



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENSINO NA SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL



Ana Cláudia Müller

**POTENCIALIDADES E DESAFIOS DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL A
CRIANÇAS E ADOLESCENTES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DO
MUNICÍPIO DE GUAÍBA (RS)**

Porto Alegre

2022

Ana Cláudia Müller

**POTENCIALIDADES E DESAFIOS DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL A
CRIANÇAS E ADOLESCENTES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DO
MUNICÍPIO DE GUAÍBA (RS)**

Dissertação apresentada como requisito para a obtenção do título de mestre no Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde – Mestrado Profissional da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientador: Prof. Dr. Danilo Blank

Linha de pesquisa: Educação em Saúde e Políticas Públicas

Porto Alegre

2022

CIP - Catalogação na Publicação

Müller, Ana Cláudia
Potencialidades e desafios do cuidado em saúde
mental a crianças e adolescentes na atenção primária à
saúde do município de Guaíba (RS) / Ana Cláudia Müller.
-- 2022.
128 f.
Orientador: Danilo Blank.

Dissertação (Mestrado Profissional) -- Universidade
Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina,
Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde, Porto
Alegre, BR-RS, 2022.

1. Assistência à Saúde Mental. 2. Atenção Primária à
Saúde. 3. Atenção Integral à Saúde da Criança e do
Adolescente. 4. Educação em Saúde. I. Blank, Danilo,
orient. II. Título.



ATA PARA ASSINATURA Nº _____

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
Faculdade de Medicina

Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde
Ensino na Saúde - Mestrado Profissional
Ata de defesa de Dissertação

Aluno: Ana Cláudia Müller, com ingresso em 03/03/2021

Título: **Potencialidades e desafios do cuidado em saúde mental a crianças e adolescentes na atenção primária à saúde do município de Guaíba (RS)**

Orientador: Prof. Dr. Danilo Blank

Data: 08/12/2022

Horário: 08:30

Local: Auditório Mário Rigatto - FAMED

Banca Examinadora	Origem
Olga Garcia Falceto	UFRGS
Rosemarie Gartner Tschiedel	UFRGS
Camila Giugliani	UFRGS

Porto Alegre, 08 de dezembro de 2022

Membros	Assinatura	Avaliação
Olga Garcia Falceto		APROVADA
Rosemarie Gartner Tschiedel		Aprovada
Camila Giugliani		APROVADA

Conceito Geral da Banca: (A) Correções solicitadas: () Sim () Não

Observação: Esta Ata não pode ser considerada como instrumento final do processo de concessão de título ao aluno.

Aluno

Orientador

Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde
Av. Ramiro Barcelos, 2400 2º andar - Bairro Santa Cecília - Telefone 33085599
Porto Alegre / RS - RS

AGRADECIMENTOS

Ao meu filho Lorenzo Biasi e ao meu marido Gilberto Biasi pelo incentivo, apoio e pela compreensão diante das ausências quando se fizeram necessárias ao longo da trajetória do Mestrado.

Aos meus pais Valesca Dresch Müller e José Mário Müller - *in memoriam* – que, enquanto profissionais da saúde e educação, despertaram meu interesse por essas áreas e sempre foram meus incondicionais apoiadores.

Ao meu orientador, professor Danilo Blank, pelo olhar acolhedor e perspicaz que permeou nossas orientações e a produção deste trabalho.

A Franciele Rodrigues Etcheverry e Kellen Ribeiro Clack Schardosim, assistentes de pesquisa, que toparam o desafio de juntas trilharmos esse caminho de produção de conhecimento na área da saúde mental.

À minha colega Daiane Schellin Berwald, por vislumbrar que eu poderia chegar aqui e por me fazer ver que um Mestrado Profissional era possível em meio às demandas de vida e trabalho.

Aos colegas e usuários do CAPS Infantojuvenil Crescendo Juntos do município de Guaíba (RS) por juntos acreditarmos na potência do cuidado em saúde mental de crianças e adolescentes no Sistema Único de Saúde (SUS).

Aos participantes da pesquisa que gentilmente se disponibilizaram a participar, assim como trouxeram contribuições e reflexões ímpares sobre o tema estudado.

Aos meus colegas e professores do Programa de Pós-graduação em Ensino na Saúde pelas ricas discussões, bem como pelas vivências e aprendizado compartilhado.

RESUMO

Historicamente, o cuidado à saúde mental infantojuvenil deu-se de forma fragmentada e em espaços vinculados à educação e assistência social. Com o movimento da reforma psiquiátrica, foi abraçado pelo campo da saúde, entretanto, de forma tardia, passou a compor a agenda da política de saúde mental quando comparado aos adultos. Nas últimas cinco décadas, avanços aconteceram e, recentemente, assistimos à proposição da Rede de Atenção Psicossocial, que ampliou os pontos de atenção, trazendo o entendimento de que o cuidado não se dá somente em serviços especializados. Sendo a atenção primária à saúde a principal porta de entrada dessa rede, o presente estudo visou realizar um levantamento, junto aos profissionais que atuam nesse nível de atenção no município de Guaíba (RS), das potencialidades e desafios do cuidado à população infantojuvenil com demandas de saúde mental. Tratou-se de uma pesquisa de caráter qualitativo, na qual foi utilizada a entrevista semiestruturada como instrumento de coletas de dados. A análise dos dados deu-se a partir da análise de conteúdo, tal como proposta por Bardin (2016), e resultou na elaboração de seis categorias temáticas. Constatou-se como potência do cuidado a utilização das tecnologias leves e ferramentas relacionais, como também o trabalho em equipe, implicado e colaborativo. A estrutura física acolhedora e materiais adequados ao atendimento do público infantojuvenil, assim como a motivação dos usuários e familiares para o tratamento foram citados como potencialidades quando presentes, mas como dificultadoras da assistência quando faltantes. Quanto aos desafios, levantou-se dentre eles: a superação do modelo biomédico de cuidado, ampliação da articulação de ações a nível intersetorial; implicação das equipes em relação aos encaminhamentos entre pontos de atenção; além de formação dos profissionais de saúde em consonância com a política de saúde mental infantojuvenil e a educação em trabalho. Em consonância com os resultados levantados no presente estudo, foram elaborados dois produtos técnicos: uma cartilha abordando o tema saúde mental infantojuvenil na atenção primária à saúde e um relatório de pesquisa.

Palavras-chave: Assistência à Saúde Mental; Atenção Primária à Saúde; Atenção Integral à Saúde da Criança e do Adolescente; Educação em saúde.

ABSTRACT

Historically, mental health care for children and adolescents has taken place in a fragmented way, and in spaces linked to education and social assistance. With the psychiatric reform movement, it was embraced by the health field; however, it belatedly became part of the mental health policy agenda when compared to that concerning adults. In the past five decades, there have been advances, and recently we have seen the proposal of the Psychosocial Care Network, which expanded the sites of care, within the notion that care does not occur solely in specialized services. As primary health care is the main gateway to such network, the present study surveyed primary health professionals from the municipality of Guaíba (RS) on potentialities and challenges concerning mental health care of children and youths. We gathered qualitative data through semi-structured interviews. Data analysis was based on content analysis, as proposed by Bardin (2016), and gave rise to six thematic categories. Strength of care comprised the use of so-called soft technologies and relational tools, as well as committed and collaborative teamwork. Welcoming physical environment and adequate materials to care for children and adolescents, as well as the motivation of users and family members for treatment, were cited as strengths when present, but rather as obstacles to proper care when lacking. As to challenges, the following become apparent: overcoming the biomedical model of care, expanding the articulation of actions at an intersectoral level; committing teams in referrals between points of care; and training health professionals in line with child and youth mental health policies and work education. The results of the study induced the making of two technical products: a primer on child and adolescent mental health in primary health care and a research report.

Keywords: mental health care; primary health care; comprehensive health care for children and adolescents; health education.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Rede de Atenção Psicossocial.....	23
Figura 2	Mapa da Rede de Atenção à Saúde de Guaíba (RS).....	31
Figura 3	Categorias Temática.....	39

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Caracterização da amostra.....	33
----------	--------------------------------	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APAE	Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS II	Centro de Atenção Psicossocial II
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas
CAPS IJ	Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CID	Classificação Internacional de Doenças
DSM	Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ESF	Estratégia de Saúde da Família
eSF	equipe de Saúde da Família
eAB	equipe de atenção básica
OMS	Organização Mundial da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NASF-AB	Núcleo de Apoio à Saúde da Família e Atenção Básica
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PSE	Programa Saúde na Escola
PPGENSAU	Programa de Pós-graduação em Ensino na Saúde
PTS	Plano Terapêutico Singular
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RAPS	Rede de Apoio Psicossocial
RS	Rio Grande do Sul
SPA	Serviço de Pronto Atendimento
SMCA	Saúde Mental de Crianças e Adolescentes
SSMIA	Serviço de Saúde Mental da Infância e Adolescência
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	OBJETIVOS	16
2.1	OBJETIVO GERAL	16
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	16
3	REFERENCIAL TEÓRICO	17
3.1	UM BREVE HISTÓRICO DA SAÚDE MENTAL INFANTOJUVENIL.....	17
3.2	ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	19
3.3	O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL INFANTOJUVENIL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	22
3.4	EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE MENTAL	25
4	METODOLOGIA	30
4.1	TIPO DE ESTUDO	30
4.2	CENÁRIO DA PESQUISA E PARTICIPANTES	30
4.3	PROCEDIMENTOS DE PRODUÇÃO E ANÁLISE DE DADOS	34
4.3.1	Instrumento e procedimento	34
4.3.2	Análise de dados	35
4.4	RECOMENDAÇÕES SOBRE ÉTICA NA PESQUISA.....	36
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	38
5.1	AVALIAÇÃO E COMPREENSÃO DAS QUESTÕES DE SAÚDE MENTAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES	39
5.2	DEMANDAS DE SAÚDE MENTAL INFANTOJUVENIL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	46
5.2.1	Demandas gerais	46
5.2.2	Demandas associadas ao contexto da pandemia da covid-19	50
5.3	INTERVENÇÕES EM SAÚDE MENTAL INFANTOJUVENIL.....	55
5.4	POTENCIALIDADES DO CUIDADO	60
5.5	DESAFIOS DO CUIDADO	63
5.6	CAPACITAÇÃO E EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE MENTAL INFANTOJUVENIL.....	69
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	75

REFERÊNCIAS.....	79
APÊNDICE A – ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA	89
APÊNDICE B – CONVITE PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA	90
APÊNDICE C – TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL PARA PESQUISA.....	91
APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	92
APÊNDICE E – PRODUTOS TÉCNICOS.....	95

1 INTRODUÇÃO

Os discursos higienista e normativo-jurídico vieram, historicamente, permeando o cuidado em saúde mental da infância e adolescência no século passado, embasando um modelo de assistência com forte tendência à institucionalização do cuidado e criminalização da infância pobre (BRASIL, 2005). A partir de movimentos sociais importantes, as políticas públicas direcionadas para essa população foram sendo reformuladas e nova concepção das crianças e adolescentes enquanto sujeitos de direitos, não meros objetos de intervenção estatal, foi sendo construída. Alguns marcos jurídicos se estabeleceram, destacando-se, dentre eles, a promulgação da Constituição Federal Brasileira (BRASIL, 1988), bem como a elaboração do Estatuto da Crianças e Adolescente (BRASIL, 1990a), os quais trouxeram um entendimento de que os direitos do público infantojuvenil devem ser assegurados, incluindo sua proteção integral, a qual é dever da família, da sociedade e do Estado garantir.

Na saúde, outras legislações destacam-se na garantia da assistência nesse campo: 1) a constituição do Sistema Único de Saúde (SUS), que, conforme Lei nº 8.080/1990, artigo 5º, tem como um de seus objetivos a “assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas” (BRASIL, 1990b, p. 1) e 2) a Reforma Psiquiátrica, que se afirma na Lei nº 10.216/2001, a qual trata das pessoas portadoras de transtornos mentais no que diz respeito aos seus direitos e garantia de proteção, assim como reorganiza o modelo assistencial em saúde mental (BRASIL, 2001).

Mais recentemente, assistimos a outro avanço importante na garantia de direitos, em especial no campo da saúde mental, com a promulgação da Portaria nº 3.088/2011, a qual instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS. A partir dessa portaria, houve a ampliação da rede de assistência em saúde mental e, com isso, a expansão da concepção de cuidado, trazendo a compreensão de que este não se dá somente em serviços especializados, mas em todos aqueles que atravessam o cotidiano dos sujeitos, desde a atenção básica até os serviços de urgência/emergência e estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial (BRASIL, 2011).

A história da saúde mental em Guaíba, Rio Grande do Sul (RS) – município com população estimada de 98.331 habitantes (INSTITUTO..., 2021) e localizado na região metropolitana de Porto Alegre –, não diverge do que observamos no cenário nacional. A atenção em saúde mental infantojuvenil deu-se, a princípio, vinculada à educação – em salas de recursos nas escolas públicas e Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) –, assim como à assistência social – em abrigos para menores. Em 2001, com a constituição do Ambulatório de Saúde Mental, a saúde passou a ocupar-se do cuidado aos jovens com demandas de tratamento de transtornos mentais e comportamentais. Mas, inicialmente, tal atendimento se deu embasado no modelo biomédico, oferecendo apenas tratamento psicológico e psiquiátrico. Em 2015, impulsionado pela lei que institui a RAPS (BRASIL, 2011), o Ambulatório foi extinto, dando lugar a um dispositivo intermediário, o Serviço de Saúde Mental da Infância e Adolescência (SSMIA), o qual atuou dentro da lógica de cuidado psicossocial e integral. Em 2018, extingue-se o SSMIA e constitui-se o Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPS IJ) do município de Guaíba (RS), contando com uma equipe multiprofissional. Em paralelo a essas mudanças, a RAPS de Guaíba organizou-se, havendo uma aposta importante em reuniões de rede, no matriciamento entre os CAPS e a atenção primária, como também no fortalecimento do trabalho colaborativo entre pontos de atenção de assistência à saúde e rede intersetorial.

A reordenação da assistência em saúde mental, concretizada pela instituição da RAPS, rompeu com a lógica do atendimento especializado e retomou a prerrogativa do cuidado integral com base comunitária. Isso graças à instituição de outros pontos da rede como potenciais promotores de saúde mental, destacando-se, dentre estes, os serviços da atenção primária à saúde (APS). Esses serviços constituem a porta de entrada principal aos demais no SUS e têm como seu principal potencial o fato de estarem inseridos no território.

Tendo a RAPS sido instituída nos municípios brasileiros, tal como em Guaíba (RS), um desafio paralelo é lançado ao campo da educação na saúde: formar novos profissionais que atuem nessa nova lógica de cuidado, bem como qualificar os profissionais já atuantes na rede através de ações de educação permanente. Weber e Rosa (2018, p. 57) corroboram a importância dessa interlocução entre saúde mental e educação, tendo a RAPS se tornado uma realidade: “A consolidação desse novo modelo de trabalho passa pela necessária articulação entre a Política de Saúde

Mental e a PNEPS, visando o fortalecimento da formação profissional na área da saúde mental no SUS”.

Tratando-se de formação profissional, retoma-se Merhy e Chakour (1997) e o destaque que dão, dentre as tecnologias utilizadas em saúde mental, àquelas nomeadas como leves, ou seja, as que se estabelecem na relação entre o trabalhador e o usuário promovendo cuidado em saúde, acolhimento, vínculo, responsabilização e autonomização. Essas tecnologias, para serem desenvolvidas, necessitam de espaços de educação e requerem como principal recurso o de caráter humano e, tal como assinala Mângia (2009, p. i), devem receber investimentos:

Neste momento, além de avaliarmos necessidades ligadas à ampliação da cobertura assistencial das redes de serviços, é fundamental refletirmos sobre as necessidades de consolidação do modelo e de sua continuidade e sustentabilidade política, cultural e técnica. Para tanto os processos de formação e educação permanente, planejados e desenvolvidos de forma articulada e de acordo com os princípios da saúde mental comunitária e da educação interprofissional, são essenciais para qualificar os serviços, equipes e garantir o avanço do novo modelo.

Tendo em vista o exposto acima, esse trabalho busca elencar as potencialidades e desafios do cuidado em saúde mental a crianças e adolescentes na atenção primária à saúde do município de Guaíba (RS) e, com isso, agregar subsídios à qualificação da assistência na atenção básica a esse público, buscando respostas a lacunas de conhecimento tanto no que diz respeito ao cuidado dessa população quanto à formação dos profissionais.

O interesse pelo tema ora apresentado neste estudo é reflexo da minha trajetória enquanto psicóloga e trabalhadora da RAPS de Guaíba, atuando desde 2009 junto à assistência à saúde mental infantojuvenil. Hoje alocada no CAPS IJ, já atuei nos extintos Ambulatório de Saúde Mental e Serviço de Saúde Mental da Infância e Adolescência, tendo participado ativamente da constituição da RAPS no município, atuando inclusive enquanto matriciadora junto à atenção primária à saúde. Nesta última atividade em específico, vi-me inquietada por questionamentos em relação ao cuidado ofertado a crianças e adolescentes nesse nível de atenção, o que motivou a proposição da presente pesquisa.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Realizar um levantamento, junto aos profissionais da atenção primária à saúde do município de Guaíba (RS), das potencialidades e desafios no cuidado à população infantojuvenil com demandas de saúde mental, visando à qualificação do seu trabalho.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Elencar quais as demandas em saúde mental de crianças e adolescentes que chegam à atenção primária à saúde, bem como são compreendidas e avaliadas pelos profissionais e equipes;
- Conhecer as principais estratégias de cuidado em saúde mental infantojuvenil na atenção básica;
- Pesquisar acerca da formação dos profissionais da atenção primária à saúde, em especial no que diz respeito ao conhecimento adquirido para intervir nas demandas elencadas;
- Identificar ações de educação permanente que qualificaram a oferta de cuidado ao público assistido em questão;
- Produzir cartilha orientadora das ações de cuidado em saúde mental de crianças e adolescentes;
- Incentivar alunos da graduação em Psicologia a experienciarem os processos que envolvem uma pesquisa, através da iniciação científica.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 UM BREVE HISTÓRICO DA SAÚDE MENTAL INFANTOJUVENIL

A primeira legislação brasileira – Código Mello Mattos – voltada à criança e ao adolescente data de 1927, tendo sido substituída pelo Código de Menores em 1979. Em ambas, as particularidades que tornavam tanto as crianças quanto os adolescentes sujeitos especiais eram totalmente desprezadas, bem como a diferenciação de tratamento entre estes e os demais sujeitos infratores adultos era desconsiderada (LIBERATI, 2003).

Nos primeiros 80 anos da República Brasileira, as intervenções cujo foco eram crianças e adolescentes com questões de saúde mental não tiveram caráter terapêutico, mas sim objetivaram reparar, disciplinar e corrigir. Havia uma diferenciação entre as crianças que, sob atenção das famílias e da escola, estavam longe de riscos e desenvolver-se-iam enquanto sujeitos produtivos e civilizados; e os menores filhos da pobreza e que demandavam ações diretas do Estado (COUTO; DELGADO, 2015).

De acordo com Rizzini (1997), os ditos menores eram classificados conforme sua pobreza: os menores em perigo constituíam aqueles que sofreram abandono afetivo e pobreza material, enquanto os menores perigosos eram fruto da pobreza moral. Muitos destes foram submetidos à institucionalização em colégios internos, seminários, conventos, educandários, reformatórios, dentre outras modalidades institucionais educacionais e assistenciais. Uma grande parcela dos jovens passou pela experiência de serem criados e educados longe de suas famílias e de suas comunidades.

De acordo com Sibemberg (2019), o paradigma vigente, nesse período assinalado, tinha um caráter higienista, e desdobrava-se na direção da reeducação e da custódia institucional, tendo as entidades filantrópicas, em especial, ocupado-se do cuidado. O espaço na saúde estava relegado a segundo plano, tendo os campos da assistência social e educação se envolvido mais diretamente com a atenção à população infantil e juvenil.

A partir da década de 80, movimentos sociais e jurídicos contribuíram significativamente para a mudança da concepção acerca dessa população em

questão. A Constituição da República Federativa do Brasil trouxe, para a família, sociedade e Estado, a responsabilidade para com os direitos fundamentais das crianças e adolescentes (BRASIL, 1988). Tal qual, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) garantiu a estes um novo lugar, o de sujeitos de direito, cuja proteção deveria ser integral, encarregando o Estado pela proteção e bem-estar social, assim como pela garantia de cuidados em saúde em liberdade e com enfoque psicossocial (BRASIL, 1990a).

Na área da saúde, dois outros movimentos somaram-se aos citados acima. O primeiro, a constituição e consolidação de um Sistema Único de Saúde (SUS) notadamente público, o qual contemplava a descentralização da gestão e/ou dos serviços assistenciais, a criação de espaços de negociação intergestores e de controle social, assim como a busca da universalidade do acesso (BRASIL, 1990b). O segundo, no campo específico da saúde mental, trata-se da Reforma Psiquiátrica, que promoveu a superação do modelo hospitalar psiquiátrico e da institucionalização, bem como instituiu o cuidado de caráter psicossocial no território e com base comunitária.

O paradigma da atenção psicossocial proposto pela reforma psiquiátrica:

[...] aponta para uma importante ruptura com o modo de olhar e compreender a experiência humana que podemos genericamente nomear de loucura ou de sofrimento psíquico. Trata-se de uma ruptura em relação à racionalidade psiquiátrica, que reduz o funcionamento psíquico exclusivamente a processos cerebrais e, portanto, totalmente explicáveis em uma linguagem neurobioquímica e os seus desvios nomeados como transtorno mental. Busca-se, ao contrário, olhar para o sofrimento humano em articulação com o plano da vida. Muda-se o objeto que deixa de ser a doença e passa a ser a complexidade da vida (YASUI; LUZIO; AMARANTE, 2018, p. 174-175).

Os jovens passaram invisíveis inicialmente por esse vigoroso movimento da reforma psiquiátrica, pois estavam institucionalizados, como referido anteriormente, em locais extras ao sistema psiquiátrico asilar ou vivendo a segregação de outra ordem. Conforme Couto e Delgado (2015, p. 22), somente na III Conferência Nacional de Saúde Mental, ocorrida no ano de 2001, foram incluídos na agenda de discussão das políticas de saúde mental e tiveram visibilidade:

Realizada em dezembro de 2001, essa Conferência constitui um divisor de águas na história da saúde mental de crianças e adolescentes no país, porque, de modo inédito em relação às duas conferências anteriores, priorizou o tema da SMCA [saúde mental de crianças e adolescentes] e convocou o Estado brasileiro à tomada de responsabilidade pelo cuidado e tratamento de crianças e adolescentes com problemas mentais, afirmando a necessidade de esse cuidado ser pautado no reconhecimento delas como

sujeitos psíquicos e de direitos, ser exercido em dispositivos de base comunitária, calcado na lógica do território e da operação em rede, e ter a inclusão social possível a cada um como o norte ético da ação de cuidado.

Como desdobramento da III Conferência Nacional de Saúde Mental, teve-se a publicação da Portaria nº 336/2002 que dispôs sobre as normas e diretrizes para organização dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e contemplou a criação de CAPS infantis em municípios com população de cerca de 200.000 habitantes ou mais, ou que apresentavam justificativa para instituí-lo a partir de critérios epidemiológicos (BRASIL, 2002).

Couto, Duarte e Delgado (2008) identificam alguns dos motivos pelos quais a saúde mental infantil e juvenil foi incluída tardiamente na agenda das políticas de saúde mental nacional e internacional, destacando: 1) a complexidade da avaliação em saúde mental nessa faixa etária, devido à extensa e variada gama de problemas, variação no período de incidência e nos tipos de prejuízos decorrentes das patologias; 2) o conhecimento sistemático recente sobre frequência, persistência, prejuízo funcional e consequências na vida adulta de problemas em saúde mental iniciados nos primeiros anos de vida; 3) falta de informações baseadas em evidências empíricas sobre a eficácia e efetividade dos tratamentos propostos para transtornos mentais infantis; e 4) a fragmentação do cuidado na infância o qual se dá para além dos dispositivos de saúde e requer um trabalho intersetorial articulado.

Após uma década do sancionamento da Lei nº 10.216/2001, marco da reforma psiquiátrica brasileira, outra mudança na organização da atenção à saúde mental se deu. Com vistas a promover a integralidade do cuidado e ofertar intervenções de caráter intersetorial, instituiu-se, através da Portaria nº 3.088/2011, a Rede de Atenção Psicossocial, a qual ampliou os pontos de cuidado em saúde mental, ofertando assistência no território e de forma articulada entre os distintos pontos, rompendo com a lógica do atendimento prioritário em serviços especializados (BRASIL, 2011). Um avanço significativo aí ocorre em termos de políticas públicas em saúde mental no Brasil.

3.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A atenção primária à saúde ou atenção básica à saúde – termos equivalentes conforme consta na Portaria nº 2.436/2017 (BRASIL, 2017a) – delinea-se um modelo

de atenção à saúde pública. Visa atender a grande parte das demandas da população tendo em vista a compreensão mais ampla de saúde (SANTOS, 2019a).

Tal compreensão tem suas raízes no que foi preconizado na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde realizada em Alma-Ata (República do Cazaquistão) no ano de 1978. Na oportunidade, reafirmou-se que saúde não se trata somente de ausência de doença, mas sim do bem-estar físico, mental e social. Além disso, propôs-se, como meta mundial, que todos os povos atingissem, até o ano de 2000, nível de saúde em consonância com uma vida social e economicamente produtiva. Para garantir o alcance desse objetivo, o investimento em cuidados primários à saúde foi colocado como estratégia principal dos governos e organizações internacionais (ORGANIZAÇÃO..., 1978).

No Brasil, foi com a constituição do SUS e, posteriormente, com a aprovação de uma política própria organizadora, em 2006, a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), que a atenção primária à saúde ganhou corpo e consolidou-se nacionalmente. Nas últimas décadas, investiu-se na saúde da família como estratégia prioritária do cuidado, a qual ampara-se na lógica do acolhimento, vínculo, cuidado longitudinal e de caráter comunitário. Conforme a Portaria nº 648/GM (BRASIL, 2006, p. 1), a atenção básica caracteriza-se por:

[...] um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde.

A Política Nacional da Atenção Básica veio sofrendo alterações ao longo do tempo, sendo sua versão mais atual aprovada em 2017. Nesta, foi proposta a revisão das diretrizes para a organização da atenção básica no âmbito do SUS, delineando-se as seguintes mudanças: apresentação de arranjos mais flexíveis das equipes na atenção básica; integração entre a vigilância em saúde e a atenção primária; criação da função de gerente de atenção básica; ampliação do suporte do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) à atenção básica; bem como o fortalecimento do cuidado centrado na pessoa (BRASIL, 2017a).

Apesar da PNAB de 2017 frisar que a Estratégia Saúde da Família continua sendo prioridade na atenção primária para sua expansão e consolidação, alguns autores identificam, em seu texto, afirmativas e silenciamentos que sugerem o desmonte de tal programa. Além disso, outras críticas foram lançadas a nova PNAB por ameaçar a composição multidisciplinar das equipes na atenção primária, focar o cuidado a nível individual, não contemplar número mínimo de agentes comunitários de saúde nas equipes, priorizar o pronto atendimento e afrontar os princípios da universalidade, integralidade e equidade no SUS (GIOVANELLA; FRANCO; ALMEIDA, 2020; PINTO, 2018).

A Estratégia Saúde da Família, ressaltada acima, vem, desde 2008, contando com o suporte do NASF, o qual surgiu inicialmente como uma proposta de apoio à saúde básica, que se via ocupada de uma demanda complexa e expressiva, a qual extrapolava sua capacidade técnica. Em 2017, o NASF estende sua atuação também para as equipes de atenção básica, passando a se chamar NASF-AB, ficando caracterizado por (BRASIL, 2017a, p. 1):

[...] uma equipe multiprofissional e interdisciplinar composta por categorias de profissionais da saúde, complementar às equipes que atuam na Atenção Básica. É formada por diferentes ocupações (profissões e especialidades) da área da saúde, atuando de maneira integrada para dar suporte (clínico, sanitário e pedagógico) aos profissionais das equipes de Saúde da Família (eSF) e de Atenção Básica (eAB).

A partir da Nota Técnica nº 03/2020 (BRASIL, 2020), a forma de financiamento do NASF sofreu alterações importantes, passando a ser de encargo dos municípios e não mais do governo federal. A forma de contratação dos profissionais que, até então, poderiam compor as equipes do NASF-AB tornou-se mais flexível, podendo tais trabalhadores serem vinculados diretamente às equipes de saúde da família ou atenção básica, além de os gestores municipais e estaduais poderem estipular a carga horária e composição das equipes.

Para Mendes e Carnut (2020), tal decisão aponta para o fim do NASF e do modelo multiprofissional da Saúde da Família, a partir do momento que não se tornam mais prioridade de incentivo financeiro do governo federal, induzindo assim o desmonte da política em questão. Quanto a flexibilização da vinculação dos profissionais e a autonomia de escolha destes por parte dos gestores, os autores apontam que se fomenta o desinvestimento à concepção de assistência

multiprofissional, desconfigurando o trabalho proposto anteriormente pelos NASF-AB, assim como a própria educação interprofissional. Estimula-se assim, com essas mudanças, a lógica disciplinar e fragmentada dos núcleos de formação, resgatando o já ultrapassado modelo biomédico de cuidado.

3.3 O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL INFANTOJUVENIL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Em 2010, estrutura-se, no âmbito do SUS, a Rede de Atenção em Saúde (RAS), visando transpor a fragmentação do cuidado e da gestão, garantindo, com isso, a assistência efetiva e eficiente aos usuários que dela necessitam. Os pontos de atenção de tal rede devem relacionar-se de forma horizontal e ter, na atenção primária, seu ponto central de comunicação (BRASIL, 2010c). No ano seguinte, constitui-se a rede de atenção específica às questões de saúde mental – a Rede de Atenção Psicossocial –, cujas ações direcionam-se ao cuidado de pessoas em sofrimento psíquico, incluindo aquelas com problemas envolvendo o uso de álcool e outras drogas.

A Portaria nº 3.088/2011 foi responsável pela instituição da RAPS e estabelecimento de suas finalidades, como a criação, ampliação e articulação dos pontos de atenção à saúde mental. Destacam-se, dentre esses pontos, os seguintes: I - Atenção Básica em Saúde (Unidade Básica de Saúde, equipes de atenção básica para populações específicas, Estratégia de Saúde da Família); II - Atenção Psicossocial Especializada (Centro de Atenção Psicossocial, em suas diferentes modalidades); III - Atenção de Urgência e Emergência; IV - Atenção residencial de caráter transitório; V - Atenção Hospitalar (enfermaria especializada em hospital geral e serviço hospitalar de referência para atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas); VI - Estratégias de Desinstitucionalização; e VII - Estratégias de Reabilitação Psicossocial (BRASIL, 2011).

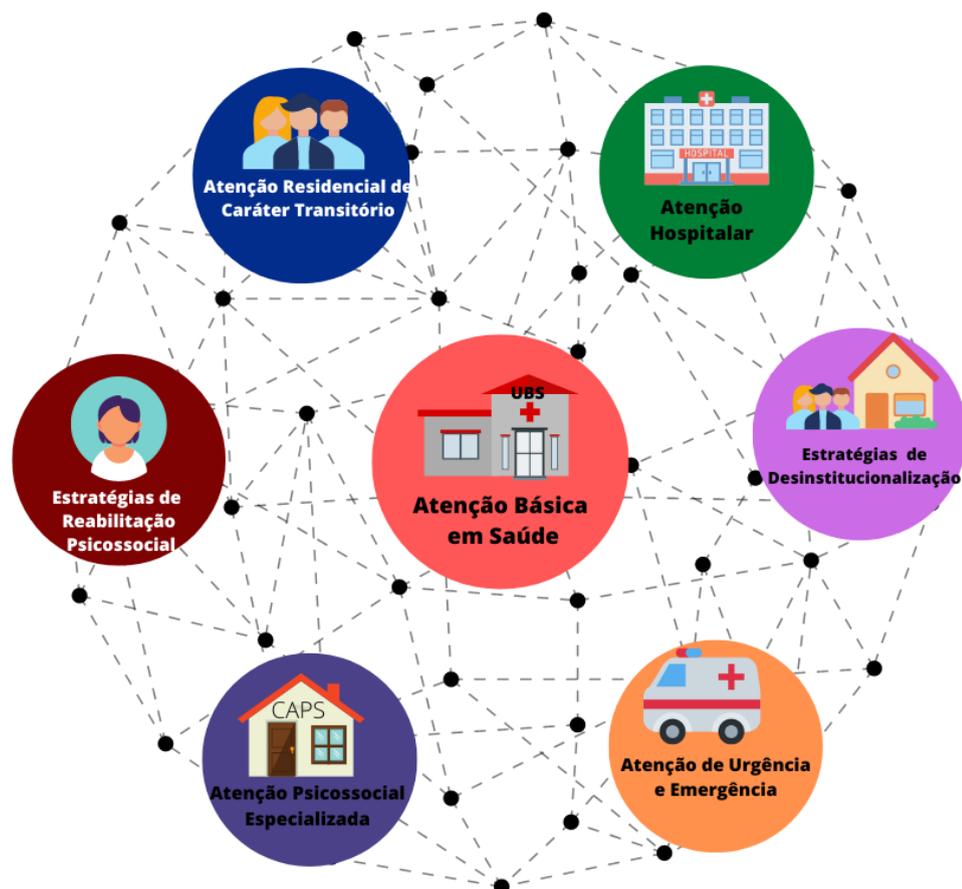


Figura 1 – Rede de Atenção Psicossocial

Fonte: Elaborado pela autora, 2022.

A partir da Portaria GM/MS nº 3.588/2017, a rede de atenção psicossocial sofreu atualizações e passou a incluir outros pontos de atenção. A atenção psicossocial especializada passou a ser composta também por equipe multiprofissional de atenção especializada em saúde mental/unidades ambulatoriais especializadas, assim como foi incluída uma nova modalidade de CAPS além dos já existentes: o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras drogas do tipo IV. Ademais, os pontos da atenção hospitalar foram substituídos pelos seguintes: unidade de referência especializada em hospital geral, hospital psiquiátrico especializado e hospital dia (BRASIL, 2017a).

As alterações instituídas pela portaria em questão, associadas a outras normativas do governo federal, foram consideradas, pelo Ministério da Saúde, uma reordenação da atenção na RAPS e nomeadas como a Nova Política Nacional de

Saúde Mental (BRASIL, 2019). Trabalhadores da saúde e usuários apontaram críticas em relação a essa nova política, visto suas mudanças irem de encontro aos princípios da reforma psiquiátrica, por enfatizarem, por exemplo, o hospital psiquiátrico enquanto espaço de cuidado, a internação de crianças e adolescentes, métodos biológicos de tratamento, além de dissociarem as políticas de saúde mental e da atenção às necessidades decorrentes do uso de álcool e drogas, assim como desconstruírem as estratégias de redução de danos (DELGADO, 2019; CRUZ; GONÇALVES; DELGADO, 2020).

Mesmo com as modificações implantadas pela nova política de saúde mental, a RAPS segue tendo como porta de entrada preferencial a atenção primária à saúde, assim como já apontado na Portaria nº 3.088/2011:

A Unidade Básica de Saúde [...] como ponto de atenção da Rede de Atenção Psicossocial tem a responsabilidade de desenvolver ações de promoção de saúde mental, prevenção e cuidado dos transtornos mentais, ações de redução de danos e cuidado para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, compartilhadas, sempre que necessário, com os demais pontos da rede (Art. 6º, §1º).

A atenção básica à saúde é considerada um ponto privilegiado de atenção da RAPS, não somente por ser porta de entrada, mas também por estar inserida no território e se propor a ofertar cuidado integral às pessoas. Melo e Tschiedel (2019, p. 144) listam outras particularidades desse campo que potencializam a promoção de saúde mental, em especial do público infantojuvenil: “a longitudinalidade, o vínculo, a atenção às necessidades de saúde da população e o trabalho em território dos agentes comunitários de saúde [ACSs]”.

Os ACSs, em especial, enquanto trabalhadores da atenção primária, são importantes atores na identificação e oferta do primeiro cuidado às demandas em saúde mental da população, justamente por serem interlocutores entre a comunidade e os equipamentos de saúde de referência. Pelo fato de os ACSs serem selecionados dentre residentes do território, estes vivenciam e compartilham o mesmo contexto social da comunidade, estando apropriados das dificuldades, mas também das potencialidades do local (CAMPOS; BEZERRA; JORGE, 2020).

Para além das potencialidades identificadas na atenção primária à saúde no que diz respeito ao cuidado à saúde mental infantojuvenil, alguns desafios para sua consolidação na prática são evidenciados em alguns estudos. Silva *et al.* (2019), por

exemplo, apontam, dentre eles, os seguintes: lacunas na formação profissional específica quanto à faixa etária do público atendido, à falta de profissionais na atenção básica, assim como carência de estratégias específicas, incluindo aquelas articuladas em rede.

Occhiuzzo, Lemos e Silva (2021), por sua vez, em pesquisa realizada com enfermeiros da Estratégia Saúde da Família, cujo objetivo era analisar as concepções sobre saúde mental infantojuvenil, evidenciaram que o paradigma tradicional clínico e o modelo biomédico norteiam ainda ações dos profissionais, gerando intervenções de pouca resolutividade e que não enfatizam a promoção à saúde.

Fernandes, Taño e Matsukura (2021) corroboram esse aspecto evidenciado anteriormente e propõem uma análise ampliada, que englobe não somente a formação dos profissionais e sua atuação, mas as políticas públicas – mais especificamente as relacionadas à atenção em saúde mental e atenção primária –, para compreendermos os desafios da implantação de um cuidado efetivo às crianças e adolescentes. Políticas estas que estruturam a atenção básica em saúde e que ainda estão amparadas no modelo biomédico, priorizando a vigilância à saúde e ações programáticas que contemplam grupos de riscos e populações vulneráveis, ferindo, com isso, o que propõem o SUS em sua diretriz de integralidade e universalidade.

Há que se considerar também os retrocessos nas políticas de saúde mental e desmonte dos equipamentos de saúde:

Especialmente nos últimos anos, o que se observa a partir das novas diretrizes para o cuidado em saúde e direitos humanos é que tais modelos de base mais reducionista atacam e comprometem o que se vinha conquistando em termos do direito das pessoas em sofrimento psíquico, adultos, crianças e adolescentes, e ao reconhecimento da saúde mental enquanto importante dimensão da experiência humana. Verifica-se atualmente um descaso em nível nacional com as políticas de saúde mental, que adotam perspectivas normatizadoras, e um abandono ao fomento ao cuidado às crianças e adolescentes (FERNANDES; TAÑO; MATSUKURA, 2021, p. 213).

3.4 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE MENTAL

Em vista do histórico apresentado anteriormente e da política de saúde mental vigente, evidencia-se que a atenção voltada à saúde mental de crianças e adolescentes, bem como seu reconhecimento como uma questão de saúde pública integrante das ações do SUS, é ainda um dos principais desafios da reforma

psiquiátrica brasileira. A fim de superar esse desafio, propõe-se ações, destacando-se, dentre estas, as direcionadas à formação de profissionais para atuar conforme esse novo modelo de cuidado constituído, assim como a qualificação daqueles que já estão atuando na RAPS.

Contextualizando esse último ponto – a qualificação dos trabalhadores –, evidencia-se que, já na Constituição Federal Brasileira (BRASIL, 1988), é atribuído ao SUS o papel de ordenador da formação de recursos humanos na área de saúde. Em 2007, tal proposta foi operacionalizada através da implementação de uma política específica relacionada a essa questão: a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS). Conforme tal política, educação permanente é conceitualizada como (BRASIL, 2007a, p. 1):

aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. A educação permanente baseia-se na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais [...]. Propõe que os processos de educação dos trabalhadores da saúde se façam a partir da problematização do processo de trabalho, e considera que as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores sejam pautadas pelas necessidades de saúde das pessoas e populações.

Após dez anos de sua proposição, a PNEPS foi atualizada através da Portaria nº 3.194/2017 (BRASIL, 2017b), a qual dispôs sobre o programa para o fortalecimento das práticas de educação permanente em saúde no sistema único de saúde (PRO EPS-SUS). Visou-se, através de tal programa, estimular, acompanhar e fortalecer a qualificação profissional dos trabalhadores atuantes na saúde, para que, com isso, ofereçam assistência em saúde condizente com os princípios do SUS, considerando a realidade e necessidades do território, bem como consigam analisar criticamente os processos de trabalho.

No que diz respeito à política de saúde mental, a Portaria nº 3.088/2011 refere-se à promoção de estratégias de educação permanente como uma dentre as diretrizes para o funcionamento da RAPS (BRASIL, 2011). Estudos relacionados a esse tema corroboram a importância de espaços de educação na rede de assistência em saúde mental. Por exemplo, Couto, Duarte e Delgado (2008) identificaram que a ampliação da oferta de programas de formação para a qualificação de trabalhadores é ferramenta importante para avançar na expansão dos diferentes serviços que compõem a rede de cuidados.

Lourenço, Matsukura e Cid (2020, p. 824-825), por sua vez, em pesquisa realizada com gestores de Unidades de Saúde da Família de três municípios de São Paulo (SP) acerca da compreensão sobre saúde mental infantojuvenil, concluíram que:

Compreende-se que a concretização de ações, como matriciamento, discussões de caso em reuniões de equipe e educação permanente aos profissionais, deve ser uma estratégia importante para que os serviços se estruturam e se fortaleçam para o cuidado de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico.

Corroborando tal importância, Mângia (2009) frisa que, para conduzir o tratamento e sustentar relações terapêuticas, os recursos humanos são componentes valorosos, mais do que os equipamentos tecnológicos. A escolha, adesão e continuidade do tratamento pelo usuário da saúde mental estão diretamente vinculadas à habilidade dos profissionais. Considerando essa responsabilidade, o trabalho nesse campo implica grande envolvimento psicoafetivo, correndo o risco de provocar sobrecarga que pode afetar o papel profissional, tal como a qualidade do cuidado. Logo, apoio e investimento permanentes são fundamentais para qualificar o trabalho em saúde mental.

De acordo com Mehry e Feuerwerker (2016, p. 64), em cada atendimento de saúde, estabelece-se um encontro singular de um trabalhador portador de caixas de ferramentas tecnológicas com um usuário e sua caixa de saberes sobre saúde. Desse encontro, atos de cuidado são construídos em conjunto pela dupla, sendo ambos protagonistas dessa produção. Ao se referir às ferramentas disponíveis aos profissionais, destacam as tecnologias leves:

A terceira caixa de ferramentas, a das tecnologias leves, é a que permite a produção de relações envolvidas no encontro trabalhador-usuário mediante a escuta, o interesse, a construção de vínculos, de confiança; mediante processos micropolíticos de encontros que operam como acontecimentos e imprevisíveis a priori, por isso, essa terceira conformação das tecnologias leves é um ponto poroso da produção do cuidado.

O apoio matricial e a educação permanente constituem estratégias importantes para disparar novos processos de produção de saúde e oportunizar reflexão acerca das práticas instituídas, assim como dos conceitos dominantes e relações de poder preponderantes (MEHRY; FEUERWERKER, 2016).

Campos, Bezerra e Jorge (2020) elencam o apoio matricial, no que tange ao seu aspecto terapêutico-pedagógico, como importante estratégia para superar as

barreiras na consolidação do cuidado psicossocial a crianças e adolescentes na atenção primária:

[...] o apoio matricial representa uma estratégia integrativa na interface da atenção psicossocial com a atenção básica, pois propõe a superação da lógica vertical de conhecimentos, buscando a interação entre equipes, somada à subversão da lógica de encaminhamentos, referências e contrarreferências [...]. Para exemplificar, a equipe do CAPS pode oferecer apoio matricial às equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) no tocante ao cuidado em saúde mental.

Com o matriciamento, os trabalhadores da APS podem ser capacitados e se apropriar de novas ferramentas de cuidado que os capacitem a realizar intervenções e conduzir casos de baixa e média complexidade em saúde mental (CAMPOS; BEZERRA; JORGE, 2020; SILVA *et al.*, 2019).

Campos, Bezerra e Jorge (2018) afirmam que um dos entraves à implementação ou fortalecimento do apoio matricial é a ausência de sensibilização, bem como conhecimento técnico e teórico dos gestores quanto ao potencial desse dispositivo, o que traz como consequência a resistência por parte dos profissionais que dele fazem parte.

A importância da educação na saúde, seja no meio acadêmico ou nos espaços de trabalho, é inquestionável. A formação abrangente e interativa de profissionais aptos a atender demandas e desafios que o trabalho coloca e ainda fazê-los de forma ágil e resolutiva é uma questão central para o campo da saúde. Entretanto, cabe aqui o questionamento sobre qual a metodologia mais eficaz para promover e potencializar esse processo de (re)educação. Nesse sentido, Meyer, Félix e Vasconcelos (2013) propõem a invenção de práticas de formação que rompam com o modelo hegemônico e promovam a implementação de processos educativos que fujam do lugar comum das capacitações e treinamentos tradicionais.

De acordo com Mitre *et al.* (2008), os métodos tradicionais de ensino não mais contemplam as necessidades de formação dos profissionais da saúde, pois se restringem à mera reprodução do conhecimento, em que o docente ocupa o lugar de transmissor de conteúdo; enquanto o discente, o de receptor e retentor passivo deste. Enfatizam que as metodologias ativas de ensino-aprendizagem atendem às necessidades de formação e qualificação, a partir do momento que contribuem para a constituição de profissionais críticos e reflexivos:

Considerando-se, ainda, que a graduação dura somente alguns anos, enquanto a atividade profissional pode permanecer por décadas e que os conhecimentos e competências vão se transformando velozmente, torna-se essencial pensar em uma metodologia para uma prática de educação libertadora, na formação de um profissional ativo e apto a aprender a aprender. Segundo Fernandes e colaboradores, o aprender a aprender na formação dos profissionais de saúde deve compreender o aprender a conhecer, o aprender a fazer, o aprender a conviver e o aprender a ser, garantindo a integralidade da atenção à saúde com qualidade, eficiência e resolutividade (MITRE *et al.*, 2008, p. 2135).

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Tratou-se de um estudo de abordagem qualitativa, de caráter exploratório e descritivo. A pesquisa qualitativa propõe uma análise aprofundada dos significados das ações e relações humanas, assim como dar visibilidade àquilo que não é possível quantificar, como motivos, aspirações, crenças e atitudes (MINAYO, 2002).

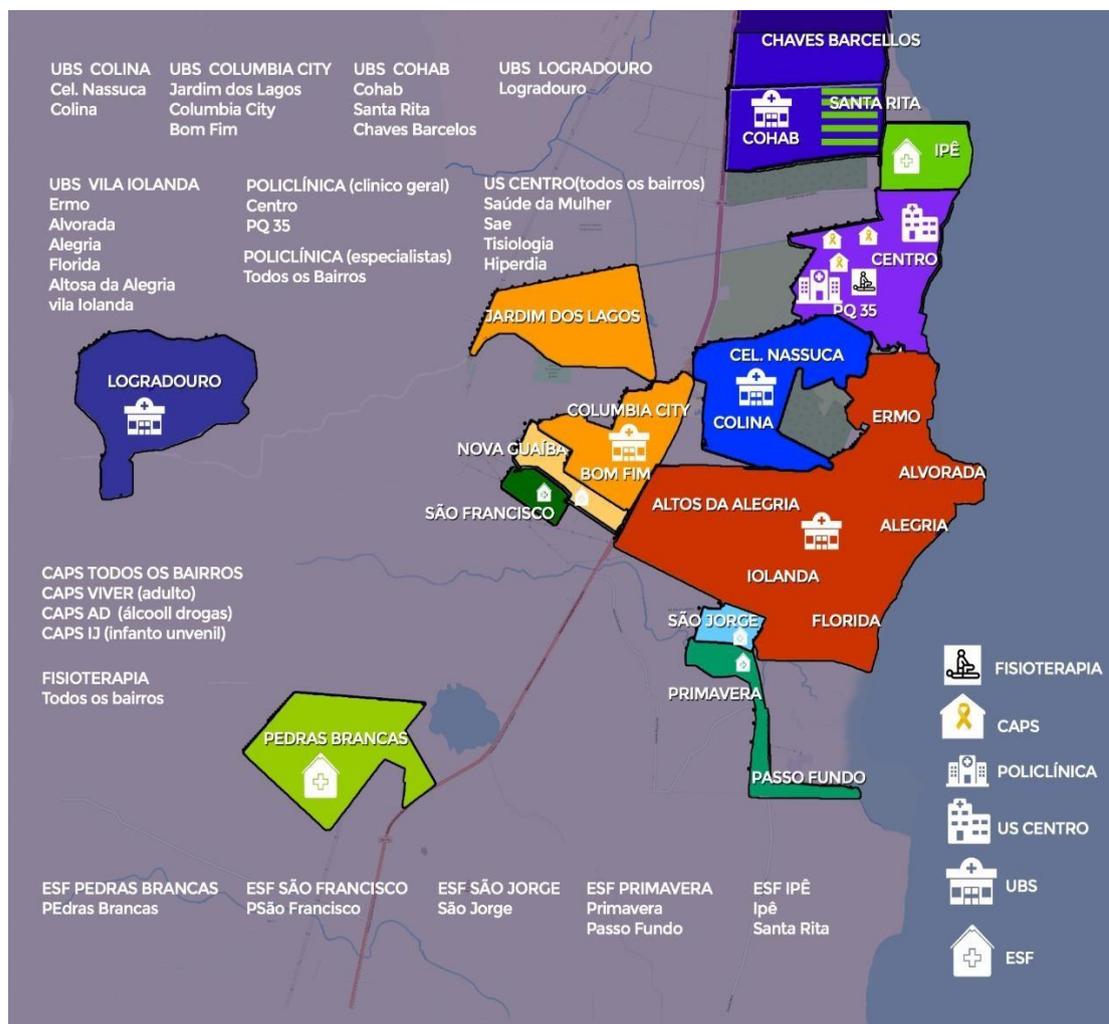
O caráter exploratório da pesquisa relacionou-se com sua proposta de explicitar o problema – buscando maior familiaridade com ele –, bem como levantar hipóteses relacionadas a sua compreensão. Já o caráter descritivo evidenciou-se pela descrição do fenômeno estudado ou da população, contemplando suas opiniões, atitudes e crenças (GIL, 2002).

4.2 CENÁRIO DA PESQUISA E PARTICIPANTES

O município de Guaíba (RS) possui uma população estimada de 98.331 habitantes (INSTITUTO..., 2021) e está localizado na região metropolitana de Porto Alegre, a cerca de trinta quilômetros da Capital do Estado. Tem sob a gestão da Secretaria Municipal de Saúde os seguintes serviços de nível primário de atenção: cinco unidades básicas de saúde, seis equipes de Estratégia de Saúde da Família e uma unidade de saúde que centraliza os programas Hiperdia, Saúde da Mulher e Tisiologia. Há ainda uma unidade básica de saúde prisional, de responsabilidade compartilhada entre município e estado. No nível secundário de atenção à saúde, incluem-se três serviços de saúde mental – o Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II), o Centro de Atenção Psicossocial para Usuários de Álcool e Outras Drogas (CAPS AD) e o Centro de Atenção Psicossocial Crescendo Juntos (CAPS IJ) –, bem como a Clínica de Fisioterapia, Serviço Atendimento Especializado em HIV/DST e Policlínica. Já no nível terciário, a população de Guaíba conta com um Serviço de Pronto Atendimento (SPA) e Hospital Regional, o qual possui 10 leitos de unidade de tratamento intensivo (UTI) e 30 leitos clínicos.

Os serviços mencionados acima estão distribuídos geograficamente conforme o mapa abaixo:

Figura 2 – Mapa da Rede de Atenção à Saúde de Guaíba (RS)



Fonte: Prefeitura Municipal de Guaíba, 2022.

Ressalta-se que mudanças concomitantes vêm acontecendo na rede de assistência básica em saúde, assim como nos serviços de saúde mental do município. Guaíba (RS) não tem sua extensão territorial coberta plenamente por equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) e o processo de implantação desse dispositivo tem se dado gradualmente ao longo dos últimos oito anos. A primeira equipe de ESF no município foi implementada em 2014, ou seja, vinte anos após o Programa Saúde da Família ter sido lançado pelo Ministério da Saúde. Mais do que uma estrutura física e humana diferenciada, a estratégia traz uma nova concepção de cuidado, a partir do momento que propõe um modelo assistencial pautado no acolhimento, promoção de saúde e prevenção de agravos a esta.

No âmbito da Saúde Mental, tendo como base a Portaria nº 3.088/2011 (BRASIL, 2011) que propõe a reorganização da rede de atenção psicossocial (RAPS), ocorreram mudanças significativas nos serviços ofertados a partir de 2015. Até então, a atenção em saúde mental do município era centralizada no CAPS II e no Ambulatório de Saúde Mental. Considerando que o Ambulatório, pela lógica de atenção focada no modelo biomédico, não estava mais previsto como ponto de atenção da RAPS e, com isso, também não receberia financiamento, ele acabou sendo extinto. Os profissionais que o compunham foram realocados e passaram a constituir novos serviços adequados à proposta de atenção psicossocial, sendo eles: (1) o CAPS AD (álcool e outras drogas), em funcionamento desde janeiro de 2015, e (2) o Serviço de Saúde Mental da Infância e Adolescência, o qual funcionou de 2016 a 2018, dando posteriormente lugar ao CAPS IJ.

Visto que a Portaria nº 3.088/2011 (BRASIL, 2011) ampliou a proposta de cuidado em saúde mental para pontos de atenção além dos serviços especializados como os CAPS, incluindo os serviços da APS, o estreitamento na interlocução entre esses pontos de atenção se fez necessário, como aponta Weber (2017, p. 28):

Paralelamente à criação de novos serviços especializados em saúde mental, fez-se necessário um movimento de descentralização do cuidado em saúde mental da atenção secundária para a atenção básica, buscando garantir o acompanhamento compartilhado dos casos, em uma perspectiva integral.

Considerando o cenário atual dos serviços de saúde do município de Guaíba (RS), a presente pesquisa teve sua amostra constituída por dez trabalhadores vinculados à assistência na atenção primária à saúde. Foram contemplados tanto profissionais das equipes da atenção básica (eAB) quanto das equipes de Saúde da Família (eSF); bem como de diferentes formações.

O quadro abaixo apresenta algumas características dos sujeitos participantes, importantes para um melhor entendimento do contexto da pesquisa.

Quadro 1 - Caracterização da Amostra

Profissão	Nº de participantes	Sexo		Tempo de Formação (anos)	
		Fem.	Masc.	Mín.	Máx.
Agente Comunitário de Saúde	3	3		*	*
Enfermeiro	3	2	1	07	21
Médico	1	1		42	-
Psicólogo	2	2		13	18
Técnico de Enfermagem	1	1		10	-

* Não foi inserido tempo de formação, em vista de não ser exigido nível técnico ou superior para o exercício dessa profissão.

Tal amostra foi selecionada de maneira intencional e teve caráter não-probabilístico. Inicialmente, se deu a escolha de duas equipes da atenção básica e de duas da saúde da família, a partir de sugestões da equipe do CAPS IJ (local de trabalho da pesquisadora principal), considerando as ações de matriciamento desenvolvidas entre a atenção especializada e a atenção básica, assim como as demandas de saúde mental infantojuvenil presentes nos territórios de abrangência de cada unidade. Posteriormente, foi contatada a coordenação desses 4 dispositivos da APS e apresentada a proposta da pesquisa, sendo então indicados pelos coordenadores, profissionais para participação nas entrevistas, aos quais também foi aberta a possibilidade de fazer indicações.

Portanto, foi utilizada amostragem conhecida como bola de neve, a qual, de acordo com Vinuto (2014), tem como base correntes de referência. Essa modalidade de amostragem é utilizada principalmente para fins exploratórios e mostra-se como um processo de permanente coleta de informações, beneficiando-se das redes sociais dos entrevistados, os quais disponibilizam ao entrevistador contatos potenciais. Para delimitar a amostra, utiliza-se o ponto de saturação, o qual é atingido quando a introdução de novas informações narradas pelos informantes não produz modificações nos resultados anteriormente alcançados.

Utilizamos os seguintes critérios de inclusão: (1) trabalhar diretamente na assistência ao público em estudo; (2) atuar na assistência primária à saúde há pelo menos três anos, contemplando assim profissionais que atuaram no período pré-pandemia da covid-19. Esse segundo critério foi incluído tendo em vista o fato de a pandemia ter afetado as ações em saúde mental no campo em questão e os fluxos de encaminhamento para os diferentes pontos de atenção da RAPS terem sido impactados. Entretanto, como exceção, foram incluídos profissionais da psicologia com menos tempo de atuação na atenção básica em relação ao estipulado, em vista de terem passado a compor há dois anos as equipes da atenção primária e por considerar-se relevante a fala destes acerca do tema estudado.

Como critérios de exclusão, elencamos os seguintes: (1) estar em período de afastamento ou férias por ocasião da realização da coleta de dados; (2) recusa em participar da pesquisa.

Assinalamos que o presente estudo, se deu em meio à pandemia da covid-19, quando esforços em nível mundial, em especial no campo da saúde, foram empreendidos para assistir as pessoas enfermas e combater a propagação do vírus causador. No contexto nacional, a atenção primária à saúde direcionou sua atenção à vigilância em saúde nos territórios, assistência individual dos casos confirmados e suspeitos de Covid-19, suporte aos grupos vulneráveis em sua área adstrita devido a sua situação de saúde ou social e continuidade dos cuidados de rotina da atenção primária. Quando da realização da coleta de dados da pesquisa aqui apresentada, a qual ocorreu entre março e maio de 2022, já havia disponibilidade de imunizantes para a população brasileira e vivenciávamos uma queda nos casos confirmados e de óbitos por covid-19.

4.3 PROCEDIMENTOS DE PRODUÇÃO E ANÁLISE DE DADOS

4.3.1 Instrumento e procedimento

Minayo (2002) refere que a entrevista, tal como a observação participante, são técnicas importantes utilizadas na pesquisa qualitativa. A primeira objetiva coletar dados de uma realidade que está sendo pesquisada a partir da fala individual ou coletiva de atores inseridos nela, que se colocam, ao mesmo tempo, como sujeitos e

objetos. Quanto ao grau de direção dado pelo entrevistador, as entrevistas vão de estruturadas – cujas perguntas são previamente formuladas – a não estruturadas, ou seja, na qual o ator aborda livremente o tema proposto. Uma versão intermediária é possível – a semiestruturada –, mesclando as mencionadas anteriormente.

Na coleta de dados do presente estudo, utilizamos entrevista semiestruturada baseada em roteiro previamente elaborado (ver apêndice A). Levantamos temas acerca da formação acadêmica e complementar dos profissionais, assim como das intervenções na área da saúde mental infantojuvenil realizadas junto aos serviços em que atuam. Solicitamos que explanassem sobre os desafios e potencialidades encontrados em sua prática profissional no que tange a esse aspecto. As entrevistas foram gravadas e transcritas posteriormente para análise.

Os participantes foram convidados a participar da pesquisa por meio de um convite (ver apêndice B) prévio e estando em acordo com a realização da entrevista, foi-lhes facultada a escolha do local onde a mesma seria realizada, seja no lugar de trabalho dos participantes ou da pesquisadora. A partir de então, foi acordado data e horário mais conveniente para os entrevistados para que a coleta de dados pudesse ser realizada. Ressaltamos que todas as entrevistas ocorreram presencialmente.

Registramos que, nas etapas de transcrição, análise de dados e elaboração dos produtos técnicos contamos com a colaboração de duas assistentes de pesquisa, acadêmicas do curso de bacharelado em Psicologia da Universidade Luterana do Brasil – Campus Guaíba.

4.3.2 Análise de dados

Por se tratar de uma pesquisa qualitativa, optamos por realizar a interpretação dos dados, ou seja, das informações coletadas nas entrevistas, tomando como referência a análise de conteúdo proposta por Bardin (2016). Essa modalidade de análise visa à descoberta do que está atrás dos conteúdos manifestos, indo além das aparências do que está sendo comunicado, dessa forma, através de procedimentos sistemáticos, busca-se relacionar estruturas semânticas (significantes) com estruturas sociológicas e psicológicas (significados) dos enunciados produzidos pelos indivíduos.

Três etapas compreendem esse conjunto de técnicas de análise, quais sejam:

- a) descrição: o texto após tratado é classificado em suas características/categorias;
- b) inferência: refere-se ao porquê dos enunciados, ou seja, suas causas, assim como os desdobramentos, efeitos que eles causam em um determinado contexto;
- c) interpretação: significação do conteúdo (BARDIN, 2016).

Tendo como base essa trilha de análise proposta por Bardin (2016), transcrevemos inicialmente as entrevistas em sua íntegra e, após leitura fluente, emergiram seis categorias de análise, conforme temas comuns identificados. Foram associadas a cada categoria temática, trechos das entrevistas que as elucidavam. Num segundo momento, releu-se o material produzido, realizando a divisão em subcategorias, se considerando pertinente para melhor compreensão da análise dos conteúdos apresentados. Assim, a categoria 2 foi dividida em duas subcategorias.

Após a definição das categorias e subcategorias, buscamos referências na literatura que pudessem oferecer uma visão interpretativa dos temas elencados em cada uma delas, além daquelas já utilizadas na revisão bibliográfica. Debruçando-nos, a partir disso, sobre o processo de discussão dos resultados.

4.4 RECOMENDAÇÕES SOBRE ÉTICA NA PESQUISA

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Também foi solicitado aceite institucional da Secretaria Municipal de Saúde do município de Guaíba (RS) (ver apêndice C). Ressaltamos que até o momento, a Secretaria mencionada não possui Comitê de Ética para Pesquisas em Seres Humanos estruturado.

Foi entregue um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos participantes da pesquisa, previamente aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade (ver apêndice D). O termo foi assinado em duas vias pelo participante e pesquisador – ficando uma das vias em posse do primeiro e outra, do segundo – e nele constaram informações acerca da natureza, objetivos, métodos, benefícios e potenciais riscos da pesquisa. Foi previsto o direito de liberdade do sujeito de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, bem como o sigilo dos sujeitos e dos dados confidenciais mencionados nas entrevistas. Colocamo-nos à disposição para disponibilizar os resultados da pesquisa aos participantes nela

envolvidos através de meio preestabelecido. Nós, pesquisadores, assinamos termo nos responsabilizando e comprometendo pelo uso, guarda e divulgação de dados e arquivos da pesquisa.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

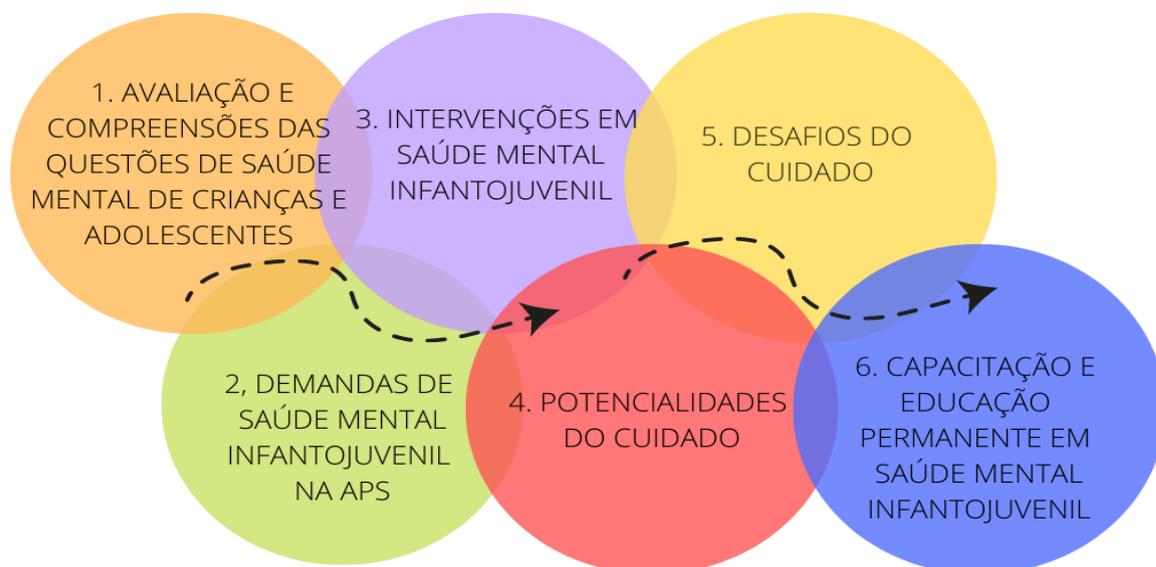
Optamos por apresentar a discussão juntamente com os resultados, objetivando, com isso, proporcionar uma maior integração entre dados e compreensão destes à luz das questões teóricas.

Quanto aos resultados, após análise dos dados levantados nas entrevistas, organizamos seis categorias temáticas, sobre as quais nos debruçaremos com mais profundidade a seguir. Cada uma está ilustrada com recortes das falas dos entrevistados, os quais estão identificados com a letra “E” seguida de número de 1 a 10, mantendo, assim, o anonimato dos participantes da pesquisa.

As categorias elencadas são: 1) Avaliação e compreensão das questões de saúde mental de crianças e adolescentes; 2) Demandas de saúde mental infantojuvenil na atenção primária à saúde; 3) Intervenções em saúde mental infantojuvenil; 4) Potencialidades do cuidado; 5) Desafios do cuidado; e 6) Capacitação e educação permanente em saúde mental infantojuvenil.

Nesta dissertação, as categorias estão apresentadas de forma didática, contudo consideramos importante apontar que no trabalho vivo, ou seja no cotidiano laboral das equipes, os temas aqui colocados apresentam-se de forma interativa e fluída. Por ora, o que é desafio em um determinado momento; pode, se superado, tornar-se potência, por exemplo. A capacitação e educação permanente vista como potente quando atendendo às necessidades dos profissionais, pode ser desafiadora quando descontínua ou ausente. Na figura a seguir, evidenciamos o quanto essas questões estão em movimento e seus limites mesclam-se.

Figura 3 – Categorias temáticas



Fonte: Elaborado pela autora, 2022.

5.1 AVALIAÇÃO E COMPREENSÃO DAS QUESTÕES DE SAÚDE MENTAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Nesta categoria, apresentamos as formas mais prevalentes de encaminhamentos de crianças e adolescentes com problemas de saúde mental para atenção primária, como se dá o acolhimento pelas equipes de atenção básica e de saúde da família, assim como as queixas são compreendidas por elas.

Quanto aos encaminhamentos, é possível classificá-los em externos e internos. Dentre os externos, a escola mostra-se como principal fonte, como ilustram as falas abaixo:

É demanda espontânea e também encaminhamento da escola, a grande maioria é da escola, encaminhamento da escola. E1

Talvez um quarto das crianças seja encaminhada pela escola. E9

A gente está recebendo bastante já com o parecer da escola ou o parecer descritivo, descritivo já vem ou o encaminhamento ali da psicóloga da escola, da pedagoga da escola. E10

Dentre os encaminhamentos externos, também se evidenciam aqueles realizados por outras instituições, como, por exemplo, o Conselho Tutelar, bem como a busca espontânea por parte dos responsáveis.

A gente tem uma agenda previamente numa manhã só para a parte de saúde mental, mas nada impede que seja demanda espontânea também. Tem casos que as pessoas já começam, já chegam ali na frente, com as recepcionistas e já comentam: “Eu queria falar com a enfermeira, eu tô com problema com meu filho, estou com o problema tal”. E1

A maioria das crianças, no caso, os pais que vem, ou por, eu esqueci de mencionar tem uma demanda que vem, que acho que talvez seja um pouquinho, uma demanda um pouquinho maior do Conselho Tutelar [...]. Porque provavelmente teve alguma denúncia né e aí os pais vem aqui apavorados e trazem o filho pra ser avaliado. E4

[...] a mãe traz porque não aguenta, ou tá acontecendo alguma coisa na escola ou a escola encaminha também, né! Ou pelo próprio Conselho Tutelar. E7

A escola e o Conselho Tutelar, por se ocuparem da educação e da garantia de direitos das crianças e adolescentes, respectivamente, são espaços onde, por excelência, identificam-se problemas de saúde mental, justificando, portanto, que sejam as principais fontes de encaminhamento para a APS. As instituições escolares, em especial, são o segundo ambiente de vivência das crianças, onde passam tempo expressivo, estabelecem relações e se desenvolvem em termos de aprendizado. Logo, nelas consegue-se detectar precocemente o sofrimento vivenciado pelos alunos, realizar encaminhamentos para a rede, em especial para a atenção básica, como também sensibilizar os responsáveis para a busca de avaliação e implicação no tratamento quando indicado (CID *et al.*, 2019).

Os encaminhamentos também acontecem de forma interna, quando, por exemplo, a criança ou adolescente acessa o serviço por outras demandas, mas o profissional da própria equipe constata questões de saúde mental que necessitam ser avaliadas e acompanhadas.

E também existe o encaminhamento de outro profissional junto a nós, da equipe médica, que nos traz relatos de alguma situação específica e aí a gente já começa a acompanhar aquele paciente, dentro da Unidade mais de um profissional, o enfermeiro, médico, [...] às vezes vem coisas relacionadas também da gineco. E1

Alguma situação clínica que a gente avalie, perceba encaminha para ela, né! A T. (pediatra) até encaminha, mas a T. (pediatra) já, já entra e vai já vai direto na Y. (psicóloga). Quando ela precisa encaminhar alguma criança ou adolescente, ela já vai direto na Y. (psicóloga), já entra em contato direto. E10

A escuta atenta e ativa dos profissionais que compõem as equipes na APS é importante para detecção dos problemas de saúde mental das crianças e adolescentes. Isso acontece porque muitos pais não trazem essas queixas de forma explícita, por não compreenderem, por vezes, que esse seja um espaço para falar e tratar dessas questões (BRASIL, 2013).

Dentre os encaminhamentos internos, destacamos aqui a importância do papel do agente comunitário de saúde na atenção primária que, estando inserido no território, possui um olhar estratégico no que diz respeito à identificação de questões relacionadas a sofrimento psíquico junto à comunidade.

O acolhimento assim, normalmente né, o fluxo nosso normalmente é feito pelas agentes né. As agentes que fazem as VDs [visitas domiciliares] e, nas VDs, elas são questionadas pelo próprio familiar que “A paciente não tá bem, que não sai de dentro do quarto”, daí as meninas [agentes comunitárias de saúde] orientam e indicam vir aqui pra conversar. E4

Alguns casos procuram, mas alguns casos quando a gente vai na visita eles pedem, né [...]. A gente vai ali conversar, aí a mãe vai nos falar que está acontecendo isso, isso, isso com fulano, não sei o quê. Aí a gente relata, fala: vamos marcar com o enfermeiro, vai na Unidade. E6

Visto que todos os profissionais das equipes da atenção primária, incluindo os agentes comunitários de saúde, são potenciais identificadores do sofrimento psíquico dentre as crianças e adolescentes, é imprescindível que estejam capacitados para detectar, compreender e intervir a partir dos recursos que lhe estão disponíveis. Importa inclusive que tenham ciência das políticas públicas de saúde mental, pois estas amparam o diálogo e compreensão do cuidado em saúde mental, além de garantir que isso se dê para além dos equipamentos de atenção estratégica, outrossim, no território onde os sujeitos vivem e transitam (FERNANDES; MATSUKURA; LOURENÇO, 2018).

Identificada a demanda de saúde mental, seja pela rede intersetorial ou dentro do próprio serviço, o enfermeiro ou técnico de enfermagem, conforme a fala dos entrevistados, ocupa-se de realizar a primeira escuta dos usuários, processo que é denominado como acolhimento.

[...] essa acolhida em saúde mental, que a gente chama assim né, ahm ela acontece através das enfermeiras [...] A X. (enfermeira), principalmente a X. (enfermeira), ela procura ahm fazer uma breve escuta ali, quando a, quando a pessoa chega no posto, ela vai ver né o caso, o sentido de: dá pra, de ver

a urgência, a gravidade, se dá pra esperar né, pra, pra nos próximos dias ou se tem que ser na hora né! E3

Elas [agentes comunitárias de saúde] vão, elas conversam com eles, com os pacientes né e daí na conversa já identificam né. Os pais mesmo, reclamam, questionam “Ah porque não sai do quarto, não brinca, não socializa”. Daí elas dizem “Não, passa lá marca um acolhimento com o enfermeiro, enfermeiro conversar com vocês pra ver.” Daí eles vem, eles marcam ali e vem daí eu converso com eles, converso com a criança, com os pais e daí tomo a conduta. E4

O acolhimento universal compõe as diretrizes da política de saúde mental infantojuvenil e compreende a abordagem inicial do sujeito, levantamento de suas necessidades, proposição de uma intervenção inicial e, quando for o caso, encaminhamento implicado a outro ponto de atenção ou proposição de outras estratégias de cuidado (BRASIL, 2005; 2014).

No acolhimento, um dos propósitos é avaliar possível risco psíquico para, a partir disso, definir qual a complexidade do caso e do cuidado necessário. Estando presentes fatores de risco, o fluxo estabelecido é o encaminhamento para o serviço especializado, no caso o CAPS IJ, via reunião de matriciamento ou imediatamente via contato telefônico, como afirmam os entrevistados.

Bom, além do médico, daí a gente tenta, é feito o matriciamento, né, as gurias do CAPS vem aqui, fazem o matriciamento uma vez por mês, a gente passa os casos. Se é urgente a gente já tenta encaminhar o quanto antes, né. E7

Assim, às vezes, tem situações que a gente nem encaminha para as psicólogas, eu já tinha, encaminho direto para o CAPS, né? Que é uma situação mais grave, é um adolescente que está se machucando, se cortando tudo, né? E10

A primeira avaliação, ou seja, o acolhimento, é um momento oportuno para identificar a presença e sintomas de maior gravidade, como, por exemplo, alucinações, tentativas de suicídio recentes, isolamento importante, hetero e autoagressividade exacerbados, assim como uso agudo abusivo de drogas. Nessas situações, sugere-se que o caso seja discutido com profissionais de saúde mental e, se tratar de uma emergência, encaminhado para serviço especializado, seja ele CAPS, CAPS IJ ou pronto atendimento. Realizado o encaminhamento, ressalta-se que a equipe de atenção básica deve trabalhar dentro da lógica do encaminhamento implicado e corresponsabilização pelo cuidado (BRASIL, 2013).

Após acolhida inicial realizada principalmente pelo enfermeiro ou equipe de enfermagem, a avaliação dos casos é realizada pelo médico, bem como pelo

psicólogo ou estagiário de psicologia quando estes últimos compõem a equipe da unidade.

Isso, ela faz atendimentos três vezes por semana na parte da tarde. A gente vai agendando daí os casos que ela vai avaliando, ela vai discutindo comigo e com o doutor X. pra uma melhor condução né. Daí a gente já vê se a gente já trata com medicamento ou não. E4

É passado pelo médico, com certeza; eu creio que é passado pelo médico com certeza, depois eles passam em matriciamento, dependendo eles marcam, agendam com a psicóloga aqui. E8

O encaminhamento interno, assim como a discussão dos casos acolhidos e atendidos pela equipe multidisciplinar dos serviços, por vezes, ocorre de maneira informal, entre um atendimento e outro.

O enfermeiro, tanto o outro que a gente tinha, quanto este, a gente bate na porta e fala de paciente específico para ele se precisa, né! Ou ele vem aqui e pergunta para a gente direto, né, quando vem alguma demanda para ele. E6

Normalmente, eu passo já, eu agendo na hora, termino a acolhida e já agendo para a Y. (psicóloga), já passo a data para essa pessoa e passo mais, mais ou menos o caso para Y. (psicóloga) antes dela atender, né? Normalmente é isso. Às vezes, a gente não consegue nem conversar, nem conversar com ela, mas eu faço uma breve evolução ali no sistema da paciente que eu acolhi e tudo, das situações e a gente acaba discutindo em algum momento assim naquela. O ideal seria sempre antes, mas às vezes a gente fala, conversa depois. E10

Em alguns locais, as equipes contam com reunião de equipe e esse espaço constitui-se como primordial para discussão daquelas situações que envolvem maior complexidade.

A gente tem reunião de equipe toda segunda, hoje é um dia que a gente faz e normalmente a gente discute casos mais específicos assim né, casos mais comuns assim não né, é feito diretamente assim né. Ou ela vem até mim e questiona né “Olha atendi paciente tal, que, que tu acha?”. Daí se eu tenho dúvida, eu já falo com o doutor. E4

[...] sim, a gente faz a reunião, tem a reunião, a gente comenta um com o outro relacionado a isso. Eu se precisar de alguma coisa, eu falo com a enfermeira, a enfermeira fala com o doutor. As gurias da recepção também, a menina é bem assim atenta a essas coisas também. E as gurias, as agentes, elas conhecem todo mundo, que elas são daqui também, sabem os problemas de cada um. E7

Nos serviços que não têm as reuniões de equipe estabelecidas, os profissionais trazem uma crítica acerca da fragmentação do trabalho e conseqüentemente, do cuidado.

Nem sempre tem discussão. A gente só recebe, a gente só sabe quando encaminhou porque vem com um papelzinho ali, né. Não tem tipo aquela dinâmica de discutir casos, reuniões, é tipo, ah quando se encontra no corredor lá, discute um caso [...]. Eu acho que não seria a forma ideal, vamos dizer assim. E2

[...] venho pensando sobre isso, da necessidade de ter um espaço formal para este tipo de troca [...]. É entre um atendimento e outro, é entre um café que tu vai ali tomar. Encontrou o colega já conversa sobre a situação. Não tem um espaço instituído, acho que faz falta né, porque, às vezes, até me sinto assim, oh estou atrapalhando [...]. Sinto falta de um espaço para discutir o trabalho de saúde mental num todo, não só os pacientes, não só os casos dos pacientes, mas um pensar, pensar em saúde mental do território. Poder parar e pensar: "o que está surgindo, como é que a gente está fazendo?" Fazer uma avaliação do trabalho, o que pode melhorar. E a gente não tem tempo para isso. E3

Tãno e Matsukura, referindo-se ao trabalho intersetorial, afirmam que: "As ferramentas que possibilitam a ampliação da comunicação e a troca de saberes, pensamentos e experiências produzem uma sensação de parceria e de contato que alivia a sobrecarga de trabalho e sustenta a duração das intervenções" (2019, p. 22). Tal premissa também pode ser válida quando se trata do trabalho em equipe, no qual os espaços de trocas formais, como reuniões de equipe, são imprescindíveis para a construção de um trabalho colaborativo e cuidado integral aos sujeitos. Gomes *et al.* (2015), assinala que a reunião de equipe é subutilizada nas unidades de saúde e que pode ser melhor aproveitada enquanto espaço rico para o compartilhamento da gestão dos casos, corresponsabilização do cuidado entre o grupo de trabalho e elaboração do plano terapêutico singular (PTS), conforme as particularidades de cada usuário e famílias.

Quanto à compreensão das demandas de saúde mental que chegam aos serviços, observa-se que elas são entendidas pelos entrevistados à nível micro ou macrossistêmico. No primeiro nível, estão incluídos aqueles fatores predisponentes ao sofrimento psíquico presentes, por exemplo, no ambiente doméstico/familiar.

Até porque ou é vício em drogas ou é alcoólatras os pais, coisa assim, eles chegam em casa violentos, batendo. E a criança é criada no meio daquilo ali. Vai achar, vai crescer achando que aquilo ali é o certo, que é o normal. E5

Aí não sei se a criança acaba herdando no DNA esse problema mental ou porque ela estar inserida nesse meio e acaba né [...] Aí tipo, às vezes, a mãe chega aqui referindo a criança para a gente: "Ah! Vão tratar tal problema". Aí tu vai ver, vai conversar com a mãe, a mãe também tem depressão, a mãe também tem ansiedade, também toma algum remédio. Mas a mãe enxerga que tem que tratar o filho, né! E6

Mas tudo assim, como é que eu vou te dizer, eu não tenho a palavra, criança que tem problema em casa e levam para... com pai, mãe. Isso repercute neles, né! [...]Tipo, briga, briga, violência entre casais e isso reflete na criança, né! [...] É o ambiente, é o ambiente! Isso reflete nas crianças, o lugar onde tu mora reflete muito, né! E8

Dentre as compreensões relacionadas ao nível macrossistêmico, destacam-se aquelas que associam o sofrimento mental a outros fatores como renda, escolaridade e violência, os quais se remetem aos determinantes sociais em saúde mental. Abaixo alguns recortes das entrevistas que exemplificam tal entendimento:

Porque às vezes a pessoa chegou naquela tal situação, naquela doença que ela está hoje, mas não foi uma coisa que, coisa que já vinha vindo. Ainda mais esse problema com a saúde mental, é várias coisas que... é droga, é violência, o próprio meio que a gente está inserido, a falta de dinheiro, tudo acarreta para o [...] e queira ou não, os adolescentes e as crianças estão inseridos nesse. E6

Essa é a impressão que eu fico, não é questão de julgamento, porque a gente tem que acolher, tem aquele lado das estruturas que a gente observa, mas assim parece que quanto mais tu fica na periferia, pior é, né! É uma realidade totalmente diferente do centro para cá. Os pacientes, a gente percebe nitidamente, lá no centro é pessoas com uma cultura mais elevada, a questão financeira também é melhor, aqui é bem, tu vê muita coisa. E7

Na literatura mundial, os determinantes sociais e econômicos estão associados às perturbações da saúde mental da população de modo geral, destacando-se dentre eles: a instabilidade laboral, baixo nível educacional, pobreza, falta de condições dignas de habitação, exclusão social e estigma, discriminação sexual e violência de gênero, acontecimentos de vida estressantes, assim como experiências adversas precoces e ambiente familiar instável. A compreensão das questões de saúde mental sob a ótica dos determinantes e condicionantes sociais mostra-se relevante para a elaboração de programas de promoção de saúde mental, propostas de articulação intersetorial, bem como para a constituição de políticas públicas (ALVES; RODRIGUES, 2010; QUEIROZ, 2020).

No que tange à construção do cuidado em saúde mental, em específico, de crianças e adolescentes, destaca-se como facilitador desse processo a compreensão ampliada, por parte dos profissionais da atenção primária, dos determinantes do sofrimento psíquico. O entendimento do quão complexo é o funcionamento mental, o qual não se reduz ao biológico, opera um cuidado de fato psicossocial e não atravessado pelo paradigma biomédico (TEIXEIRA; COUTO; DELGADO, 2017).

No modelo de atenção psicossocial territorial, o foco da atenção é o sujeito em sofrimento psíquico e o protagonismo deste, em seu tratamento, deve ser ressaltado, distanciando-se, assim, as práticas de cuidado do escopo medicamentoso predominante. Desse modo, como afirma Campos, Bezerra e Jorge (2020, p. 8): “amplia-se a visão terapêutica da remoção de sintomas para a adaptação à realidade e à supressão de carências socioeconômicas e culturais”.

5.2 DEMANDAS DE SAÚDE MENTAL INFANTOJUVENIL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Nesta categoria, os entrevistados discorreram sobre as demandas mais comuns que chegam para acolhimento e atendimento na atenção primária, as quais foram subcategorizadas em demandas gerais e demandas associadas ao contexto da pandemia da covid-19.

5.2.1 Demandas gerais

Dentre as queixas mais comuns identificadas, as prevalentes são aquelas relacionadas a questões familiares, como separação conjugal dos pais e dificuldades dos genitores estabelecerem limites.

[...] que eu observei mais, são assim relatos bem importantes, são relatos relacionados a relacionamento na família, principalmente em situações de crianças que os pais estão em processo de separação. E1

Grande parte, eu acho que disparado eram queixa dos pais, com relação né, “ah a criança não sabe ouvir não, não tem limites” se torna às vezes mais agressiva né, mas a gente percebia que era muito da rotina da família, da falta de manejo. E2

A partir do momento que a Política Nacional da Atenção Básica (BRASIL, 2012; 2017a) tem a Estratégia Saúde da Família como prioritária para ampliação e fortalecimento da atenção básica, o enfoque do cuidado recai naturalmente sobre as famílias e a relação que é estabelecida entre seus membros. A percepção das demandas mencionadas pelos entrevistados E1 e E2 reflete isso e exige intervenções que abarquem não somente o sujeito em si, mas sua rede de apoio.

A identificação da dinâmica e psicodinâmica familiar pela equipe que se ocupa do cuidado da criança ou adolescente é importante, como afirma Chacra e Zanolli (2019, p. 74):

Para a compreensão destas dinâmicas é necessária a criação de vínculo entre os profissionais de saúde e família, que deve ser um processo cuidadoso, positivo e complementar entre os membros da equipe. É necessária a escuta afetiva de diferentes pessoas da família. São importantes todos os tipos de informação desde as fornecidas pelos membros da família aos agentes comunitários, percepções obtidas em visitas domiciliares, registros dos demais profissionais de saúde, desenhos de redes de apoio e desenhos da família sentida pelas crianças e jovens, etc.

Tanto no ambiente doméstico quanto fora dele, também alguns profissionais observam situações de violência e maus-tratos que posteriormente chegam para atendimento nos serviços de saúde:

Às vezes, são crianças que também sofrem maus tratos né, ou por parte de padrasto, madrasta né, esse mais ou menos o perfil assim. E4

[...] teve uma adolescente minha que foi para a casa de uma amiguinha, de um amiguinho e disse que lá, não sei, o irmão da amiguinha violentou, né! E8

A violência contra crianças e adolescentes é tratada, atualmente, como um grave problema de saúde pública, pela sua amplitude, complexidade e impacto na população. As equipes da saúde da família e da atenção básica ocupam posição estratégica para identificação e manejo das situações de violência, pois:

Tais equipes possuem espaço privilegiado para a identificação dos casos de violência pelo grande leque de ações e pelo envolvimento dos profissionais com as ações de saúde individual e coletiva desenvolvidas no território. Por estarem geograficamente muito próximos das famílias, os profissionais da atenção primária têm maior possibilidade de identificar sinais e sintomas de violências em crianças e adolescentes, realizar o acolhimento, atendimento (diagnóstico, tratamento e cuidados), notificar os casos e encaminhar para rede de cuidados e de proteção social. (BRASIL, 2010a, p. 80)

Ressaltando que, para o enfrentamento da violência dar-se de forma efetiva, deve ser articulado de forma intersetorial, abarcando além da saúde, outros atores envolvidos nessa ação, como instituições de garantia de direitos, assistência social, judiciário e educação (LEITE *et al.*, 2016)

A lesão autoprovocada, enquanto uma violência contra si mesmo, é citada como uma forma de expressão de sofrimento psíquico por parte em especial dos adolescentes, mas também por crianças. Com isso, é queixa presente na atenção primária, conforme apontam as falas dos entrevistados abaixo:

É depressão vem com tudo né, a criança que se mutila as vezes né, se corta, e não sabe explicar, a maioria não sabe explicar porque fazem, só sabem que dá vontade de fazer, e isso, essa é a demanda que a gente tem assim, que eu observei. E4

Mais é adolescente, né! Adolescente é bastante. Aí eles ficam: “Ah! Adolescente é revoltado, a mãe não deixa fazer isso, o pai não deixa fazer aquilo e eles querem tudo, aí eles cortam os pulsos”. Tem vários aqui que aparecem com os pulsos cortados, eles se machucam mesmo para chamar atenção. E5

O comportamento autolesivo é, conforme a literatura, evidenciado em número expressivo de adolescentes e não é incomum, inclusive, acometer crianças. Por exemplo, em pesquisa quantitativa realizada por Fonseca *et al.* (2018), envolvendo 517 sujeitos entre 10 e 14 anos, estimou-se que cerca de 9,48% deles tiveram no mínimo cinco episódios de autolesão sem intenção suicida em um período de 12 meses.

Alguns profissionais da saúde apresentam discurso banalizador a respeito da autolesão, referindo-se a esse comportamento como uma forma de chamar a atenção por parte da criança ou jovem, como afirma a E5 acima. Entretanto, o comportamento autolesivo reflete sofrimento psíquico que pode estar ou não associado a algum transtorno mental, logo não deve ser desqualificado pelos profissionais de saúde. Ao contrário, deve demandar cuidado, exigindo manejo específico quando se trata de crianças e adolescentes, permeado pelo acolhimento e escuta ativa, além de embasado em estratégias que auxiliem na expressão de pensamentos e sentimentos (QUESADA *et al.*, 2020).

Ao longo das entrevistas, também se apresentaram frequentes as demandas associadas ao transtorno do espectro autista (TEA), especialmente entre as crianças.

Também está chamando muito a atenção, converso muito com a pediatra da unidade, a quantidade de crianças menores com sintomas, que a gente não se pode dizer que é uma questão de autismo, né, mas são sintomas traços que lembram um quadro de autismo [...]. Atraso na fala, interação muito pobre né, e isso vai aparecendo quando vão para escola, para escolinha, para o pré e aí geralmente se encaminha. Isso está chamando muita atenção pela quantidade de crianças que está chegando pra nós. E3

De criança, a gente tem autismo, TDAH, a gente tem visto bastante nessa idade [...] entre 5 e 9 anos, tá aparecendo bastante para nós. E6

E o outro fator é o TEA, que também eu não passo uma semana sem dois TEA. Isso já são 2, 4, 6, 8 (calculando), oito por mês, pacientes com TEA clássico, fora outros que suspeita, não tem certeza, já que inclusive a definição, né, é transtorno de todo um espectro. E9

Essa demanda significativa de casos suspeitos ou diagnosticados com TEA na infância vai ao encontro de pesquisas nacionais e internacionais que evidenciam um aumento na prevalência de tal transtorno na população em geral nas últimas décadas. Tal fato pode ser explicado pela ampliação dos critérios diagnósticos a partir da atualização do Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5ª edição (DSM-V) e da Classificação Internacional de Doenças 11ª edição (CID-11). Em tais atualizações, foram agregados dentro da categoria Transtorno do Espectro Autista outros diagnósticos que até então tinham critérios independentes, como a Síndrome de Asperger e o Transtorno Desintegrativo. Percebe-se, também, que há uma maior visibilidade tanto social quanto médica do autismo, com isso, havendo um aumento dos encaminhamentos e acesso dessa população aos serviços de saúde (ALMEIDA *et al.*, 2019).

As queixas relacionadas à hiperatividade e agitação sugestivas de transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) também são foco de atenção no cotidiano de trabalho dos profissionais entrevistados.

Criança tem alguma coisa relacionada a hiperatividade, falta de concentração, onde a gente dá o primeiro atendimento, já faz o encaminhamento para a pediatria, que aí conforme a avaliação do profissional vai ou não fazer uma investigação da parte mais neurológica e tudo mais, associada ou não à parte psicológica. E1

E muita queixa assim de ansiedade, crianças ansiosas, com diminuição de foco, concentração, um possível TDAH a investigar, tem tudo. E eu noto que esse ano, assim, o volume tá aumentando, a gente tá fazendo bastante acolhida. E10

Causas diversas podem estar relacionadas aos problemas de desatenção e hiperatividade, como, por exemplo, fatores psicológicos, biológicos, familiares, escolares e socioculturais. Um olhar atento sobre eles é imprescindível para um diagnóstico assertivo e intervenção adequada, uma vez que podem não necessariamente ter caráter patológico, mas se tratarem de comportamentos reativos, passageiros e associados ao contexto de vida da criança/adolescente. Aqueles casos persistentes e que, pela sua intensidade, trazem prejuízos ao funcionamento escolar e social podem sim ser nomeados como transtorno de déficit de atenção e hiperatividade conforme Almeida *et al.* (2019).

Com menos frequência, mas também relatadas, estão as questões associadas aos problemas relacionados ao uso de álcool e substâncias psicoativas, obesidade e uso nocivo do celular/redes sociais.

Em geral, são crianças que elas se fecham assim né, mas, só querem ficar dentro do quarto. A rede social também é uma coisa complicada né, que, que massifica assim as crianças, elas não querem mais sair pra rua pra brincar, fazer um esporte, uma atividade física, elas querem ficar só dentro do quarto, jogando, jogos, aplicativos, enfim né. E4

Uso de drogas bastante. Aí eles querem dinheiro, e eles não podem trabalhar porque são novos, aí eles se envolvem em vender drogas, com tráfico, né! Que é dinheiro fácil, né! E5

E atualmente o que mais tá me impactando é obesidade infantil, de um tempo para cá, cada vez mais. E a gente não trata obesidade só com dieta, não é só o que o cara come pela boca, é o que ele consome também na família e é o círculo familiar, escolar onde ele tá. Então sempre, e muito, eu mando para nutri e mando, imploro por assistência psicológica. E9

O levantamento da prevalência de problemas de saúde mental de crianças e adolescentes, assim como do padrão de uso dos serviços de saúde da atenção primária por essa população, é imprescindível para o mapeamento das necessidades de saúde no território, planejamento de ações e recursos humanos necessários para estas. Além disso, tais dados podem auxiliar no planejamento da RAPS a partir da identificação do grau de gravidade dos casos e necessidade de serviços de distintos níveis de complexidade (FATORI *et al.*, 2018).

5.2.2 Demandas associadas ao contexto da pandemia da covid-19

Em vista do presente estudo ter sido realizado em meio à pandemia da covid-19, surgiram, na maioria das entrevistas, falas referentes às demandas de saúde mental associadas ao isolamento e distanciamento social – medidas que se fizeram necessárias para evitar a propagação do vírus causador da doença. Destacam-se, dentre essas demandas, aquelas relacionadas à depressão e ansiedade:

[...] o que mais tem de demanda é as crianças que vêm pós toda a pandemia de covid, é o que está mais em foco assim, são as crianças em depressão, que ficaram muito tempo isoladas, em resguardo nas casas, nas suas casas e que estão muito reprimidas, e que o retorno às aulas está um pouco mais difícil. Alguns relatos de mães e pais que não conseguem levar os seus filhos para a escola, pois eles não querem ir, não querem retornar ao convívio escolar, ao convívio social. E1

Isso surgiu também durante a pandemia né, principalmente adolescentes né, que daí eram mais sintomas depressivos e ansiosos. Bastante casos, adolescentes com crises de ansiedade né, ansiedade é... uma das, uma das demandas que aparece não só com crianças e adolescentes [...]. E a gente percebe que mesmo passando um pouco a pandemia né, esses sintomas ainda são muito proeminentes. E2

Pesquisas realizadas em âmbito nacional confirmam a percepção dos entrevistados acima. Por exemplo, em estudo realizado com 530 crianças brasileiras entre 6 e 12 anos de idade, no contexto da pandemia da covid-19, apontou que, dentre as alterações de comportamento mais identificadas pelos responsáveis, prevaleceu a ansiedade, afetando mais de 52% da amostra. Além disso, tal alteração apareceu associada de forma significativa a distúrbios no sono e na alimentação. Atribuiu-se, como causas do incremento da ansiedade na população infantil, as mudanças repentinas na rotina, como a limitação das atividades presenciais escolares, das brincadeiras com pares, da realização de atividades esportivas, das visitas a familiares, dentre outras atividades de socialização (PAIVA *et al.*, 2021).

Já em pesquisa de caráter qualitativo cuja amostra se constituiu de 22 adolescentes na faixa etária entre 14 e 18 anos, identificou-se que, em um primeiro momento, os jovens perceberam o período de isolamento social como um descanso diante de uma rotina sobrecarregada de atividades. Posteriormente, compreendendo a gravidade da pandemia e tendo seus planos de vida frustrados por ela, apresentaram-se mais vulneráveis a sintomas de ansiedade e depressão. Isso também se justificou pelo fato do processo de adolescer ter ficado comprometido em alguma medida, no que diz respeito em especial ao estabelecimento de laços sociais e diferenciação dos pais, a partir do momento em que manter o distanciamento social e permanecer em casa tornou-se medida não farmacológica de controle da covid-19 (GADAGNOTO *et al.*, 2022).

Como apontam os entrevistados E2 e E4, as mudanças na rotina das crianças e adolescentes foram percebidas como consequências do isolamento e distanciamento social, com isso, geraram desregulação do ciclo sono-vigília e uso nocivo do celular.

A rotina tava completamente desorganizada né, as crianças iam dormir de madrugada, muitas não tinham limite de horário de uso do celular, ficavam até madrugada no celular, né e daí acordavam meio-dia, enfim. Eles tavam fazendo os horários deles e isso crianças mesmo, crianças, não só adolescentes. E2

Mas criança a faixa etária que eu tenho atendido é essa, né, uma faixa etária de 09 a 13 anos mais ou menos assim né. Que é o perfil que tá tentando voltar pra escola, que tá com dificuldade com a parte social porque ficou dois anos em casa, trancado, só jogando né. E4

A impressão trazida pelos profissionais entrevistados vai ao encontro de achados da pesquisa realizada com 401 adolescentes estudantes entre 13 e 20 anos, do 9º ano do Ensino Fundamental e do Ensino Médio, que acompanharam as atividades escolares remotas em 21 escolas públicas estaduais e municipais, localizadas nas periferias dos municípios de São Paulo e Guarulhos. Conforme os autores de tal pesquisa:

Na dimensão relacionada com as mudanças na rotina, constatou-se que 86,5% tiveram sua rotina alterada; 27,3% responderam que estão dormindo durante o dia em vez da noite; por fim, destaca-se o tempo de exposição às telas, em jogos, filmes, séries e redes sociais, com 1 a cada 4 jovens na maior faixa, de mais de 8 horas por dia, além das atividades remotas de ensino (VAZQUEZ *et al.*, 2022, p. 309).

Conforme Gadagnoto *et al.* (2022), a pandemia da covid-19 apresentou uma particularidade histórica, por se tratar da primeira ocorrida em meio a era digital. Ao mesmo tempo em que o acesso aos recursos digitais favoreceu a manutenção dos vínculos familiares e sociais, apresentou aspecto nocivo associado à exposição exacerbada a informações via internet, principalmente sobre o grande número de mortos e doentes, gerando, com isso, ansiedade, pânico e depressão. Leva-se em conta aqui que as crianças e adolescentes ficaram mais expostas, nesse momento, por apresentarem mais dificuldade de analisar criticamente as informações, assim como diferenciar aquelas verídicas das falsas. Além disso, o acesso à internet e às redes sociais, em especial sem supervisão de adultos, aumentou o risco de exposição dos jovens a conteúdos sexualmente inadequados, fraudes e abusos nos meios digitais.

Alguns dos sintomas que estavam mais proeminentes durante o isolamento e que foram mencionados pelos entrevistados anteriormente amenizaram com o retorno à rotina, em especial à escolar. Já, para outros jovens, esse retorno aos espaços de socialização, incluindo a escola, foi mais desafiador, trazendo sofrimento psíquico na retomada das atividades presenciais.

Então acredito que agora com a volta à escola, tudo tá se organizando melhor, muitos pais agora tão conseguindo manejar melhor né. Adolescente que dizia que tava com insônia, né, mas é porque ele gostava de ficar jogando

videogame até altas horas, agora com a escola tem que acordar mais cedo. Então deu uma organizada legal aí. E2

Já os adolescentes, ahm, muito grande a quantidade de adolescentes com o quadro de ansiedade, crises de ansiedade, né, e a crise que faz o sintoma no corpo, taquicardia, falta de ar, sudorese, tremor, né, pânico de estar entre outras pessoas, de ter que voltar para escola. E3

Vazquez *et al.* (2022) identificam que a rotina das crianças e adolescentes é organizada conforme tempo e espaço entre o “tempo na escola” e “o tempo fora da escola”, diferenciando-se, com isso, as atividades educacionais dos demais afazeres cotidianos. Entende-se que, a partir do momento em que a pandemia afetou essa divisão de tempo e espaço, deixando indiferenciados o estar em casa e o estudar, impactos foram observados em relação à aprendizagem e à saúde mental do público infantojuvenil. Isso nos faz compreender o quanto o retorno às aulas presenciais aparece como um organizador externo da rotina importante para alguns adolescentes, tal como refere o entrevistado E2 no recorte acima.

Os profissionais da atenção primária também destacam a questão das perdas vivenciadas no contexto pandêmico, tanto relacionadas ao falecimento de familiares ou pessoas próximas quanto a prejuízos financeiros.

[...] teve uma criança que quis me morder, teve outra que se mordida, eu tava na outra sala, aí minha colega contou, falou a respeito disso, perguntou porque que a criança se mordida, aí a pessoa que tava com ela comentou que parece que o pai da paciente faleceu a pouco tempo e ela estava fazendo isso até na escola, aí até minhas colegas me contaram que orientaram a marcar uma consulta para ser encaminhada no caso para o CAPS, né. E7

Essa família também durante a pandemia perdeu emprego, perdeu familiares, perdeu vínculos que tinham diários, então isso é bastante significativo [...]. Se a gente tá achando ruim a pandemia, se a gente achou ruim o lockdown, mesmo que mal feito, mesmo que capenga, tu imagina como é que isso impacta, como é que as crianças né? E9

Gadagnoto (2022) assinala que, durante a pandemia, os adolescentes, por experienciarem um contexto inédito em suas vidas, sem precedentes em suas vivências pregressas, tiveram que lidar com diferentes sentimentos como o medo do adoecimento e da morte, luto, preocupações familiares e econômicas. Com isso, agravando o estresse e ansiedade experimentado por eles.

Dentre os prejuízos também identificados, decorrentes da restrição do convívio com os pares, bem como do modelo online de aulas proposto em alternativa ao presencial, estão os atrasos no desenvolvimento e na aprendizagem.

Na faixa etária, mais, um pouquinho maior entre 7, 8, 9 e 10 anos, eu tô percebendo muitos encaminhamentos por parte da escola por conta da dificuldade de aprendizagem, tem essa questão da pandemia, né, que também é uma consequência, ahm. Então a questão da aprendizagem, fracasso escolar, desatenção, né, as crianças chegam dizendo que tem déficit de atenção, não sei né. E3

Houve atraso no desenvolvimento do aprendizado de várias crianças [...]. A pandemia realmente bagunçou o desenvolvimento infantil e eu vejo a criança não só como objeto, mas como sujeito do seu aprendizado e da sua, né, e às vezes as crianças carregam um peso demasiado para um ser em formação, né? E9

Almeida *et al.* (2022), através de revisão integrativa da literatura, estudaram os efeitos do isolamento social sobre o desenvolvimento das crianças e adolescentes. Concluíram que, quanto ao desenvolvimento cognitivo, o contexto pandêmico e a medida de isolamento adotada trouxeram prejuízos à aquisição da fala, escrita e leitura, principalmente na primeira infância. Com isso, impactos no desempenho escolar foram observados, também como na interação com os pares na escola.

Dentre tantos danos assinalados, o entrevistado E10 sinalizou um aspecto positivo do período de pandemia que diz respeito ao convívio maior de pais e filhos, bem como a consequente identificação precoce por parte dos genitores de dificuldades das crianças e a busca de atendimento para elas:

Não sei se, também a questão dos pais ficarem mais em casa também, talvez, né! Tenha observado algumas coisas que se estivessem trabalhando não teriam observado, acho que o convívio maior com as crianças também. Talvez tenha demandado mais essa questão, acho que é isso [...]. Tipo assim, essas questões de ansiedade, de dificuldade de concentração. E10

Por fim, tendo em vista os impactos da pandemia da covid-19 e do isolamento social sobre a saúde mental infantojuvenil, atentar para os fatores de risco e proteção presentes no cotidiano dessa população é imprescindível para a elaboração de intervenções de promoção e reabilitação psicossocial que contemplem esse público. Como afirmam Almeida *et al.* (2022, p. 8): “a assistência psicológica e o acompanhamento das saúdes física e mental das crianças e adolescentes é essencial para reduzir os danos que possam ser causados pelo isolamento social”.

Reorganizar a rede de atenção psicossocial é ação fundamental para atender essa necessidade de assistência às crianças ou adolescentes, pois, durante a pandemia, houve um impacto na dinâmica da atenção psicossocial, pessoas deixaram de ser atendidas em suas demandas de saúde mental, assim como aquelas que já realizavam tratamento devido a algum transtorno tiveram interrupção total ou parcial

deste por algum período. Pesquisa multicêntrica realizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), por exemplo, reporta que pelo menos um quarto dos países tiveram seus atendimentos em saúde mental reduzidos ou interrompidos em cerca de 75% (TAUSCH *et al.*, 2022).

Nessa reorganização, a APS tem papel fundamental, pelo potencial de resolutividade que possui, assim como pelo alcance do cuidado ofertado. Trata-se de um ponto da RAPS que pode auxiliar na promoção e prevenção de agravos, identificação de questões de saúde mental relacionadas à pandemia, assim como retomada do atendimento daqueles que já o realizavam em serviços especializados em saúde mental e tiveram-no interrompido parcial ou totalmente (CABRAL, 2022).

5.3 INTERVENÇÕES EM SAÚDE MENTAL INFANTOJUVENIL

Enquanto os enfermeiros e técnicos de enfermagem ocupam-se do acolhimento quando da chegada da criança, adolescente e seus responsáveis aos serviços, os profissionais ou estagiários de Psicologia, assim como os médicos são aqueles que, de modo geral, são referidos como interventores nas demandas de saúde mental da população destacada:

No caso de adolescentes, eu acho que também fica direcionado pra psicologia né, pensando na unidade e dependendo da situação se pensa em agendar com o clínico para ver a questão da medicação. E2

Psicólogo, né. Passa pelo médico, aí depois vai para o psicólogo. E8

A gente faz essa acolhida, essa primeira escuta e normalmente 100% eles passam pela Y. (psicóloga). Antes de encaminhar para o CAPS, assim, passa pela Y. A gente tem estagiária de Psico, né, mas normalmente a Y. que avalia essas crianças. E10

Os médicos, por comporem a equipe mínima exigida na APS (BRASIL, 2017a), historicamente, vêm se ocupando do cuidado com crianças e adolescentes, atuando no diagnóstico, tratamento farmacológico e orientação de questões de saúde mental. Já os psicólogos vêm ganhando espaço na atenção básica, seja no suporte ofertado pelos NASF-AB, seja por comporem de fato as equipes da atenção básica e de saúde da família. O município de Guaíba não conta com **NASF-AB**, mas tem, em algumas unidades básicas de saúde, profissionais psicólogos ou estagiários de Psicologia supervisionados que ofertam atendimentos específicos do núcleo profissional, assim

como compõem, junto às equipes, intervenções a nível multiprofissional. Ressalta-se que também a APS conta com o apoio de uma assistente social, além de dois psiquiatras vinculados aos CAPS do município que realizam parte de sua carga horária na APS. A presença de tais profissionais faz com que sejam convocados a atuar nas demandas de saúde mental, sendo lembrados pelos entrevistados em suas falas a respeito das ações direcionadas ao público infantojuvenil.

Outro profissional importante no cuidado oferecido em saúde mental, em específico pelas equipes de saúde da família, é o agente comunitário de saúde, o qual, por fazer parte da comunidade e ter vínculo com os usuários, oferece um olhar estratégico sobre as demandas destes.

A gente tem famílias na área que o pessoal trabalha, que está tudo bem, não tem nenhum hipertenso, nenhum diabético, de saúde mental, como a gente diz, esses não te demanda tanta, né. Mas a gente sabe, tem os casos que tu precisa estar buscando: “Oh, fulaninho! Vai na consulta, vai lá!”, senão ele também não vem, “Ah, tua receita? Pediu, não pediu?”, aí eles pedem para a gente. A gente sabe aqueles que precisam de mais assistência e os que ... Então, esses que a gente sabe que tem que acompanhar mais, senão não vem na consulta, aí tu leva de novo, marca de novo. “Ah! Leva de novo, vai, está tirando o lugar de alguém, então tem que ir”, a gente sabe, a gente prioriza, né. E5

Sim, as gurias [agentes comunitárias de saúde] marcam consulta, atendem os pacientes, dão o próprio telefone para atender os pacientes. E7

O trabalho em território realizado pelos agentes comunitários de saúde destaca-se como uma das potências do cuidado em saúde mental infantojuvenil, por promover mudanças justamente por estar associado a outros aspectos como a longitudinalidade, vínculo e atenção às necessidades de saúde da comunidade (MELO; TSCHIEDEL, 2019). O trânsito entre a comunidade e o serviço de saúde que representa, faz com que o ACS tenha uma posição estratégica na articulação do cuidado, também por compartilharem o mesmo contexto dos usuários e, com isso, conhecerem de perto o cotidiano da comunidade (CAMPOS; BEZERRA; JORGE, 2020).

Considerando que a compreensão do sofrimento psíquico passa pelos aspectos familiares, tal como assinalado na primeira categoria temática, os atendimentos também contemplam os pais e cuidadores em alguns equipamentos. A orientação aos pais é citada pelos participantes da pesquisa como uma intervenção realizada com propósitos preventivos e curativos.

Outros casos a gente acaba trabalhando com os pais e com a criança, mas eu, o que eu percebi é que era sempre um atendimento mais breve né. Ou que já dava uma melhorada com as orientações aos pais ou o que acontece também, na Unidade Básica acontece muito, como a gente não tem aquela conti..., aquela periodicidade frequente né. E2

Então é bem comum, e aí é um trabalho com a criança, com o pai, com a mãe, envolve bastante a família. Mas nessa faixa etária essa é uma questão que predomina, sim. E3

Eu orientava, dava algumas orientações pra criança, depois chamava os pais, dava orientações pros pais também e encaminhava pra Y. (psicóloga) tratar assim, ter um acompanhamento. E4

A implicação da família é considerada uma diretriz do cuidado a crianças e adolescentes com demandas de saúde mental. Considera-se importante que as equipes da atenção primária ofereçam orientações sobre o desenvolvimento, realizem escuta empática dos responsáveis e oportunizem um diálogo aberto sobre as principais dificuldades utilizando-se, para isso, de linguagem clara e acessível. Ainda sobre o trabalho em famílias, é relevante:

Conhecer bem as famílias, suas dinâmicas e formas de relacionamento entre seus membros pode ajudar a detecção precoce dos problemas de saúde mental das crianças e adolescentes. Atenção particular deve ser dada às famílias expostas a situações de risco, como violência em qualquer de suas formas, e pais ou cuidadores com transtornos mentais. Propor ações para fortalecer fatores protetores e desenvolver a resiliência também deve fazer parte do cuidado com as famílias (BRASIL, 2013, p.108).

Apesar das políticas públicas frisarem a importância estratégica da atenção básica na promoção de saúde e prevenção de agravos, no discurso dos entrevistados, aparece um questionamento acerca do paradigma biomédico que ainda permeia algumas ações nos serviços, tal como assinala os entrevistados E2 e E3:

Uhum, acredito que na verdade a gente na Unidade, a gente trabalha mais com aquele modelo por hora e ainda a gente tá com aquele modelo mais assim de... de especialidade como eu te falei. Não tem o trabalho de toda a equipe desenvolver e de se interessar “Ah vamos fazer alguma coisa né, de saúde mental coisa e tal.” E2

Não é o ideal né e, às vezes, eu fico pensando que a questão é a demanda que a gente atende né, o volume, a quantidade né. Eu acabo vendo as pessoas de três em três semanas né. Então eu acho que a medicação tem esse efeito mais rápido de melhora dos sintomas né e de alívio do sofrimento do que um atendimento levaria né de tempo, em comparação né, então eu acho que sim, os adolescentes acaba se marcando para o clínico também. E3

Através das falas acima, identifica-se que a transição do modelo biomédico para o psicossocial até então é incipiente nos serviços de atenção básica do município

de Guaíba (RS). O primeiro mostra-se ainda presente nas condutas médico-centradas e na medicalização excessiva adotada como terapêutica nos casos de saúde mental infantojuvenil nas unidades de saúde pesquisadas. De acordo com Tesser e Souza (2012), essa transição ainda não conclusa e a não consolidação do modelo psicossocial podem ser resultantes das práticas profissionais, assim como das representações sociais ainda presentes na população que continuam permeadas pelo discurso biomédico-psiquiátrico, inclusive na atenção primária em saúde.

Tãno e Matskukura (2019) assinalam que o debate quanto à medicalização e à patologização da infância e adolescência deve ser constante, por atravessarem intensamente a vida desses sujeitos, especialmente no âmbito escolar. Por não estar restrito somente ao campo médico, mas também se tratar de um fenômeno social, a patologização traz como risco o encobrimento dos determinantes sociais, políticos, culturais e históricos, bem como atribuição de causa exclusiva do sofrimento psíquico ao biológico, individualizando assim o adoecimento e não o tratando de forma ampliada.

No que tange à articulação do cuidado com outros pontos de atenção da saúde ou até mesmo de outros setores, o trabalho realizado em rede com o CAPS IJ é mencionado pela maioria dos profissionais da atenção primária, possivelmente pelos CAPS virem historicamente ocupando um papel central na ordenação da assistência em saúde mental. No caso das crianças e adolescentes, o CAPS IJ é citado como parceiro na assistência ofertada, serviço com o qual os casos são discutidos em matriciamento ou via telefone, com a possibilidade de articulação do encaminhamento para atendimento especializado.

Se é caso mais grave, que tá com ideação né, eles às vezes já fazem o contato direto, não sei como é que tá sendo agora né, se vocês têm tido assim contato direto, sem passar por matriciamento, não sei se tem acontecido, mas eu sei que se é um caso assim que de repente um enfermeiro percebe que é muito grave, não pode esperar por uma consulta com o psicólogo, daí já fazia contato direto com o CAPS. E2

Ou se é caso de passar no matriciamento com o CAPS daí. Aí quando é um caso mais, ele conversa com as gurias que vem aí e é encaminhado para elas, elas agendam lá e dão continuidade. Tem casos que são tratados lá por um tempo e quando as gurias atingiram um nível que tá bem, digamos assim, aí volta para nós fazer aqui. E6

Já quanto à articulação com outros setores, poucas ações foram citadas pelos profissionais, apesar de serem identificadas diferentes instituições como fontes de

encaminhamento para a atenção básica. O entrevistado E5 fez referência a reuniões que vêm sendo realizadas com o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) local e o entrevistado E1, a ações planejadas em colaboração com o Programa Saúde na Escola (PSE).

[E vocês trabalham junto com o CRAS também?] Agora tem, o X (enfermeiro) passa os casos e coisas, mas antes não tinha isso [...]. É que as famílias são as mesmas, tipo do CRAS aqui atende as mesmas famílias que a gente. E5

[...] e aí a gente começou a trabalhar dentro das escolas com o PSE, que é o Programa da Saúde na Escola, né, e aí é conectada escola e posto. E eu quando comecei a me envolver nisso, veio a pandemia. E1

Constata-se, com isso, que a articulação do trabalho conjunto e envolvendo distintos setores ainda é uma realidade em construção no município de Guaíba, que requer investimento por parte dos profissionais e gestores, mas que carrega uma riqueza ímpar quando consolidada. Ações que envolvam a saúde, os órgãos garantidores de direitos, a assistência social, a educação, dentre outros setores aproximam-se da proposta de integralidade em saúde defendida pelo SUS.

Isso se corrobora na fala de Couto, Duarte e Delgado (2008) que afirmam que, por exemplo, as escolas e as ESF constituem os principais serviços em que a presença de crianças e adolescentes se faz prevalente, por isso, tratam-se de dispositivos importantes na construção de uma rede de atenção à saúde mental. A atenção básica e o setor da educação são espaços em potencial para a realização de ações de prevenção e promoção de saúde mental infantil, bem como de identificação precoce de casos cuja intervenção pode impedir ou reverter o agravamento de problemas mentais.

Já Tãno e Matsukura (2019) reforçam o papel da escola enquanto espaço de promoção de saúde, em razão de serem, para as crianças e adolescentes, a principal instituição social de circulação, por mais que muitos que apresentam sofrimento psíquico importante vivam nesse ambiente processos de exclusão e dificuldades na permanência. Tais questões somente podem ser enfrentadas, assim como a patologização da vida das crianças e adolescentes, se os pontos de atenção de saúde mental realizarem agenciamentos e parcerias com as instituições escolares.

O Programa Saúde na Escola (PSE) citado acima pelo E1, por exemplo, traz essa perspectiva do trabalho articulado entre a rede de saúde e educação, a partir do momento que visa a formação integral dos alunos da rede pública da educação básica,

utilizando-se para isso de ações de prevenção, promoção e assistência à saúde. Destaca-se aqui que a avaliação e atenção psicossocial está contemplada no rol das intervenções preconizadas pelo Programa (BRASIL, 2007b).

Para além da cooperação dos setores saúde e educação, a aposta no trabalho intersetorial, de modo geral, mostra-se o caminho para oportunizar um cuidado com qualidade e que supere as iniquidades no que diz respeito à saúde mental de crianças e adolescentes (SMCA). Inovar no cuidado colaborativo entre setores públicos, usuários e famílias, assim como superar o modelo de diálogo sem produção de mudanças, são ações necessárias quando se fala de intersectorialidade na política de saúde mental (TEIXEIRA; COUTO; DELGADO, 2017).

5.4 POTENCIALIDADES DO CUIDADO

Nesta categoria, incluímos o que os profissionais da atenção primária à saúde entrevistados consideram potencialidades do cuidado ofertado ao público infantojuvenil, no que diz respeito às demandas de saúde mental. As tecnologias leves, apontadas anteriormente, são consideradas potentes pelos entrevistados. O acolhimento e escuta empática são, por exemplo, identificados como promotores de saúde mental pelo entrevistado E1:

Quando a gente começa a atender essa criança, eu já assim, já sinto, conforme a minha conduta, conforme o que eu começo a trabalhar e conversar, que já há uma diminuição daquela ansiedade, principalmente por parte dos pais, né! Daí tu tem que ajudar, não tem como, nem que seja com uma palavra, uma atitude que mostre que a gente tem interesse em ajudar, e que vá ajudar, de um jeito ou de outro a gente vai dar alguma condução para aquela situação, né! Então isso já é importante, só de tu escutar eles, já dá um alívio, já começa sabe, já começa por aí. E1

O acolhimento, como já mencionado na primeira categoria, trata-se também de uma diretriz da política de saúde mental infantojuvenil (BRASIL, 2005). Da mesma forma, é considerado, na Política Nacional da Atenção Básica, um fundamento do processo de trabalho (BRASIL, 2017a, p. 1):

O acolhimento deve estar presente em todas as relações de cuidado, nos encontros entre trabalhadores de saúde e usuários, nos atos de receber e escutar as pessoas, suas necessidades, problematizando e reconhecendo como legítimas, e realizando avaliação de risco e vulnerabilidade das famílias daquele território, sendo que quanto maior o grau de vulnerabilidade e risco, menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe, com especial atenção para as condições crônicas.

Enquanto tecnologia leve de cuidado, o acolhimento compõe-se de estratégias relacionais que auxiliam no estabelecimento do diálogo e compreensão das demandas de saúde mental dos sujeitos. Com isso, constituem e fortalecem vínculo e confiança mútua entre profissional e usuário, gerando cuidado qualificado e percepção de satisfação por parte do último (CAMPOS; BEZERRA; JORGE, 2018).

Já quanto à escuta ampliada, Queiroz (2020) revela que ela constitui a principal ferramenta clínica a ser utilizada no tratamento dos transtornos mentais leves, pois, através dela, é possível conhecer melhor as condições de vida, familiares e econômicas dos usuários, evitando ou reduzindo com isso a prescrição de psicotrópicos.

O vínculo estabelecido com a comunidade, além do acolhimento e escuta, também é reconhecido como uma tecnologia relacional importante.

Acho que sim, como eu te falei, eles têm esse apoio na gente. Mesmo que o posto esteja fechado, a gente está ali, como se a gente estivesse trabalhando sempre. Qualquer coisa eu vou ali e pergunto. Eles mandam mensagem para a gente, no final de semana, madrugada: “O fulano está doente, o que eu faço, onde eu vou?”. Coisas assim que a gente não pode fazer nada, mas eles só querem saber que a gente sabe. E5

Porque a gente aqui não é só uma consulta que o paciente vem aqui no posto hoje e acabou, é todo um vínculo de toda a família [...] para a gente poder dar esse acompanhamento, essa assistência, então a gente acaba ajudando muito. E6

Para Mehry e Feuerwerker (2016), a construção de vínculos é uma das tecnologias leves que compõem a caixa de ferramentas do profissional da saúde, juntamente à escuta, interesse, confiança, dentre outras. O uso dessas tecnologias de cuidado possibilita captar a singularidade, o panorama de vida, o contexto cultural, o modo particular do sujeito ver e viver determinadas situações de vida. Logo, oportuniza, ao profissional envolvido no cuidado, ampliar e enriquecer seu raciocínio clínico, bem como compreender a forma singular de viver do outro, além de possibilitar ao usuário interagir, participar como protagonista em seu tratamento, como também afetar a si e ao outro nesse processo.

O trabalho implicado e colaborativo entre os profissionais da equipe é uma potencialidade também identificada, conforme assinalam os entrevistados E3 e E10.

[...] eu tenho essa interação com a minha equipe né, quando eu vejo que não sei muito o que fazer com o tal caso, eu quando vejo daí talvez discutir com

a pediatra, com a enfermeira [...] E essa interação existe, a gente discute os casos, as situações e os encaminhamentos que a gente vai dar. A gente discute também a questão da medicalização na infância e na adolescência ela é muito complicada, a gente sempre quer evitar né, se evitar melhor, de ter que prescrever uma medicação [...]. Então, eu também converso muito, eu não faço, eu não trabalho sozinha, tento explorar as experiências que os meus colegas têm, para aprender e ajudar a trabalhar melhor né. E3

[...] eu acho que a Unidade tem os profissionais muito bons, assim, eu acho que o que difere assim, são pessoas bem comprometidas, né! São pessoas que realmente estão preocupadas, não é... a gente fica tão focado, que a gente vai para casa pensando, às vezes perde o sono pensando e eu sei que os profissionais que estão comigo aqui são assim. Então, eles, eles querem resolver, eles querem uma resolução, né! E a gente tenta assim todo o possível, todo o possível é feito para essa criança, esse paciente ficar na Unidade. E10

Os entrevistados E3 e E10 referem-se, de alguma forma, ao trabalho de caráter interdisciplinar, no qual acontece o compartilhamento do cuidado através do pensar os casos em comum, assim como intervir de forma integrada. Essa modalidade de trabalho configura-se enquanto ação em que os profissionais atuam de forma colaborativa, corresponsabilizando-se pelo tratamento do usuário, comunicando-se entre si e reconhecendo a importância de cada núcleo de conhecimento para compreensão da complexidade que o cuidado implica. Isso impacta positiva e diretamente na qualidade, resolutividade e integralidade da assistência prestada pelas equipes (SILVA *et al.*, 2015).

A estrutura física, principalmente quando está organizada de uma forma acolhedora e com recursos específicos para o atendimento do público infantojuvenil, é considerada relevante na assistência ofertada.

Eu posso dizer que eu tô muito feliz de estar nessa unidade, porque ela tem uma sala da psicologia, tá [...] fui conseguindo, ahm, estruturar um espaço pra atender as crianças né. Tem que ter material lúdico, tem que ter né, massinha de modelar, lápis de cor, canetinha, tem que ter esse material [...]. Ano passado a gente ganhou uma casinha terapêutica da estagiária. É, eu também vou levando os brinquedos da minha filha [risos] lá pro posto. E3

Hoje a gente consegue adequar aquele espaço, não sei se tu viu aquele espaço ali da Y. [psicóloga]. Isso tudo, as gurias que trouxeram, os jogos, tudo, né? A gente teve uma estagiária no ano passado que conseguiu várias doações de brinquedos. E10

Tal estrutura física e material necessária para a realização dos atendimentos contempla um dos aspectos da ambiência, conceito referido na política nacional de humanização, a qual transversaliza ações e instâncias do SUS. A ambiência comporta o ambiente físico, profissional, social e das relações que se estabelecem entre

profissionais, usuários e gestores, cujo objetivo envolve oportunizar uma assistência resolutiva e acolhedora a todos os atores nela envolvidos (BRASIL, 2010b).

A motivação dos usuários e responsáveis para tratamento aparece como um potencial, mas, ao mesmo tempo, um desafio quando não presente, tal como será aprofundado na categoria a seguir.

A gente vê que quem quer, quem aceita, consegue resolver, consegue mudar o quadro. Quem quer, agora quem não quer, a gente pode. E5

Quem adere, toma medicação direitinho, consegue ter... porque tem tipo assim, tem casos eles têm, não sei se posso chamar de surtos, quebra tudo em casa, faz e acontece. Aí quando vem, faz o tratamento direitinho, aquilo ali consegue acalmar, entender. A gente enxerga isso, que tem uma melhora... na convivência familiar assim. E6

5.5 DESAFIOS DO CUIDADO

Estão abarcados nesta categoria os desafios da assistência em saúde mental infantojuvenil na atenção primária, conforme citados pelos participantes da pesquisa. Há um destaque importante dos entrevistados quanto à relevância do cuidado dar-se para além dos atendimentos individuais, contemplando também grupos terapêuticos e/ou com propósitos de promoção de saúde mental. Entretanto, os profissionais alegam ter dificuldades em executá-los em virtude das mudanças na organização de trabalho decorrente das demandas da pandemia da covid-19.

Eu vejo a gente atendendo, atendendo né, mas possibilidades acho que ahm, a questão dos grupos é uma possibilidade né, que faz parte do trabalho em saúde pública trabalhar com os grupos né, e eu acho que por conta da pandemia nós estamos com essa limitação né. Então a ideia é que, ahm, a gente possa voltar a trabalhar com os grupos quando for possível né. E3

[...] a gente deveria trabalhar, fazer grupos, por exemplo, a gente já sabe né, é sabido que a pandemia veio e destruiu tudo né, então assim, já deveria tá com grupos né, de convivência, de saúde mental, pra tratar com a promoção. Mas a gente não tem isso, a gente apaga incêndio, então pra nós aqui já chega paciente surtado, já chega paciente com ideação suicida, chega paciente com a parte cardíaca, diabetes, enfim. E4

Utilizar-se dos grupos na atenção primária como ferramenta de cuidado, por sua vez, complexa e diversificada, gera resultados eficazes na promoção de saúde, assim como alterações nos condicionantes de saúde dos sujeitos e coletividades. Isso porque intervir em espaços coletivos gera o compartilhamento de experiências e

conhecimentos, identificações entre os sujeitos e transformações subjetivas que seriam inalcançáveis em atendimentos individualizados (BRASIL, 2013).

Em consonância com o desafio de realizar abordagem dos problemas de saúde mental em grupos de crianças ou adolescentes está a questão da promoção em saúde. Nas entrevistas, foi apontado por diferentes profissionais.

Nossos índices de sífilis são altíssimos no município. E aí tu vai pegar, tem menina com 16 anos apresentando sífilis na UBS e aí ela não sabe qual o menino, porque ela transou com múltiplos parceiros com 16 anos. Gravidez de 14 anos dentro da Unidade, então tá, essas coisas aconteceram, mas quem sabe a família não está precisando de uma ajuda, quem sabe, nós introduzindo isso, casando a educação e saúde. A gente não possa minimizar, quantos quem sabe a gente não salvaria de tais situações. Então é isso, acho que isso é um desafio sim. E1

Claro, a gente tinha sido liberado já pra iniciar os grupos em janeiro, mas daí deu sei lá, a quinta, sexta onda do covid, sei lá quantas ondas já deu e acabou trancando de novo. E depois não se abriu mais né, a gente tem que reorganizar isso pra fazer os grupos, pra tentar trabalhar com a promoção né, porque a gente não tá trabalhando com promoção, o que não deveria, deveria ser. E4

Occhiuzzo, Lemos e Silva (2021) destacam que as ações de promoção em SMCA são de grande valia por atender, de forma integral, tal público, prevenir problemas de saúde mental nas etapas seguintes de vida, atuar sobre os fatores de proteção, potencializando-os e minimizando aqueles de risco. Por isso, colocam-se como ações prioritárias na atenção básica e consolida a proposta das ESF em especial, que objetiva, dentre outras coisas, romper com o paradigma assistencial hegemônico, ofertando uma nova forma de cuidado, amparado no paradigma psicossocial.

Para além da barreira referente à covid-19, o entrevistado E4 traz uma crítica pertinente sobre a lógica de trabalho tal como organizada hoje na atenção primária, a qual é nomeada como engessada e, com isso, não propiciadora de espaços para se pensar a promoção à saúde e o trabalho em espaços coletivos.

São tu tem que atender três pacientes em uma hora, são vinte minutos para cada paciente, quinze de atendimento e cinco para evolução em prontuário, então é muito engessado. E esse engessamento, eu acho que faz a gente perder isso que teria de potencialidade, porque se depender dos profissionais, eu acho que tem uma identificação e uma preocupação com a saúde mental das crianças e dos adolescentes sim. E4

No que toca à organização do trabalho, bem como à comunicação intra e entre as equipes, a atualização dos prontuários integrados e compartilhamento de

informações evidenciam-se fragilizados. Com isso, fragmentando o cuidado e constituindo barreira ao trabalho em equipe e/ou em rede.

Seria bom se pudesse, se a gente já tivesse, assim, uma base pelo menos que o prontuário fosse melhor evoluído, porque a gente não consegue nem ver as evoluções, raramente a gente consegue ver evoluções do acolhimento da saúde mental ali das próprias enfermeiras. E2

Depois vai para, a única coisa que eu sinto falta às vezes, eu sou bem sincera em te dizer, infelizmente, a gente não tem acesso, às vezes ao prontuário do paciente junto ao CAPS. Isso eu acho uma falta muito grande para gente que trabalha na unidade, sabe? E7

O impacto negativo que tal falha comunicacional acarreta, tal como assinalado pelos entrevistados E2 e E7, vai ao encontro do apontado por Kantorski *et al.* (2017). Os autores afirmam que quando a comunicação entre serviço especializado e atenção primária não ocorre da forma esperada, a resolutividade da atenção à saúde dos usuários fica prejudicada, assim como a continuidade desta.

Evidencia-se também que há lacunas no fluxo de referência dentro da RAPS, sendo que os encaminhamentos nem sempre acontecem de forma implicada, o que, em alguma medida, compromete o atendimento ofertado aos usuários.

[...] então eu acho que isso é um desafio, as ESFs se apropriarem da questão da saúde mental das crianças e dos adolescentes como algo que faz parte do seu trabalho, ali na, no trabalho deles né, eles têm reunião de equipe, eles têm o agente comunitário, têm o técnico de enfermagem, têm o enfermeiro, eles podem se ocupar da saúde mental das crianças e dos adolescentes porque que não, e aí as situações mais específicas que precisa encaminhar para o psicólogo, encaminha. Mas hoje em dia eu vejo que é uma lógica passar para UBS, pro especialista, isso não é saúde coletiva, não é saúde pública. E3

E eu percebo que às vezes as pessoas não são acolhidas nas outras Unidades, porque tem o encaminhamento, tem a cota, aí já manda direto uma boa acolhida resolve muita coisa. E eu acredito! Se tu acolher, tu resolve muita coisa ali na acolhida. Eu acho que infelizmente não acontece muito nas ESF isso, e é um lugar que teria condição de fazer, né. E10

No encaminhamento implicado entre serviços, aquele que referencia garante não somente o encaminhamento, mas também o cuidado necessário e o retorno da pessoa ao ponto de atenção inicial. Essa modalidade de encaminhamento reforça a lógica do trabalho intersetorial, bem como estabelece relações colaborativas e parcerias entre os implicados no cuidado de crianças e adolescentes, seja no setor da saúde, educação, assistência social ou órgãos do judiciário (KANTORSKI *et al.*, 2017).

Quanto aos usuários, surgem, na fala dos participantes, questões relacionadas à adesão destes às propostas de atendimento, em especial aquelas ofertadas em grupos e que ocorram em espaços coletivos.

Né, pra tratar é mais difícil, pra ti, por isso que daqui a pouco tem que ter um grupo de convivência, né, e aí tem também se eles vão aderir porque a maioria não adere, elas já vêm aqui também já pra apagar incêndio, vêm com coisa estourada já. E4

Eles não enxergam que aquele trabalho que a gente está fazendo, uma plantinha numa horta, das gestantes que a gente teve, a gente tentou fazer de livros com crianças para as mães virem, elas não enxergam que aquilo ali que a gente está fazendo é um trabalho para a saúde mental, para desenvolver. Mas eles não, é difícil de conseguir fazer eles aderir, né, eles virem com a gente e acreditar naquilo que a gente está propondo e tentar. Eles acham que é só uma receita que eles precisam, um medicamento que que vai fazer todo. A gente sabe que a saúde mental tanto do adulto, do adolescente, da criança, ela é mais que isso. A criança precisa da convivência, precisa vir conversar com a psicóloga, fazer um grupo. Mas os grupos assim, bem difícil, né. E6

Cabe aqui uma reflexão sobre se as ações desenvolvidas condizem com os interesses dos usuários, bem como o quanto oportunizam que a criança e o adolescente se coloquem como protagonistas em seu tratamento. Silva *et al.* (2019) propõem uma análise sobre a não adesão dos adolescentes, em especial, às ações ofertadas em termos de saúde mental na atenção básica. Questionam-se se estas dialogam com o universo adolescente e utilizam-se de recursos e linguagem que potencializem o encontro entre profissionais e jovens.

Conforme Battistelli e Cruz (2016), as crianças e adolescentes são os sujeitos dos atendimentos, enquanto suas famílias são a via pela qual as demandas deles chegam aos serviços de saúde. Logo, dar voz a esses sujeitos, escutar suas histórias, compreender seus desejos, além das formas como percebem e enfrentam o que lhes cerca, enfim, acolhê-los em sua singularidade é o que permite que o cuidado ofertado seja efetivo e resolutivo.

Outro desafio do cuidado diz respeito aos recursos materiais, pois enquanto, em alguns locais, estão disponíveis brinquedos e jogos, sendo compreendidos como instrumentos importantes para operacionalizar o cuidado, em outros, a falta deles é percebida como um problema. Sinaliza-se aqui que nos serviços que estão equipados com esses materiais lúdicos, estes vieram de doações de profissionais ou de estagiários tal como assinalado na categoria anterior, não tendo sido em totalidade ofertado pela gestão.

A gente apaga incêndio, a gente deveria ter grupos, ter outras situações né, até como a Z. (estagiária de psicologia) disse né trazer um brinquedo alguma coisa pra poder fazer uma interatividade com a criança, pra poder agregar. Porque a criança vai querer tá vindo na unidade, poder pegar aquele brinquedo pra conversar com ela. Então, são coisas que já deveriam ser pensadas e organizadas. E4

Observa-se aqui que, apesar dos profissionais reforçarem o quanto materiais lúdicos são necessários para os atendimentos desenvolvidos em saúde mental, por se tratar de brinquedos, jogos e materiais gráficos, podem não ser considerados prioridade para aquisição pela gestão. Entretanto, vale ressaltar que o brincar para a criança tem função importante, pois através dele desenvolve-se cognitivamente, experimenta diferentes papéis, além de utilizá-lo como forma de expressão e a elaboração de situações adversas ou traumáticas vividas, tal como assinala Aberastury (2012). Tendo em vista a importância desse processo, recursos materiais mínimos, como os citados acima, precisam estar à disposição daqueles que trabalham com o público infantil.

Além dos recursos materiais, alguns profissionais apontam que o espaço físico para os atendimentos nem sempre se mostra acolhedor ao público infantojuvenil.

Nunca teve uma estrutura, temos estrutura pra trabalhar com crianças. Agora a gente tem a sala, aquela, uma sala espaçosa dá pra... dá pra trabalhar melhor assim. Mas antes eu acredito que era bem mais limitado. Tanto que às vezes crianças, às vezes, se assustam, acham que vão pro médico né [...] Por causa da maca, das coisas. E2

[...] a equipe vai aumentando e vão, e a tendência é fazendo esse remanejamento das salas, e às vezes não tem sala pra atender. Então isso é uma realidade, não tem sala. Ah onde é que eu vou atender, hoje vou fazer um acolhimento ali na sala do curativo porque [...]. E3

A falta de recursos físicos e materiais reflete que há fragilidades nos espaços de trabalho dos entrevistados, o que repercute no seu fazer. O profissional, ao se deparar com o trabalho precarizado, tende a reagir de forma defensiva, desinvestindo de suas tarefas e desresponsabilizando-se em relação aos problemas de saúde dos usuários. Em resposta a isso, é imprescindível realizar melhorias nas condições de trabalho, o que inclui inclusive ofertar recursos materiais e físicos básicos para o desenvolvimento deste (CAMPOS; BEZERRA; JORGE, 2020; QUEIROZ, 2020).

Occhiuzzo, Lemos e Silva (2021) trazem para discussão a falta de recursos e seu impacto na resolutividade das ações desenvolvidas na atenção primária ao identificarem que nem sempre os serviços possuem condições de responder às

demandas de SMCA. Evidenciam que, juntamente à falta de capacitação dos trabalhadores e de apoio contínuo de especialistas, a precariedade dos recursos interfere negativamente na resolutividade de intervenções.

Quanto aos recursos humanos, percebe-se que há uma sobrecarga de trabalho na atenção primária à saúde, o que gera sofrimento aos trabalhadores.

[...] gente acaba não tendo tempo pra estruturar nada, porque a gente tem que né, apagar incêndio. É uma série de demandas que têm, que chega [...]. Que a gente acaba, vai parar pra pensar “Não, vamos estruturar a saúde mental, vamos pensar em alguma coisa pra que as crianças agreguem a Unidade, pra gente trabalhar como um todo, a gente consegue identificar que a depressão pós-COVID, as crianças ficaram muito tempo em casa, vamos trabalhar com elas essa questão”. Tu não consegue parar pra pensar nisso, quando tu vai ver passou a semana passou o mês, e tu tá correndo. E4

A nossa saúde mental foi muito abalada com tudo isso e nós não podemos negar isso, senão nós não estamos fazendo nada contra isso, o que é que nós podemos melhorar, o que nós podemos chegar perto do melhor, né? Então a gente precisa formalizar isso de que o trabalhador de saúde tem que ter saúde mental, tem que tá dentro de uma estrutura que valorize isso. E9

Eu percebo, na sobrecarga, de todos os profissionais, a gente tá bem sobrecarregado, todos aqui, todos! Não existe assim, “Ah! Tal profissional...”, não. Agendas cheias, sempre! E10

A rede de atenção é impactada diretamente pela sobrecarga dos profissionais da APS, uma vez que o leque de atividades e ações com que estes devem se ocupar extrapola a sua capacidade laboral. Logo, a articulação intersetorial entre a atenção básica e outros serviços que compõem a RAPS é afetada, assim como a atenção em saúde mental ofertada à população (QUEIROZ, 2020).

Essa sobrecarga pode ser amenizada quando compartilhada em espaços coletivos como, por exemplo, em reuniões de equipe, tal como afirma o entrevistado E9:

É impressionante! Não sei, a última vez eu acho que foi em... 2019, isso se perdeu. Sim, por que a gente fica fazendo teste de covid-19 ao infinito [...]. “Ah! Guerra era guerra, né!” Quantos de nós estamos doentes nessa guerra, tu entende? Isso não é importante? Isso é muito importante. Era muito bom, todas as reuniões, a gente fazia uma vez a cada 15 dias, depois ficou uma vez por mês, depois ficou uma vez a cada 15 dias. E é impressionante como tu vendo o teu colega falar dos problemas dele, muitas vezes tu te dá conta dos seus problemas, que tu nem achou que era um problema ou que não tinha verbalizado, então tu pensou: “Ah! É isso aí mesmo”. Ou discutindo um caso de paciente e tal. Era muito bom. Eu gostaria tanto que voltasse. E9

As reuniões de equipe são espaços nos quais a discussão dos casos podem ocorrer, assim como a construção conjunta do PTS dos usuários e sua família. Pode-

se, utilizando-se desse recurso, ampliar a responsabilização pelas situações de saúde mental atendidas, não se restringindo somente a uma profissional, mas à equipe de modo geral (GOMES *et al.*, 2015). Levando em consideração a reflexão do entrevistado E9, as reuniões oportunizam o compartilhamento e divisão da responsabilidade dentre os membros de uma equipe, contribuindo assim para a diminuição da sobrecarga gerada no cotidiano laboral, promovendo assim uma organização do trabalho que potencialize a saúde mental inclusive dos trabalhadores.

Ainda no que diz respeito às questões dos recursos pessoais, explicita-se a necessidade de capacitação e formação dos profissionais para atuar junto às crianças e adolescentes com transtornos mentais e com outras necessidades de saúde mental, visto serem sujeitos em formação e demandarem intervenções condizentes com sua etapa de desenvolvimento. Tal desafio será abordado com mais profundidade na categoria abaixo.

Eu não tenho muito tempo pra estudar, eu acho que poderia nos ajudar a uma visão mais ampliada no sentido de nos dar uma direção de pensar saúde mental. E3

Acho que é mais é trabalhar nessa área para a gente poder ter mais capacitação relacionado a isso, né? Ainda fica muito a desejar, né, que não é a mesma coisa que trabalhar com uma criança saudável, com um adolescente saudável. Porque vem tudo junto como eu sempre falo, né, vem tudo junto, é toda a família, né, então é problema de um, problema de outro, é abuso, e tudo, então. E7

5.6 CAPACITAÇÃO E EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE MENTAL INFANTOJUVENIL

Este item trata das experiências de graduação, educação continuada e permanente, bem como sua relação com a capacitação dos profissionais para atuar junto às demandas de SMCA. Alguns entrevistados afirmam ter tido disciplinas teóricas e vivências práticas relacionadas à saúde mental na graduação, outros, não.

Saúde mental sim [... também relacionadas a saúde mental da infância e adolescência?] Não. E1

Salvador Celia, tu já ouviu falar? Eu tive aulas com ele, maravilhosas e tal. Quando eu passei pelo, e a gente tinha que fazer, e tinha todo um trabalho lá na volta, tava naquela época em que assim oh, se pensava em gradual, fechar os manicômios, de acabar com aquela loucura que era aquilo lá e trabalhar toda... então aquela região toda na volta do Hospital São Pedro foi trabalhada, eu fiz parte de maravilhosas entrevistas familiares. E9

Eu tive uma cadeira de saúde mental, assim muito superficial. E10

Dentre aqueles que tiveram disciplinas relacionadas à saúde mental, alguns assinalam que essas foram direcionadas à saúde do adulto em detrimento da saúde mental infantojuvenil. Enquanto outros trazem uma crítica quanto ao modelo biomédico apresentado na formação, o qual tinha como foco a patologia ao invés da do cuidado com o sujeito em si, tal como preconiza a atenção psicossocial.

[...] na graduação, ahm, na graduação a saúde mental, a questão da saúde mental da infância e adolescência era basicamente na via da psicopatologia né. Da psicopatologia, dos sintomas né, do diagnóstico né, na linha do DSM-IV né, da questão do transtorno, diagnóstico e tratamento né [...] mas naquela época não tinha saúde pública e saúde coletiva na graduação, não tive contato né, não nada nada assim. E3

Não, nas práticas, eu não fiz prática. Eu tive duas disciplinas, mental 1 e mental 2, que era voltado pra isso, pra essas questões dos transtornos. E4

Sim, eu fiz estágio na, no Presidente Vargas, também na área da psiquiatria. Fiz, eu peguei, fiz, fiz um mês. Não, era só adulto. E7

Só teórica, a prática não. Porque a gente faz mais estágio em hospital, né, mais para aprender a aspirar. [Mas pensando na tua disciplina de saúde mental, vocês viram alguma coisa de criança e adolescente, que tu lembre?] Não, foi mais para adulto. E8

Analisando mais amplamente a questão da formação profissional apontada acima, identificamos que, dos 10 profissionais entrevistados, 6 deles têm como pré-requisito para exercer suas atividades profissionais nos atuais locais de trabalho o nível de graduação. Desses 6 entrevistados, 5 formaram-se antes de 2011, ano no qual foi lançada a portaria que instituiu a RAPS e reordenou o cuidado em saúde mental ofertado à população. Tais constatações vão ao encontro da realidade destacada também por Occhiuzzo, Lemos e Silva (2021), que ressalta que muitos profissionais que atuam no sistema atual vigente, não tiveram currículos que os prepararam para intervirem no cenário atual, justamente por terem se graduado em um contexto em que as políticas públicas de assistência à saúde mental infantojuvenil eram diferentes em seus princípios e pressupostos.

Ademais, há historicamente uma invisibilidade das questões específicas de saúde mental infantojuvenil, o que leva os profissionais a pautarem possivelmente sua compreensão e manejo em estratégias de cuidado direcionadas à população adulta (MACEDO; FONTENELE; DIMENSTEIN, 2018). Isso pode ser justificado pelas lacunas na formação, tal como identificado pelos entrevistados acima.

Quanto à participação em propostas de educação permanente na área, quando já atuantes na RAPS do município, muitos entrevistados referem não ter tido experiências:

Não, não cheguei a participar. E2

É eu acho que a coordenação, acho que tá empenhada em capacitar né, eu acho, tô gostando, assim [...]. E até agora não teve nada de saúde mental assim, mas a gente já teve pré-natal, sífilis, capacitações voltadas né. E4

Mas a gente não teve, não tem nada [de capacitação]. E7

Lacunas na educação em trabalho dos profissionais da atenção primária é assunto discutido na literatura. Occhiuzzo, Lemos e Silva (2021), em pesquisa envolvendo enfermeiros atuantes em equipes de saúde da família, identificaram falta de incentivo da gestão em relação à capacitação em questões de saúde mental, assim como pouca experiência na área por parte dos trabalhadores e deficiências na formação acadêmica.

Dentre aqueles entrevistados que participaram de alguma ação, três experiências são destacadas como significativas pelos trabalhadores da atenção primária. Uma delas trata-se do projeto *Percursos Formativos na RAPS*, proposta de educação permanente em saúde, na qual profissionais de redes em formação realizaram intercâmbio em redes preceptoras, oportunizando, com isso, a troca de experiências entre os trabalhadores de diferentes municípios brasileiros, bem como a ampliação do repertório de intervenções possíveis na saúde mental. Guaíba (RS) foi selecionada como rede em formação nesse projeto e enviou 23 profissionais para intercâmbio na RAPS de Santo André (SP), rede preceptora, entre 2014 e 2015.

Essa, no caso, sim, né, que eu te falei desse curso que a gente fez lá com essa senhora lá de São Paulo. E7

O percurso, ele mudou minha maneira de ver saúde mental assim é porque saúde mental para certas pessoas, tudo é visto com medo e preconceito: "Ah! O paciente que está surtando, não vou nem olhar, não é para mim, é Regional, SAMU e CAPS". Eu acho que não. E eu acho assim que a acolhida tem toda a diferença, né. Tu entender aquele momento, tu valorizar aquela queixa da pessoa, né. E10

De acordo com Weber *et al.* (2021), a participação dos profissionais da rede de saúde de Guaíba (RS) no *Percursos Formativos na RAPS* levou ao desenvolvimento de senso crítico-reflexivo quanto às práticas em saúde mental, gerando, com isso, sentimento de necessidade de inovação destas. Tais constatações são corroboradas

pelas entrevistadas mencionadas acima que revelam o impacto do intercâmbio na forma de compreenderem e intervirem junto às demandas de saúde mental.

A segunda experiência mencionada pelos entrevistados E6 e E8, compreende um período de vivência da rotina dos CAPS do município por alguns profissionais, que remete também à ideia de um intercâmbio tal como o *Percursos Formativos na RAPS*, mas dentro do próprio município, em menor escala. Há evidências de que propostas de educação permanente, tais como essas, que se utilizam da experiência como elemento pedagógico, mostram-se potentes e geram qualificação do trabalho na RAPS (WEBER *et al.*, 2021).

Não, na verdade eu quando eu entrei ainda, que foi em 2015, eu fiquei uma semana lá no CAPS, aí eu fui nos dois, acho que é o de crianças e adolescentes e depois teve o de álcool e drogas [...] eu ia direto para lá uns dias. Eu pude acompanhar um pouco a rotina do pessoal assim e ver os programas que tinham ali. E6

A gente teve um tempo, quando a gente entrou aqui [...] a gente ficava lá nos CAPS acompanhando. Uma semana a gente ficou nos CAPS, lá. Só que assim a gente ficava mais de observação, observar, né! Eu fiquei no CAPS que era adulto. E8

Uma terceira ação identificada, ao longo das entrevistas, trata-se do matriciamento realizado em conjunto entre serviços da atenção primária e as equipes dos CAPS do município.

E onde se discute mais os casos realmente é em matriciamento, que daí, às vezes, as enfermeiras levam um caso tal, às vezes levam direto pro matriciamento, nem sei daquele caso, enfim, daí acontece [...]. O matriciamento na verdade é aquele espaço que a gente tem pra discutir aqueles casos que a gente fica na dúvida. E2

Agora a gente participa, fica melhor. Aí a gente consegue interagir e entender. É melhor elas explicando ou a gente tirando as dúvidas, para a gente passar depois, do que só um recado. Ah, tipo “Vai lá no paciente tal, diz para ele vir aqui ou entrega isso aqui”, a gente nem sabe o que tá fazendo. Assim não, a gente sabe que tem que ir por esse motivo, o jeito de agir, né! E5

Entretanto, chama a atenção o fato de os profissionais referirem-se a essa estratégia em suas falas, mas não a identificarem explicitamente como uma experiência de educação na saúde, somente quando instigados a falar sobre. Conforme Santos (2019b), em pesquisa também desenvolvida no município de Guaíba (RS), os profissionais da APS apresentam dificuldade de compreender que o apoio matricial é uma ferramenta de EPS e que a discussão de casos nesse espaço implica em troca de saberes e conseqüentemente, educação. Logo, ampliar o

entendimento sobre esse recurso é necessário, a fim de explorar melhor seu potencial, que consiste na construção de uma proposta de trabalho e cuidado aos usuários cada vez mais coletiva.

O apoio matricial, enquanto ferramenta teórico-pedagógica, propõe a capacitação de equipes com base na análise da prática do trabalho, assim como na troca entre equipe de referência e de apoio matricial. Ancorada nos princípios da atenção psicossocial, reforça a integração entre equipes e o trabalho colaborativo, rompendo com a lógica da verticalização dos conhecimentos, bem como de encaminhamento, referência e contrarreferência (CAMPOS; BEZERRA; JORGE, 2020). Além disso, propõe uma compreensão mais ampla do processo saúde-doença, logo uma reorganização nos modos de cuidar (OLIVEIRA *et al.*, 2021).

De acordo com Queiroz (2020), o matriciamento pode ser compreendido como um processo de aprendizagem coletivo: “[...] considerando-se que seu sucesso é diretamente proporcional ao potencial resolutivo e do compromisso assumido pela equipe. Esse último reflete na melhoria da qualidade do serviço prestado à população” (p. 101).

A discussão dos casos no matriciamento é compreendida como uma ação de educação pelos entrevistados. Entretanto, críticas são feitas quanto ao caráter mais restrito deste, o qual poderia abarcar discussões mais ampliadas:

E o matriciamento ele tem ficado muito centrado nisso assim, na, na discussão dos casos pra gente dar o devido encaminhamento, pra agilizar que aquela criança, aquele adolescente, sejam atendidos, né, então fica muito focado nisso acho que a gente não, acho que a gente poderia explorar mais essa questão de estudar de, de, de trazer um tema pra pensar, pra conversar, pra né, acho que a gente tem pouco tempo pra estudo e, então, matriciamento tem sido assim, com a equipe da infância, a gente se detém na discussão das situações dos casos, tanto por parte da UBS, tanto por partedo CAPS, pra dar uma resolutividade mais rápido possível, dá o encaminhamento. E3

Eu não sei, sinceramente, já me falaram, foi falado pra mim que matriciamento não é uma passagem de caso, é uma questão de educação mesmo, de tratar, num contexto geral de atendimento, de como tratar o paciente, enfim [...]. Mas eu, pra mim, eu sinceramente ainda não consigo ver dessa forma. E4

A necessidade de mais ações de capacitação e educação permanente para instrumentar os trabalhadores a intervir junto às demandas relacionadas à saúde mental de crianças e adolescentes, está evidenciada nos recortes das entrevistas abaixo:

Mas eu acho bem importante, bem válido, digamos, até porque tem pessoas novas na rede, existir esse tipo de educação continuada para a parte da psicologia, dessa parte do cuidado do paciente da saúde mental. Eu acho importante, participaria com certeza. E1

Pelo município, já faz muito tempo que a gente não faz nenhum tipo de curso mesmo, né! [...] Claro, que se a gente pudesse ter mais ações, mais capacitação, cursos, que a gente sente falta, né, cursos, palestras. E7

Mas acho que tinha que ter mais que fosse mais divulgado, mais ações do município em função de saúde mental, de crianças e adolescentes. E9

Macedo, Fontanele e Dimenstein (2018) referem que o investimento em educação permanente dos trabalhadores que oportunize aprendizado em consonância com o território e contextos específicos de trabalho deve ser priorizado quando se trata de saúde mental de crianças e adolescentes. Da mesma forma, Lourenço, Matsukura e Cid (2020) reforçam que, para além da formação na graduação, deve-se considerar a relevância da formação continuada dos trabalhadores da atenção primária, a fim de potencializar as ações desenvolvidas no território que digam respeito à SMCA, bem como ampliar a compreensão das questões relativas a esse campo.

Ter profissionais capacitados e com habilidades condizentes ao seu campo de trabalho repercute em melhor planejamento e execução das intervenções com o paciente e sua família (SANTOS *et al.*, 2020). Tal necessidade de capacitação é premente, ainda mais se considerarmos que muitos profissionais na sua atuação sinalizam terem dificuldades na abordagem dos problemas de saúde mental de crianças ou adolescentes ou, até mesmo, não se interessam por trabalhar com tal público da mesma forma que com pessoas de outras faixas etárias, como percebe-se nas falas abaixo. Tais questões podem, inclusive, estar associadas a lacunas na graduação, visto que muitos apontarem uma formação atravessada ainda pelo modelo biomédico e focada na saúde mental do adulto.

E eu, particularmente, não é um público que eu tenha maior interesse assim, eu prefiro trabalhar com adultos. Prefiro trabalhar com adultos, então não é um público que me desperte muito interesse assim pra “Ah vou fazer algo específico né com crianças e adolescentes”, prefiro adultos. E2

Então essas questões que é um pouquinho diferente, acho que adulto é mais fácil de diagnosticar, criança acho que quando só se a doença é muito alarmante pra ti identificar, senão tu fica naquela questão “Ah acho que é depressão, é falta de carinho”, enfim. E4

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A organização da rede de atenção psicossocial, tal como preconizado pela Portaria 3.088/2011, já é uma realidade em Guaíba (RS), e a assistência em saúde mental às crianças e adolescentes do município vem se dando em seus diferentes pontos de atenção. A relevância do cuidado ofertado na atenção básica – porta de entrada da RAPS – em resposta aos problemas de saúde mental infantojuvenil é inquestionável, principalmente no que tange às iniciativas de promoção de saúde e prevenção de agravos.

Tais iniciativas mostram-se potentes, ainda mais se considerarmos que muitos problemas de saúde mental que se iniciam no período da infância e adolescência, se não tratados adequadamente, evoluem de forma crônica, além de impactarem na qualidade de vida e produtividade na vida adulta. Identificar o sofrimento psíquico precocemente e prevenir tal agravamento, além de impactar positivamente na saúde das pessoas, também reduz gastos públicos com tratamentos de média e longa duração (FATORI *et al.*, 2018).

No presente estudo, percebemos os profissionais entrevistados sensíveis às questões de saúde mental infantojuvenil, assim como a seus determinantes e condicionantes, trazendo em seus discursos entendimento do caráter complexo e multideterminado que abarca o sofrimento psíquico. Como potencialidades do cuidado ofertado na atenção básica, destacam-se a utilização das tecnologias leves e ferramentas relacionais, como, por exemplo: o acolhimento, escuta empática e vínculo; o trabalho implicado e colaborativo empreendido pelas equipes; a estrutura física quando contemplando espaço e materiais adequados ao atendimento do público infantojuvenil; assim como a motivação dos usuários e familiares para o tratamento.

Entretanto, alguns desafios estão postos ao desenvolvimento da assistência efetiva e operadora de cuidado em relação às crianças e adolescentes. Ao se referirem às intervenções realizadas na atenção primária, os entrevistados sinalizam que predominantemente estas se dão de forma individualizada e curativa, apesar de compreenderem a relevância das propostas de promoção e prevenção. As ações desenvolvidas com esse foco, assim como aquelas realizadas em espaços coletivos, são praticamente ausentes no cotidiano de trabalho no que tange à abordagem de problemas de saúde mental. Atribuímos esse hiato à prioridade dada na atenção

primária às ações de enfrentamento da covid-19, demanda que ocupou a agenda dos serviços nos últimos dois anos. Todavia, observamos ainda resquícios do paradigma biomédico permeando as ações em diferentes níveis de atenção, inclusive no primário.

Constatamos que a transição para o modelo de cuidado embasado no paradigma psicossocial está em andamento, apresentando avanços, mas também retrocessos. Tal fenômeno é observado a nível municipal, mas também no cenário nacional. Ainda se observam ações em respostas às questões de saúde mental, inclusive de crianças e adolescentes, de cunho curativo, que priorizam a medicalização, tendo como foco a doença e não os sujeitos. Entretanto, tanto o modelo psicossocial preconizado pela reforma psiquiátrica quanto o modelo de atenção proposto pela Estratégia da Saúde da Família, tem buscado reverter tal perspectiva ao problematizar o processo saúde-doença e trazer o usuário para ocupar o lugar de protagonista em seu cuidado, realocando os profissionais para a posição de acompanhantes desse processo e não meros prescritores de condutas.

Além de superar o modelo biomédico de cuidado, outros desafios também são prementes à atenção primária na garantia da atenção psicossocial infantojuvenil, tais como: a ampliação da articulação de ações a nível intersetorial; garantia de condições físicas, materiais e de recursos humanos mínimos; implicação das equipes em relação aos encaminhamentos entre pontos de atenção; proposição de ações que gerem a adesão e motivação das crianças e adolescentes para o tratamento; além de formação dos profissionais de saúde em consonância com a política de saúde mental infantojuvenil e ações de educação em trabalho que capacitem os trabalhadores em seu fazer.

Quanto à formação, verificamos ainda currículos em que a abordagem da saúde mental é quase inexistente ou, quando presente, atravessada pelo paradigma biomédico. Além disso, observamos que a temática saúde mental infantojuvenil, que leve em conta as especificidades dessa área, é pouco estudada, tomando-se o parâmetro do cuidado ofertado aos adultos como base para o ensino na saúde.

No que diz respeito à educação em trabalho, evidenciamos que algumas ações pontuais vêm sanando as lacunas da formação, entretanto, sem haver uma proposta contínua e que considere a realidade de trabalho dos profissionais. Uma das estratégias possíveis em resposta a esse desafio é a educação permanente em saúde

mental, considerando os diferentes pontos de atenção, visto ser importante haver um investimento não somente na formação profissional, mas também na educação daqueles atuantes nos serviços, considerando os contextos de trabalho, bem como o cotidiano e desafios que neles se apresentam.

A relevância da educação permanente se amplia ainda mais, a partir dos desafios que se colocam a partir do desmonte da política de saúde mental brasileira, bem como da política nacional da atenção básica. Imprescindível retomarmos o conceito de educar, tal como Ceccim e Ferla (2008) contextualizaram no período da reforma sanitária brasileira, o qual contemplava não somente a transferência de conhecimento entre gerações profissionais, mas prezava pela “formação de um quadro de militantes do setor da saúde” (CECCIM; FERLA, 2008, p. 3). É de suma importância formar trabalhadores militantes em saúde mental, em especial a infantojuvenil, que lutem pelos direitos do cuidado em liberdade, de base comunitária e psicossocial, assim como resistam à pressão da política atual que privilegia espaços de confinamento e exclusão na (des)assistência.

Da mesma forma, problematizar as alterações que a atenção primária em saúde vem sofrendo é necessário, visto impactarem diretamente na atenção psicossocial de crianças e adolescentes. Citamos aqui como exemplo a diminuição de ACSs contratados e aumento das atribuições daqueles restantes por agregarem ações condizentes com os agentes de endemias, tal como induzido pela PNAB 2017, o que afeta diretamente o cuidado em saúde mental, pois esses profissionais e seu fazer são essenciais para identificação precoce do sofrimento psíquico das crianças e adolescentes, bem como na atuação junto à equipe na assistência às questões que demandam atendimento. Além desse retrocesso, assistimos, nos últimos dois anos, ao desfinanciamento federal do NASF-AB, bem como flexibilização da forma de contratação dos profissionais que o compõem, o que conseqüentemente vem gerando desinvestimento de tal proposta de suporte especializado às equipes de atenção básica e de saúde da família. Frisamos que, diante da complexidade e diversidade dos problemas identificados na APS, a atenção em saúde mental é umas atividades estratégicas dentre as quais as equipes requerem suporte do NASF-AB, ficando desassistida a partir das alterações propostas pelo Ministério da Saúde na Nota nº 3/2020 (BRASIL, 2020).

Consideramos que os objetivos da presente pesquisa foram alcançados, reforçando a necessidade de reflexão, planejamento e efetivação de estratégias de cuidado condizentes com a política de saúde mental infantojuvenil e atenção básica preconizadas pelas reformas sanitária e psiquiátrica. Como limitação, identificamos o fato de o estudo ter realizado somente um recorte local, que abarcou a atenção primária à saúde do município de Guaíba (RS), porém acreditamos que seus resultados contemplem e possam ser ampliados a outros cenários brasileiros. Como sugestão para futuras pesquisas, consideramos abordar, junto às crianças e adolescentes, as percepções sobre suas trajetórias de atendimento na atenção básica, bem como os desafios e potencialidades do cuidado recebido em saúde mental nesse nível de atenção, colocando-os assim no lugar de protagonistas não só do cuidado, mas também da produção de conhecimento em saúde.

Por fim, em resposta a alguns dos desafios apontados pelos entrevistados na pesquisa e como desdobramento dessa dissertação de Mestrado Profissional em Ensino na Saúde, foram elaborados dois produtos técnicos (ver apêndice E): uma cartilha sobre saúde mental infantojuvenil e um relatório de pesquisa. A cartilha contempla um conjunto de informações direcionadas a profissionais da atenção primária à saúde e sua disponibilização se dará por meio digital, visando, com isso, oferecer um dispositivo de pesquisa e leitura a ser utilizado a qualquer tempo, informando ou reforçando conhecimentos já adquiridos pelos profissionais da atenção primária no que diz respeito à atenção à saúde mental de crianças e adolescentes. Esperamos que esse material consiga sanar dúvidas, a partir das informações ofertadas, contribuindo assim na tomada de decisões no cotidiano de trabalho. O relatório de pesquisa será apresentado aos coordenadores da saúde mental e da atenção básica, assim como aos gestores da Secretaria de Saúde do município de Guaíba (RS), para que possa contribuir no aprimoramento da atenção ofertada no nível da atenção primária à saúde, assim como embasar ações de educação permanente futuras.

REFERÊNCIAS

ABERASTURY, A. **Psicanálise da Criança: teoria e técnica**. 8. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012.

ALMEIDA, I. L. L. *et al.* Isolamento social e seu impacto no desenvolvimento de crianças e adolescentes: uma revisão sistemática. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 40, p. 1-9, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1984-0462/2022/40/2020385>. Acesso em: 02 set. 2022.

ALMEIDA, R. S. *et al.* **Saúde Mental da criança e do adolescente**. 2. ed. Barueri: Manole, 2019.

ALVES, A. A. M.; RODRIGUES, N. F. R. Determinantes sociais e econômicos da saúde mental. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, Lisboa, vol. 28, n. 2, p. 127-131, jul./dez. 2010. Disponível em: <https://www.elsevier.es/en-revista-revista-portuguesa-saude-publica-323-resumen-determinantes-sociais-e-economicos-da-S0870902510700031>. Acesso em: 01 set. 2022.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.

BATTISTELLI, B. M.; CRUZ, L. R. Saúde Mental na Infância: cuidado e cotidiano nas políticas públicas. **Revista Polis Psique**, Porto Alegre, v. 6, n. 3, p. 187-205, dez. 2016. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2238-152X2016000300011&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 20 set. 2022.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 18 dez. 2020.

BRASIL. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm. Acesso em: 18 dez. 2020.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 18 dez. 2020.

BRASIL. **Lei nº 10.216, de 3 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF: Presidência da República, 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: 18 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002**. Dispõe sobre os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, para atendimento público em saúde mental, isto é, pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo. Brasília, DF: Ministério da Saúde, fev. 2002. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html. Acesso em: 05 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/05_0887_M.pdf. Acesso em: 17 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 648, de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0648_28_03_2006_comp.html. Acesso em: 18 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007**. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html. Acesso em: 17 out. 2022.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. **Decreto Nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007**. Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2007b. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=1726-saudenaescola-decreto6286-pdf&category_slug=documentos-pdf&Itemid=30192. Acesso em: 11 dez. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_crianças_famílias_violências.pdf. Acesso em: 18 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS**, 4. ed. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2010b. (Série B. Textos Básicos de Saúde.) Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizaus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf. Acesso em: 18 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010.** Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010c. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: 17 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011.** Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 01 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em: 14 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Cadernos de Atenção Básica: Saúde mental.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34). Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf. Acesso em: 18 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional do Ministério Público. **Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS:** tecendo redes para garantir direitos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_psicossocial_crianças_adolescentes_sus.pdf. Acesso em: 18 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2017a. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 18 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.194, de 28 de novembro de 2017.** Dispõe sobre o Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde - PRO EPS-SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3194_30_11_2017.html. Acesso em: 14 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Nota Técnica nº11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <https://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>. Acesso em: 18 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde Secretaria de Atenção Primária à Saúde Departamento de Saúde da Família. **Nota Técnica Nº 3/2020-DESF/SAPS/MS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/01/NT-NASF-AB-e-Previne-Brasil.pdf>. Acesso em: 18 out. 2022.

CABRAL, K. V. O momento atual da sindemia. *In: Curso Nacional de Saúde Mental e Atenção Psicossocial na COVID-19: Reconstrução Pós-Desastres e Emergências em Saúde Mental*. Cartilha, módulo I. p. 1-22, 2022.

CAMPOS, D. B.; BEZERRA, I. C.; JORGE, M. S. B. Produção do cuidado em saúde mental: práticas territoriais na rede psicossocial. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00231>. Acesso em: 15 ago. 2021.

CAMPOS, D. B.; BEZERRA, I. C.; JORGE, M. S. B. Tecnologias do cuidado em saúde mental: práticas e processos da atenção primária. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 71, n. 5, p. 2228-2236, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0478>. Acesso em: 22 set. 2021.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 443-456, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1981-77462008000300003>. Acesso em: 12 maio 2022.

CHACRA, F. C.; ZANOLLI, M. L. Uma experiência de abordagem psicossocial em pediatria. *In: SURJUS, L. T. L. S.; MOYSÉS, M. A. A. (orgs). Saúde mental infantojuvenil: Territórios, políticas e clínicas de resistência*. Santos: Unifesp/ Abrasme, 2019. p. 70-84. Disponível em: <https://www.unifesp.br/campus/san7/images/pdfs/Saude%20Mental%20Infantojuvenil.pdf>. Acesso em: 14 set. 2022.

CID, M. F. B. *et al.* Saúde mental infantil e contexto escolar: as percepções dos educadores. **Pro-Posições**, Campinas, v. 30, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-6248-2017-0093>. Acesso: 14 set. 2022.

COUTO, M. C. V.; DELGADO, P. G. G. Crianças e adolescentes na agenda política da saúde mental brasileira: inclusão tardia, desafios atuais. **Psicologia Clínica**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 17-40, jan./jun. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-56652015000100002>. Acesso em: 18 dez. 2020.

COUTO, M. C. V.; DUARTE, C. S.; DELGADO, P. G. G. A saúde mental infantil na Saúde Pública brasileira: situação atual e desafios. **Revista Brasileira de**

Psiquiatria, São Paulo, v. 30, n. 4, p. 384-389, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1516-44462008000400015>. Acesso em: 18 dez. 2020.

CRUZ, N. F. O., GONÇALVES, R. W.; DELGADO, P. G. G. Retrocesso da reforma psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00285>. Acesso em: 1 jul. 2022.

DELGADO, P. G. Reforma psiquiátrica: estratégias para resistir ao desmonte. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00212>. Acesso em: 3 jul. 2022.

FATORI, D. *et al.* Prevalência de problemas de saúde mental na infância na atenção primária. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 9, p. 3013-3020, set. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018239.25332016>. Acesso em: 14 ago. 2022.

FERNANDES, A. D. S. A.; MATSUKURA, T. S.; LOURENÇO, M. S. G. Práticas de cuidado em saúde mental na Atenção Básica: identificando pesquisas no contexto brasileiro. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, São Carlos, v. 26, n. 04, p. 904-914, dez. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAR1162>. Acesso em: 20 set. 2022.

FERNANDES, A. D. S. A.; TAÑO, B. L.; MATSUKURA, T. S. O cuidado em saúde mental infantojuvenil na atenção básica à saúde: singularidades territoriais. *In*: FERNANDES, A. D. S. A.; TAÑO, B. L.; CID, M. F. B.; MATSUKURA, T. S. (orgs.). **Saúde mental de crianças e adolescentes e atenção psicossocial**. Santana de Parnaíba: Editora Manole, 2021. p. 204-221.

FONSECA, P. H. N. *et al.* Autolesão sem intenção suicida entre adolescentes. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 70, n. 3, p. 246-258, 2018. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672018000300017. Acesso em: 06 set. 2022.

GADAGNOTO, T. C. *et al.* Repercussões emocionais da pandemia da COVID-19 em adolescentes: desafios à saúde pública. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 56, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0424>. Acesso em: 02 set. 2022.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GIOVANELLA, L.; FRANCO, C. M.; ALMEIDA, P. F. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos?. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1475-1482, mar. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.01842020>. Acesso em: 09 set. 2022.

GLAZIER, J. D.; POWELL, R. R. **Qualitative research in information management**. Englewood: Libraries Unlimited, 2011.

GOMES, F. M. A. *et al.* Saúde mental infantil na atenção primária à saúde: discursos de profissionais médicos. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 244-258, jan./mar. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015000100019>. Acesso em: 5 set. 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Estimativas da população residente no Brasil e unidades da federação com data de referência em 1º de julho de 2021**. Rio de Janeiro: Diretoria de Pesquisas, 2021. Disponível em: https://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2021/estimativa_dou_2021.pdf. Acesso em: 14 set. 2021.

KANTORSKI, L. P. *et al.* Atenção psicossocial infantojuvenil: interfaces com a rede de saúde pelo sistema de referência e contrarreferência. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 26, n. 3, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072017001890014>. Acesso em: 19 ago. 2022.

LEITE, J. T. *et al.* Enfrentamento da violência doméstica contra crianças e adolescentes na perspectiva de enfermeiros da atenção básica. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 37, n. 2, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.02.55796>. Acesso em: 06 set. 2022.

LIBERATI, W.D. **Adolescente e Ato Infracional**: Medida Sócio-Educativa é pena? São Paulo: Malheiros, 2003.

LOURENÇO, M. S. G.; MATSUKURA, T. S.; CID, M. F. B. A saúde mental infantojuvenil sob a ótica de gestores da Atenção Básica à Saúde: possibilidades e desafios. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, São Carlos, v. 28, n. 3, p. 809-828, jul./set. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO2026>. Acesso em: 05 dez. 2020.

MACEDO, J. P.; FONTENELE, M. G.; DIMENSTEIN, M. Saúde Mental Infantojuvenil: Desafios da Regionalização da Assistência no Brasil. **Revista Polis E Psique**, Porto Alegre, v. 8, n. 1, p. 112-131, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.22456/2238-152X.80421>. Acesso em: 20 set. 2022.

MÂNGIA, E. F. Formação e educação permanente para produzir boas práticas em saúde mental. **Revista De Terapia Ocupacional da Universidade De São Paulo**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. i-ii, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v20i2pi-ii>. Acesso em: 05 dez. 2020.

MELO, D.; TSCHIEDEL, R. G. A promoção de saúde mental infantil: das potencialidades da atenção básica. *In*: PAULON, S. M.; LONDERO, M. F. P. **Saúde mental na atenção básica**: o pesquisar como cuidado. Porto Alegre: Editora Rede UNIDA, 2019, p. 143-163.

MENDES, A.; CARNUT, L. NASF, porrete e bolsonarismo. **Domingueira**, São Paulo, n. 06, ed. esp., fev. 2020. Disponível em:

<http://idisa.org.br/domingueira/domingueira-n-06-fevereiro-2020-edicao-especial>. Acesso em: 09 set. 2022.

MERHY, E. E.; CHAKOUR, M. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. *In*: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (orgs.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997. p.113-150.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. *In*: MERHY, E. E. *et al.* (orgs.). **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes**. Rio de Janeiro: Hexis, 2016. p. 59-72. *E-book*. Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/wp-content/uploads/2021/05/Livro-Politicase-Cuidados-em-Saude-Livro-1-%E2%80%93-Avaliacao-Compartilhada-do-Cuidado-em-Saude-Surpreendendo-o-Instituido-nas-Redes.pdf>. Acesso em: 01 dez. 2020.

MEYER, D. E.; FELIX, J.; VASCONCELOS, M. F. F. Por uma educação que se movimente como maré e inunde os cotidianos de serviços de saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 17, n. 47, p. 859-871, dez. 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832013005000033>. Acesso em: 14 dez. 2020.

MINAYO, M. C. S. (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 21. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2002.

MITRE, S. M. *et al.* Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 2133 - 2144, dez. 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000900018>. Acesso em: 01 dez. 2020.

MOREIRA, M. F.; NÓBREGA, M. M. L.; SILVA, M. I. T. Comunicação escrita: contribuição para a elaboração de material educativo em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem** Brasília, DF, v. 56, n. 2, abr. 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672003000200015>. Acesso em: 15 ago. 2021.

OCCHIUZZO, A. R. S.; LEMOS, M. S.; SILVA, M. F. O. C. Concepções sobre saúde mental infantojuvenil de enfermeiros da estratégia saúde da família. **Revista da SPAGESP**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 1, p. 67-82, jan./jun. 2021. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702021000100006. Acesso em: 22 set. 2021.

OLIVEIRA P. S. *et al.* Apoio matricial em saúde mental infantojuvenil na Atenção Primária à Saúde: pesquisa intervenção socioclínica institucional. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 55, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020016803731>. Acesso em: 15 ago. 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE; FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde. Alma-Ata, URSS, set. 1978. Geneva: ONU, 1978.

PAIVA, E. D. *et al.* Comportamento infantil durante o distanciamento social na pandemia de COVID-19. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 74, n. 1, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0762>. Acesso em: 18 set. 2022.

PINTO, H. A. Análise da mudança da política nacional de atenção básica. **Saúde em Redes**, Porto Alegre, v. 4, n. 2, p. 191-217, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.18310/2446-4813.2018v4n2p191-217>. Acesso em: 9 set. 2022.

QUEIROZ, V. D. C. **Saúde mental e atenção primária em saúde: uma interface necessária**. Curitiba: Appris, 2020.

QUESADA, A. A. *et al.* **Cartilha para prevenção da automutilação e do suicídio: orientações para educadores e profissionais da saúde**. Fortaleza: Fundação Demócrito Rocha, 2020. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_prevencao_automutilacao_suicidio_orientacoes_educadores_profissionais_saude.pdf. Acesso em: 20 out. 2022.

RIZZINI, I. **O século perdido: raízes históricas das políticas públicas para a infância no Brasil**. Rio de Janeiro: EDUSU/AMAIS, 1997.

SANTOS, A. S. M. **A saúde mental infantojuvenil e atenção básica: um estudo de caso**. 2019. 119 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) – Universidade Aberta do SUS, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2019a. Disponível em: <https://repositorio.unifesp.br/handle/11600/59181>. Acesso em: 20 out. 2022.

SANTOS, E.M. **Análise do apoio matricial como dispositivo de educação permanente em saúde mental para os trabalhadores da atenção primária em saúde no município de Guaíba/RS**. 2019. 121 f. Dissertação (Mestrado em Ensino na Saúde) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2019b. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/194341/001092089.pdf?sequence=1&iAllowed=y>. Acesso em 11 dez. 2022.

SANTOS, R. *et al.* Atuação do enfermeiro no atendimento ao público infantojuvenil em sofrimento mental: uma revisão integrativa. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, Porto, n. 24, p. 69-78, dez. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.19131/rpesm.0283>. Acesso em: 17 ago. 2022.

SIBEMBERG, N. Política e clínica: a infância e a adolescência nas políticas de saúde mental no Brasil. *In*: Instituto APPOA e Associação Psicanalítica de Porto Alegre (Org.). **Quem cuida da saúde mental infantojuvenil?** Porto Alegre: Instituto APPOA e Associação Psicanalítica de Porto Alegre, 2019. p. 21-39.

SILVA, J. A. M. *et al.* Educação interprofissional e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 49, ed. esp. 2, p. 6-24, dez. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000800003>. Acesso em: 14 set. 2022.

SILVA, J. F. *et al.* Adolescência e saúde mental: a perspectiva de profissionais da Atenção Básica em Saúde. **Interface**, Botucatu, v. 23, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.180630>. Acesso em: 14 ago. 2021.

TAÑO, B. L.; MATSUKURA, T. S. Intersectorialidade e cuidado em saúde mental: experiências dos CAPSij da Região Sudeste do Brasil. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 29, n.1, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312019290108>. Acesso em: 20 set. 2022.

TAUSCH, A. *et al.* Strengthening mental health responses to COVID-19 in the Americas: a health policy analysis and recommendations. **The Lancet Regional Health – Americas**, Londres, v. 5, jan. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.lana.2021.100118>. Acesso em: 9 jun. 2022.

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. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1933-1942, jun. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017226.06892016>. Acesso em: 20 set. 2022.

TESSER, C.D.; SOUSA, I.M.C. Atenção primária, atenção psicossocial, práticas integrativas e complementares e suas afinidades eletivas. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 336-350, jun. 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902012000200008>. Acesso em: 19 ago. 2022.

VAZQUEZ, D. A. *et al.* Vida sem escola e saúde mental dos estudantes de escolas públicas na pandemia de Covid-19. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 46, n. 133, p. 304-317, abr./jun. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202213304>. Acesso em: 02 set. 2022.

VINUTO J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. **Temáticas**, Campinas, v. 22, n. 44, p. 203-220, ago/dez. 2014. Disponível em: [file:///C:/Users/user/Downloads/Texto+do+artigo-18568-1-10-20191002%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/user/Downloads/Texto+do+artigo-18568-1-10-20191002%20(2).pdf) Acesso em: 10 dez. 2022.

WEBER, L. **Avaliação da primeira etapa do projeto “Percursos formativos na rede de atenção psicossocial (RAPS): intercâmbio entre experiências” no município de Guaíba/RS**. 2017. 92 f. Dissertação (Mestrado em Ensino na Saúde) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2017. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10183/158201>. Acesso em 20 out. 2022.

WEBER, L.; ROSA, R. S. A importância da política nacional de educação permanente em saúde como ferramenta estratégica para a consolidação da rede de atenção psicossocial. **Saberes Plurais: Educação na Saúde**, Porto Alegre, v. 2, n. 3, p. 55-62, dez. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.54909/sp.v2i3.87391>. Acesso em: 01 dez. 2020.

WEBER, L. *et al.* Percurso formativo na Rede de Atenção Psicossocial: Inovação e transformação nas práticas em saúde mental. **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool E Drogas**, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 37-46, jul./set. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2020.169923>. Acesso em: 21 set. 2022.

YASUI, S.; LUZIO, C. A.; AMARANTE, P. Atenção psicossocial e atenção básica: a vida como ela é no território. **Revista Polis e Psique**, Porto Alegre, v. 8, n. 1, p. 173-190, abr. 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.22456/2238-152X.80426>. Acesso em: 20 set. 2022.

APÊNDICE A – ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Bloco 1 – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Entrevistado N°: _____

Sexo: (F) Feminino (M) Masculino

Profissão: _____

UBS/ESF: _____

Data da Entrevista: ____/____/____

Bloco 2 – ATUAÇÃO PROFISSIONAL

- 1 Quais demandas de saúde mental infantojuvenil chegam ao serviço que atua?
- 2 Como é feita a avaliação dessas demandas?
- 3 Quando a criança ou adolescente necessita de cuidado em saúde mental, o que é ofertado na UBS/ESF?
- 4 Como percebe a UBS/ESF como local de cuidado em saúde mental, quais as potencialidades do local?
- 5 Quais são os desafios percebidos na oferta da atenção psicossocial a crianças e adolescentes?

Bloco 3 – FORMAÇÃO

- 6 Qual o local, instituição e ano de formação?
- 7 O currículo contemplava disciplinas relacionadas à saúde mental, em especial, a infantojuvenil?
- 8 Participou de atividades de educação permanente que qualificaram tua atuação na atenção à saúde mental de crianças e adolescentes?

APÊNDICE B – CONVITE PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA

Prezado (a) _____,

Temos a grata satisfação de convidá-lo a participar de um estudo sobre atenção à saúde mental infantojuvenil, através da pesquisa intitulada “**Potencialidades e desafios do cuidado em saúde mental a crianças e adolescentes na atenção primária à saúde do município de Guaíba (RS)**”.

A entrevista terá lugar na sua unidade de saúde, em dia e horário a ser combinado. Em anexo, enviamos cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para prévia ciência.

Desde já, agradecemos a sua participação no estudo.

Atenciosamente,

Danilo Blank (Pesquisador principal e orientador)

Professor titular do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde

Faculdade de Medicina/UFRGS

Ana Cláudia Müller (Pesquisadora assistente e mestranda)

Discente do Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde

Faculdade de Medicina/UFRGS

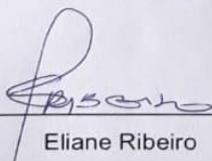
APÊNDICE C – TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL PARA PESQUISA**TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL PARA PESQUISA**

Eu, Eliane Ribeiro, Secretária Municipal de Saúde do município de Guaíba (RS), estou de acordo com a realização da pesquisa intitulada "**Potencialidades e desafios do cuidado em saúde mental a crianças e adolescentes na atenção primária à saúde do município de Guaíba (RS)**", de responsabilidade do Prof. Dr. Danilo Blank, do Programa de Pós-Graduação Ensino na Saúde (PPGENSAU) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), tendo como pesquisador assistente a mestranda do Mestrado Profissional Ensino na Saúde e Psicóloga Ana Cláudia Müller.

O estudo terá como propósito realizar um levantamento junto aos profissionais da atenção primária à saúde do município de Guaíba (RS), das potencialidades e desafios no cuidado à população infantojuvenil com demandas de saúde mental, com vistas à qualificação do seu trabalho.

Por isso, autorizo, por meio desse termo, a sua execução, bem como declaro conhecer e cumprir com a Resolução do CNS 466/12 e demais Resoluções Éticas Brasileiras. Esta instituição está ciente das suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa e de seu compromisso no resguardo da segurança dos dados que serão coletados.

Guaíba, 03 de dezembro de 2021.



Eliane Ribeiro

Secretária Municipal de Saúde
Eliane M. O. Ribeiro
Matrícula 491700
Secretária de Saúde

APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) participante,

Convidamos você a participar de uma pesquisa intitulada: “**Potencialidades e desafios do cuidado em saúde mental a crianças e adolescentes na atenção primária à saúde do município de Guaíba (RS)**”.

A pesquisa tem por objetivo realizar um levantamento junto aos profissionais da atenção primária à saúde do município de Guaíba (RS) das potencialidades e desafios no cuidado à população infantojuvenil com demandas de saúde mental, com vistas à qualificação do trabalho nesse campo.

Sua participação consiste em participar de entrevista semiestruturada individual, com duração estimada entre 20 e 40 minutos, a qual ocorrerá na unidade de saúde de sua atuação. O agendamento dar-se-á em dia e horário combinados previamente, conforme sua disponibilidade. As questões que comporão a entrevista abordarão sua formação e atuação, mais especificamente relacionadas à saúde mental infantojuvenil na atenção primária à saúde. As entrevistas serão gravadas e seu conteúdo será transcrito para posterior análise pelos pesquisadores.

Os dados originais da pesquisa serão utilizados somente pelos pesquisadores envolvidos no estudo, garantindo, assim, a privacidade e o anonimato, bem como serão armazenados sob responsabilidade do pesquisador principal pelo período de cinco anos. Poderão ser utilizados em outros projetos, desde que devidamente aprovados por CEPs (Comitês de Ética em Pesquisa) e que haja o re consentimento dos participantes.

Toda pesquisa com seres humanos envolve risco e/ou incômodos. A perda de sigilo e quebra de confidencialidade são riscos presentes na pesquisa em questão, os quais serão minimizados pelos pesquisadores ao optarem por apresentar os dados de forma agrupada, impossibilitando, com isso, a identificação dos participantes. Além disso, pode haver risco de desconforto ou constrangimento em responder perguntas relacionadas à atuação profissional e conhecimentos relacionados, com isso, você pode recusar-se a responder qualquer pergunta.

O benefício esperado com os resultados da pesquisa será a qualificação do cuidado em saúde mental a crianças e adolescentes ofertado pelos profissionais de

saúde da atenção primária à saúde.

O projeto que embasa esta pesquisa foi avaliado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), órgão colegiado, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, cuja finalidade é avaliar, emitir parecer e acompanhar os projetos de pesquisa envolvendo seres humanos, em seus aspectos éticos e metodológicos, realizados no âmbito da instituição.

Caso tenha novas perguntas sobre este estudo ou se pensar que houve algum prejuízo pela participação, você pode conversar a qualquer hora com o pesquisador responsável Prof. Dr. Danilo Blank pelo telefone (51) 3308-5599 e e-mail blank@ufrgs.br ou com a mestranda Ana Cláudia Müller pelo telefone (51) 993981318 e e-mail 00251339@ufrgs.br. O contato pode ser realizado também com o Comitê de Ética da UFRGS (durante a pandemia da COVID-19, deve se dar por e-mail):

Endereço: Av. Paulo Gama, 110, Sala 311 - Prédio Anexo I da Reitoria - Campus Centro - Porto Alegre/RS - CEP: 90040-060

Email: etica@propesq.ufrgs.br

Telefone: (51) 3308-3738

Horário de Funcionamento: de segunda a sexta, das 08:00 às 12:00 e das 13:00 às 17:00.

Está garantido seu direito de livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, antes, durante e depois da minha participação. No caso de recusar ou desistir de participar, não haverá nenhum prejuízo a sua permanência no local de trabalho. Ressaltamos que sua assinatura não exclui a possibilidade de buscar indenização diante de eventuais danos decorrentes de participação na pesquisa, assim como preconiza a Resolução 466/12.

O presente TCLE será disponibilizado em duas vias, sendo uma delas disponibilizada a você, após a assinatura dos envolvidos, ficando a outra com os pesquisadores responsáveis.

Considerando as explicações aqui fornecidas, se você se considera suficientemente informado(a) a respeito da pesquisa que será realizada e concorda, de livre e espontânea vontade, em participar solicitamos que assine no campo abaixo referente ao participante.

Guaíba, ____ de _____ de 2022.

Assinatura do(a) participante

Assinatura do(a) pesquisador(a) responsável

APÊNDICE E – PRODUTOS TÉCNICOS

CARTILHA DE SAÚDE MENTAL INFANTOJUVENIL

SAÚDE MENTAL INFANTOJUVENIL

CARTILHA PARA PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE



Ana Cláudia Müller
Autora

Franciele R. Etcheverry
Kellen R. Clack Schardosim
Co-Autoras

Prof. Danilo Blank
Orientador



Esta cartilha é resultado da pesquisa "Potencialidades e desafios do cuidado em saúde mental a crianças e adolescentes na atenção primária à saúde do município de Guaíba (RS)", desenvolvida ao longo do Mestrado Profissional em Ensino na Saúde (PPGENSAU/UFRGS) realizado pela autora. Esse material é um convite a leitura pelos profissionais da atenção primária à saúde e objetiva oferecer subsídios que possam qualificar o cuidado em saúde mental do público infantojuvenil.

PARA COMEÇAR, UM POUCO DE HISTÓRIA

Se olharmos com mais atenção a história da saúde mental infantojuvenil, veremos que o cuidado demandado às crianças e adolescentes objetivou, por muito tempo, corrigi-los e educá-los. Com esse propósito, muitos jovens com problemas de saúde mental foram submetidos à institucionalização em colégios internos, seminários, conventos, educandários, reformatórios, dentre outras modalidades institucionais educacionais e assistenciais. Alguns foram privados de receber tratamento em liberdade e permaneceram longos períodos em manicômios [1].

As crianças e adolescentes passaram a ser considerados sujeitos de direitos, bem como merecedores de cuidado condizente com as especificidades de sua etapa de desenvolvimento, a partir da década de 80, quando movimentos de caráter social e jurídico convergiram na elaboração da Constituição da República Federativa do

Brasil Brasileira e do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).

No campo da saúde, a constituição do Sistema Único de Saúde (SUS) e a reforma psiquiátrica brasileira levaram à superação do modelo hospitalar psiquiátrico, instituindo o cuidado de caráter psicossocial e de base comunitária. A atenção psicossocial do público infantojuvenil demorou um pouco mais para entrar em pauta na agenda de discussão das políticas de saúde mental quando comparada aos adultos. Mas, em 2001, ganhou visibilidade na III Conferência Nacional de Saúde Mental e, no ano seguinte, portaria específica foi elaborada normatizando a constituição dos centros de atenção psicossocial infantojuvenis (CAPS IJ), primeiros serviços de saúde mental de caráter psicossocial, direcionados às crianças e adolescentes [2].

MARCOS HISTÓRICOS



A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: COMO O CUIDADO ESTÁ ORGANIZADO ATUALMENTE

Como vimos, a saúde mental infantojuvenil veio sendo abraçada pelo campo da saúde a partir da reforma psiquiátrica e da constituição do SUS, tendo nos CAPS o principal dispositivo de cuidado. Entretanto, tais serviços especializados, por ocuparem-se exclusivamente da atenção às pessoas com transtornos graves e persistentes, não apresentavam respostas às demais questões de saúde mental da população. Identificou-se, com isso, a necessidade de ampliar os pontos de atenção e constituir uma rede de cuidados, para que a assistência oferecida fosse disponibilizada de forma mais ampliada, resolutiva e não fragmentada. Constituiu-se então, em 2011, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), a qual orienta o cuidado às pessoas com problemas de saúde mental até os dias de hoje [3].

A RAPS é composta dos seguintes pontos:

Atenção Básica em Saúde

- Unidade básica de saúde
- Estratégia de Saúde da Família
- Consultório de rua
- Equipe de apoio aos serviços do componente atenção residencial de caráter transitório

Atenção de Urgência e Emergência

- SAMU 192
- Sala de Estabilização
- UPA 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro

Atenção hospitalar

- Enfermaria especializada em hospital geral
- Serviço hospitalar de referência para atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas

Atenção Psicossocial Especializado

- Centros de atenção psicossocial (CAPS), em suas diferentes modalidades

Atenção residencial de caráter transitório

- Unidade de acolhimento
- Serviços de atenção em regime residencial

Estratégias de desinstitucionalização

- Serviços residenciais terapêuticos
- Programa de Volta para Casa

Estratégias de reabilitação psicossocial

- Iniciativas de geração de trabalho e renda
- Empreendimentos solidários e cooperativas sociais

QUEM SE BENEFICIA DAS AÇÕES DA RAPS?

Todas as pessoas que apresentam sofrimento psíquico, incluindo aquelas com problemas envolvendo o uso de álcool e outras drogas.



Desenho da RAPS

Fonte: Própria Autora, 2022

Ressaltamos que a **atenção primária à saúde** ocupa papel importante na RAPS por ser **a porta de entrada dos usuários aos serviços do SUS** e se propõe a ofertar assistência integral às pessoas. Tendo como objetivo a promoção da saúde e prevenção de agravos, os serviços da atenção básica têm dentre suas potencialidades para o cuidado de crianças e adolescentes, o fato de estarem localizados no território, basearem-se no cuidado longitudinal, além de contarem em suas equipes com o trabalho dos agentes comunitários de saúde (ACSs).

AFINAL, O QUE É ATENÇÃO PSICOSSOCIAL?

A atenção psicossocial propõe um novo olhar sobre a experiência humana que chamamos popularmente de loucura ou sofrimento psíquico. Ela rompe com a idéia reducionista de que o sujeito resume-se à sua doença, buscando compreendê-lo para além do seu funcionamento cerebral e neuro bioquímico. Traz, para primeiro plano, o **cuidado com o sujeito** e a importância de compreender seu sofrimento psíquico levando em conta o contexto onde vive, sua história de vida e sua rede de relações [4].

E QUAIS SÃO OS PRINCÍPIOS QUE NORTEIAM O CUIDADO NA RAPS?

As ações em saúde mental, em especial aquelas direcionadas ao público infantojuvenil, são regidas por alguns princípios, são eles [5]:

- **A criança e o adolescente são sujeitos de direitos:** A partir da Constituição Federal Brasileira (1988) e do Estatuto da Criança e Adolescentes (1990), as crianças e adolescentes passaram a ser amparados por uma série de direitos e vistos como sujeitos cuja proteção deve ser garantida pelo Estado e pela família. Logo, enquanto sujeitos, é necessário dar voz a eles, escutá-los em sua singularidade, compreender seu sofrimento psíquico, bem como o sentido que atribuem a ele a partir da sua história de vida e contexto em que vivem.
- **Acolhimento universal:** Trata-se de uma proposta de desburocratização do acesso das crianças e adolescentes aos diferentes pontos da rede de atenção. Implica em acolher, ofertar uma escuta ativa e validar a busca de cuidado. Além de construir junto aos jovens e suas famílias, formas de entendimento e respostas efetivas ao sofrimento psíquico apresentado, seja no próprio serviço em que se atua ou naquele que se julgar mais adequado. Nesse segundo caso, havendo o encaminhamento para a rede, o mesmo deve-se dar de forma responsável e implicada.
- **Encaminhamento implicado:** No encaminhamento implicado entre serviços, aquele que referencia garante não somente o encaminhamento, mas também o cuidado necessário e o retorno da pessoa ao ponto de atenção inicial. Essa modalidade de encaminhamento reforça a lógica do trabalho intersetorial, bem como estabelece relações colaborativas e parcerias entre os implicados no cuidado de crianças e adolescentes seja no setor da saúde, educação, assistência social, órgãos de garantia de direitos, dentre outros.
- **Construção permanente da rede:** Conhecer o território vivo, onde a criança/adolescente convive com sua família, vizinhos e amigos é importante para se pensar em ações em conjunto com os demais equipamentos de saúde e serviços. Caso não se considere a relevância da articulação em rede do cuidado, corre-se o risco de oferecer uma assistência fragmentada e pouco efetiva.



- **Território:** A noção de território vai além da concepção de um mero espaço geográfico delimitado, diz respeito à onde a vida acontece, onde as relações se dão e afetos são compartilhados. Estão incluídos no território, por exemplo, instituições como a escola, centro de referência de assistência social (CRAS), centros esportivos, igreja, praça, casa de amigos, bem como as pessoas que ali vivem, inclusive o próprio sujeito.
- **Intersetorialidade na ação do cuidado:** A aposta no trabalho intersetorial de modo geral, que inclui dispositivos clínicos (CAPS, UBS, ESF, hospitais, etc.) e não-clínicos (educação, conselho tutelar, esporte e cultura, assistência social, órgãos garantidores de direitos, dentre outros), mostra-se o caminho para oportunizar um cuidado com qualidade e que supere as iniquidades. Inovar no cuidado colaborativo entre setores públicos, usuários e famílias; assim como superar o modelo de diálogo sem produção de mudanças, são ações necessárias quando se fala de intersetorialidade na política de saúde mental [6].

ALGUNS ASPECTOS PRELIMINARES À ACOLHIDA

A seguir, apresentamos alguns pontos que consideramos importantes de serem ressaltados antes de falarmos sobre o acolhimento e avaliação dos problemas de saúde mental na atenção primária [7]. Lembre-se, por exemplo, de que:

As crianças e adolescentes precisam ser ouvidos de forma acolhedora e serem compreendidas em sua situação de sujeito, por isso, dê voz a eles. Eles são capazes sim de falar a respeito de si, de seus pensamentos e de suas emoções. E não esqueça, a escuta e compreensão dos profissionais devem levar em conta a etapa de desenvolvimento dos usuários e as especificidades do contexto social, econômico e cultural em que vivem.



O público infantojuvenil, na maioria das vezes, não procura espontaneamente os serviços de saúde, mas é trazido pelos pais ou encaminhado por algum setor, como a escola, conselho tutelar ou assistência social. Escutar ativamente os responsáveis e profissionais que convivem com os jovens é valioso, como fonte complementar de informações, assim como aproximá-los do tratamento, para que se tornem parceiros no cuidado. Para contar com essa colaboração, muitas vezes, é necessário desmistificar algumas pré-concepções presentes no discurso deles, como por exemplo, que quem tem sofrimento psíquico é “louco” ou “precisa ser internado”, bem como legitimar que o sofrer é coisa séria e não pode ser banalizado, como se fosse “bobagem”, “falta de laço” ou “coisa de criança, logo passa”.

Levar a sério o sofrimento do público infantojuvenil é de suma relevância. Cada etapa do ciclo vital têm suas conquistas, mas também seus desafios e angústias. E na infância e adolescência, isso não é diferente. Muitas vezes, ouvimos dos pais e até mesmo de profissionais, frases do tipo: “ele(a) não tem preocupação nenhuma, só precisa estudar!”. Devemos ressaltar que crianças e adolescentes têm suas preocupações sim e lidam com diferentes sentimentos, como ansiedade, medo, tristeza, raiva, etc. E, por estarem em processo de desenvolvimento, ainda não possuem recursos psíquicos para manejá-los da mesma forma como os adultos. Diante do sofrimento vivenciado, precisam de apoio familiar e profissional para amenizá-lo e identificar formas de enfrentamento de seus problemas.

Conhecer as famílias, sua composição, dinâmica e como seus membros se relacionam é imprescindível quando falamos de cuidado em saúde mental na infância e adolescência. Tal proposição é ainda mais importante quando falamos de famílias expostas a situações de violência ou que sejam compostas por pessoas com transtornos mentais. Alguns recursos como o genograma e o ecomapa, os quais veremos mais adiante, podem auxiliar nesse levantamento familiar.



O acolhimento compreende a abordagem inicial do sujeito e de seus responsáveis, o levantamento de suas necessidades, a proposição de uma intervenção inicial e quando for o caso, encaminhamento implicado a outro ponto de atenção ou pactuação de outras estratégias de cuidado. A avaliação inicial, que está contemplada também nesse processo, pode resultar na formulação de hipótese sobre o que está acontecendo com a/o criança/adolescente e sua família, auxiliar na elaboração do projeto terapêutico singular (PTS) e pautar as primeiras intervenções. Mas cuidado: avalie o sujeito de forma ampliada, considerando suas potencialidades e dificuldades, como também a rede de apoio disponível. Jamais reduza-o somente a sua patologia, pois ele é um sujeito e não uma doença.



Mapear os recursos do território auxilia na identificação daqueles que a criança/adolescente e sua família já se beneficiam, assim como daqueles que podem ser incluídos no PTS. Ressaltando mais uma vez que a articulação do cuidado em rede e de forma intersetorial é uma potência no que diz respeito à saúde mental das crianças e adolescentes.

AVALIAÇÃO DAS DEMANDAS DE SAÚDE MENTAL INFANTOJUVENIL: COMO FAZÊ-LA?

Um roteiro pode ser utilizado na avaliação como um recurso orientador, auxiliando no levantamento dos problemas de saúde mental, assim como seus diferentes aspectos. Lembre-se que uma criança/adolescente e seu cuidador, para sentirem-se à vontade para expor suas dificuldades e expressar seus sentimentos, precisam estar num ambiente acolhedor e serem ouvidos por um profissional atento.

Abaixo, seguem alguns pontos a serem investigados na avaliação inicial [7]:

- ✔ **Queixas principais:** Identificar os problemas que a/o criança/adolescente apresenta, quando surgiram, se estão associados a algum evento de vida, além de como se apresentam (sintomas emocionais, problemas de conduta, atrasos do desenvolvimento, dificuldades de relacionamento ou uso de drogas, por exemplo).
- ✔ **Prejuízos que os problemas elencados causam à criança ou adolescente:** Avaliar qual o impacto dos problemas, bem como em que momento/circunstância da vida surgiram, além de quais áreas (social, escolar, familiar, funcional, etc.) foram afetadas por eles, auxiliará na elaboração do PTS.
- ✔ **Histórico de saúde anterior:** Investigar quais problemas de saúde física e emocional demandaram mais cuidado até o momento da avaliação e quais recursos foram utilizados para tratá-los.
- ✔ **Aspectos do desenvolvimento:** Levantar informações sobre a gestação, parto e desenvolvimento da criança/adolescente. Avaliar se alcançou os marcos do desenvolvimento como esperado ou apresentou algum atraso. Nesse último caso, identificar quais impactos esse atraso provoca na vida do criança/adolescente.
- ✔ **Rotina e interesses:** Questionar como é a rotina (de alimentação, sono, escolar, etc), como são comemoradas datas especiais (aniversário, por exemplo), bem como do que a criança brinca/quais os interesses do adolescente. Explorar quais os recursos da comunidade que usufrui (esportes, lazer, cultura, religião, etc.) também é relevante.
- ✔ **Histórico escolar:** Levantar informações sobre como o jovem vem se desenvolvendo em termos de aprendizagem e socialização (relacionamento com colegas e professores) no contexto escolar.
- ✔ **Contexto familiar:** Conhecer quem são os membros que compõem a família e como se relacionam, assim como qual o histórico familiar no que diz respeito a doenças de modo geral e transtornos mentais.

ATENÇÃO

Alguns sintomas mais graves, quando identificados no acolhimento, exigem respostas e intervenções rápidas. Nesses casos, sugere-se a discussão imediata do caso com profissionais de saúde mental, considerando-se o encaminhamento para um serviço especializado como o CAPS, por exemplo. Em situações em que o risco é iminente, o serviço de emergência deve ser acionado para garantir a proteção imediata da criança ou adolescente. Havendo o encaminhamento, isso não desimplica a equipe da atenção básica em manter o acompanhamento e a corresponsabilização pelo caso [7].

Dentre os sintomas que exigem mais atenção, destacamos:



DESTRUTIVIDADE
PERSISTENTE E/OU
DELIBERADA

AUTOAGRESSIVIDADE
IMPORTANTE

DESINIBIÇÃO SOCIAL
E/OU
SEXUAL EXCESSIVA

ISOLAMENTO E
RETRAÇÃO
IMPORTANTES E
PERSISTENTES



TENTATIVAS DE
SUICÍDIO PRÉVIAS E
RECENTES

USO ABUSIVO AGUDO
DE DROGAS COM
PREJUÍZOS
IMPORTANTES

ALUCINAÇÕES VISUAIS
E AUDITIVAS



ALGUNS RECURSOS QUE PODEM APOIAR A AVALIAÇÃO

Abaixo, seguem algumas sugestões que podem auxiliar na avaliação dos problemas de saúde mental, bem como no mapeamento da rede de apoio e dos recursos disponíveis às crianças/adolescentes e suas famílias.

GENOGRAMA

O genograma é uma ferramenta que permite organizar as informações sobre as relações familiares, podendo contemplar dados de pelo menos três gerações do sistema familiar, em termos de seu funcionamento e estrutura. Em sua elaboração, são utilizados símbolos que auxiliam na compreensão da dinâmica familiar, os quais orientam quanto ao sexo, aspectos de saúde, morte e situação da relação entre seus componentes. Esse último aspecto é representado por linhas que unem os membros da família e conforme seu traçado evidenciam vínculos mais intensos ou frágeis [8].

O uso do genograma pode se dar em diferentes contextos, dentre eles o da saúde. Nos serviços da atenção primária, por exemplo, pode ser utilizado como um recurso para a promoção de saúde e prevenção, ao se pensar junto aos usuários sobre como possibilitar certas reestruturações de comportamentos e hábitos que vem passando, por vezes, gerações. Além disso, pode ser usado na melhoria dos vínculos familiares, ao se identificar padrões de relacionamentos disfuncionais e geradores de sofrimento psíquico, sobre os quais é necessário intervir. Portanto, pode-se ver no genograma, uma maneira de se promover o vínculo entre uma unidade de saúde e o contexto de vida do paciente, de maneira a possibilitar e estender o cuidado [9].

Para saber mais sobre os símbolos e linhas que podem ser utilizados na elaboração do genograma, sugerimos a leitura do Item 2.6 - Genograma do [Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental](#).

ECOMAPA

O ecomapa é um instrumento útil para avaliar as relações do sujeito com o meio social e serve de complemento ao genograma. Tem como objetivo avaliar as relações mais próximas estabelecidas pelo usuário e sua família com pessoas, grupos e a comunidade de modo geral. Além disso, visa identificar quais as necessidades do sujeito e os recursos que podem ser usados para atendê-las.

A espessura do traçado que liga a família aos demais elementos reflete a intensidade da relação entre eles: quanto mais forte, mais significativa; quanto mais fina ou tracejada, mais fragilizada [10].

A representação tem como eixo central o genograma da família, sendo que ao seu redor dispõem-se as pessoas e grupos significativos, serviços de suporte de diferentes setores de políticas públicas, assim como do terceiro setor. Algumas sugestões que podem compor essa rede [11]:

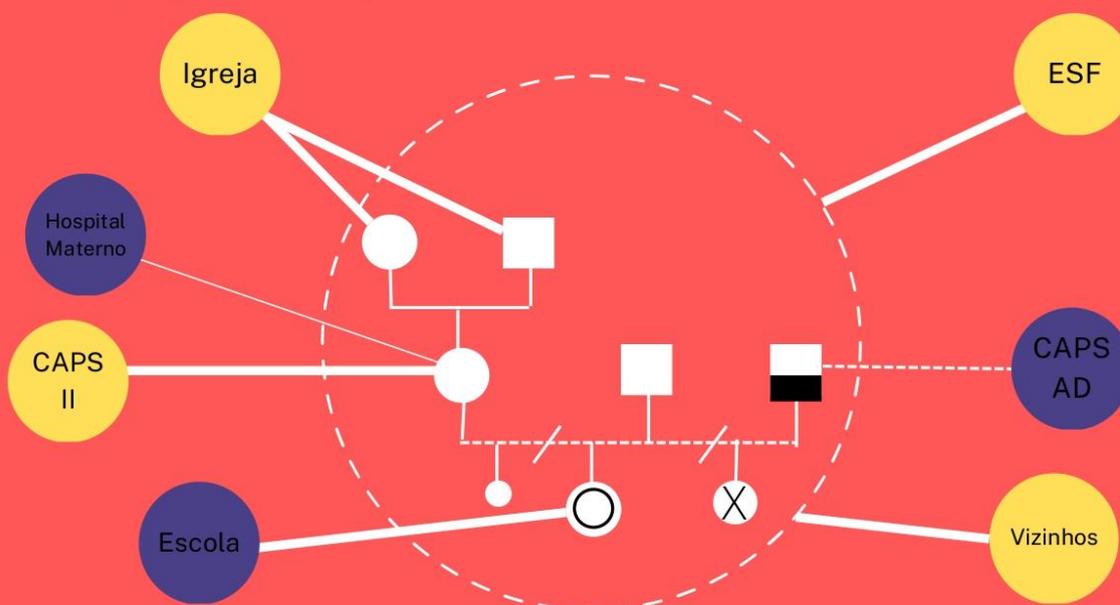
- Serviços da comunidade: creche, escola, unidades de saúde, serviços de assistência social (CRAS, CREAS, outros).
- Grupos sociais: igrejas, associação de moradores, projetos sociais, entre outros.
- Relacionamentos importantes: amigos, vizinhos, família/parente, etc.
- Escola/Estágio/Trabalho: colegas de escola, professores, orientadores educacionais, companheiros de trabalho/estágio, supervisores de estágio.
- Demais: lazer, praças, atividades esportivas/recreativas realizadas na comunidade



Caso Joana

A seguir apresentaremos caso clínico, bem como a elaboração do genograma e ecomapa do mesmo.

Jussara (32 anos) e sua filha Joana (8 anos) acessam a ESF do seu território, pois a família e professores vêm percebendo a menina mais triste e ansiosa nos últimos meses, além de apresentar queda no desempenho escolar. A equipe de saúde elabora o genograma familiar. Identifica, por exemplo, que Jussara é filha única e foi casada por 10 anos com João (33 anos), com quem teve Joana e outra gestação que evoluiu para um aborto espontâneo. Após a separação, empreendeu novo relacionamento com Jair (32 anos), usuário de álcool e SPAs, com o qual teve Clara, que nasceu neomorta. Tal perda ocorreu 3 meses antes da família acessar a ESF e desencadeou a separação do casal. Joana, no momento, não tem vínculo com o pai, nem com o padrasto. Que se tenha conhecimento, nenhum deles está casado ou tiveram outros filhos. Hoje, mãe e filha moram com os avós maternos da menina, Sra Maria (55 anos) e Sr. Pedro (57 anos), os quais oferecem apoio financeiro e emocional a elas nesse momento.





MAPEAMENTO DA REDE DE APOIO

A rede de apoio significativa constitui-se de um registro gráfico (conforme figura abaixo), muitas vezes por meio de um mapa, dos relacionamentos afetivos de um sujeito ou de um grupo. Esta ferramenta se mostra bastante relevante, primeiramente, pela reflexão que ela promove, mas também por ser um registro de como são e estão as relações de uma pessoa com os demais. Sua construção é autodeclarada, ou seja, é a própria pessoa que nomeia quem irá colocar e seu grau de relacionamento com aqueles escolhidos para compor o mapa [11].

Outras pessoas que podem pertencer ou já pertenceram a essa rede



Alguns detalhes merecem mais atenção quando analisamos a rede de apoio significativa de uma criança ou adolescente, como por exemplo [12]:

- O tamanho da rede se relaciona ao número de pessoas que a compõem, considerando-se o ideal, uma rede média que possa acolher e sustentar situações de sobrecarga com maior efetividade.
- A densidade se refere a conexão destas pessoas que estão na rede, se são familiares, amigos, se as pessoas se conhecem ou não.
- A distribuição das pessoas na rede merece atenção. Por exemplo, observe se estão mais localizadas em um âmbito, por exemplo, família ou amigos; ou se estão inseridas em diferentes núcleos, evidenciando que o sujeito possui redes mais amplas, o que seria considerado ideal.

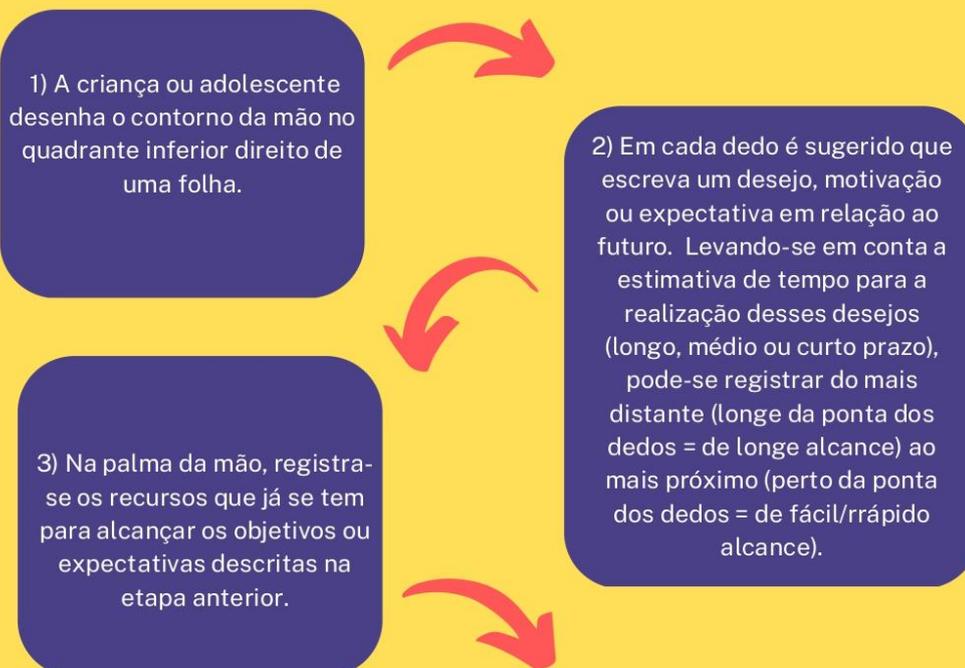




PESQUISA DE SENTIDOS NA VIDA

As crianças e adolescentes são sujeitos de direitos e de desejos. O recurso pesquisa de sentidos da vida visa elencar esse último aspecto, identificando quais os sentidos encontrados na vida, quais suas necessidades (vontades/desejos), quais seus planos de vida e como lutam pelos seus ideais [11].

A atividade é simples e proposta em três etapas:



Perspectivas e desejos a longo prazo

Perspectivas e desejos a médio prazo

Perspectivas e desejos a curto prazo



ALGUMAS INTERVENÇÕES POSSÍVEIS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Após o acolhimento, o plano terapêutico singular (PTS) precisa ser elaborado pela equipe em conjunto com a criança/adolescente e responsáveis, contemplando intervenções que abarquem a necessidade de cuidado, seja na atenção básica e/ou em outros equipamentos do território do usuário (escola, centros esportivos e de cultura, espaços de lazer, CRAS, etc.). Cada caso deve ter um técnico de referência na equipe de saúde da família ou de atenção básica, que seja responsável por realizar a gestão do plano terapêutico, reavaliando-o com frequência em conjunto com a equipe de trabalho.

Seguem algumas possibilidades de intervenções que podem ser desenvolvidas na atenção primária à saúde e contempladas no PTS:



GRUPOS NA ATENÇÃO BÁSICA

Os grupos na atenção primária têm sido utilizados como dispositivos de promoção de saúde mental, devido aos seus resultados eficazes. Isso porque intervir em espaços coletivos gera o compartilhamento de experiências e conhecimentos, identificações entre os sujeitos e transformações subjetivas que seriam inalcançáveis, por exemplo, em atendimentos individualizados [7].

Antes de iniciar um, é importante a equipe elencar as demandas de saúde mental infantojuvenil do território e como o grupo pode oferecer respostas a elas. Definido isso, delimita-se a sua finalidade, que pode ser preventivo/educativo, terapêutico, operativo ou de acompanhamento. Em seguida, define-se se será aberto ou fechado, quantos encontros serão previstos ou se a duração será indefinida, como também se o grupo será misto em sua composição ou delimitado por alguma característica.



No caso dos grupos direcionados ao público infantojuvenil é imprescindível pensar nos recursos que serão utilizados. Sugere-se que com crianças recursos lúdicos - como jogos, brinquedos, material gráfico, histórias infantis, etc. - sejam usados como facilitadores da comunicação e expressão. Lembrando que brincar é coisa séria, pois através da brincadeira, a criança se desenvolve cognitivamente, experimenta diferentes papéis, além de utilizá-la como forma de expressão e elaboração de situações adversas ou traumáticas vividas [13].

Sabemos que nem sempre esses recursos sugeridos estão à disposição. Então porque não improvisar? Promover oficina de confecção de brinquedos com materiais simples e/ou reciclável, de origami com retalhos de papel, dentre outras possibilidades, pode ser uma alternativa diante da falta de materiais específicos.

E quando falamos de adolescentes, a adesão desse público também depende de propostas que dialoguem com o universo deles, bem como utilizem-se de recursos e linguagem que potencializam o encontro com os profissionais de saúde. O trabalho em grupo com adolescentes pode, por exemplo, visar a produção de material escrito (histórias em quadrinhos, poesia, crônicas, etc.) e audiovisual. Rodas de conversa sobre assuntos diversos e intervenções direcionadas à educação sexual na adolescência também são ações potentes na promoção da saúde mental.

INSPIRAÇÕES...

Seguem algumas idéias de atividades simples e criativas para se serem desenvolvidas com crianças:

CONFECÇÃO DE BRINQUEDOS

<https://casaconstrucao.org/artesanato/brinquedos-reciclados-faceis-de-fazer/>

MASSINHA DE MODELAR CASEIRA

<https://www.omeubebe.com/criancas/atividades-jogos/origami-para-criancas>

ORIGAMI

<https://quindim.com.br/blog/como-fazer-massa-de-modelar-simples-e-segura-para-criancas/>

<https://www.youtube.com/watch?v=n27ms1l5YdM>

<https://www.youtube.com/watch?v=vef3JKIsDgI>



GRUPOS DE ORIENTAÇÃO A PAIS/RESPONSÁVEIS



A implicação da família é um princípio que norteia o cuidado a crianças e adolescentes com demandas de saúde mental. Considera-se importante que as equipes da atenção primária ofereçam orientações sobre o desenvolvimento, realizem escuta empática dos responsáveis e oportunizem um diálogo aberto sobre as principais dificuldades apresentadas por eles, utilizando-se para isso de linguagem clara e acessível.

Ainda sobre o trabalho com famílias, os grupos de pais e/ou responsáveis são espaços ricos de trocas e vivências, de apoio entre os membros, de conhecimento de direitos e garantias.

Nos espaços coletivos como aqui proposto, é possível conhecer mais as famílias, sua dinâmica, formas com que os membros se relacionam e como os afetos circulam entre eles.

Além disso, oportunizam que fatores protetores sejam fortalecidos, além de contemplar aspectos relacionados à resiliência, especialmente quando falamos de famílias expostas a violência ou com pais que possuem algum transtorno mental.



TERAPIA INTERPESSOAL BREVE

Dentre os tratamentos de curta duração que promovem alívio do sofrimento psíquico por intervir nos estressores psicossociais, no suporte da rede de apoio e nos relacionamentos interpessoais, destacamos a terapia interpessoal breve (TIP). Tal técnica pode ser utilizada por psicólogos vinculados às equipes da atenção básica e estratégia da família, sendo recomendada como terapêutica efetiva nos cuidados ofertados na atenção primária à saúde [14, 15].

A TIP está ancorada na teoria do apego, da comunicação, social e interpessoal; tendo sido inicialmente proposta para tratamento de quadros depressivos. Mas atualmente sua efetividade é comprovada também diante de outros transtornos mentais, como distúrbios de ansiedade, transtorno de humor bipolar, dependências de substâncias psicoativas, estresse pós-traumático e transtornos alimentares. Grupos especiais, incluindo idosos e adolescentes, também apresentam benefícios com sua aplicação.

Tal modalidade de terapia apresenta caráter limitado em termos de tempo (cerca de 12 sessões), é focal e centrada no *aqui e agora*. Compreende três etapas, as quais veremos a seguir:

INICIAL

Tem duração de 2 a 4 sessões. Objetiva diagnosticar o transtorno mental, contextualizar relacional e socialmente o início dos sintomas, identificar focos do tratamento, definir se há indicação da TIP e delimitar contrato terapêutico.

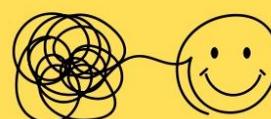
Estima-se de 4 a 8 encontros nesta fase, quando são delimitados e abordados através de técnicas específicas um ou mais dos seguintes focos: luto, disputa de papéis interpessoais, transição de papéis e/ou déficits interpessoais. No caso de crianças e adolescentes, o brincar e a participação dos pais são vistos como elementos importantes ao longo do processo da terapia.

INTERMEDIÁRIA

FINAL

Desenvolve-se nas últimas 3 a 4 sessões, visa realizar um balanço das evoluções ao longo da terapia, a consolidação dos ganhos terapêuticos, além da elaboração de estratégias para lidar com sintomas e conflitos que possam surgir futuramente.

Em alguns casos é recomendada uma fase de manutenção para aqueles pacientes que se beneficiaram do tratamento, mas apresentam risco aumentado de reincidência dos sintomas. Nessa etapa, os atendimentos são realizados com frequência maior entre uma sessão e outra, bem como objetivam a manutenção do funcionamento adquirido e prevenção da recorrência dos sintomas.



USO DE PSICOFÁRMACOS

A prescrição de psicofármacos pode ser realizada por médico que assiste a criança ou adolescente na atenção primária à saúde e objetiva, de modo geral, amenizar sintomas presentes em alguns casos específicos. Deve estar acompanhada de espaço de escuta, vínculo e acolhimento por parte do profissional que a realiza, sendo assim possível que o usuário e a família compreendam sua indicação e responsabilizem-se pelo uso. Não demandando, com isso, somente a *troca de receitas*, mas um cuidado de fato [7].

O uso de psicofármacos não deve ser indicado isoladamente, mas sim associado a outras modalidades de intervenções terapêuticas, como por exemplo as citadas anteriormente. Isso porque, muitas das situações de sofrimento psíquico evidenciadas por parte do público infantojuvenil que acessa a atenção básica estão relacionadas a estressores presentes no contexto de vida.



Com isso, entende-se que as pessoas podem também beneficiar-se de apoio de caráter psicossocial que as ajude a enfrentar e manejar emoções decorrentes desses estressores. A partir do benefício dessas outras intervenções, é possível inclusive efetuar a gradual diminuição ou retirada da medicação.

SOMANDO FORÇAS: SOBRE A POTÊNCIA DO CUIDADO COLABORATIVO E EM REDE

O TRABALHO EM EQUIPE E INTERSETORIAL

O trabalho colaborativo e responsável é considerado uma potência no cuidado à saúde mental de crianças e adolescentes na atenção básica. Espaços formais para discussão dos casos devem ser organizados na rotina de trabalho, como as reuniões de equipe, por exemplo, objetivando o compartilhamento da gestão dos casos, a corresponsabilização do cuidado pelo grupo de trabalho e a elaboração do PTS conforme as particularidades de cada usuário e família. Quando há a troca de saberes e ampliação da comunicação, produz-se uma sensação de colaboração entre os profissionais de saúde, que alivia a sobrecarga de trabalho, tornando possível, com isso, sustentar as intervenções em sua duração necessária [16].

Quando necessário o encaminhamento para outro serviço, deve-se fazê-lo seguindo a lógica do encaminhamento implicado e da articulação intersectorial do cuidado. Essa modalidade de encaminhamento reforça a lógica do trabalho intersectorial, bem como estabelece relações colaborativas e parcerias entre os implicados no cuidado de crianças e adolescentes, seja no setor da saúde, educação, assistência social ou órgãos do judiciário [17].



Como já vimos anteriormente, a aposta na intersectorialidade mostra-se o caminho para um cuidado com qualidade e que supere as iniquidades no que diz respeito à saúde mental de crianças e adolescentes. Que tal, por exemplo, propor ações de promoção da saúde nas escolas do território? As escolas e a atenção básica constituem os principais espaços onde a presença de crianças e adolescentes se faz prevalente, por isso, tratam-se de dispositivos importantes na construção de uma rede de atenção à saúde mental. Ou quem sabe organizar reuniões periódicas da rede local que se ocupa do cuidado do público infantojuvenil, incluindo além da atenção primária, escolas, CRAS, órgãos do terceiro setor, etc.? Pode ser uma estratégia de aproximação da rede e de trabalho conjunto em prol do cuidado com os jovens da comunidade.

MATRICIAMENTO

O matriciamento, no que tange ao seu aspecto terapêutico-pedagógico, é uma importante estratégia para fortalecer e consolidar o cuidado psicossocial a crianças e adolescentes na atenção primária. Trata-se de uma nova forma de produzir saúde, em que a equipe de referência e a equipe de apoio matricial constroem juntas o cuidado ofertado aos usuários.

Algumas estratégias podem ser utilizadas pelas equipes que fazem parte do matriciamento, exemplificando [10]:



Abaixo, algumas situações em que o matriciamento pode ser solicitado [10]:

- Quando a equipe de referência tem a necessidade de ser apoiada pela equipe de saúde mental no que diz respeito à condução de um caso ou situação que exige delimitação diagnóstica, elaboração do PTS e intervenção junto à família.
- Quando se necessita de apoio para planejar e realizar intervenções específicas da atenção básica, de caráter psicossocial, como por exemplo, grupos com usuários com transtornos mentais ou ações de promoção de saúde mental na rede intersetorial local.
- Quando se visa realizar o cuidado compartilhado e integrado entre o nível especializado e a atenção primária. Apoiando, por exemplo, a adesão ao PTS por parte daquelas pessoas com transtornos mentais graves e persistentes acompanhados em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. SIBEMBERG, N. Política e clínica: a infância e a adolescência nas políticas de saúde mental no Brasil. In: INSTITUTO APPOA E ASSOCIAÇÃO PSICANALÍTICA DE PORTO ALEGRE (Org.). **Quem cuida da saúde mental infantojuvenil?** Porto Alegre: Instituto APPOA e Associação Psicanalítica de Porto Alegre, 2019. p. 21-39.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002.** Dispõe sobre os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, para atendimento público em saúde mental, isto é, pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2002.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011.** Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2011.
4. YASUI, S.; LUZIO, C.A.; AMARANTE, P. Atenção psicossocial e atenção básica: a vida como ela é no território. **Rev. Polis Psique**, Porto Alegre, v. 8, n. 1, p. 173-190, abr. 2018 .
5. BRASIL. Ministério da Saúde. **Caminhos para uma política de saúde mental infantojuvenil.** Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/05_0887_M.pdf
6. 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. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1933-1942, 2017.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Cadernos de Atenção Básica: Saúde mental.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. 176 p. Cadernos de Atenção Básica, n. 34. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf
8. BOECKEL, M.G.; PRATI, L.E. Genograma familiar. In: HUTZ, C.S.; BANDEIRA, D.R.; TRENTINI, C.M.; KRUG, J.S. **Psicodiagnóstico.** Porto Alegre: Grupo A, 2016. Cap. 11, p. 136-148
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Avaliação da estrutura familiar (Genograma). In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica: Envelhecimento e saúde da pessoa idosa.** Brasília, DF: Editora MS, 2006. 1ª ed., n. 19, p.171-173. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abccad19.pdf>
10. CHIAVERINI, D.H. (org.). **Guia prático de matriciamento em saúde mental.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. 236 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_matriciamento_saudemental.pdf

11. CHACRA, F.C.; ZANOLLI, M.L. Uma experiência de abordagem psicossocial em pediatria. In: SURJUS, L.T.L.S.; MOYSÉS, M.A.A. (orgs). Saúde mental infantojuvenil: Territórios, políticas e clínicas de resistência. Santos: Unifesp/ Abrasme, 2019. Cap. 6, p.70-84. Disponível em: <https://www.unifesp.br/campus/san7/images/pdfs/Saude%20Mental%20Infantojuvenil.pdf>
12. SLUSKI, C.E. A rede social: proposições gerais. In: SLUSKI, C.E. A rede social na prática sistêmica. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997. p. 37-52.
13. ABERASTURY, A. Psicanálise da Criança: teoria e técnica. 8. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012.
14. CARVALHO, R.A.; PUPO, M.C.; MELLO, M.F. Terapia interpessoal: teoria, formação e prática clínica em um serviço de pesquisa e atendimento em violência. Revista brasileira de psicoterapia. Porto Alegre, v.13, n.3, p. 14-25, 2011.
15. MELLO, M.F. Terapia Interpessoal: um modelo breve e focal. Revista Brasileira de Psiquiatria. São Paulo, v. 26, n. 2, p. 124-130, 2004.
16. TAÑO, B. L.; MATSUKURA, T. S. Intersetorialidade e cuidado em saúde mental: experiências dos CAPSij da Região Sudeste do Brasil. Physis. Rio de Janeiro, v. 29, n.1, 2019.
17. KANTORSKI, L.P. et al. Atenção psicossocial infantojuvenil: interfaces com a rede de saúde pelo sistema de referência e contrarreferência. Texto & Contexto Enfermagem. Florianópolis, v. 26, n. 3, 2017.

SOBRE A PRODUÇÃO DA CARTILHA

Ana Cláudia Müller

Autora, pesquisadora, responsável pela elaboração, diagramação e arte final da cartilha Psicóloga do CAPS IJ Crescendo Juntos do município de Guaíba (RS). Especialista em Saúde Coletiva (UNIFRA) e em Teoria Psicanalítica e a Clínica Psicoterápica (CIPT). Mestranda do Programa de Pós-graduação em Ensino na Saúde (UFRGS)

Danilo Blank

Orientador, responsável pela revisão do texto Professor do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da UFRGS. Vice-coordenador do Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde - Mestrado Profissional da Faculdade de Medicina da UFRGS

Franciele R. Etcheverry

Co-autora, assistente de pesquisa, colaborou na elaboração da cartilha Acadêmica do 10º semestre do curso de Psicologia da ULBRA/Campus Guaíba

Kellen R. Clack

Co-autora, assistente de pesquisa, colaborou na elaboração da cartilha Acadêmica do 4º semestre do curso de Psicologia da ULBRA/Campus Guaíba

RELATÓRIO DE PESQUISA

RELATÓRIO DE PESQUISA

2022



O PROJETO

Ana Cláudia Müller
Pesquisadora

Danilo Blank
Orientador



A pesquisa "Potencialidades e desafios do cuidado em saúde mental a crianças e adolescentes na atenção primária à saúde do município de Guaíba (RS)" foi desenvolvida ao longo do Mestrado Profissional em Ensino na Saúde (PPGENSAU/UFRGS) realizado pela pesquisadora. O presente relatório apresenta os resultados obtidos a partir do estudo realizado.

Sumário

3	Introdução
4	Objetivos
5	Metodologia
6	Resultados
9	Conclusões
11	Cartilha de Saúde Mental
12	Referências
13.....	Equipe de pesquisa

Introdução

Historicamente, o cuidado à saúde mental infantojuvenil deu-se de forma fragmentada e em espaços vinculados à educação e assistência social. Com o movimento da reforma psiquiátrica, foi abraçado pelo campo da saúde, entretanto de forma tardia passou a compor a agenda da política de saúde mental quando comparado aos adultos [1]. Nas últimas cinco décadas, avanços aconteceram e, recentemente, assistimos à implantação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), conforme Portaria N° 3.088/2011, que ampliou os pontos de atenção, trazendo o entendimento de que o cuidado não se dá somente em serviços especializados [2].

Sendo a atenção primária à saúde a principal porta de entrada dessa rede, o presente estudo visou realizar um levantamento, junto aos profissionais que atuam nesse nível de atenção no município de Guaíba (RS), das potencialidades e desafios do cuidado à população infantojuvenil com demandas de saúde mental.

Objetivos

- Elencar quais as demandas em saúde mental de crianças e adolescentes que chegam à atenção primária à saúde, bem como são compreendidas e avaliadas pelos profissionais e equipes;
- Conhecer as principais estratégias de cuidado em saúde mental infantojuvenil na atenção básica;
- Pesquisar acerca da formação dos profissionais da atenção primária à saúde, em especial no que diz respeito ao conhecimento adquirido para intervir nas demandas elencadas;
- Identificar ações de educação permanente que qualificaram a oferta de cuidado ao público assistido em questão;
- Produzir cartilha orientadora das ações de cuidado em saúde mental de crianças e adolescentes;
- Incentivar alunos da graduação em Psicologia a experienciarem os processos que envolvem uma pesquisa, através da iniciação científica.

Metodologia

Tratou-se de uma pesquisa de caráter qualitativo, na qual foi utilizada a entrevista semiestruturada como instrumento de coletas de dados. A análise dos dados deu-se a partir da análise de conteúdo tal como proposta por Bardin (2016) [3].

A amostra foi constituída por dez trabalhadores vinculados à assistência na atenção primária à saúde do município de Guaíba (RS). Foram contemplados tanto profissionais das equipes da atenção básica (eAB), quanto das equipes de Saúde da Família (eSF); bem como de diferentes formações.

Ressalta-se que todos os preceitos éticos foram seguidos. O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), assim como foi solicitado aceite institucional da Secretaria Municipal de Saúde do município de Guaíba/RS.

Resultados

A partir da análise das entrevistadas, foram elencadas seis categorias temáticas, sendo que em cada uma foram identificados os pontos principais conforme apresentação abaixo:

Categoria	Pontos principais
<p>1. Avaliação e compreensão das questões de saúde mental de crianças e adolescentes</p>	<ul style="list-style-type: none"> • As crianças/adolescentes são encaminhados para avaliação em saúde mental na atenção básica por fontes externas (escolas, Conselho Tutelar, etc.) e internas (entre profissionais da própria equipe) • O agente comunitário de saúde tem papel importante na identificação dos problemas de saúde mental da comunidade • O enfermeiro é identificado como profissional-chave no processo de acolhimento dos usuários, sendo apoiado pelos técnicos de enfermagem • No acolhimento, um dos propósitos é avaliar possível risco psíquico, definindo-se a partir disso a complexidade do caso e do cuidado necessário • Após o acolhimento, as reuniões de equipe são elencadas como espaço onde se dá a discussão dos casos e definição do plano terapêutico singular. Naquelas equipes em que não ocorrem reuniões, o trabalho e, conseqüentemente, o cuidado ficam mais fragmentados • A compreensão das demandas de saúde mental se dão a nível micro (familiar) ou macrossistêmico (aspectos sociais, econômico e educacionais são considerados)
<p>2. Demandas de saúde mental infantojuvenil na atenção primária à saúde</p>	<p>DEMANDAS GERAIS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conflitos familiares: separação conjugal dos pais e dificuldades deles estabelecerem limites • Violência e maus-tratos • Automutilação • TEA • TDAH • Outras: abuso de álcool e substâncias psicoativas, obesidade e uso nocivo do celular/redes sociais

	<p>DEMANDAS ASSOCIADAS AO CONTEXTO DA PANDEMIA DA COVID-19:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Depressão e ansiedade decorrentes do isolamento social • Mudanças na rotina das crianças e adolescentes, desregulação do ciclo sono-vigília e uso nocivo do celular • Luto associado a perdas vivenciadas (morte de familiares ou pessoas próximas, prejuízos financeiros, etc) • Atrasos no desenvolvimento e na aprendizagem
<p>3. Intervenções em Saúde Mental Infantojuvenil</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Principais profissionais citados que se ocupam das intervenções em saúde mental: os profissionais ou estagiários de Psicologia, médicos e agentes comunitários de saúde • A orientação aos pais é citada como intervenção realizada com propósitos preventivos e curativos, além dos atendimentos individuais • As ações na atenção primária ainda estão atravessadas pelo modelo biomédico • Os CAPS são citados como parceiros da RAPS na atenção às questões de saúde mental infantojuvenil • Apesar dos encaminhamentos virem de diferentes serviços da rede intersetorial, poucas ações em conjunto com esses são identificadas
<p>4. Potencialidades do Cuidado</p>	<ul style="list-style-type: none"> • As tecnologias leves (acolhimento, escuta empática, vínculo) • O trabalho implicado e colaborativo entre os profissionais das equipes • A estrutura física, quando está organizada de uma forma acolhedora e com recursos específicos para o atendimento do público infanto-juvenil • A motivação dos usuários e responsáveis para tratamento
<p>5. Desafios do Cuidado</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Implementar grupos terapêuticos e/ou com propósitos de promoção de saúde mental • Romper com a organização engessada de trabalho na atenção básica • Manter a atualização dos prontuários e possuir um sistema integrado de informações • Superar a lógica do encaminhamento burocratizado e consolidar o de caráter implicado • Dificuldade na adesão dos usuários aos atendimentos

- Superar a lógica do encaminhamento burocratizado e consolidar o de caráter implicado
- Dificuldade na adesão dos usuários aos atendimentos
- Ter recursos materiais e espaço físico adequados para o cuidado de crianças e adolescentes
- Amenizar a sobrecarga de trabalho dos profissionais. As reuniões de equipe podem ser uma dentre outras estratégias para atenuar esse desafio
- Superar lacunas na capacitação e formação dos profissionais no que tange ao cuidado de crianças e adolescentes com transtornos mentais e com outras necessidades de saúde mental

6.Capacitação e educação permanente em saúde mental infantojuvenil

- Lacunas na formação dos profissionais no que tange a saúde mental infantojuvenil foram identificadas.
- A saúde mental do adulto é usada como parâmetro para compreender as questões infantis, desconsiderando, com isso, as especificidades da etapa da infância e adolescência.
- Alguns profissionais não participaram de propostas de educação permanente na área. Dentre aqueles que participaram, citam como experiências potentes: Percursos formativos na RAPS, período de vivência nos CAPS do município e matriciamento.
- Profissionais sinalizam a necessidade de mais ações de capacitação e educação permanente para instrumentá-los para intervir junto às demandas relacionadas à saúde mental de crianças e adolescentes

Conclusões

A organização da RAPS já é uma realidade em Guaíba (RS) e a assistência em saúde mental às crianças e adolescentes do município vem se dando em seus diferentes pontos de atenção. A relevância do cuidado ofertado na atenção básica – porta de entrada da rede – em resposta aos problemas de saúde mental infantojuvenil é inquestionável, principalmente no que tange às iniciativas de promoção de saúde e prevenção de agravos.

Na pesquisa realizada, percebemos os profissionais entrevistados sensíveis às questões de saúde mental infantojuvenil, assim como a seus determinantes e condicionantes, trazendo em seus discursos entendimento do caráter complexo e multideterminado que abarca o sofrimento psíquico. Como potencialidades do cuidado ofertado na atenção básica destacam-se a utilização das tecnologias leves e ferramentas relacionais, como por exemplo, o acolhimento, escuta empática e vínculo; o trabalho implicado e colaborativo empreendido pelas equipes; a estrutura física quando contemplando espaço e materiais adequados ao atendimento do público infantojuvenil; assim como, a motivação dos usuários e familiares para o tratamento.

Entretanto, alguns desafios estão postos ao desenvolvimento da assistência efetiva e operadora de cuidado em relação às crianças e adolescentes. Ao se referirem às intervenções realizadas na atenção primária, os entrevistados sinalizam que predominantemente as mesmas se dão de forma individualizada e curativa, apesar de compreenderem a relevância das propostas de promoção e prevenção. As ações desenvolvidas com esse foco, assim como aquelas realizadas em espaços coletivos, são praticamente ausentes no cotidiano de trabalho no que tange à abordagem de problemas de saúde mental. Atribuímos esse hiato, à prioridade dada na atenção primária às ações de enfrentamento da covid-19, demanda que ocupou a agenda dos serviços nos últimos dois anos. Todavia, observamos ainda resquícios do paradigma biomédico permeando as ações em diferentes níveis de atenção, inclusive no primário.

Constatamos que a transição para o modelo de cuidado embasado no paradigma psicossocial está em andamento, apresentando avanços, mas também retrocessos. Além de superar o modelo biomédico de cuidado, outros desafios também são prementes à atenção primária na garantia da atenção psicossocial infantojuvenil, como: a ampliação da articulação de ações a nível intersetorial; garantia de condições físicas, materiais e de recursos humanos mínimos; implicação das equipes em relação aos encaminhamentos entre pontos de atenção; proposição de ações que gerem a adesão e motivação das crianças

e adolescentes para o tratamento; além de formação dos profissionais de saúde em consonância com a política de saúde mental infantojuvenil e ações de educação em trabalho que capacitem os trabalhadores em seu fazer.

Quanto à formação, verificamos ainda currículos em que a abordagem da saúde mental é quase inexistente ou quando presente, atravessada pelo paradigma biomédico. Além disso, observamos que a temática saúde mental infantojuvenil, que leve em conta as especificidades dessa área, é pouco estudada, tomando-se o parâmetro do cuidado ofertado aos adultos como base para o ensino na saúde.

No que diz respeito à educação em trabalho, evidenciamos que algumas ações pontuais vêm sanando as lacunas da formação, entretanto sem haver uma proposta contínua e que considere a realidade de trabalho dos profissionais. Uma das estratégias possíveis em resposta a esse desafio é a educação permanente em saúde mental, considerando os diferentes pontos de atenção, visto ser importante haver um investimento não somente na formação profissional, mas também na educação daqueles atuantes nos serviços, considerando os contextos de trabalho, bem como o cotidiano e desafios que neles se apresentam.

Por fim, como produto técnico decorrente dessa pesquisa e em resposta a alguns dos desafios apontados pelos entrevistados, elaboramos uma cartilha que contempla um conjunto de informações sobre saúde mental infantojuvenil direcionado a profissionais da atenção primária à saúde.

Cartilha de Saúde Mental Infantojuvenil



Para acessar a Cartilha de Saúde Mental Infantojuvenil na íntegra,
acesse o link:
https://www.canva.com/design/DAFOlzEAWJ4/44j7cvSA-0PgCySatr8WqA/view?utm_content=DAFOlzEAWJ4&utm_campaign=designshare&utm_medium=link&utm_source=publishsharelink

Referências

1. COUTO, M.C.V.; DELGADO, P.G.G. Crianças e adolescentes na agenda política da saúde mental brasileira: inclusão tardia, desafios atuais. *Psicologia Clínica*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 17-40, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652015000100017&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 18 Dez. 2020.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 01 dez. 2020.
3. BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. 3ª reimp. da 1. ed. São Paulo: Edições 70, 2016.

Equipe de Pesquisa

Ana Cláudia Müller

Pesquisadora, Psicóloga do CAPS IJ Crescendo Juntos do município de Guaíba (RS). Especialista em Saúde Coletiva (UNIFRA) e em Teoria Psicanalítica e a Clínica Psicoterápica (CIPT). Mestranda do Programa de Pós-graduação em Ensino na Saúde (UFRGS)

Danilo Blank

Orientador, Professor do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da UFRGS. Vice-coordenador do Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde - Mestrado Profissional da Faculdade de Medicina da UFRGS

Franciele R. Etcheverry

Assistente de pesquisa, acadêmica do 10º semestre do curso de Psicologia da ULBRA/Campus Guaíba

Kellen R. Clack

Assistente de pesquisa, acadêmica do 4º semestre do curso de Psicologia da ULBRA/Campus Guaíba