

SAÚDE MENTAL INFANTIL: TENDÊNCIAS ATUAIS

Joseane de SOUZA¹

Elisângela Moreira Careta GALINDO²

Ana Maria Pimenta CARVALHO³

RESUMO

Muitas pesquisas têm demonstrado a prevalência de transtornos psicopatológicos na infância. Estima-se uma porcentagem de 23,2% para tais problemas sendo que 10% são considerados casos moderados e severos (requerendo assistência especializada). Tais dados sugerem que os profissionais de saúde devem ter conhecimento básico de Psicologia do Desenvolvimento para identificar aspectos saudáveis da criança e diferenciá-los de desordens mentais. O presente artigo tem como objetivos: apresentar um breve histórico sobre o estudo da saúde mental infantil e apontar as tendências teóricas atuais que buscam compreender os transtornos mentais infantis sob a ótica interacionista, que inclui os conceitos de resiliência e vulnerabilidade.

PALAVRAS-CHAVE: desenvolvimento, saúde mental, resiliência.

¹ Aluna do Programa de Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto e bolsista do CNPq.

² Aluna do Programa de Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto.

³ Professora doutora do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da EE-RP. Endereço para contato: EE-RP/Depto. EPCH - av. Bandeirantes, 3900 - 14040-902 - Ribeirão Preto, SP - e-mail:anacar@eerp.usp.br

1. POR QUE ABORDAR A SAÚDE MENTAL INFANTIL

A população infantil tem cada vez mais apresentado distúrbio psicológico, visto que é crescente o atendimento prestado a essa clientela nos serviços de saúde.

Segundo Boarini e Borges (1998), a maior parte das queixas e dos diagnósticos realizados nos serviços de saúde mental da rede pública de saúde refere-se a crianças com problemas de aprendizagem escolar.

Almeida Filho (1985), em sua pesquisa, aponta uma prevalência de 23,2% dos transtornos psicopatológicos na infância, sendo que deste valor 10% são considerados casos moderados e severos (necessitando de assistência especializada) e 13,2% são considerados casos leves ou duvidosos, dispensando assistência especializada.

Os dados acima indicam que os profissionais de saúde deveriam dar atenção especial às dificuldades decorrentes da infância, realizando uma observação minuciosa do desenvolvimento infantil.

Segundo Fleitlich e Goodman (2002), é importante formar profissionais de saúde mental capacitados, nas comunidades locais, para que possam oferecer tratamentos simples, efetivos e de baixo custo (como grupos de treinamento para pais no manejo de crianças com comportamento difícil), já que as estimativas mostram que a prevalência dos transtornos psicopatológicos se concentra na população mais carente. Porém, para que esta proposta se concretize é necessário que os profissionais de saúde tenham conhecimento básico da Psicologia do Desenvolvimento, para que possam identificar os aspectos saudáveis da criança, bem como diferenciá-los de transtornos, principalmente nas crianças que vivem em ambientes estressantes e que, conseqüentemente, são mais vulneráveis.

O presente trabalho tem como objetivos apresentar um breve histórico sobre a saúde mental infantil e apontar as tendências teóricas atuais que buscam compreender este objeto sob um enfoque interacionista.

2. BREVE HISTÓRICO SOBRE DESENVOLVIMENTO E SAÚDE MENTAL INFANTIL

A preocupação com as questões da saúde mental infantil é recente. Até o século XVII não se dava importância à infância como uma fase distinta do desenvolvimento humano. A julgar pela arte e literatura desse período, após os 3 ou 4 anos de idade, as crianças jogavam os mesmos jogos que os adultos, tanto com outras crianças como com adultos, e participavam ativamente das celebrações e festividades (Mussen et al., 1977). Estes autores afirmam que na Escola Medieval não existia o sistema graduado de educação, no qual os assuntos apresentavam-se em ordem do mais fácil ao mais difícil. Colocavam-se os estudantes de todas as idades, entre 10 e 20 anos, indistintamente na mesma sala de aula e não se pensava que as crianças eram “inocentes” e que, por esse motivo, deviam ser protegidas das referências a assuntos sexuais.

No século XVII observou-se grande mudança nas atitudes do homem em relação às crianças e sua moral. A partir desta época não mais se fizeram às crianças quaisquer referências a assuntos sexuais, para não corromper sua inocência, e assim a criança tornou-se uma pessoa “especial”.

Segundo Mussen et al. (1977), os moralistas e pedagogos do século XVII argumentavam que a criança não era mais considerada “engraçadinha” ou agradável, mas como alguém que tinha necessidade de ajuda e orientação. Segundo os autores, antes de corrigi-las as pessoas deviam em primeiro lugar compreendê-las. Citam ainda que Jean-Jacques Rousseau, filósofo francês, escritor da última metade do século XVIII, acreditava que a criança era dotada de um senso moral inato. Porém, ao final do século XVIII, as crianças começaram a ser consideradas objeto específico de estudo.

Charles Darwin foi um dos autores que mais influenciaram a história da Psicologia Infantil, pois estava convencido de que o estudo do desenvolvimento era crucial para compreender o ser humano.

Mas somente no século XX é que se deu ênfase ao estudo sistemático da criança. Mais precisamente, no início deste século, os pesquisadores envidavam esforços para detalhar as seqüências de passos ou estágios e identificar a aquisição de vários tipos de comportamento na infância, tais como andar, manipular objetos e falar, conhecer a idade em que a maior parte das crianças conseguia ficar de pé sozinha, sem ajuda, pegar um cubinho com seu polegar e indicador ou então pronunciar sua primeira palavra.

Mas a atenção para a doença mental e para o desequilíbrio emocional só foi despertada após a II Guerra Mundial. Atribuíam-se esses desajustamentos às primeiras experiências da infância, noção que, apoiada pela teoria psicanalítica, aceitava-se na época.

Assim, até hoje vários pesquisadores apontam as experiências do início da infância como situações que afetam o ajustamento psicológico e social do indivíduo no futuro. Atualmente, a maioria dos estudiosos parece concentrar-se na criança e em seu bem-estar; em seu crescimento e desenvolvimento; na aquisição de habilidades, capacidades e características pessoais.

Para se compreender o desenvolvimento infantil é preciso que se compreenda também a mudança e a continuidade, quais as mudanças desenvolvimentais e quais tipos de consistência ou continuidade são compartilhados pelos indivíduos em todas as culturas, como também quais são exclusivas de uma dada cultura, de um grupo dentro de uma cultura ou de um indivíduo específico. É preciso, ainda, explorar tanto a natureza quanto o meio ambiente, tanto a biologia quanto a cultura e saber como o indivíduo interage com elas para explicar a consistência e a mudança no desenvolvimento infantil (Bee, 1996).

Uma das questões mais antigas da Psicologia para entender o desenvolvimento é a discussão natureza versus meio-ambiente, conhecida como hereditariedade versus ambiente ou nativismo versus empirismo. A pergunta formulada por psicólogos desenvolvimentais é se o desenvolvimento da criança é governado por um padrão inato ou se ele é moldado pelas experiências posteriores ao nascimento (Bee, 1996).

O lado nativista/natureza foi representado principalmente por Platão e René Descartes, os quais acreditavam que pelo menos certas idéias eram inatas. Do outro lado, um grupo de filósofos britânicos, chamados de empiristas, como John Locke, considerava o nascimento uma lousa em branco em latim, uma tábula rasa, concordando que envolvem todo conhecimento era criado pela experiência (Mussen et al., 1977).

Segundo Bee (1996), na Psicologia do Desenvolvimento não existe uma teoria única que englobe todos os aspectos do desenvolvimento. Assim, não se pode afirmar que haja uma única teoria “certa”, é preciso compreender as alternativas que envolvem o processo do desenvolvimento e verificar onde cada enfoque é forte ou fraco.

Para a autora, neste campo existem quatros enfoques principais:

1. Psicanalítico – esta abordagem parte do pressuposto que alguns aspectos da personalidade da criança são inatos, sua ênfase baseia-se no processo interno (intrapésíquico).

2. Cognitivo-desenvolvimental – os autores buscavam compreender como os indivíduos adquiriam o conhecimento do mundo que o cercava, no plano físico e social.

3. Aprendizagem – nesta perspectiva, o contexto ambiental é fundamental no processo de aprendizagem.

4. Maturacional – teóricos preocupavam-se em descrever o desenvolvimento físico dos bebês, uma vez que o ambiente tem o papel de fornecer à criança estímulos que despertem o seu comportamento.

Além do conhecimento sobre as teorias da Psicologia do Desenvolvimento, faz-se necessário apreender os principais marcos evolutivos do indivíduo, pois a sintomatologia de determinados transtornos psicopatológicos difere conforme o seu nível de desenvolvimento.

3. PRINCIPAIS AQUISIÇÕES EVOLUTIVAS E TRANSTORNOS PSICOPATOLÓGICOS

Observações científicas sobre o desenvolvimento da criança incluem a descrição e a medida de índices objetivos, quais sejam: altura, peso, aquisições de linguagem, capacidade motora e desempenho intelectual, como também as mais subjetivas mudanças de sentimentos, atitudes e percepções. A expressão *status* evolutivo é usada para expressar a soma total das várias medidas e níveis funcionais de um dado momento da vida da criança. O *status* é um conceito mais abrangente do que a idade cronológica, que é apenas uma entre muitas variáveis que influenciam o *status* evolutivo (Ches e Hassib, 1982).

A seguir, apresentar-se-á uma breve descrição dos estágios evolutivos que caracterizam o período compreendido entre a infância e a adolescência.

Ao nascer, a criança apresenta reflexos característicos da própria espécie, que lhe permitem sobreviver e, gradativamente, reagir aos estímulos ambientais, construindo pouco a pouco o psiquismo infantil.

Segundo Papalia e Olds (1981), no primeiro ano de vida, a criança evolui de um ser reflexo para um ser que estabelece esquemas de causalidade, quando começa a se interessar pelo resultado de suas ações. Já não focaliza somente seu próprio corpo, sua atenção se volta também para os objetos e eventos externos, passando de um ser indiferenciado para alguém com gradativa consciência de si mesmo, que se relaciona socialmente primeiro com a própria mãe para, posteriormente, se relacionar com a família e com a própria sociedade.

Por volta dos 2 anos de idade, ela pode resolver problemas simples usando respostas anteriormente dominadas; adquire a capacidade de utilização de símbolos, que permite, por exemplo, que comece a desenvolver mentalmente os passos necessários para a resolução de problemas; desenvolve a capacidade de imaginar eventos em sua própria mente e de segui-los até certo grau. Em outras palavras, já pode pensar. Paralelamente, desenvolvem-se também os processos:

de memória que, nessa fase, não mais necessitam de estímulos externos e podem ser acessados voluntariamente pela criança; de pensamento e de linguagem oral, que a inserem de forma mais adequada no contexto social que a rodeia. Adquire, ainda, capacidade de organizar jogos simbólicos que lhe permitem brincar com outras pessoas e de começar a representar graficamente seu próprio mundo, a partir daquilo que sabe sobre ele.

Aos 7 anos, o padrão de pensamento da criança altera-se. Ela passa a utilizar hipóteses que lhe permitem avaliar melhor o seu mundo, checando-o e, assim, constrói seu mundo de forma mais próxima da realidade. Inicia-se, então, a construção de uma moral autônoma, a partir do questionamento do mundo adulto, que é representado por pais e professores e pela relação com outras crianças.

Nessa faixa etária detectam-se as patologias principalmente em função do rendimento escolar, com os transtornos de aprendizado, acompanhados pelos transtornos déficit de atenção e hiperatividade, pelos retardos mentais e pelos demais quadros psicopatológicos, como depressões, manias, quadros ansiosos, como pânico, transtornos obsessivos e tantos outros passíveis de cuidados e acompanhamento.

Há variações nas taxas de prevalência de transtornos psicopatológicos em crianças e adolescentes. Vários estudos epidemiológicos indicam taxas entre 9 e 16%, em países desenvolvidos (Bird, 1996), porém, no Brasil, Fleitlich e Goodman (2001) encontraram prevalência de 10% em áreas urbanas de classe média e em áreas rurais com populações de nível sócio econômico semelhante à população de classe média dos países desenvolvidos.

Na idade pré-escolar identificam-se bem algumas patologias, como os quadros depressivos que, no pré-escolar, têm uma prevalência de cerca de 0,9%, e os quadros ansiosos, como a ansiedade de separação.

Bahls (2002) avaliou, na cidade de Curitiba, o índice de sintomas depressivos em 463 adolescentes de escola pública, com idade entre 10 e 17 anos. Os resultados revelaram alto índice de sintomas

depressivos entre os estudantes, havendo um nítido predomínio do gênero feminino sobre o masculino, ficando a distribuição de 72,3% para meninas e de 27,7% para meninos, com pico de aparecimento provável no período dos 12 aos 15 anos de idade.

Na adolescência acontecem outras mudanças no processo de pensamento. A pessoa passa a se valer do pensamento abstrato, que lhe proporciona a possibilidade de estabelecer hipóteses sobre fatos imaginários e de avaliar e escolher as possibilidades. Assim, nessa idade, a crise é decorrente da sua liberdade, autonomia e da responsabilidade (Papalia e Olds, 1981).

Um outro marco importante nessa fase é a construção da identidade sexual, que se inicia nos primeiros anos de vida e cujas mudanças mais significativas dar-se-ão na fase da adolescência. Somados a essas mudanças podem surgir outros conflitos psicológicos que se configuram em algumas patologias psiquiátricas semelhantes às do adulto, com o aparecimento dos quadros de depressão e tentativas de suicídio; quadros delinquentes e outras patologias de importância fundamental (Bee, 1997).

Um estudo epidemiológico recente, conduzido na Inglaterra e que entrevistou 10.500 famílias, encontrou um índice de 10% de transtornos psicopatológicos entre crianças. Os resultados mostraram que, entre as crianças de 5 a 15 anos, 5% tinham transtornos de conduta clinicamente significativos, 4% apresentavam transtornos emocionais (ansiedade e depressão) e 1% das crianças foram diagnosticadas como hiperativas (Fleitlich, 2002).

Os transtornos de conduta são caracterizados por comportamentos agressivos ou desafiantes, que vão além das travessuras infantis ou da rebeldia do adolescente. Este quadro inclui manifestações de agressividade e de tirania, crueldade com relação a outras pessoas ou animais, destruição de bens de terceiros, condutas incendiárias, roubos, mentiras repetidas, cabular aulas e fugir de casa, crises de birra e de desobediência anormais, freqüentes e graves.

O tratamento e a prevenção desses transtornos têm impacto concreto no futuro dos jovens, favorecendo a diminuição da

criminalidade, do abuso de substâncias, do abandono escolar, e do desenvolvimento de transtornos de personalidade e de transtornos mentais na vida adulta, além de propiciar que esses jovens se desenvolvam com maior capacidade de atuar como pais.

Porém, para entender se a criança está se desenvolvendo de forma saudável é necessário que se faça uma avaliação para, posteriormente, estabelecer-se um diagnóstico. Uma boa avaliação requer: conhecimento do desenvolvimento infantil, observação das influências ambientais, instrumentos adequados e uma abordagem teórica que busque a interação entre ambiente e natureza.

4. TENDÊNCIAS ATUAIS

Atualmente, os psicólogos desenvolvimentais concordam que o desenvolvimento de uma criança é produto da interação entre sua natureza e meio ambiente. Muitos estudos têm focalizado como o ambiente influencia o desenvolvimento, e um dos enfoques refere-se a fatores de risco.

Segundo Ajuriaguerra e Marcelli (1986), fatores de risco são todas as condições existenciais da criança ou de seu ambiente que acarretam um risco de morbidade mental superior ao observado por meio de pesquisas epidemiológicas na população em geral. Esses fatores de risco abrangem a criança, a família e a sociedade. São eles:

- Na criança: a prematuridade, o sofrimento neonatal, a gemelaridade, a patologia somática precoce, as separações precoces;
- Na família: a separação parental, o desentendimento crônico, o alcoolismo, a doença crônica, em particular de um dos pais, o casal incompleto (mãe solteira), o falecimento de um dos pais;
- Na sociedade: a miséria sócio-econômica, a situação de migrante e outros.

Essas variáveis não são independentes, estando freqüentemente associadas a efeitos cumulativos como: miséria sócio-econômica e prematuridade, por exemplo.

O estudo dos fatores de risco é feito a partir da análise estatística e não da individual, não se prevendo quem será perturbado ou poupado e nem mesmo o tipo ou a gravidade da patologia. Pode-se dizer que este estudo evidencia fatores psicossociais de sofrimento psíquico, mas é restrito na avaliação prognóstica de um indivíduo (Ajuriaguerra e Marcelli, 1986).

Nas décadas de 80 e 90, alguns autores (Rutter, 1987; Masten, Best e Garmezy, 1990) ampliaram o foco da avaliação do desenvolvimento infantil, propondo um modelo interacionista, que se propõe correlacionar as influências ambientais com as diferentes características de cada criança ao nascer, isto é, conhecer as maneiras pelas quais as interações natureza/meio ambiente variam de uma criança para outra. A idéia básica é que o mesmo ambiente pode ter efeitos muito diferentes nas crianças que nasceram com características desiguais. Sob esse enfoque, as crianças podem apresentar certas vulnerabilidades, a saber: temperamento difícil, anomalia física, alergias, tendências genéticas ao alcoolismo, entre outras, e também alguns fatores de proteção, como bom nível cognitivo, boa coordenação, um temperamento fácil ou um belo sorriso, que tendem a deixá-las mais resistentes diante do estresse. Tais vulnerabilidades e fatores de proteção interagem, então, com o ambiente da criança (Bee, 1997). Para entender essas questões, é preciso acrescentar a elas as noções de competência, resiliência e vulnerabilidade.

De acordo com Ajuriaguerra e Marcelli (1986), competência designa a capacidade ativa do indivíduo de utilizar suas aptidões sensoriais e motoras para atuar ou tentar atuar sobre seu ambiente. “O bebê nasce com excelentes meios para assinalar suas necessidades e sua gratidão aos que o cercam”: de fato, ele pode mesmo escolher aquilo que espera de seus pais ou repetir aquilo que não quer com meios poderosos. Por exemplo, ele nasce com capacidade de seguir com os olhos um objeto de cores vivas, de fixar uma forma estruturada (rosto) por mais tempo do que alvos de uma só cor, capacidade de reagir aos sons puros, mas sobretudo de demonstrar sua preferência pelos sons humanos, capacidade olfativa que permi-

te distinguir o odor de sua mãe e capacidade de discernir e de preferir o leite materno etc.

Com efeito, para que a criança siga a progressão do desenvolvimento das habilidades é necessário que lhe sejam asseguradas relações sociais adequadas e suporte afetivo, vitais para ela conseguir avançar.

A noção de vulnerabilidade, inicialmente atribuída aos trabalhos de Freud, foi retomada por Bergman e Escalona através da hipótese de uma “barreira protetora contra os estímulos”. Essa barreira apresentaria uma espessura que varia de criança para criança. Em certos casos, a barreira é demasiado fina, promovendo uma excessiva sensibilidade na criança, o que não lhe dá chances para se proteger contra as inevitáveis intromissões ou embaraços do ambiente. Em outros casos, a barreira é demasiadamente espessa e, sobretudo, estanque, donde provém uma sensibilidade defeituosa, que não permite que o Ego da criança seja flexível para processar as experiências precoces. Esta vulnerabilidade é tanto de origem constitucional, genética, quanto construída pela progressiva estruturação epigenética. Com efeito, tanto a vulnerabilidade genética quanto um estresse excessivo são encontrados com uma frequência desproporcional nas camadas menos favorecidas da sociedade, e o fato de o indivíduo encontrar-se em uma situação que ofereça poucos recursos, materiais ou afetivos, pode diminuir sua capacidade de enfrentar o estresse (Ajuriaguerra e Marcelli, 1986).

Resiliência é o termo usado para descrever os indivíduos que têm respostas positivas ao estresse e que possuem habilidade para enfrentá-lo e resolvê-lo, ainda que a presença de alguma habilidade e de determinada característica ambiental possam ser consideradas como mecanismo de proteção para a criança em relação às adversidades do ambiente estressante. As variações na qualidade ou habilidade das crianças são muito importantes, pois tornam algumas delas altamente vulneráveis ao estresse da infância, enquanto outras são protegidas das piores conseqüências (Rutter, 1987).

A vulnerabilidade ou a resistência inata interage de uma maneira específica com o caráter facilitador do ambiente (Bee, 1996). Um ambiente facilitador é aquele em que a criança tem pais amorosos e responsáveis e onde existe uma estimulação rica. Se a relação entre a vulnerabilidade e o caráter facilitador for meramente aditiva, descobrir-se-á que os melhores resultados ocorrem com bebês resistentes, criados em ambientes ótimos, enquanto que os piores resultados acontecem com bebês vulneráveis, criados em ambientes ruins; as outras combinações estariam entre esses extremos. Mas não é isso que Horowitz (1987) propõe. Em vez disso, a autora sugere que uma criança resistente num ambiente inadequado pode se sair muito bem, pois essa criança pode tirar vantagens da estimulação e de oportunidades existentes; da mesma forma, uma criança vulnerável pode se sair muito bem num ambiente altamente facilitador. De acordo com este modelo, é a dupla dificuldade, a criança vulnerável num ambiente pobre, que leva a resultados ruins para a criança.

Werner (1986), em suas pesquisas, encontrou que escores muito baixos de QI são mais comuns entre as crianças que tiveram um baixo peso ao nascer e que foram criadas em famílias pobres, enquanto que as crianças com baixo peso ao nascer, criadas em famílias de classe média, têm essencialmente QIs normais, assim como os bebês de peso normal criados em famílias pobres.

Entende-se que o mesmo ambiente pode causar efeitos muito diferentes na criança, dependendo das qualidades ou capacidades que trazem para a equação.

Uma questão a ser pesquisada é quais fatores ambientais e individuais podem proteger o indivíduo das possíveis conseqüências negativas provocadas por um ambiente estressante? Para esclarecê-la é necessário acrescentar o conceito de Mecanismo de Proteção.

Para Rutter (1987), o termo mecanismo de proteção é o conjunto de fatores que muda o funcionamento e a estrutura de uma resposta, a qual leva o indivíduo a enfrentar o evento estressante. O autor questiona quais seriam os mecanismos de proteção que poderiam

diminuir os riscos psiquiátricos das crianças que vivem com pais com depressão ou em discórdia conjugal.

Usa-se o termo mecanismo de proteção quando se prevê na trajetória do risco uma mudança com grande probabilidade de resultado adaptativo. Quanto ao processo de vulnerabilidade, este ocorre quando a previsão da trajetória adaptativa é retomada em um caminho negativo, estando a ênfase nos pontos que mudam a trajetória do desenvolvimento e o foco da atenção no processo envolvido. Por exemplo, para afirmar que o sucesso acadêmico ou a auto-eficácia são protetores deve-se perguntar como estas qualidades se desenvolveram e como elas mudaram o curso da vida (Rutter, 1987).

O autor aponta quatro processos que colaboram para a ocorrência de mecanismos de proteção:

1. Redução do impacto dos riscos: ocorre, provavelmente, de duas formas diferentes, quais sejam, alterando o significado da variável de risco ou alterando a exposição ao risco. No primeiro caso pode-se ter como exemplo as situações de hospitalização como eventos desencadeadores de estresse na criança e, portanto, situações de risco para seu desenvolvimento. Arranjar tais situações de forma a reduzir o impacto do sofrimento físico e emocional decorrentes da ruptura do curso de vida que vinha operando até então constitui-se em alteração do significado daquela situação. A utilização de estratégias como: contar com adultos acolhedores que deixam a criança a par do que se passa e/ou vai se passar com ela dali adiante e/ou ter espaços para atividades lúdicas podem minimizar o impacto do sofrimento. Quanto à exposição ao risco, tem-se verificado que há diferença nas disposições à vulnerabilidade relacionadas ao gênero. Nem todas as crianças de famílias com fatores de risco como, por exemplo: depressão dos pais ou discórdia na família são prejudicadas. Meninas tendem a ser mais vulneráveis. Tais diferenças são mediadas por suscetibilidades determinadas biologicamente e por aspectos relacionais. Por exemplo, verificou-se que os pais tendem a discutir mais em frente dos filhos do que das filhas. Diferenças de temperamento também estão envolvidas. Crianças com temperamento fácil têm menos probabilidade de ser o “bode-expiatório” que aque-

las com temperamento difícil. A proteção está nas qualidades que a criança tem para estabelecer interações mais harmoniosas.

2. Redução das reações negativas em cadeia: ela consiste na redução daquela série de reações negativas que, seguindo-se a exposição ao risco, servem para perpetuar os efeitos desse risco. Inclui mudança no padrão do cuidado da criança. Por exemplo, os efeitos nocivos da perda dos pais na infância podem ser atribuídos a inadequação dos cuidados substitutivos, em instituições, por exemplo, e não à própria perda.

3. Estabelecer e manter a auto-estima e auto-eficácia: é um fator de proteção ter uma boa estabilidade de sentimentos e de valor próprio como pessoa, juntamente com confiança e convicção. Alguns tipos de experiências são mais eficazes no fortalecimento da auto-estima, como segurança, relacionamento harmonioso e amoroso e sucesso na realização de tarefas importantes para o indivíduo. Crianças que desde cedo têm segurança em suas relações parentais, têm mais chances de crescer com sentimentos de auto-estima e auto-eficácia altos. Por exemplo, crianças com bom desempenho escolar tendem a ter um bom autoconceito. O convívio com crianças do mesmo grupo e o fato de enfrentarem desafios nas tarefas escolares pode protegê-las de desvantagens do seu ambiente familiar. Contudo, também a falta de desafios pode criar vulnerabilidade ou riscos psiquiátricos.

4. Criar oportunidades: algumas situações podem trazer novas oportunidades que são consideradas também como mecanismos protetores, tornando-se mais evidentes no processo educacional. Por exemplo, alto grau de escolaridade promove bom emprego, protegendo o indivíduo de dificuldades econômicas.

Rutter (1987) aponta que, na revisão de pesquisas sobre crianças resilientes ao estresse, três grupos de variáveis têm operado como fator protetor:

- a. Características de personalidade, como auto-estima;
- b. Coesão familiar e ausência de discórdia;

c. A variedade do sistema de suporte externo que encoraja e reforça uma criança para enfrentar a situação.

Nesse sentido, conclui-se que o desenvolvimento da criança é o resultado de uma interação dinâmica entre fatores hereditários e educacionais, ou entre aspectos biológicos e os do meio. Assim, ainda que se possam separar a hereditariedade e o ambiente, na realidade eles estão sempre sobrepostos e interagindo. Nesse sentido, observa-se que o crescimento cronológico é o resultado de mudanças e interações simultâneas nas áreas em que a hereditariedade e o ambiente se sobrepõem. Também os fatores ambientais podem desencadear o florescimento de algumas funções, assim como regular e controlar o grau e a direção do desenvolvimento. Inversamente, peculiaridades orgânicas podem bloquear, enfraquecer ou elevar o impacto de estímulos ambientais, ou lhes impor uma estrutura idiossincrática (Chess e Hassib, 1982).

Entretanto, até agora os estudos voltados à busca de correlação significativa entre índices mensuráveis de qualidade ambientais, tais como o jeito de criar a criança e a classe social, padrões identificáveis de desenvolvimento e tipos de personalidade, têm sido contraditórios. No entanto, a relação entre ambientes experimentais extremamente distorcidos e as alterações no desenvolvimento da personalidade tem sido bem estabelecida. A manipulação experimental de variáveis ambientais em animais causou perturbações no desenvolvimento social, cognitivo e afetivo dos filhotes, análogas aos quadros do comportamento humano anormal. Ainda que tais observações não expliquem a totalidade do desenvolvimento humano, elas indicam que a qualidade e a natureza da experiência desempenham um importante papel no processo de desenvolvimento (Bell, 1968, Sameroff, 1975).

Assim, através das pesquisas realizadas na área do desenvolvimento infantil, conclui-se que a criança necessita de alguns fatores essenciais para se desenvolver de forma saudável, do ponto de vista psicológico, quais são:

1. Apresentar, ao nascer, peso e padrões de respostas reflexas que permitam o início de sua ligação com o ambiente.
2. Pertencer a uma família que lhe proporcione afeto e segurança e satisfaça suas necessidades básicas (alimentação, vestuário, higiene, etc.).
3. Viver em um ambiente que lhe ofereça estimulação, conforme sua idade.
4. Ter ou desenvolver, no decorrer de sua vida, capacidade para enfrentar e saber lidar com o estresse do dia-a-dia.
5. Desenvolver habilidades cognitivas e sociais que a auxiliem a se adaptar ao seu meio social.

Sendo assim, as pesquisas sobre Desenvolvimento Infantil buscam trazer contribuições significativas para o bem-estar humano, pois o conhecimento advindo delas poderá auxiliar os profissionais de saúde mental infantil no diagnóstico de transtornos psicopatológicos e, conseqüentemente, a oferecer um atendimento de qualidade à criança. Por outro lado o enfoque interacionista amplia os elementos de análise para se compreender o desenvolvimento normal e os desvios, abrindo caminhos para intervenções menos medicalizantes.

CHILDHOOD MENTAL HEALTH: RECENT THEORETICAL TENDENCIES

ABSTRACT

Many reserches show the prevalence of childhood mental disorders. It is estimated that there are 23,2% of such disorders and 10% are moderate or severe cases (requiring specialized treatment). These data suggest that health professionals need to know about Development Psychology. The aims of this work are: to introduce a

brief historic view of childhood mental health and development and recent theoretical tendencies. These theories approach mental health in an interactionist view. This includes resiliency and vulnerability concepts.

KEYWORDS: development, mental health, resilience.

BIBLIOGRAFIA

ALMEIDA, F.N. *Epidemiologia das desordens mentais na infância no Brasil*. Salvador: Centro Editorial e Didático da UFBA, 1985, 112 p.

AJURIAGUERRA J. de e MARCELLI, D. *Manual de psicopatologia infantil*. 2a. ed. Tradução Alceu Edir Filman. Porto Alegre: Artes Médicas/São Paulo: Masson, 1986, 454 p.

BAHLS, S.C. Epidemiologia de sintomas depressivos em adolescentes de uma escola pública em Curitiba, *Revista Brasileira de Psiquiatria*, vol. 24, n. 2, p. 63-67, 2002.

BEE, Hellen. *O ciclo vital*. Tradução Regina Garcez, Porto Alegre: Artes Médicas, 1997, 656 p.

_____. *A criança em desenvolvimento*. Tradução Maria Adriana Veríssimo Veronese. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996, 550 p.

BELL, R.Q. A reinterpretation of the direction of effects in studies of socialization. *Psychol. Rev.* vol. 75, p. 81-95, 1968.

BIRD, H.R. Epidemiology of childhood disorders in a cross-cultural context. *J. Child Psychol. Psychiatry*, vol. 37, p. 35-49, 1996.

BOARINI, M.L. e BORGES, F.R. Demanda infantil por serviços de saúde mental: um sinal de crise. *Estudos de Psicologia*, Natal, v. 3, n. 1, 1998.

CHESS, S. e HASSIB, M. *Princípios e prática da psiquiatria infantil*, Tradução de Ruth Cabral. Porto Alegre: Artes Médicas, 1982, 535 p.

FLEITLICH, B. e GOODMAN, R. Epidemiologia. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. vol. 22, supl. 2, p. 2-6, 2000.

FLEITLICH, B. e GOODMAN, R. Social factors associated with child mental health problems in Brazil: cross sectional survey. *Br. Med. J.*, vol. 32, n. 3, p. 599-600, 2001.

_____. Implantação e implementação de serviços de saúde mental comunitários para criança e adolescente. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, vol. 24, n. 1, p. 2-2, 2002

HOROWITZ, F.D. *Exploring developmental theories: Toward a structural/behavioral model of development*. Hillsdale: Erlbaum, 1987.

MUSSEN, P.H.; CONGER, J. J. e KAGAN, J. *Desenvolvimento e personalidade da criança*, Tradução Maria Silva Mourão Netto. 4a. ed. São Paulo: Editora Harbra, 1977, 561 p.

PAPALIA, D.E. e OLDS, S.W. *O mundo da criança: da infância à adolescência*. Tradução Auriphebo Berrance Simões. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil, 1981, 578 p.

RUTTER, D.R. e DURKIN, K. Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Orthopsychiatric Association*, v. 57, p. 316-331, 1987.

SAMEROFF, A.F. Early influences on development: fact or fantasy. Merrill-Palmer Q., *Behav. Dev.* vol. 21, p. 267-294, 1975.

WERNER, E.E. A longitudinal study of perinatal risk. In: FARRAN, D.C. e MCKINNEY, J.D. *Risk in intellectual and psychosocial development*. Orlando: Academic Press, 1986, p. 3-28.