais profissionais de saúde que atendem pais e cuidadores podem identificar interações indesejáveis desses com as crianças e

adolescentes, tais como: violência, disputas de poder, humilhações e permissividade. Há vasta literatura científica relacionando estilos parentais a desfechos de saúde como transtornos mentais, cognição, alimentação e estilo de vida saudável. Portanto, é de extrema relevância que esses profissionais conheçam a abordagem da disciplina positiva, bem como suas ferramentas, a fim de orientar pais e cuidadores nos exercícios de suas parentalidades, buscando alcançar melhores resultados no desenvolvimento infanto-juvenil no que se refere a habilidades de vida, proporcionando mais saúde ao sistema familiar.

OBJETIVOS:

- Reconhecer a disciplina positiva como uma abordagem alternativa aos estilos clássicos de parentalidade (autoritarismo e permissividade).
- Identificar os efeitos positivos no desenvolvimento infanto-juvenil e na saúde emocional do sistema familiar que a Disciplina Positiva pode trazer.
- Conhecer e experimentar as ferramentas da disciplina positiva.
- Compreender como o profissional pode orientar as famílias nessa abordagem de parentalidade, a fim de obter resultados mais efetivos nas principais queixas trazidas pelos pais e cuidadores.
- Experimentar formas de orientação parental a partir das ferramentas da Disciplina Positiva.

METODOLOGIA

- Exposição breve sobre o tema.
- Atividade vivencial com objetivo de ajudar os participantes a compreender as consequências de uma relação adulto-criança muito permissiva ou muito autoritária, bem como os benefícios de equilibrar a firmeza e a gentileza ao mesmo tempo nesta relação.
- Dramatização para conscientizar os profissionais dos resultados em longo prazo de diferentes métodos de disciplina.

- Atividade vivencial para reconhecer os pensamentos, sentimentos e decisões que as crianças podem estar formando em resposta ao estilo parental e as consequências que essas crenças podem trazer a longo prazo.
- Simulação de atendimento com família que queixa dificuldades disciplinares na criança seguida de roda de conversa sobre formas de realizar a orientação baseado nas ferramentas vistas na oficina.