

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TERAPIA OCUPACIONAL

MARIANA SANTOS DE GIORGIO LOURENÇO

**SAÚDE MENTAL INFANTOJUVENIL: IDENTIFICANDO
REALIDADES DE MUNICÍPIOS QUE NÃO CONTAM COM CAPS
INFANTOJUVENIL, A PARTIR DA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE**

São Carlos
2017

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TERAPIA OCUPACIONAL

MARIANA SANTOS DE GIORGIO LOURENÇO

**SAÚDE MENTAL INFANTOJUVENIL: IDENTIFICANDO
REALIDADES DE MUNICÍPIOS QUE NÃO CONTAM COM CAPS
INFANTOJUVENIL, A PARTIR DA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional para a obtenção do título de mestre em Terapia Ocupacional.

Orientação: Prof^ª. Dra. Thelma Simões Matsukura

São Carlos
2017



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional

Folha de Aprovação

Assinaturas dos membros da comissão examinadora que avaliou e aprovou a Defesa de Dissertação de Mestrado da candidata Mariana Santos de Giorgio Lourenço, realizada em 15/02/2017:

Profa. Dra. Thelma Simões Matsukura
UFSCar

Profa. Dra. Maria Fernanda Barboza Cid
UFSCar

Profa. Dra. Sueli Terezinha Ferrero Martin
UNESP

DEDICATÓRIA

*A todas as crianças, adolescentes e familiares
que buscam por um cuidado integral em saúde mental,
com toda sensibilidade e afeto que lhes é de direito.
E a todos os profissionais que podem tornar isso possível!*

AGRADECIMENTOS

Desde que iniciei o mestrado, tenho pensado nos agradecimentos, visto que o processo é tão intenso, que sozinha, não seria possível realizá-lo!

Dessa forma, inicio este texto agradecendo aos meus pais, Terezinha e José Carlos De Giorgio, por todo estímulo que deram aos meus estudos e todo o esforço que fizeram para que minha formação fosse leve e completa. Agradeço também, por compreenderem minha ausência nesse período e me apoiarem em todos os momentos.

Ao meu irmão Rafael De Giorgio, que mesmo longe, acredita que sempre posso ir além.

Aos meus sogros, Maria Elvira e Airton Lourenço, por sempre se fazerem presentes tentando amenizar toda e qualquer dificuldade que esse processo pudesse trazer.

Ao meu sobrinho Raul Lourenço, por enxergar em mim, somente aquilo que tenho de melhor e me dar, incondicionalmente, o amor mais puro que uma criança pode nos conceder!

Às minhas duas Bárbaras, de Paula e Villaça, irmãs que a vida me deu através da escolha da Terapia Ocupacional, por todos os encontros recheados de afeto e alegria que permitiram a recarga de energia e a continuidade da caminhada. À Fernanda Plessmann, por se agregar a nós e fazer desse, um grupo melhor!

Às minhas amigas e parceiras Marcela Nardo e Mariana Soragni, por pensarem comigo, me estimularem a seguir e me possibilitarem acreditar que cuidar com afeto é possível!

À professora Dra. Maria Fernanda Cid, figura importante da tomada de decisão à inscrição ao Mestrado, que depois, aceitou ser minha banca de qualificação e defesa, trazendo contribuições importantes para a conclusão deste estudo.

À minha orientadora, professora Dra. Thelma Simões Matsukura, pela delicadeza com que esteve comigo, principalmente nos momentos mais difíceis durante os dois anos que passamos juntas e pela confiança que depositou em mim em todos os momentos deste processo.

A todos os profissionais que de forma direta ou indireta aceitaram participar deste estudo.

Às minhas parceiras nesta jornada, Sofia Martins, Bruna Marini, Luma Carolina, Paula Faria, Lisabelle Manente, Stéphaney Reis, Jaqueline Silva, Caroline Beier, Isadora Cardinalli, Lays Campos, Miki Sato e Natasha Ferreira, por tornarem especiais todos os momentos em que conseguimos estar juntas.

Aos professores Dra. Isabela Aparecida de Oliveira Lussi, Dra. Ana Paula Serrata Malfitano, Dra. Roseli Esquerdo Lopes, Dr. Daniel Marinho Cezar da Cruz pelas aulas ministradas e pelas importantes contribuições e ensinamentos acerca da pesquisa em Terapia Ocupacional.

À professora Dra. Sandra Maria Galheigo, que atuou diretamente na minha formação como terapeuta ocupacional desde o início e continua se fazendo presente em toda minha caminhada. À Mariângela Quarentei, que deu continuidade a esse processo de modo brilhante!

À professora Dra. Adriana Sparenberg de Oliveira, que integrou a banca de qualificação e à professora Dra. Sueli Terezinha Ferrero Martin que, além da qualificação, também integrou a banca de defesa, pelas consistentes discussões e apontamentos para a conclusão deste trabalho.

Ao professor Dr. Tiago Rocha Pinto, por aceitar, nas duas ocasiões, ser suplente nas bancas.

Às "meninas" do Grupo de Pesquisa em Terapia Ocupacional Infantojuvenil, em especial Bruna Lídia Taño, por ter se mostrado uma parceira para o tema do meu estudo e outros temas que permeiam a vida!

À CAPES, pelo auxílio financeiro disponibilizado no último ano do mestrado, o que possibilitou minha dedicação integral e exclusiva ao estudo.

Ao Hospital das Clínicas – HC Unesp Botucatu, na figura de, Cristiane Mendes Chiloff, por possibilitar estratégias de compatibilização de meu trabalho com os estudos, durante o cumprimento das disciplinas, e por, posteriormente, apoiar minha decisão de afastamento.

À FAMESP, por possibilitar meu afastamento durante o último ano do mestrado.

Às minhas parceiras de trabalho Paula Ranalli e Gabriela Calille, com as quais compartilho todos os encantos e desafios do trabalho com Saúde Mental Infantojuvenil.

Às minhas companheiras de trabalho Juliana Marchete, Clarissa Cabianca, Letícia Negrisoli, Luciana Carnier, Layla Coco e Regina Calille, psicólogas que me acolheram com todo carinho no Serviço de Psicologia, ao qual sou vinculada.

À Rimena Ramos, Roberta Justel, Carla Michelin, Eliana Marques, Nathália Tulli, Andressa Bueno, Ana Cláudia Betti, Gabriela Bexiga, Isabela Petrisin, Paula Silva, Letícia Carraro, Flávia Arantes, Olívia Isshiki, Marcela Nardo, Mariana Soragni, Letícia Rodrigues, Bianca Rico, Raíza Quaresma, Daphne Kraner, Flávia Almeida e Gabriella Cruz, aprimorandas de Terapia Ocupacional que fizeram parte da minha formação como supervisora e que são, em grande parte, responsáveis pelo meu desejo de me tornar agente de formação.

Aos amigos Lara Ferreira e Alan Buck, que com seus pequenos André e Luísa, me receberam em sua casa numa imersão pré-qualificação e me deram todo o apoio e carinho necessários para aquele momento.

Aos amigos: Gustavo Faria, Bruno Araujo, Íria Peres e Giba, Augusto Albano, Ana Carolina Lanza Svíszero e Yuri Svíszero, Elaine Alves Cardoso e Renato Cardoso (João Victor), Ariane Garcia e Guilherme Ducatti (Rafael) e a todos os meus amigos, por permanecerem presentes de todas as formas possíveis, seja com uma visita, seja com um alô no *whatsapp*.

Ao meu cunhado e amigo, Airton Lourenço Júnior, que nos deixou tão precocemente enquanto eu cumpria esta jornada do mestrado, e que nos deixa tanta saudade, por toda força e estímulo que nos dava em relação à continuidade nos estudos, por toda parceria nos churrascos e nas cervejas e por toda confiança trocada.

Enfim, ao meu esposo, companheiro e amigo André Luís Lourenço, sem o qual nada disso seria possível! A ele, que é o principal responsável por me impulsionar nesta jornada da pós-graduação, por acreditar em mim quando eu mesma deixo de acreditar, por me 'levar e trazer' em todas as situações em que minha presença é necessária, por sempre achar que seria possível e por, nunca, em momento algum, me deixar desistir de qualquer sonho! São quase 12 anos do resto da minha vida... todo meu afeto, minha gratidão e meu amor!

RESUMO

As políticas públicas de saúde mental para crianças e adolescentes em sofrimento psíquico têm sido discutidas de forma bastante defasada em relação às políticas voltadas aos adultos com transtorno mental. A mais recente política pública do setor, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), prevê a criação, a ampliação e a articulação de equipamentos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento psíquico ou transtorno mental, direcionando às Unidades Básicas de Saúde (UBS) e aos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis (CAPSij) a responsabilidade por desenvolver as principais estratégias para essa articulação no atendimento de crianças e adolescentes. Porém, os equipamentos estratégicos para o cuidado em saúde mental da população infantojuvenil são ainda escassos. O presente estudo objetivou compreender, sob a ótica dos profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF), como os serviços de Atenção Básica em Saúde de municípios que não possuem CAPS infantojuvenil lidam com a demanda da Saúde Mental Infantojuvenil, tendo como objetivos específicos: identificar a compreensão dos profissionais da Atenção Básica sobre a Saúde Mental Infantojuvenil e as demandas deste campo que chegam aos serviços da ESF; identificar, a partir dos profissionais da Atenção Básica, as práticas de atenção à saúde mental infantojuvenil desenvolvidas nos serviços da ESF; compreender os desafios e perspectivas acerca do cuidado efetivado na Atenção Básica em Saúde, em municípios que não contam com o CAPS infantojuvenil, em relação às articulações com as Políticas Públicas de Saúde Mental Infantojuvenil. Para tanto, três municípios com diferentes dimensões e recursos, localizados na área de abrangência de um mesmo Departamento Regional de Saúde do Estado de São Paulo (DRS) foram focalizados. Trata-se de pesquisa descritivo-exploratória, de abordagem qualitativa, que fez uso de entrevistas semiestruturadas. Participaram deste estudo, 21 profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família e são considerados os responsáveis pelo acolhimento a crianças e adolescentes em sofrimento psíquico que chegam às Unidades. As entrevistas foram realizadas individualmente e presencialmente e a análise dos dados foi realizada a partir da técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). Os resultados obtidos apontam que, o cuidado na própria unidade, quando ocorre, é realizado principalmente por meio de atendimentos médico-centrados e pela equipe NASF, quando esta compõe a rede municipal de cuidado, ambos a partir de atendimentos individuais. Ao expressarem sua compreensão sobre saúde mental infantojuvenil, os participantes destacaram a influência do papel dos contextos de vida, dando especial enfoque ao contexto familiar, o que reflete na identificação da demanda que chega ao serviço. Ao caracterizarem esta população, relatam que dificuldades de aprendizagem, questões sociais e uso de álcool e drogas estão entre os principais problemas e que, em sua maior parte, chegam por demanda espontânea. Identificou-se que as ações em rede e no território são praticamente ausentes e, dentre as dificuldades relatadas pelos profissionais para efetivar a atenção a esta população são elencadas a falta e a qualificação de profissionais, a alta demanda nas unidades, dentre outras. Discute-se que a ausência de ações em rede e no território, do cuidado compartilhado e de matriciamento, são tão prejudiciais ao cuidado em saúde mental infantojuvenil quanto a ausência de equipamento especializado em saúde mental e que, investimentos para a concretização destas diretrizes dariam mais qualidade a este tipo de atenção nos municípios. Diante do exposto, conclui-se que as ações de cuidado preconizadas nas diretrizes e nas políticas de atenção psicossocial para crianças e adolescentes não são priorizadas enquanto ações de cuidado; que a compreensão dos profissionais em relação ao campo da saúde mental se mostra, muitas vezes, limitada ou equivocada e que as lacunas geradas pela falta de um equipamento estratégico são menores, quanto mais bem os recursos mínimos existentes nos municípios forem integrados.

Palavras-chave: Política Pública; Criança e Adolescente; Saúde Mental; Atenção Psicossocial.

ABSTRACT

Public policies concerning mental health for children and teenagers in psychological distress have been discussed in a very disassociated way in comparison to the policies directed towards adults with mental disorders. The most recent public policy in this field, the Psychosocial Care Network (in Brazil, RAPS – *Rede de Atenção Psicossocial*), establishes the creation, expansion and articulation of health care structure for people in mental suffering or mental disorders, directing them to the Basic Health Units (UBS – *Unidades Básicas de Saúde*) and also the Centers for Psychosocial Child and Teenager Care (CAPSij – *Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis*) the responsibility for developing the main articulation strategies for children and adolescents. However, the strategic equipment for mental health that provides care for the child and teenaging population is still scarce. The present study aims to understand, from the perspective of the professionals who work in the Family Health Strategy (ESF – *Estratégia Saúde da Família*) program, how the Basic Health Care services of municipalities which do not have constituted child and teenaging CAPS might deal with the demand related to Children and Teenagers Mental Health and, as specific objectives, it also aims to place the understanding of Primary Care professionals about Child and Teenagers Mental Health and the demands on this field that reach the ESF services, to identify, from the professionals in the Basic Care Services, the practices concerning the attention to the mental health of children and teenagers developed in the ESF services; and, finally, to understand the challenges and perspectives about the care delivered in Primary Health Care located in the municipalities which do not have child and teenaging CAPS, regarding the articulations with the Public Policies for Children and Teenagers Mental Health. In order to do so, three municipalities with different dimensions and resources were chosen and the studies were focused on them, which are located in the area covered by a Regional Department of Health in the State of São Paulo (DRS – *Departamento Regional de Saúde*). This is a descriptive-exploratory research, with a qualitative approach, using semi-structured interviews. Twenty-one professionals who are part of the Family Health Strategy program have participated in this study once they had been responsible for receiving children and teenagers in psychological distress who arrive at the Units. The interviews have been performed individually and live, and data analysis has been carried out using the Collective Subject Discourse – CSD (DSC – *Discurso do Sujeito Coletivo*) technique. The results obtained indicate that care in the unit itself, when it occurs, is performed mainly through physician-centered care and the Support Centers for Family Health teams (NASF – *Núcleos de Apoio à Saúde da Família*), when it is a part of the municipal care network, both arising from individual care. When expressing their understanding of children and teenagers' mental health, participants have emphasized the influence concerning the importance of life contexts, with a special focus on the family context, which reflects directly in the identification of the demand that comes to the service. Related to the characterization of this population, they report that learning difficulties, social issues and use of alcohol and drugs are among the main problems and that, for the most part, they arrive by spontaneous demand. It has been identified that the actions in network and in the territory are practically absent and, among the difficulties reported by the professionals to carry out the attention to this population are listed the lack and the qualification of professionals, the high demand in the units, among others. It could be argued that the absence of network and territorial actions, shared care and parenting, are as harmful to children and teenagers mental health care as the absence of specialized mental health equipment and that investments for the implementation of these guidelines would qualify this kind of attention in the municipalities. Concerning the above, we present a conclusion that the care actions advocated in the guidelines and policies of psychosocial care for children and adolescents are not prioritized as care actions; That the professionals'

understanding of the field of mental health is often limited or misleading, and that the shortcomings generated by the lack of strategic equipment are smaller, as long as the minimum of better resources available in the municipalities have been integrated.

Keywords: Public Policy; Children and Teenager; Mental health; Psychosocial Attention.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Número de habitantes e renda per capita	42
Tabela 2 – Gestão e equipamentos da Atenção Primária à Saúde.....	43
Tabela 3 – Equipamentos de Assistência Social.....	43
Tabela 4 – Equipamentos de Saúde Mental.....	44
Tabela 5 – Convites e Aceites para participação.....	48
Tabela 6 – Caracterização dos serviços.....	51
Tabela 7 – Caracterização dos participantes	53
Tabela 8 – Recursos disponíveis para o cuidado em saúde mental infantojuvenil.....	97
Tabela 9 – Atividades realizadas pela equipe NASF nas USFs de acordo com os profissionais das Unidades	105

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AC	Ancoragem
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APAE	Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
APS	Atenção Primária à Saúde
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS I	Centro de Atenção Psicossocial Tipo 1
CAPS II	Centro de Atenção Psicossocial Tipo 2
CAPS III	Centro de Atenção Psicossocial Tipo 3
CAPSad	Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas
CAPSi/CAPSi_j	Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos em Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CRAMI	Centro Regional de Atenção aos Maus Tratos na Infância
CRAS	Centro de Referência em Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado em Assistência Social
DATA CRAS	Sistema de Apoio às atividades desenvolvidas pelos CRAS
DRS	Departamento Regional de Saúde
DSC	Discurso do Sujeito Coletivo
DST	Doença Sexualmente Transmissível
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ECH	Expressões-chave
ESF	Estratégia Saúde da Família

eSF	Equipe de Saúde da Família
FEBEM	Fundação Estadual para o Bem Estar do Menor
FUNABEM	Fundação Nacional do Bem Estar do Menor
FUNDAP	Fundação de Desenvolvimento Administrativo
GM	Gabinete Ministerial
HC	Hospital das Clínicas
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Ideias Centrais
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
LOAS	Lei Orgânica de Assistência Social
MNLA	Movimento Nacional da Luta Antimanicomial
MS	Ministério da Saúde
MTSM	Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental
NAPS	Núcleo de Atenção Psicossocial
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
OS	Organização Social
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNBEM	Política Nacional do Bem Estar do Menor
PSE	Programa Saúde nas Escolas
PSF	Programa Saúde da Família
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RRAS	Rede Regional de Atenção à Saúde

SDS	Secretaria de Desenvolvimento Social
SENAD	Secretaria Nacional de Políticas Sobre Álcool e Drogas
SNAS	Secretaria Nacional de Assistência à Saúde
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TEPT	Transtorno do Estresse Pós Traumático
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFSCar	Universidade Federal de São Carlos
UNESP	Universidade Estadual Paulista
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	16
1. INTRODUÇÃO	19
1.1. Concepção social da criança: construindo o cuidado em saúde	19
1.2. A Saúde Mental de crianças e adolescentes e as Políticas Públicas do Setor no Brasil	24
1.3. A Atenção Básica em Saúde e a Saúde Mental Infantojuvenil	32
2. OBJETIVOS	40
2.1. Objetivo Geral.....	40
2.2. Objetivos Específicos.....	40
3. METODOLOGIA	41
3.1. Participantes.....	41
3.2. Local.....	41
3.2.1. Caracterização dos Municípios.....	42
3.3. Instrumentos e Materiais.....	45
3.3.1. Ficha de Caracterização dos Serviços.....	45
3.3.2. Ficha de Identificação dos Participantes.....	45
3.3.3. Roteiro de Entrevista Semi-estruturada	45
3.4. Procedimentos.....	46
3.4.1. Procedimentos Éticos.....	46
3.4.2. Elaboração e Validação dos Instrumentos.....	46
3.4.3. Localização dos Participantes e Convite para Participação.....	47
3.5. Coleta de Dados.....	49
3.6. Análise dos Dados.....	49
4. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	51
4.1. Caracterização das Unidades e dos participantes do estudo.....	51
4.2. Resultados advindos das entrevistas.....	54
4.2.1. Dimensão I: O cuidado em Saúde Mental Infantojuvenil nos serviços de Atenção Básica	54
4.2.2. Dimensão II: Potencialidades e Desafios do cuidado em Saúde Mental infantojuvenil na Atenção Básica	108
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	128
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	132
APÊNDICE	145
ANEXO	161

APRESENTAÇÃO

Considero, por bem, traçar um panorama das discussões e questionamentos que me levaram a optar por seguir esta jornada de cursar o mestrado e por realizar estudo na área da Saúde Mental na infância e adolescência.

Após minha graduação, fiz aprimoramento de Terapia Ocupacional em Saúde Mental Infantojuvenil na Universidade Estadual Paulista – Unesp. Era o único programa na área voltado à infância e adolescência no Estado de São Paulo e, por acreditar na interface da saúde mental com todos os outros campos de atuação da Terapia Ocupacional, topei o desafio, mesmo não sendo, naquele momento, o campo com o qual eu mais me identificava. A jornada foi intensa, mas, acredito, feliz, e após concluí-lo, dei início à minha segunda grande jornada: inserir-me no mercado de trabalho.

Confesso que o mestrado sempre foi um desejo, mas acreditava que um pouco de experiência me daria embasamento e maturidade para, mais tarde, seguir com essa ideia inicial. E foi o que aconteceu.

Antes de conseguir entrar no mercado de trabalho como terapeuta ocupacional, atuei como professora eventual em uma escola pública e, em seguida, como agente educacional no primeiro programa socioeducativo de Semiliberdade¹ da minha cidade de origem, Sorocaba. Foram duas experiências desafiadoras, estimulantes e intensas. Mas minha hora havia chegado. Fui chamada num processo seletivo que eu havia prestado um ano antes, para compor a equipe de uma associação de usuários, familiares e trabalhadores de saúde mental, em Botucatu, interior do Estado de São Paulo, que trabalhava com oficinas de inclusão produtiva, com as diretrizes da Economia Solidária.

Lá, dividia meu tempo entre a coordenação de uma Oficina de Papel Reciclado e os atendimentos no Ambulatório de Saúde Mental, vinculado ao Hospital das Clínicas da Unesp – HC-Unesp, referência na área para toda uma região. Para ser exata, 68 municípios, mais alguns casos que vinham do Brasil inteiro.

Concomitantemente a isso, precisei assumir, imediatamente, a supervisão e os seminários de dois programas de aprimoramento profissional de Terapia Ocupacional no campo da Saúde Mental, que eram vinculados à Universidade, com bolsa Fundap – Fundação

¹ “A semiliberdade é uma alternativa ao regime de internamento, que priva, parcialmente, a liberdade do adolescente, colocando-o em contato com a comunidade”. Texto completo disponível em: <http://www5.tjba.jus.br/infanciaejuventude/images/noticia/cij/mse_semiliberdade_marcos_bandeira.pdf>. Acesso em: 12 Set. 2016.

do Desenvolvimento Administrativo. Mais um desafio estava lançado. E este foi o mais apaixonante entre todos os outros.

Fui assumindo novas funções, mudando os locais de atuação, estudando muito para dar conta de tudo isso que era novo para mim. De supervisora, passei a ser responsável suplente de dois programas e assumi, por força maior, como preceptora, o programa de Saúde Mental Infantojuvenil, aquele mesmo pelo qual eu já havia passado. A infância e adolescência, que sempre foram meu foco, tornaram a se aproximar de mim.

Devagar, fui deixando algumas coisas, traçando novos trajetos e consegui, em 2013, atuar como terapeuta ocupacional responsável pelo serviço, no Ambulatório de Saúde Mental Infantojuvenil onde o aprimoramento era realizado, em sua maior parte. Dessa forma, voltei a ter como foco as questões relativas à saúde mental da criança e do adolescente, tema este, discutido sempre à rabeira das propostas e políticas de atenção psicossocial voltadas à população adulta.

Nesta trajetória, que durou sete anos, fui me deparando com a dura realidade dos serviços e dos profissionais que deles fazem parte: a falta de comprometimento, a descrença no outro, na rede e nas ações de cuidado, a busca pelo poder independente da forma como acontecesse. Fui pensando sobre o que poderia ser feito pra mudar uma estrutura já tão enraizada, e as duas únicas coisas nas quais eu conseguia pensar eram: pela gestão e pela formação. Escolhi a formação.

E aqui estou! Rumo à defesa de um projeto que se concretizou depois de vivenciar com as crianças, adolescentes e suas famílias, a dura realidade de se conseguir um cuidado, tratamento, acompanhamento, suporte, ou seja lá como queremos chamar, para suas questões de saúde mental, mais difícil ainda nos pequenos municípios e nas relações intersetoriais.

Desta forma, considero que, para o terapeuta ocupacional, estar ligado ao campo da saúde mental significa estar diretamente ligado às políticas públicas que regem esse lugar. Compreende-se que, para nós terapeutas ocupacionais, o estudo das políticas de Atenção à Saúde Mental – em especial à Saúde Mental de Crianças e Adolescente, foco deste estudo – representa a imersão num campo que nos é próprio. Campo este que faz referência à territorialização, que faz referência a intersetorialidade e que, acima de tudo, faz referência à subjetividade e ao cotidiano dos indivíduos que nele estão inseridos.

Participar do debate e da construção das políticas de Atenção em Saúde Mental, assim como buscar compreender como ela se efetiva nas diferentes práticas em Saúde – como estamos fazendo nos estudos realizados pelos pesquisadores do Laboratório de Saúde Mental vinculado ao Departamento de Terapia Ocupacional da UFSCar –, significa adentrar um

campo importante de ação para os terapeutas ocupacionais que possuem, em sua formação, os conhecimentos necessários para compor com as políticas públicas de Saúde Mental vigentes atualmente. Mas para isso, ainda é fundamental que se compreenda, de modo aprofundado, de que forma a Terapia Ocupacional, com toda sua especificidade, pode e deve buscar seu espaço em áreas ainda pouco conhecidas, como é o caso da Saúde Mental Infantojuvenil, em situações onde a realidade da ausência de serviços estratégicos se coloca e a Atenção Básica é instada, ainda que teoricamente, a articular este cuidado.

Venho então, apresentar o estudo intitulado “Saúde Mental Infantojuvenil: identificando realidades de municípios que não contam com CAPS infantojuvenil² a partir da Atenção Básica em Saúde”, orientado pela Professora Doutora Thelma Simões Matsukura, para a obtenção do título de mestre em Terapia Ocupacional pelo Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos – UFSCar.

O presente estudo será apresentado em cinco seções, conforme descrição a seguir.

Na primeira seção, será apresentada uma Introdução, com o referencial teórico utilizado, apresentando a literatura que discute as questões referentes à saúde mental infantojuvenil e a atenção básica, assim como as lacunas de conhecimento neste campo encontradas no levantamento bibliográfico, o que explicita e justifica a pertinência deste estudo. Nesta seção, optou-se por adotar a trajetória histórica sobre a temática e seus desdobramentos, onde em três subseções são abordados: a construção social da criança e seu cuidado em saúde; o cuidado e as políticas de saúde mental para crianças e adolescentes no Brasil; e, finalmente, a Atenção Básica em Saúde e o cuidado em saúde mental infantojuvenil no âmbito do SUS.

Na segunda seção, estarão elencados os Objetivos gerais e específicos do trabalho e na terceira seção, a Metodologia utilizada para que os objetivos fossem atingidos.

Já na quarta seção, serão apresentados os Resultados e as Discussões deste estudo. As Considerações Finais estarão na seção cinco seguidas pelas Referências Bibliográficas. O trabalho será encerrado com os anexos e apêndices dos documentos utilizados para este estudo.

² As legislações da área utilizam como referência para CAPS infantojuvenil, a sigla CAPSi. Neste estudo, optou-se por utilizar CAPSij

1. INTRODUÇÃO

1.1. Concepção social da criança: construindo o cuidado em saúde

Até o século XVIII, a infância teve pouca relevância para a sociedade e consequentemente, para a saúde. As crianças eram vistas como adultos em miniatura e os cuidados despendidos a estas eram os mesmos dispensados aos adultos. Não havia, na época, o entendimento da criança como um ser em crescimento e em desenvolvimento (ARIÈS³, 1978).

Ariès (1978) afirma que a velha sociedade tradicional não via bem a criança e, principalmente, o adolescente. Refere que a infância durava somente enquanto estava em seu período mais frágil, ou seja, enquanto a criança ainda não conseguia satisfazer-se. Porém, bastava adquirir alguma destreza para ser inserida aos modos de vida dos adultos, inclusive nas atividades de trabalho e lazer. Assim, de muito, crianças se transformavam em jovens, sem passar pelas etapas de amadurecimento que hoje tornaram-se essenciais. Durante séculos, a educação das crianças e jovens ficou garantida pela aprendizagem adquirida de sua convivência com os adultos e, dessa forma, era ajudando os adultos em suas tarefas que a criança aprendia as atividades que viria a desempenhar. (ARIÈS, 1978).

Já nas sociedades industriais, onde o modelo de economia doméstica foi substituído pelo modelo de economia de mercado, houve uma mudança considerável em relação ao lugar ocupado pela criança até então. Este fato tornou-se possível a partir do momento em que a “escola assumiu a aprendizagem como meio de educação” e a criança deixou de aprender através de contato direto com os adultos, sendo mantida à distância por um tempo, antes de poder voltar à convivência social. “Começou então um longo processo de enclausuramento das crianças (como dos loucos, dos pobres e das prostitutas) que se estenderia até nossos dias, e ao qual se dá o nome de ‘escolarização’”. É neste momento que a família torna-se um lugar de afeição, exprimida, sobretudo, pela importância que se passa a dar à educação (ARIÈS, 1978, p. 11).

A escola – ou colégio – era tida como a instituição ideal, visto que ali, a infância e a adolescência (tratada à época como mocidade), poderiam manter-se preservadas de qualquer

³ Phillippe Ariès (1814-1984) foi o primeiro autor a tratar sobre a história da infância em sua obra “História Social da Criança e da Família” – a primeira edição brasileira data de 1978 – sendo considerado até hoje, referência primária neste tema.

atitude maldosa ou nociva e serem moldadas de acordo com os princípios higienistas⁴ (RIBEIRO, 2006).

Marcado por transformações econômicas, políticas e sociais, com destaque para a era industrial capitalista, foi no século XIX que a infância recebeu significados distintos daqueles que possuía, além de uma importância social que não existia, até então, no mundo ocidental, ou seja, foi neste momento que “a criança deixa de ser objeto de interesse, preocupação e ação no âmbito privado da família e da Igreja para tornar-se uma questão de cunho social, de competência administrativa do Estado” (RIZZINI, 2011, p. 23).

Claramente mais apurado e de uma forma muito diferente daquela constatada anteriormente, Rizzini (2011, p. 24) afirma que o interesse pela infância deve ser entendido como resposta às novas ideias. Isso significa que a criança deixa de ocupar um lugar supérfluo e insignificante tanto no âmbito familiar, quanto social e passa a ser percebida como “valioso patrimônio de uma nação”.

A autora (*Ibidem*) esclarece, ainda, que cuidar da criança passou a ser um gesto de humanidade, descolado da religião, em uma ação que ultrapassava a esfera das relações reservadas da família e da caridade para um significado de garantir a ordem ou a paz social. As lógicas evolucionista e positivista da época tinham como missão o restabelecimento da raça humana e, por isso, tornou-se importante que a criança fosse vigiada para que não se desviasse.

A prática comum na Europa Medieval, de abandonar os filhos ou de simplesmente não lhes dispensar maiores cuidados, passa a ser vista como altamente condenável e não mais tolerada. Sobretudo o abandono moral invariavelmente ligado aos pobres, deverá ser combatido, pois a ele são associadas consequências indesejáveis para a sociedade, como a vadiagem, a mendicância e outros comportamentos viciosos que inexoravelmente conduziram à criminalidade e ao descontrole; era o que se temia. A autoridade paterna, instituída pelo Direito Romano – o *pater familias* – colide com a autoridade do Estado; perde seu caráter de intocabilidade e passa a ser regulada pelo poder público (RIZZINI, 2011, p. 24).

No Brasil, ao final do século XIX, enquanto o país vivenciava sua construção política e social através da concretização da tão desejada emancipação, via-se retumbar os ecos das mudanças mundiais, também no âmbito político e social. O caminho da Monarquia para a República foi considerado um período fulcral na composição do ideário social brasileiro (RIZZINI, 2011).

⁴ Princípio que entendia o estabelecimento de normas e hábitos para conservar e aprimorar a saúde coletiva e individual (GÓIS JÚNIOR, 2007).

Em relação à saúde, o crescimento e a urbanização desorganizados dos grandes centros no final do século XIX – em especial São Paulo e Rio de Janeiro – trouxeram como consequência, condições sanitárias precárias e epidemias. Uma gama de doenças era responsável por um alto índice de mortalidade da população. O Higienismo ou Movimento Higienista chegou ao Brasil nessa época e predominou até o início do século XX. Era caracterizado como um desdobramento da medicina social e tinha como proposta a educação pública em saúde, compreendendo que o surgimento de muitas doenças vinha do não conhecimento das pessoas em relação aos hábitos de higiene (SOUZA; JACOBINA, 2009; BOARINI; YAMAMOTO 2004; GÓIS JÚNIOR; LOVISOLO, 2003).

Dessa forma, o Movimento Higienista passou a ter como foco a educação em saúde para as famílias, em especial, as crianças, com ensino sobre hábitos de higiene apenas, compreendendo que, quanto mais as pessoas soubessem e compreendessem as questões relacionadas à higiene, menor seria a disseminação das doenças epidêmicas da época (SOUZA; JACOBINA, 2009; RIBEIRO, 2006; PELICIONI; PELICIONI, 2007).

No século XX, as ações de cuidado à infância se intensificaram em diversos países, marcadas “pela crescente industrialização, altas taxas de mortalidade infantil e pela necessidade de mão de obra”. No Brasil, a atenção a esta população ficou sob a responsabilidade de instituições de caridade, sejam elas de caráter filantrópico ou privado (BELTRAME; BOARINI, 2013, p. 338).

Nesse período, a representação da criança era feita de duas formas: por um lado a esperança de um futuro melhor, do outro, uma ameaça. Ou seja, se ela fosse educada adequadamente ou reeducada, caso fosse considerado que o meio em que vivia não tinha condições de fazê-lo, a criança tornar-se-ia produtiva socialmente. Caso contrário, poderia tornar-se um problema social. Desta forma, aquelas às quais não fosse possível a criação por suas famílias, por serem consideradas incapazes ou indignas, passariam a ser responsabilidade do Estado (RIZZINI, 2011).

Esta visão ambivalente em relação à criança – em perigo versus perigosa – torna-se dominante no contexto das sociedades modernas, crescentemente urbanizadas e industrializadas. No Brasil, ao final do século XIX, identifica-se a criança, filha da pobreza – ‘*material e moralmente abandonada*’ – como um ‘*problema social gravíssimo*’, objeto de uma *magna causa*, a demandar urgente ação. Do referencial jurídico claramente associado ao problema, constrói-se uma categoria específica – a do menor – que divide a infância em duas e passa a simbolizar aquela que é pobre e potencialmente perigosa; abandonada ou ‘*em perigo de o ser*’; pervertida ou ‘*em perigo de o ser*’... (RIZZINI, 2011, p. 26).

Foi a partir desta compreensão que se justificaria a criação de um aparato médico-jurídico-assistencial, com metas definidas a partir da ‘prevenção, educação, recuperação e repressão’ que, com discursos que oscilavam entre a defesa da criança e a defesa da sociedade, apresentavam para cada uma delas as seguintes funções: a prevenção teria como foco vigiar a criança a fim de evitar sua degradação e, conseqüentemente, a degeneração da sociedade; a educação teria o papel de educar o pobre para o trabalho, treinando-o para que observasse as ‘regras do bem viver’; já a recuperação atuaria na reeducação e reabilitação do menor⁵ através do trabalho e da orientação, retirando-o da criminalidade e tornando-o útil à sociedade; e, por enfim, a repressão, que representa a contenção do ‘menor delinquente’, impedindo que cause mais danos e atuando na sua reabilitação, tendo o trabalho como foco (RIZZINI, 2011, p. 26).

Desta forma, compreende-se que as políticas de defesa dos direitos das crianças e dos adolescentes tiveram como marca a institucionalização e o controle do Estado como forma de garantir a proteção social (BRASIL, 2005; BRASIL, 2014a).

Na década de 1920, o Brasil inicia o movimento de defesa dos direitos das crianças e adolescentes e, em 1927, surge a primeira legislação específica da área: o Código Mello Mattos – Decreto nº 17.943-A de 12 de Outubro de 1927 –, responsável por consolidar as leis de assistência e proteção a menores à época. O referido decreto, em seu Artigo 1º, traz como objeto de lei que “*o menor, de um ou outro sexo, abandonado ou delinquente, que tiver menos de 18 annos de idade, será submettido pela autoridade competente ás medidas de assistencia e protecção contidas neste Codigo*”⁶ (BRASIL, 1927).

O Código trata ainda de questões relacionadas a abandono, tutela, ‘menores delinquentes’, liberdade vigiada, trabalho, vigilância, crimes e contravenções. Além disso, é criado ao mesmo tempo, no Distrito Federal, um “*Juizo de Menores, para assistencia, protecção, defesa, processo e julgamento dos menores abandonados e delinquentes, que tenham menos de 18 annos*”⁷, até então inexistente (BRASIL, 1927).

Em 1979, o Código Mello Matos é substituído pelo Código de Menores – Lei nº 6.697, de 10 de Outubro de 1979 – que ficou em vigência até a regulamentação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e dispunha sobre a assistência, proteção e vigilância a

⁵ Termo de sentido vago, utilizado para definir a pessoa com menos de 18 anos. Desde que o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) entrou em vigor, é considerado inapropriado para designar crianças e adolescentes, pois tem sentido pejorativo. Esse termo reproduz e endossa de forma subjetiva discriminações arraigadas e uma postura de exclusão social que remete ao extinto Código de Menores. Informação retirada do site oficial da Associação ANDI – Comunicação e Direitos. Disponível em: <<http://www.andi.org.br/glossario>>. Acesso em: 22 Set. 2016.

⁶ Texto reproduzido com a grafia da época.

⁷ Idem.

menores, já considerados até os 18 anos e, em casos expressos em lei, até os 21 (BRASIL, 1979). Foi com o Código de Menores que se regulou a aplicação da Política Nacional do Bem Estar do Menor (PNBEM), promulgada em 1964 – ano do golpe político que deu início à Ditadura Militar – a qual aprovava e determinava a implantação da Fundação Nacional do Bem Estar do Menor (FUNABEM), com sede e foro no Distrito Federal e jurisdição em todo território nacional – que deu origem às FEBEMs (Fundação Estadual para o Bem Estar do Menor) (BRASIL, 1964).

Os anos que se seguiram, foram marcados pela Ditadura Militar e pela perda dos direitos políticos e cidadãos por parte da população. A censura era fortemente marcada, além de tortura e morte àqueles que se manifestassem contra o regime – os estudantes universitários em sua maior parcela. (CARVALHO, 2002).

Em 1988, a constituinte redigiu e aprovou “a constituição mais liberal e democrática que o país já teve, merecendo por isso o nome de Constituição Cidadã”, momento em que o Brasil conquistou seu Estado Democrático de Direito e, em 1989, ocorreu a primeira eleição direta para a presidência da República, desde 1960 (CARVALHO, 2002, p. 199).

Para Pini (2015, p. 11), foi através desta Constituição, a qual rege os direitos e deveres do cidadão até os dias de hoje, que um novo paradigma foi traçado para a infância e adolescência, afirmando a condição cidadã de crianças e adolescentes, como sujeitos detentores de direitos – Artigo 227 (BRASIL, 1988) – e demarcando a ruptura de uma situação irregular, visto considerar-se que o Código Mello Matos e o Código de Menores concebiam as crianças como “objeto de intervenção judicial”.

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) – Lei nº 8.069/90 (BRASIL, 1990a) – veio para concretizar a doutrina de proteção integral para crianças e adolescentes, alcançada após avanço democrático brasileiro. O ECA é fruto de muitas articulações e lutas sociais para a conquista de novos direitos no país. Muitas discussões precederam sua criação, em especial, o Movimento Nacional de Meninos e Meninas de Rua, em 1985; a promulgação da Constituição Federal em 1988 e a Convenção Internacional dos Direitos da Criança, aprovada pela Assembleia Geral das Nações Unidas, em 1989 (PINI, 2015; GADOTTI, 2015).

Concomitante a esse processo, novas discussões referentes ao setor Saúde começaram a acontecer. A Reforma Sanitária surgiu de um pensamento inicial que partiu de duas práticas para o enfrentamento das questões relacionadas à Medicina Preventiva à época: a prática teórica e a prática política. A criação do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES) em 1976 e o lançamento da revista ‘Saúde em Debate’ fizeram com que o debate em relação ao direito à saúde se tornasse possível. O termo ‘Reforma Sanitária’ foi apresentado no segundo

número da revista quando as questões relacionadas ao tema já estavam sendo propostas (PAIM, 2008a; PAIM 2008b).

O relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, que teve a participação de mais de quatro mil pessoas – entre eles, mil delegados – aponta que as discussões continuaram ocorrendo e, a partir das discussões e trabalhos em grupo realizados neste encontro,

ficou evidente que as modificações necessárias ao setor saúde transcendem aos limites de uma reforma administrativa e financeira, exigindo-se uma reformulação mais profunda, ampliando-se o próprio conceito de saúde e sua correspondente ação institucional, revendo-se a legislação que diz respeito à promoção, proteção e recuperação da saúde, constituindo-se no que está convencionado chamar Reforma Sanitária (BRASIL, 1986).

Deste Movimento, deriva-se o Sistema Único de Saúde (SUS), uma reforma setorial advinda da luta pela democratização da saúde pelos movimentos sociais desde a década de 1970. Desta forma, a Lei nº 8.080, sancionada em 19 de setembro de 1990, afirma em seu Artigo 2º, que “a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício” (BRASIL, 1990b). Assim, o SUS assume “responsabilidades sanitárias para com crianças, adolescentes e suas famílias” (BRASIL, 2005; BRASIL, 2014a, p.9).

1.2. A Saúde Mental de Crianças e Adolescentes e as Políticas Públicas do setor no Brasil

A definição de saúde mental tem sido discutida por estudiosos de diferentes culturas. Porém, o que é ponto comum a todos é que a saúde mental não é apenas a ausência de transtornos mentais, ou seja, a saúde mental vai muito além e está ligada, entre outras coisas, ao bem estar subjetivo, à autonomia, à auto-eficácia percebida, à dependência intergeracional, à competência e à auto-realização do potencial intelectual e emocional do indivíduo (OMS, 2001; TAÑO; MATSUKURA, 2014; AMSTALDEN; HOFFMANN; MONTEIRO, 2016).

De acordo com estimativas da Organização Mundial da Saúde – OMS (2001), os transtornos mentais e de comportamento são responsáveis por 12% do total de doenças no mundo. Acredita-se ainda, que na fase da infância e adolescência essa prevalência seja de 10 a 20%. Apesar dos dados, na maioria dos países, a verba destinada aos cuidados em Saúde Mental não chega a 1% do total dos gastos em saúde.

No entanto, a construção de Políticas Públicas de Saúde Mental ainda tem sido foco de debates no mundo todo onde, no início dos anos 2000, mais de 40% dos países não contavam com políticas de saúde mental e mais de 30% não tinham nenhum programa nesta área. Além disso, os países que não registravam políticas de atenção em saúde mental que incluíssem crianças e adolescentes, passavam da faixa dos 90% (OMS, 2001).

Dados como estes reafirmam que a saúde mental vem sendo negligenciada em todo o mundo, em especial com crianças e adolescentes. No Brasil, não é diferente. Guiada por outros projetos políticos e interesses, a trajetória no campo da saúde mental para crianças e adolescentes foi diferente daquela traçada para a população adulta. (OMS, 2001; COUTO, 2001; COUTO; DUARTE; DELGADO, 2008).

Até meados do século XIX, o modo de organização social e econômica no Brasil foi o sistema patriarcal, período marcado pela autoridade imposta pelo senhor de engenho. De acordo com Echavarría (2000), este sistema representou mais que uma unidade de produção econômica. Na verdade, sua influência reside no fato de ter se conformado em um “instrumento da instalação de uma ordem no vasto espaço vazio das grandes extensões de terra e, portanto, significou, de fato, um núcleo de poder político, tolerado ou utilizado conforme as circunstâncias pelas autoridades estatais, e ao qual às vezes se outorgava, ou que outorgava a si mesmo, uma significação militar” (ECHAVARRÍA, 2000, p. 436).

Ou seja, a influência dos senhores de engenho deixaram os limites da zona rural e se entenderam à zona urbana, onde residiam e onde também costumava ditar suas regras, as quais deveriam ser seguidas por todos. Estas tinham como base, entre outras coisas, os preceitos religiosos. A educação das crianças era realizada com base em castigos físicos, como vara de marmelo e palmatória. A forma como eram tratadas refletia na forma como tratavam os animais e os escravos, o que significa que as crianças eram mais cruéis em suas relações, quanto mais cruéis fossem as famílias em seu trato a elas (RIBEIRO, 2006).

Problemas de ordem emocional eram comuns às crianças, consequência do sofrimento ao qual eram impostas. Freyre (2003) afirma que a gagueira era comum entre os meninos de formação patriarcal e os alunos de colégios de padre. O autor salienta ainda que a quebra da singularidade da criança para que se tornasse um adulto passivo e subserviente, era a forma de educação imposta em casa e nos colégios religiosos.

Em 1852, o Hospício D. Pedro II, planejado para trezentas internações, de ambos os sexos, inaugurou a sucessão de manicômios que foram sendo criados com regulamentações próprias, abrindo um espaço bastante específico para tratamento e internações dos doentes mentais (REY, 2012; RIBEIRO, 2006).

Em 1903, um pavilhão destinado a crianças com enfermidades mentais – Pavilhão Bourneville – foi inaugurado, anexo ao Hospital Psiquiátrico da Praia Vermelha, também no Rio de Janeiro. Já em São Paulo, criou-se, em 1921, o primeiro pavilhão infantil no Asilo dos Alienados do Juqueri, este inaugurado em 1898 pelo psiquiatra Franco da Rocha. Em Minas Gerais, um Laboratório de Psicologia da Escola de Aperfeiçoamento Pedagógico foi implantado em 1929, pela psicóloga russa Helena Antipoff, para a realização de pesquisas sobre desenvolvimento mental de crianças e testes de inteligência. Em Pernambuco, Ulysses Pernambucano foi responsável por várias reformas assistenciais no cuidado aos doentes mentais, com um trabalho pioneiro, estendendo-o às crianças. Até a criação de pavilhões destinados às crianças, aquelas consideradas alienadas, eram deixadas nos manicômios compartilhando dos mesmos espaços destinados aos adultos. (RIBEIRO, 2006).

Na França, as experiências no campo da psiquiatria infantil datam do início do século XIX, com a construção de espaços anexos a Hospitais Psiquiátricos, destinados à educação e ao tratamento do público infantil, acometidos das mais diferentes desordens (REIS *et al.*, 2016). Até esse período, não se acreditava que a criança era passível de enlouquecer, pois a loucura era atribuída somente a adultos. Poucas vezes aos adolescentes. Acreditava-se que sofrimentos, perdas e paixões, por exemplo, não aconteciam na infância e que estas seriam as principais causas da loucura (MENEZES, 2008).

Borges e Baptista (2008) afirmam que a assistência psiquiátrica brasileira surgiu da função higienizadora dos primeiros hospícios e que assumiu, assim, um papel excludente, sem que as pessoas que ali se encontravam recebessem acompanhamento médico adequado. Afirmam ainda que em 1890 a Assistência Médico-Legal foi criada sob administração pública, assumindo caráter proeminentemente asilar.

O primeiro escrito que se tem relato sobre a psiquiatria infantil, no Brasil, data de 1900 e trata-se da monografia do médico Carlos Eiras, intitulada ‘Tratamento dos Idiotas’, que era voltada para a deficiência mental (RIBEIRO, 2006).

Em 1922, foi instituída a Liga Brasileira de Higiene Mental com o objetivo de prevenir os transtornos mentais, realizando orientações às famílias, para que estas fossem capazes de ajustar o indivíduo que apresentasse alguma dificuldade relacionada ao campo da psiquiatria, ao meio físico e social, o que seria traduzido em saúde mental. A atenção ficava por conta dos médicos na assistência escolar (GÓIS JÚNIOR; LOVISOLO, 2003; SOUZA; JACOBINA, 2009; REIS *et al.*, 2016).

Na década de 1950 foram criados alguns serviços públicos voltados à saúde mental da criança e do adolescente, entre eles, o Serviço de Higiene Mental, vinculado ao Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (REIS *et al.*, 2016).

No campo da Saúde Mental, muitos avanços têm sido realizados com o advento da Reforma Psiquiátrica, que vem sendo construída desde 1945 em países como França, Estados Unidos e Inglaterra, e mais fortemente, em Trieste, na Itália, desde a década de 1960 (BALLARIN; CARVALHO, 2007; WACHHOLZ; MARIOTTI, 2009).

Sob a ótica da substituição do modelo hospitalocêntrico por um cuidado baseado na comunidade e possibilitando um novo formato na assistência prestada às pessoas com transtorno mental, inscreve-se a Reabilitação Psicossocial. Entende-se, assim, que a reabilitação psicossocial não é uma simples técnica, e sim um processo abrangente que visa oferecer aos indivíduos que se encontram incapacitados por conta de um transtorno mental, a possibilidade de alcançar sua independência em sua vida social (OMS, 2001; BALLARIN; CARVALHO, 2007).

A reabilitação psicossocial se caracteriza ainda, por um processo dinâmico que aborda questões como “o respeito aos direitos humanos das pessoas com transtornos mentais, o combate à discriminação, o envolvimento da comunidade e as ações territoriais, a ampliação das redes de serviço e de apoio social, a transformação das políticas e programas de saúde mental” (BALLARIN; CARVALHO, 2007, p. 164).

Nessa direção, no Brasil, ainda sob a vigência da ditadura militar, um projeto amplo de política pública para o campo da Saúde Mental foi formulado em São Paulo e em outros estados do Sul e do Sudeste. Com o intuito de confrontar a lógica manicomial, foram instituídos em 1984 no país, os primeiros Ambulatórios de Saúde Mental, assim como as equipes mínimas de saúde mental na Atenção Básica. Durante anos, “as ações ambulatoriais de atenção primária e secundária ao sofrimento psíquico foram a única política pública de confrontação concreta do Manicômio, em São Paulo e nos outros estados da federação em que essa confrontação ocorreu” (COSTA-ROSA, 2013, p. 14-15).

No final da década de 1980, já no contexto da redemocratização, surge o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), tecendo inúmeras críticas ao modelo de assistência psiquiátrica da época, possível de ser constatado em suas práticas profissionais. Com o objetivo de entender qual era a função social da psiquiatria e de suas instituições, o MTSM “constrói um pensamento crítico no campo da saúde mental que permite visualizar uma possibilidade de inversão deste modelo a partir do conceito de desinstitucionalização”,

que representava uma ruptura com o paradigma psiquiátrico asilar (AMARANTE, 1995, p. 492).

Além de incorporar o conceito de desinstitucionalização da experiência italiana, o MTSM teve seu discurso fortalecido e sua postura política desenvolvida (BORGES; BAPTISTA, 2008). O II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental realizado em dezembro de 1987, na cidade de Bauru, interior do Estado de São Paulo, contou com a presença de lideranças municipais, profissionais, usuários, familiares, estudantes e muitas outras pessoas da comunidade. A escolha da cidade se deu pelo fato de algumas lideranças expressivas da Reforma Sanitária fazerem parte da gestão progressista desse município na época, o que favoreceu o apoio para a organização e realização do evento. Além disso, em Bauru havia sido implementado o primeiro Núcleo de Atenção Psicossocial⁸ (NAPS) (YASUI, 2006).

As deliberações realizadas no congresso resultaram num documento denominado Manifesto de Bauru, que foi aprovado em plenária e distribuído em uma passeata que contou com mais de 300 pessoas que bradavam pelo fim dos manicômios. A partir da passeata, um novo movimento, bastante importante para a Reforma Psiquiátrica, teve início: o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLA), que busca, até os dias de hoje, manter-se como um movimento, sem tornar-se uma instituição (YASUI, 2006).

Além disso, novos desafios foram sendo desenhados no campo da atenção à Saúde Mental com a criação Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Prof. Luiz Cerqueira, em São Paulo e o fechamento da Casa de Saúde Anchieta⁹, em Santos (AMARANTE, 1995; TENÓRIO, 2002; BALLARIN; CARVALHO, 2007).

Apesar de o CAPS Luiz Cerqueira estar em funcionamento desde 1987, foi somente em 1992, com a publicação da Portaria SNAS/MS nº 224, que os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) foram instituídos legalmente, passando a fazer parte do Sistema Ambulatorial do SUS (BALLARIN; CARVALHO, 2007). Neste momento, foram definidos como

⁸ É comum encontrar estudos que relatem sobre o CAPS Prof. Luiz Cerqueira como o primeiro serviço com essas características no Brasil. Para este estudo, do levantamento realizado, somente o trabalho de doutorado do professor Dr. Silvio Yasui (2006) apresentou tal dado.

⁹ Intervenção realizada pela Prefeitura de Santos, em 1989. A Casa de Saúde Anchieta era um hospício privado que contava com mais de 500 internos (AMARANTE, 1995, p. 492).

unidades de saúde locais/regionalizadas que contam com uma população adscrita definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de 4 horas, por equipe multiprofissional. Os NAPS/CAPS podem constituir-se também em porta de entrada da rede de serviços para as ações relativas à saúde mental, considerando sua característica de unidade de saúde local e regionalizada. Atendem também a pacientes referenciados de outros serviços de saúde, dos serviços de urgência psiquiátrica ou egressos de internação hospitalar. Deverão estar integrados a uma rede descentralizada e hierarquizada de cuidados em saúde mental (BRASIL, 1992).

Neste contexto, um novo patamar para o cuidado em saúde mental de crianças e adolescentes começou a ser discutido. Como desdobramentos das demandas do movimento da Reforma Psiquiátrica, foram realizadas Conferências Nacionais de Saúde Mental, em 1992 e 2001, assim como a aprovação da Política Nacional de Saúde Mental, que não trata exatamente da atenção à população infantojuvenil, mas é um avanço enorme para as políticas públicas de atenção às pessoas com transtornos mentais. (BRASIL, 2005; BRASIL, 2014a).

Em 2001, foi sancionada a Lei de nº 10.216, conhecida como Lei Paulo Delgado, que, baseada nos princípios da Reabilitação Psicossocial, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. As políticas de atenção à saúde mental infantojuvenil continuaram em segundo plano e na esteira daquelas relacionadas à população adulta (BRASIL, 2001a; TENÓRIO, 2002; COUTO, 2008; CARVALHO *et al.*, 2014; TAÑO, 2014; TAÑO; MATSUKURA, 2015).

Em 2002, uma nova norma reorganizou o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) – Portaria/GM nº 336/02 –, estabelecendo modalidades de serviço definidos por ordem de complexidade e abrangência populacional. Dessa maneira, os CAPS devem seguir a seguinte organização: CAPS I, municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes; CAPS II, municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes; CAPS III, municípios com população acima de 200.000 habitantes; CAPSad II, municípios com população superior a 70.000 habitantes; e CAPSij II, que deve servir como referência para uma população de cerca de 200.000 habitantes¹⁰, ou outro parâmetro populacional a ser definido pelo gestor local, atendendo a critérios epidemiológicos. Todas as modalidades devem estar capacitadas para o atendimento de forma intensiva, semi-intensiva e não-intensiva (BRASIL, 2002).

¹⁰ Atualmente, a RAPS determina que os CAPSij são indicados para municípios ou regiões com população acima de 70.000 habitantes (Republicado no DOU Nº 96 de 21.05.2013, seção 1, pág. 37).

Foi somente neste ano, após a Portaria/GM nº 336/02, que ficou instituída no SUS, a modalidade de CAPS para a infância e adolescência, o CAPSij, fruto da necessidade da atenção especializada a essa população (BRASIL, 2003). O CAPSij ficou, ainda, responsável pela articulação das redes de cuidado de seus usuários atendidos em projetos terapêuticos singulares (TAÑO; MATSUKURA, 2014).

Em 2005, o Ministério da Saúde lançou o programa ‘Caminhos para uma Política de Saúde Mental Infantojuvenil’, que traça diretrizes operacionais de cuidado para crianças e adolescentes em sofrimento psíquico (BRASIL, 2005). Nesta publicação ficam determinados alguns princípios que devem reger o cuidado à criança e adolescente em sofrimento psíquico, reforçados posteriormente pela cartilha, também do Ministério da Saúde, denominada ‘Atenção Psicossocial a Crianças e Adolescentes no SUS – Tecendo Redes para Garantir Direitos’, publicada em 2014 (BRASIL, 2014a).

O primeiro princípio a ser levado em consideração é a ideia de que a criança e o adolescente são *sujeitos de direitos*, o que implica na sua responsabilização em respeito à sua demanda, seu sofrimento e seu sintoma. A noção de sujeito implica, ainda, na noção de singularidade, o que determina que cada demanda formulada por outra pessoa, seja ela familiar ou professor, deve ser ouvida como uma demanda do sujeito que a formula, e não da própria criança ou adolescente em questão (BRASIL, 2005; BRASIL, 2014a).

O *Acolhimento Universal*, que é considerado outro princípio, determina que todos os serviços públicos de saúde devem trabalhar com o sistema de portas abertas, garantindo que todas as demandas, inclusive as de saúde mental, que cheguem ao serviço, sejam acolhidas, ouvidas e respondidas. Já o *Encaminhamento Implicado* deve garantir que, no caso de haver outro serviço que se ajuste, de forma mais adequada, às demandas daquela criança ou adolescente, aquele que encaminha se inclua no encaminhamento, responsabilizando-se pelo caso até sua inclusão e seu atendimento no novo destino. Destaca-se aqui a necessidade, de, muitas vezes, realizar um trabalho conjunto entre os serviços: o que encaminha e o que recebe (BRASIL, 2005; BRASIL, 2014a).

Outro princípio é a *Construção Permanente de Rede*, que na última cartilha, somou-se à *Intersetorialidade*, visto que ambas representavam uma questão comum. Neste caso, utiliza-se do conceito de *Clínica Ampliada* para afirmar a importância da construção cotidiana de uma rede de profissionais, ações e serviços, para garantir que a criança e o adolescente sejam acompanhados dentro de suas necessidades e singularidades (BRASIL, 2014a).

Por *Clínica Ampliada* entende-se as ações de cuidado em que o olhar dos profissionais é voltado para o sujeito e toda sua complexidade, ao contrário da clínica tradicional, voltada

somente para a doença e seus sintomas (DELFINI; REIS, 2012b). Além disso, esse novo conceito visa a integração de diferentes abordagens como possibilidade de um prática eficaz do trabalho em saúde, que julga-se ser necessariamente transdisciplinar e, conseqüentemente, multiprofissional.

O trabalho no *Território* apresenta-se como o penúltimo princípio, e um dos mais importantes no campo da saúde mental, pois não se trata somente de um recorte geográfico, e sim da tessitura de fios entre as redes de relações e afetos com as redes sociais daquele que é cuidado, e isso inclui a família, os vizinhos, a escola, a igreja, o clube e outras instâncias, ou seja, “o território é o lugar psicossocial do sujeito” (BRASIL, 2005, p.13; Brasil, 2014a).

Por fim, a última publicação acrescenta aos princípios, a *Avaliação das demandas e construção compartilhada das necessidades de saúde mental*, o que significa que qualquer demanda que chegue ao serviço, vinda do sujeito, da escola, da família ou de outro serviço da rede de saúde ou da rede intersetorial, deve ser discutida e elaborada em conjunto pela equipe, pelos familiares e pelo usuário. Destaca-se ainda que, em muitos momentos,

é preciso fazer um trabalho de desconstrução da demanda como demanda de tratamento, ou seja, entender que nem todo problema ou sofrimento vivenciado pelas pessoas necessita de tratamento periódico e sistemático na rede de saúde, o que não exime esse setor da responsabilidade pelo acolhimento e direcionamento necessários (BRASIL, 2014a, p. 26).

Além disso, novas diretrizes ministeriais têm sugerido que a atenção psicossocial de crianças e adolescentes se desenvolva na articulação de um conjunto de serviços, desde aqueles de Atenção Básica – Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades de Saúde da Família (USF) – até os equipamentos estratégicos como Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSij), ambulatórios e hospitais gerais em fundamental parceria das Redes Intersetoriais (BRASIL, 2005; BRASIL, 2014a).

Compreende-se assim, que nenhum serviço, instituição ou ação pode, de forma isolada, responder completamente ao campo da saúde mental com sua singularidade e complexidade. É por esse motivo que a articulação e a organização da rede de saúde mental com as políticas intersetoriais voltadas à criança e ao adolescente se fazem necessárias (DELFINI *et al.*, 2009; AMSTALDEM; HOFFMANN; MONTEIRO, 2016).

Nesta direção, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), instituída pela Portaria MS/GM nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, prevê a criação, a ampliação e a articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento psíquico ou transtorno mental e com

necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no âmbito do SUS (BRASIL, 2011; BRASIL, 2014a).

A RAPS tem os objetivos gerais de: (i) ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral; (ii) promover a vinculação das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e de suas famílias aos pontos de atenção; e (iii) garantir a articulação e a integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências (BRASIL, 2014a, p.29)

Apesar de não apresentar especificidades em relação ao cuidado à crianças e adolescentes, a portaria nº 3.088/11 – RAPS, em seu Art. 4º, preconiza o cuidado em saúde para grupos mais vulneráveis, onde se encaixa a população infantojuvenil (BRASIL, 2011a; BRASIL, 2014a).

Para Paula, Miranda e Bordin (2016), problemas emocionais e comportamentais podem e devem ser identificados na infância e na adolescência, visto que podem gerar altos custos humanos, financeiros e sociais, além de as crianças e adolescentes com transtornos psiquiátricos perderem oportunidades em determinados momentos da vida, devido a seus sintomas ou ao prejuízo funcional relacionado a estes, que pode ser irreversível.

Hoje, no Brasil, os CAPSij destacam-se como estratégia para a atenção psicossocial de crianças e adolescentes. Trata-se da principal forma de representação dos princípios da Reforma Psiquiátrica e tem desenvolvido um papel importante na transformação das práticas de atenção em saúde mental desta população (SOUZA, 2006; CARVALHO *et al.*, 2014).

Mesmo com o direcionamento dos CAPSij como o principal articulador das estratégias de saúde mental, a Atenção Básica em Saúde é um importante componente da Rede de Atenção Psicossocial e tem a “responsabilidade de desenvolver ações de promoção de saúde mental, prevenção e cuidado dos transtornos mentais”, através das Unidades Básicas de Saúde. (BRASIL, 2011a).

1.3. A Atenção Básica em Saúde e a Saúde Mental Infantojuvenil

O debate sobre a Atenção Primária à Saúde (APS) se intensificou internacionalmente na década de 1970, fruto de questionamentos sobre uma organização de atenção à saúde que se pautava num modelo médico hegemônico especializado e intervencionista (CASTRO; MACHADO, 2010). Nessa direção, a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de

Saúde foi realizada em Alma-Ata, a maior cidade da República do Cazaquistão, em 1978, sob a condição de expressar a necessidade urgente de ações no campo da saúde e do desenvolvimento para todos os governos, com o objetivo de proteger e promover a saúde de todos os povos do mundo (OMS, 1979).

Da conferência, alcançou-se um consenso que foi confirmado pela Assembleia Mundial de Saúde, em 1979 (STARFIELD, 2002). Assim, definiu-se a Atenção Primária à Saúde como

[...] cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país pode manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito da autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante tanto o sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (OMS, 1979).

Da proposta de atenção primária realizada em Alma-Ata até hoje, surgiram algumas derivações em relação à proposta original, que apontam para o que se considerava avanço ou especificidade no campo, como: atenção primária à saúde; atenção primária seletiva; atenção primária orientada para a comunidade e; atenção primária renovada (BRASIL, 2011b). A implementação de cada perspectiva está diretamente ligada às particularidades do sistema de saúde de cada país, que possui diferentes características sociais, políticas e econômicas (CASTRO; MACHADO, 2010).

No Brasil, a nova consciência social de promoção de saúde teve como marco conceitual a Constituição de 1988, que deu origem ao SUS, como já apresentado anteriormente. É a partir desse momento que uma nova relação é estabelecida entre Estado e sociedade civil em defesa do acesso pleno aos serviços e na busca por um novo padrão de cidadania (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

A consolidação do SUS se respalda na compreensão de que a organização dos serviços de saúde deve se dar “a partir de uma rede de cuidados articulada, com fluxos conhecidos e regulados, cujo objetivo é acolher necessidades sentidas por usuários, gestores e sociedade, definidas por critérios epidemiológicos, econômicos e culturais” (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013, p. 159).

No cenário brasileiro, o Ministério da Saúde se apropriou do termo Atenção Básica para designar Atenção Primária, o que “apresenta-se como reflexo da necessidade de diferenciação entre a proposta da saúde da família e dos cuidados primários de saúde, interpretados como política de focalização e atenção primitiva à saúde” (BRASIL, 2011c, p. 13-14). Assim, criou-se no Brasil uma terminologia própria, mas atualmente, alguns documentos e eventos do Ministério da Saúde, assim como alguns autores já têm utilizado a terminologia ‘Atenção Primária à Saúde’, reconhecida internacionalmente (BRASIL, 2011c).

Com a nova organização da saúde, fez-se necessário uma mudança no movimento de descentralização político-administrativa, “com ênfase na municipalização; o estabelecimento de novos mecanismos de financiamento na saúde; e a progressiva transferência de responsabilidades pela execução direta de ações e serviços de saúde a estados e principalmente a municípios” (CASTRO; MACHADO, 2010, p. 694). A APS como reordenadora do sistema de atenção à saúde foi a opção brasileira como possibilidade de combater as injustiças em saúde (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Com o início do processo de consolidação da descentralização de recursos no SUS, o Brasil adotou, em 1991, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) que, em 1997, foi efetivamente instituído e regulamentado. Considerado uma estratégia importante na consolidação do SUS, partindo da reorientação da assistência ambulatorial e domiciliar, o PACS é compreendido hoje como uma transição para o Programa Saúde da Família (PSF) (BRASIL, 2001b).

O PSF foi criado pelo Ministério da Saúde em 1994 – e depois denominado Estratégia de Saúde da Família (ESF) – para ser um modelo específico de organização da Atenção Básica e trouxe como propósito um conjunto de diretrizes de promoção e prevenção à saúde, o trabalho em equipe de base territorial, o perfil do profissional generalista, a incorporação do agente comunitário em saúde, entre outros (CAMPOS *et al.*, 2008).

Em 2006, com a promulgação da Portaria nº 648, foi aprovada a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), atualizada em 2011 com a Portaria nº 2488, que estabeleceu a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (BRASIL, 2007a).

A atual política afirma que

a atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos (BRASIL, 2012a).

Nesse sentido, a Atenção Básica tem como fundamentos: ter território restrito de modo que seja possível o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais, sempre em concordância com o princípio da equidade; possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados preferencialmente como a porta de entrada da rede de atenção, acolhendo os usuários e promovendo a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde; registrar os usuários e desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado; coordenar a integralidade em seus vários aspectos; estimular a participação dos usuários como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território, no enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde, na organização e orientação dos serviços de saúde a partir de lógicas mais centradas no usuário e no exercício do controle social (BRASIL, 2012a).

A Atenção Básica é oferecida em dois cenários, basicamente: as Unidades Básicas de Saúde tradicionais (UBS) com ou sem agentes comunitários de saúde (ACS), e as Unidades com Estratégia Saúde da Família (USF), ambas com estruturas fixas descentralizadas, localizadas próximas à moradia da população e em áreas geograficamente delimitadas (PEREIRA *et al.*, 2011).

Para Unidades Básicas de Saúde (UBS) sem Saúde da Família, em grandes centros urbanos, o parâmetro é uma UBS para, no máximo, 18 mil habitantes e, para UBS com Saúde da Família, o parâmetro recomendado é de uma unidade para, no máximo, 12 mil habitantes. Ambas devem estar localizadas dentro do território e garantir os princípios e diretrizes da atenção básica. No entanto, cada equipe de Saúde da Família (eSF) deve ser responsável por,

no máximo, 4 mil pessoas – sendo recomendada a média de 3 mil, dependendo do grau de vulnerabilidade do território. Além disso, o número de Agentes Comunitários em Saúde (ACS) deve ser suficiente para cobrir 100% da população adscrita e com um máximo de 750 pessoas por ACS (BRASIL, 2012a).

Nas UBS, o atendimento é disponibilizado por especialidades básicas de clínica médica, ginecologia e obstetrícia, pediatria, ações de enfermagem e de odontologia. O atendimento é realizado através de consultas agendadas, para condições crônicas, também podendo atuar como pronto-atendimento em casos de situações agudas, além de realizar procedimentos cirúrgicos simples, ações de imunização e vigilância epidemiológica (PEREIRA *et al.*, 2011).

Já a Estratégia Saúde da Família (ESF), visa a reorganização da atenção básica no país, de acordo com os preceitos do SUS, e é considerada pelo Ministério da Saúde como uma

[...] estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (BRASIL, 2012a, p. 54).

Assim, a ESF pode ser definida como um conjunto de ações e serviços que ultrapassam a lógica da assistência médica como única opção, “estruturando-se com base no reconhecimento das necessidades da população, apreendidas a partir do estabelecimento de vínculos entre os usuários dos serviços e os profissionais de saúde, em contato permanente com o território”, onde são priorizadas ações de promoção, proteção e recuperação da saúde de forma integral e contínua. (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013, p. 159).

Além disso, é premissa da ESF que a atenção à saúde seja centrada na família e que esta seja compreendida a partir de sua realidade, de seu ambiente físico e social, fator que faz com que os profissionais de saúde tenham que entrar em contato com as condições reais de vida e saúde das populações. Tal situação possibilita uma compreensão ampliada do processo saúde-doença entendendo que as intervenções devem ir além das práticas curativas, o que fará necessário a utilização de recursos tecnológicos diversificados e complexos (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Na ESF há uma equipe multiprofissional que deve ser composta, minimamente, por médico generalista (também pode ter especialização em Saúde da Família ou ser médico de Família e Comunidade), enfermeiro generalista (ou com especialização em Saúde da Família), auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Podem fazer parte dessa

composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal: cirurgião dentista generalista (ou com especialização em Saúde da Família), auxiliar e/ou técnico em saúde bucal (BRASIL, 2012a).

Com o objetivo de ampliar a possibilidade de atenção para a maior parte das problemáticas de saúde da população na Atenção Básica, foram criados, em 2008, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASFs) – Portaria nº 154/08 –, que “constitui-se como um dispositivo estratégico para a melhoria da qualidade da Atenção Básica, uma vez que amplia o escopo de ações desta e, por meio do compartilhamento de saberes, amplia também a capacidade de resolutividade clínica das equipes” (BRASIL, 2014b, p.11).

Os NASFs são constituídos por equipes formadas por profissionais de diversas áreas de conhecimento, inclusive da saúde mental, com o objetivo de atuarem na Atenção Básica, integrando e apoiando os profissionais das equipes de Saúde da Família, além de realizarem o compartilhamento de práticas e saberes em saúde nos territórios que estão sob a responsabilidade dessas equipes, “atuando diretamente no apoio matricial às equipes das unidades nas quais o NASF está vinculado e no território dessas equipes” (BRASIL, 2012a, p. 69).

Como apresentado anteriormente, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), instituída em 2011, tem a Atenção Básica como um dos componentes da rede. A Atenção Básica em Saúde constitui-se na grande base ordenadora do cuidado no SUS e se faz presente, de forma descentralizada, em todo território nacional, de modo que ações de promoção, prevenção e cuidado em saúde mental podem e devem ser realizadas nesses pontos de atenção, devendo ser compartilhadas, sempre que necessário, com os demais pontos da rede (BRASIL, 2011a; BRASIL, 2014a).

Entende-se que, por sua característica, a proximidade das equipes de Atenção Básica com as famílias, as escolas e outros espaços de convivência de crianças e adolescentes vem a ser um fator positivo para a construção de vínculos e a efetividade dos trabalhos que podem ser desenvolvidos para essa população, tendo como base o território (BRASIL, 2014a).

Nessa direção, o Ministério da Saúde, em parceria com diversos colaboradores, tem desenvolvido alguns materiais didáticos denominados Cadernos, com o objetivo de difundir a produção de conhecimento e as práticas construídas na Atenção Básica no Brasil. Os Cadernos de Atenção Básica buscam contribuir com o fortalecimento das ações desenvolvidas por todos os profissionais de saúde de várias partes do país. O material é oferecido gratuitamente como fonte de informação e é considerado um importante instrumento de

valorização das práticas de saúde, com potencial para auxiliar na implementação do modelo assistencial de atenção básica (REDE HUMANIZASUS, 2013)¹¹.

Em 2013, com o objetivo de estimular e compartilhar o conhecimento acumulado em saúde mental na Atenção Básica, além de apresentar ferramentas e estratégias de intervenções terapêuticas, a fim de ampliar a capacidade de cuidado dos profissionais, foi lançado o Caderno nº 34 – Cadernos de Atenção Básica – Saúde Mental (BRASIL, 2013).

Pelo exposto, compreende-se que as ações em rede, como estabelecidas pela RAPS, serão mais amplas e efetivas quanto maior a disponibilidade de equipamentos e equipes preparadas para o acolhimento e cuidado de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico (BRASIL, 2014a). Além disso, a hipótese de os municípios não contarem com equipamentos estratégicos para o acompanhamento dessa clientela, deve demandar aos gestores que implementem práticas de cuidado e responsabilização nos equipamentos da Atenção Básica, que, como já discutido, apresenta-se no mais alto grau de capilaridade em todo território brasileiro.

Dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2015), declaram que, em 2015, o Estado de São Paulo, que possuía uma população de 44.035.304, contava com apenas 58 Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis (CAPSij). Verifica-se que o número de CAPSij é insuficiente para abranger a população do Estado e a situação é agravada em pequenas cidades do interior do Estado, que possuem ainda menos recursos para atender sua população com esta demanda, realidade semelhante à maioria das cidades do Estado de São Paulo e do Brasil.

Estudos na área de saúde mental infantojuvenil têm sido crescentes e publicados em número maior nos últimos anos. Por meio de pesquisa realizada no Portal de Periódicos da CAPES, Scielo e Biblioteca Virtual da Saúde (BVS), em novembro de 2016, com os descritores ‘Saúde Mental’, ‘Criança e Adolescente’, ‘Infantojuvenil’ e ‘Atenção Básica’ foram encontrados pouquíssimos trabalhos que abordassem, direta ou indiretamente, questões da saúde mental infantojuvenil no contexto da Atenção Básica (FERRIOLLI; MARTURANO; PUNTEL, 2007; COUTO; DUARTE; DELGADO, 2008; ALVES; ALBINO; ZAMPIERI, 2011; PAULA *et al.*, 2011; DELFINI; REIS, 2012b; KANTORSKI *et al.*, 2014; GOMES *et al.*, 2015; TEIXEIRA; COUTO; DELGADO, 2015; TSZESNIOSKI *et al.*, 2015).

¹¹ Mais informações no site da Rede HumanizaSUS, disponível em: <<http://www.redehumanizasus.net/66051-voce-conhece-os-cadernos-de-atencao-basica>>. Acesso em 15 Jan. 2017.

Verifica-se ainda, que a maior parte dos estudos no campo da saúde mental infantojuvenil está focada na discussão de experiências em CAPSij. Desta forma, experiências de cuidado a crianças e adolescentes em sofrimento psíquico, onde não há este equipamento, se colocam como campo fértil e necessário às investigações científicas, de modo a proporcionar o aprofundamento da compreensão sobre os cuidados dessa clientela.

E é neste contexto que este estudo propõe uma investigação sobre como tem sido ofertado – e se tem sido ofertado – o cuidado na atenção psicossocial infantojuvenil em realidades onde o CAPSij não faz parte da Rede de Atenção Psicossocial, uma vez que o número de equipamentos para atender às demandas do Estado é insuficiente.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

- Compreender, sob a ótica dos profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF), como os serviços de Atenção Básica em Saúde de municípios que não possuem CAPS infantojuvenil lidam com a demanda da Saúde Mental Infantojuvenil.

2.2. Objetivos específicos

- Identificar a compreensão dos profissionais da Atenção Básica sobre a Saúde Mental Infantojuvenil e as demandas deste campo que chegam aos serviços das Unidades de Saúde da Família (USF);
- Identificar, a partir dos profissionais da Atenção Básica, as práticas de atenção à saúde mental infantojuvenil desenvolvidas nos serviços de USF;
- Compreender os desafios e perspectivas acerca do cuidado efetivado na Atenção Básica em Saúde nos municípios que não contam com o CAPS infantojuvenil, em relação às articulações com as Políticas Públicas de Saúde Mental Infantojuvenil.

3. METODOLOGIA

Minayo e Sanches (1993, p.239), afirmam que “um bom método será aquele, que permitindo uma construção correta dos dados, ajude a refletir sobre a dinâmica da teoria”. Desta forma, para que fossem alcançados os objetivos propostos, a investigação deste estudo foi desenvolvida sob abordagem qualitativa, a partir de pesquisa descritivo-exploratória (SAMPIERI; COLLADO; LUCIO, 2006).

Neste contexto – metodologia qualitativa aplicada à saúde – a concepção empregada é originária das Ciências Humanas, “segundo as quais não se busca estudar o fenômeno em si, mas entender seu significado individual ou coletivo para a vida das pessoas” (TURATO, 2005, p. 509).

3.1. Participantes

Participaram do estudo 21 profissionais da Atenção Básica vinculados a Unidades de Saúde da Família (USF), de três municípios do interior do Estado de São Paulo, agrupados da seguinte maneira:

- Município A: 12 profissionais
- Município B: 7 profissionais
- Município C: dois profissionais¹².

Os critérios de inclusão utilizados para a participação na pesquisa foram: trabalhar há pelo menos seis meses no serviço, ter nível superior completo e aceitar participar do estudo.

3.2. Local

O estudo foi realizado em três municípios de diferentes dimensões que integram uma Rede Regional de Atenção a Saúde (RRAS¹³), de um Departamento Regional de Saúde (DRS) do Estado de São Paulo.

A escolha da DRS e dos municípios foi intencional, no entanto, para responder aos objetivos do estudo, foi critério de inclusão para seleção dos municípios, que nenhum deles possuísse CAPSij, mas contassem com a Atenção Básica – Unidade Básica de Saúde (UBS) e/ou Unidade de Saúde da Família (USF). Para garantir o sigilo em relação aos mesmos, os

¹² Como se verá a seguir, o município C conta com apenas 3 USFs.

¹³ Um mapa das RRAS do Estado de São Paulo pode ser encontrado no ANEXO 1.

municípios serão identificados como Município A, Município B e Município C e as unidades irão variar de A1 a A10 para o primeiro município; B1 a B5 para o segundo e C1 e C2 para o terceiro município.

A DRS em questão localiza-se no interior do Estado, é a segunda maior em número de municípios e conta com três CAPSij, sendo um deles para álcool e drogas, todos com gestão municipal, porém, nenhum deles faz parte da RRAS selecionada.

A seguir, será apresentada uma breve caracterização dos municípios participantes do estudo com dados referentes a população, renda per capita e Índice de Desenvolvimento Humano (IDH); equipamentos de atenção primária à saúde; equipamentos de saúde mental e equipamentos de assistência social.

3.2.1. Caracterização dos Municípios

A Tabela 1 a seguir, mostra o índice populacional dos municípios selecionados, assim como a renda per capita de cada um e o índice de desenvolvimento humano.

Tabela 1 – Número de habitantes e renda per capita¹⁴

	Município A	Município B	Município C
Estimativa 2015 (IBGE)	139.483	40.367	9.299
Nº de Habitantes (CENSO 2010)	127.328	38.342	8.326
População de 0 a 19 anos	28,8%	30%	29,2%
Maiores de 60 anos	13,3%	12,7%	16,4%
População Zona Rural	3,6%	2,4%	51,7%
Renda per capita¹⁵	R\$ 1.089,10	R\$ 773,82	R\$ 606,65
IDH¹⁶	0,800	0,744	0,703

Autoria Própria. Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano 2013 e IBGE

O Município A, de acordo com o Censo 2010 (IBGE), possui uma população estimada para 2015, de 139.483 habitantes, sendo a população de crianças e adolescentes – considerando aqui, adolescente até 19 anos – de 28,8%. O município B, tem uma população

¹⁴ Todas as porcentagens são relativas ao índice populacional do Censo 2010 e não à estimativa de 2015.

¹⁵ **Renda per capita** é o nome de um indicador que auxilia o conhecimento sobre o grau de desenvolvimento de um país e consiste na divisão do coeficiente da renda nacional (produto nacional bruto subtraído dos gastos de depreciação do capital e os impostos indiretos) pela sua população. Disponível em: <<http://www.infoescola.com/economia/renda-per-capita/>>. Acesso em: 12 Ago. 2016.

¹⁶ **O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)** é uma medida resumida do progresso a longo prazo em três dimensões básicas do desenvolvimento humano: renda, educação e saúde. O objetivo da criação do IDH foi o de oferecer um contraponto a outro indicador muito utilizado, o Produto Interno Bruto (PIB) per capita, que considera apenas a dimensão econômica do desenvolvimento. O IDH pode variar de zero a um. Disponível em: <http://www.pnud.org.br/IDH/IDH.aspx?indiceAccordion=0&li=li_IDH>. Acesso em: 12 Ago.2016.

estimada em 40.367 habitantes, sendo 30% com idade que varia de zero a 19 anos. O município C, com população estimada em 9.299 habitantes, possui 29,2% desta constituída de crianças e adolescentes.

A Tabela 2, a seguir, informa sobre o tipo de gestão e número de equipamentos da Atenção Básica presentes em cada um dos municípios estudados.

Tabela 2 – Gestão e equipamentos da Atenção Primária à Saúde

	Município A	Município B	Município C
Gestão da Saúde	Compartilhada	Compartilhada	Prefeitura
<i>Atenção Primária à Saúde</i>			
Unidade Básica de Saúde	5	2	0
Unidade de Saúde da Família¹⁷	13	5	3
Policlínica	2	0	0

Autoria Própria. Fonte: Secretarias Municipais de Saúde

A gestão da saúde nos Municípios A e B é compartilhada, ou seja, as prefeituras municipais dividem a responsabilidade da gestão com uma Organização Social (OS). No Município A, essa forma de gestão acontece desde 2009 e no Município B, desde 2013.

Este estudo foi realizado somente com as Unidades de Saúde da Família, presentes nos três municípios selecionados.

Os equipamentos de Assistência Social disponíveis em cada município serão apresentados a seguir, na Tabela 3.

Tabela 3 – Equipamentos de Assistência Social¹⁸

	Município A	Município B	Município C
CREAS	1	0	0
CRAS	5	1	1

Autoria própria. Fonte: Secretaria do Desenvolvimento Social

As informações apresentadas na Tabela 3 apontam que apenas o município A possui o Centro de Referência Especializada em Assistência Social (CREAS), responsável pelo

¹⁷ Devido ao número de Unidades no Município A, optou-se, neste estudo, por selecionar apenas as Unidades de Saúde da Família.

¹⁸ Dados da Secretaria do Desenvolvimento Social. Disponível em: <<http://www.desenvolvimentosocial.sp.gov.br/a2sitebox/arquivos/documentos/1209.pdf>>.

acompanhamento de indivíduos e famílias em risco pessoal e social (BRASIL, 2011b), além de possuir cinco Centros de Referência em Assistência Social (CRAS). Já os municípios B e C contam, cada um, com apenas um CRAS.

Na tabela seguinte (Tabela 4), serão apresentados os equipamentos estratégicos de saúde mental, considerados a partir das atuais políticas de saúde mental, presentes em cada um dos municípios.

Tabela 4 – Equipamentos de Saúde Mental

Equipamento	Município A	Município B	Município C
Hospital Psiquiátrico	1	0	0
CAPS III	1	0	0
CAPS I	1	0	0
CAPS ad	1	0	0
Serviço de Internação AD	1	0	0
Amb. Saúde Mental Adulto	2	0	0
Amb. Saúde Mental Infantojuvenil	1	0	0
NASF	1	0	0
Equipe de Saúde Mental	0	1	0
Oficinas Terapêuticas	2	0	0
Residências Terapêuticas	11	0	0
Hospital-Dia	1	0	0
Enfermaria em Hospital Geral	1	0	0

Autoria Própria. Fonte: Secretarias Municipais de Saúde

Os dados apresentados na Tabela 4 mostram que apenas o Município A conta com uma Rede de Saúde Mental. Porém somente o CAPS I, o Ambulatório de Saúde Mental Infantojuvenil e o serviço de internação álcool e drogas atendem crianças e adolescentes, sendo o primeiro, no âmbito municipal. No Município B, a Equipe de Saúde Mental, que é a única referência para os profissionais de saúde na cidade, não atende crianças, e atende adolescentes somente a partir dos 16 anos.

3.3. Instrumentos e Materiais

Para a coleta de dados, foram utilizados dois instrumentos: uma ficha de caracterização do serviço e um roteiro de entrevista semi-estruturada.

Para as entrevistas foi utilizado um gravador de voz a fim de garantir que todas as informações necessárias ficassem registradas. Posteriormente as entrevistas foram transcritas e analisadas.

3.3.1. Ficha de Caracterização do Serviço

As fichas foram utilizadas a fim de que fosse compreendida a estrutura e a organização de cada serviço contatado. Na ficha constavam informações como tempo de funcionamento do serviço, área de abrangência, população atendida, prontuários ativos, proporção de casos de saúde mental de referência da Unidade, além de questões sobre a organização do serviço, como a existência de reuniões de equipe e supervisões institucionais (APÊNDICE A).

3.3.2. Ficha de Identificação do Participante

Utilizou-se de ficha de identificação dos participantes da pesquisa a fim de caracterizar, principalmente, a formação profissional; tempo de experiência na Atenção Básica; tempo de experiência com saúde mental de crianças e adolescentes; além de questões relativas à rotina da Unidade, como realização de reuniões de equipe e supervisão institucional (APÊNDICE B).

3.3.3. Roteiro de entrevista semi-estruturada

Foram utilizadas entrevistas semi-estruturadas construídas a partir de levantamento bibliográfico referente ao tema, que versaram sobre os cuidados em saúde e saúde mental infantojuvenil nos municípios; as políticas públicas de saúde mental infantojuvenil e a realidade da região; as principais demandas presentes no município; a interface entre as diretrizes e as estratégias de cuidado e a compreensão sobre saúde mental infantojuvenil (APÊNDICE C).

3.4. Procedimentos

3.4.1. Procedimentos Éticos

Primeiramente, entrou-se em contato com as Secretarias Municipais de Saúde dos Municípios pré-selecionados para solicitar autorização do estudo. Em seguida, foram entregues nas próprias secretarias, as cartas de solicitação direcionadas aos secretários municipais (APÊNDICE D).

Com as autorizações em mãos, e antes de entrar em campo, o projeto referente a este estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos na Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), de acordo com a Resolução nº 466/12 (BRASIL, 2012b), para que fosse avaliada sua pertinência quanto aos aspectos éticos envolvidos. O estudo foi aprovado sob parecer consubstanciado de número 1.484.766 (APÊNDICE E).

Às pessoas envolvidas na pesquisa foi apresentado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE F). As participações foram facultativas e suas identidades serão mantidas em sigilo. Além disso, todos os procedimentos éticos foram respeitados.

Como firmado com os municípios, após a conclusão do estudo, foi realizada a devolutiva aos serviços participantes, a fim de apresentar e discutir os resultados encontrados.

3.4.2. Elaboração e Validação dos instrumentos

As entrevistas utilizadas para coleta de dados foram elaboradas baseadas nas proposições de Manzini (2003). De acordo com o autor, a entrevista é considerada como uma forma de buscar informações com a pessoa que se quer entrevistar. É realizada presencialmente e pode ser entendida como “uma conversa orientada para um objetivo” (p. 13). As entrevistas semi-estruturadas, que foram utilizadas neste estudo, exigiram uma revisão de literatura e elaboração prévia de um roteiro.

Após a elaboração dos roteiros de entrevistas, os mesmos passaram por um processo de adequação, que significa a “apreciação por juízes externos” (p. 20). Esta etapa consistiu na escolha de pessoas com familiaridade na aplicação e elaboração de roteiros de entrevista e, também, com conhecimento do tema a ser estudado (MANZINI, 2003).

Para isso, foram selecionados dez profissionais que atuam na área de Saúde Mental Infantojuvenil e/ou Atenção Básica. Foi enviada uma carta-convite (APÊNDICE G) via *e-mail*, já estipulando uma data máxima para que fosse dado um retorno em relação ao aceite,

que foi de dez dias. Todos os convidados retornaram dentro do prazo com resposta positiva em relação ao convite. Em seguida, foram enviados os roteiros para análise, assim como uma carta de orientação (APÊNDICE H) com a proposta do estudo e seus objetivos, para que eles pudessem ter onde se basear para realizar as considerações. Esta carta também foi com prazo de devolução e o compromisso de lembrá-los com uma semana de antecedência.

Dos dez juízes, nove retornaram dentro do prazo. A partir do retorno recebido, foram feitas todas as adequações sugeridas no roteiro de entrevista e realizada a aplicação piloto da entrevista com profissionais de duas Unidades de Saúde da Família que não integraram o estudo. Depois da aplicação piloto, novas adequações foram realizadas e a versão final do roteiro foi efetivada.

3.4.3. Localização dos participantes e convite para participação

Para realizar o contato com os participantes foi necessário buscar as Unidades de Saúde de cada município. O Município A disponibiliza essas informações em seu site oficial. Para os Municípios B e C, foi necessário entrar em contato com as Secretarias Municipais de Saúde a fim de obter a localização das Unidades de Saúde, assim como seus contatos e gestores.

Após a busca, foi realizado contato telefônico com todas as unidades apresentando a pesquisadora e a proposta de estudo. Em seguida, foi enviado, via *e-mail*, uma carta convite (APÊNDICE I), juntamente com o termo de assentimento do município e o termo de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa. Algumas pessoas retornaram o *e-mail*, porém, para a maioria, foram necessários novos contatos telefônicos, e até presenciais, a fim de realizar o convite e o agendamento das entrevistas.

Com todas as equipes ou unidades que responderam ao convite de participação e retornaram o contato, agendou-se um horário com o respectivo gestor (seja da unidade, seja da equipe) quando o estudo foi novamente explicitado e apresentou-se a solicitação de que o gestor indicasse o(s) profissional(is) responsável(is) pelo acolhimento de crianças e adolescentes no serviço. No geral, ao fazer a indicação o gestor esclarecia sobre o reduzido tamanho de suas equipes e que, geralmente, o responsável pelo acolhimento era o próprio gestor, que também integra a equipe assistencial da unidade.

Foram convidados 23 profissionais de 18 Unidades de Saúde diferentes. Para as USFs que contavam com mais de uma equipe, acrescentou-se o convite para os gestores das equipes indicadas.

Destes, um profissional se encontrava em férias no período da coleta e um profissional não respondia ao critério de inclusão (estava no serviço há menos de 6 meses). Desta forma, o estudo contou com a participação de um total de 21 profissionais que atuam na Atenção Básica, em Unidades de Saúde da Família, que serão identificados no estudo como P1A a P12A; P13B a P19B e, finalmente, P20C e P21C, para que se garanta o sigilo das informações.

Na Tabela 5, a seguir, apresentam-se informações sobre todos os convites efetivados em cada município e os aceites para a participação.

Tabela 5 – Convites e aceites para participação

Município	Unidade	Prof. Convidados	Aceites
A	A1	2	2
	A2	1	1
	A3	1	1
	A4	1	1
	A5	1	1
	A6	2	2
	A7	1	1
	A8	2	1*
	A9	1	1
	A10	1	1
B	B1	3	3
	B2	1	1
	B3	1	1
	B4	1	1
	B5	1	1
C	C	1	0**
	C1	1	1
	C2	1	1

*Um profissional se encontrava de férias/**Profissional não respondia a critério de inclusão

Fonte: Autoria Própria.

Assim, verifica-se que este estudo contou com a participação de pelo menos um profissional de cada uma das 10 USFs do município A (do total de 13 USFs¹⁹). No município B, contou-se com a participação de profissionais vinculados a todas as 5 USFs do município.

¹⁹ Uma Unidade estava fechada para reforma e seus usuários estavam sendo atendidos na Unidade A5. As outras duas Unidades participaram da aplicação piloto das entrevistas e não compuseram o total de Unidades para este estudo.

Já no município C participaram profissionais vinculados a 2 USFs das 3 existentes no município (na terceira USF o profissional não respondia aos critérios estabelecidos para participação).

3.5. Coleta de dados

Após o aceite, todas as entrevistas foram realizadas presencialmente, em dias, horários e locais determinados pelos participantes, de modo que não atrapalhasse suas atividades nas Unidades, razão pela qual todos os participantes optaram por realizar a entrevista na sua Unidade, em horários previamente acordados.

As entrevistas foram realizadas de maio a julho de 2016 e variaram entre 25 minutos e uma hora. Quando possível, a ficha de Caracterização do Serviço foi preenchida antes do início da entrevista. Em alguns casos, o participante solicitou que a ficha fosse deixada para que pudesse ser preenchida em momento oportuno e retirada depois. Somente um participante solicitou que fosse enviada por *e-mail*. A ficha foi preenchida de acordo com a compreensão de cada profissional, sem a interferência do pesquisador. Os dois instrumentos foram respondidos pelo mesmo participante que, além de gestor, também era o responsável assistencial pela enfermagem na equipe.

3.6. Análise dos Dados

A análise da caracterização dos profissionais e dos serviços foi realizada de forma descritiva. Já para a análise dos resultados advindos das entrevistas, foi utilizada a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC)²⁰, que “busca reconstituir uma opinião coletiva, pela agregação, num discurso-síntese redigido na primeira pessoa do singular, dos conteúdos de depoimentos individuais que apresentam sentidos semelhantes ou complementares” (LEFEVRE et.al., 2010, p. 94).

No processamento da análise dos depoimentos individuais obtidos, utilizou-se, conforme pressupostos da técnica do DSC, de operadores denominados Expressões-chave (ECH), Ideias Centrais (IC), Ancoragem (AC) e Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), que estarão descritos a seguir (LEFEVRE; LEFEVRE, 2012).

²⁰ Para auxiliar na compreensão deste método de análise sugere-se a leitura do texto: LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A.M.C. O sujeito coletivo que fala. **Interface** – Comunic, Saúde, Educ, v. 10, n. 20, p. 517-524, jul/dez, 2006.

As Expressões-chave (ECH) são trechos ou segmentos literais dos discursos, contínuos ou descontínuos, que revelam a essência do depoimento e devem ser selecionados pelo pesquisador. Por serem fundamentais para a construção do DSC, as ECH devem ser coletadas adequadamente de modo a encontrar um meio sensato de não selecionar quase tudo ou quase nada do material coletado, o que significa depurar o discurso do que pode ser considerado irrelevante, secundário, buscando ficar com a essência do pensamento, o máximo possível, a fim de facilitar a confecção do DSC correspondente (LEFEVRE; LEFEVRE, 2006; LEFEVRE; LEFEVRE, 2012).

As Ideias Centrais (IC) são fórmulas sintéticas que descrevem e nomeiam os sentidos dos discursos analisados e de cada conjunto análogo de ECHs. Podem também receber o nome de Categorias. Neste sentido, pode-se resumir que as Ideias Centrais são o que o participante quis dizer e as Expressões-chave, como isso foi realmente dito (LEFEVRE; LEFEVRE, 2006; LEFEVRE; LEFEVRE, 2012).

Já a Ancoragem, é a “expressão de uma dada teoria ou ideologia que o autor do discurso professa e que está embutida no seu discurso como se fosse uma afirmação qualquer”, e ela pode ou não estar presentes nos discursos analisados (LEFEVRE; LEFEVRE, 2012, p. 78).

Por fim, o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) é a reunião de expressões-chave, que tenham a mesma ideia central, ou seja, que possam ser agrupadas na mesma categoria, redigidas num único discurso-síntese, em primeira pessoa do singular. Destaca-se que, para cada categoria encontrada pelo pesquisador, deve ser construído um DSC, de modo que, de uma única questão poderão surgir diferentes categorias que representem as opiniões coletivas encontradas em relação ao tema pesquisado (LEFEVRE; LEFEVRE, 2012).

Considerando que possíveis particularidades não seriam identificadas se a análise fosse feita em conjunto para os três municípios, foram realizadas análises, através da técnica do DSC, para cada um dos municípios envolvidos no estudo. Desta forma, foi possível verificar que os DSCs dos diferentes municípios se vinculavam a categorias semelhantes nas situações em que os pontos de vista são compartilhados por todos os participantes e, ao mesmo tempo, verificar as diferenças e particularidades existentes.

4. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Nesta etapa serão apresentados os resultados advindos dos instrumentos de identificação dos serviços de vínculo dos participantes, da identificação dos participantes e das entrevistas realizadas no estudo, assim como as discussões suscitadas por esses resultados.

4.1. Caracterização das Unidades e dos participantes do estudo

Neste tópico serão apresentados os resultados referentes às fichas de caracterização dos serviços e as fichas de identificação dos profissionais que aceitaram participar do estudo.

A caracterização dos serviços foi respondida pelos enfermeiros, gestores das equipes de Saúde da Família e participantes deste estudo, sem a interferência do pesquisador, como já esclarecido. As respostas estão colocadas da forma como foram recebidas, assim verifica-se que, quanto à área de abrangência, alguns profissionais responderam através de micro-áreas²¹, bairros cobertos ou número de habitantes.

Desta forma, os dados referentes à área de abrangência, usuários atendidos, proporção de casos de saúde mental infantojuvenil identificados, além da rotina das Unidades, estão apresentados a seguir, na Tabela 6.

Tabela 6 – Caracterização dos serviços

Unidade	Área	Total Usuários	Prontuários Ativos	Proporção de SM ²²	SMIJ	Reunião Equipe	Supervisão Institucional
A1 – E1	8 bairros	9000	NR	30%	8%	Semanal	Sim
A1 – E2			NR	60%	20%	Semanal	Sim
A2	9 bairros	3800	NR	30%	1%	Semanal	Sim
A3	NR	14 mil	NR	20%	8%	Semanal	Sim
A4	5 bairros	6300	3600	30%	5%	Semanal	Sim
A5	5 bairros	6000	NR	20%	10%	Semanal	Sim
A6 – E1	14 ma	12 mil	NR	15%	5%	Semanal	Sim
A6 – E2			NR	50%	15%	Semanal	Sim
A7	6 ma	8700	2800	10%	1%	Semanal	Sim
A8	8 ma	10 mil	NR	NR	40%*	Semanal	Sim
A9	3 bairros	3000	NR	30%	20%	Semanal	Sim
A10	NR	3350	3350	10%	10%	Semanal	Sim
B1	5 ma	3080	1000	2%	1%	Semanal	Sim
B2 – E1	2 bairros	2700	400 fam.	70%	30%	Semanal	Sim

²¹ Micro-área é o nome dado a uma base geográfica definida cuja população não ultrapassa 750 pessoas (PNAB, 2012).

²² Proporção considerada na opinião do entrevistado, englobando toda a população.

B2 – E2	5 ma	2799	607 fam.	40%	10%	Não	Sim
B2 – E3	3 ma	998	297 fam.	20%	1%	Semanal	Sim
B3	NR	1890	1500	10%	5%	Semanal	Sim
B4	NR	2385	684 fam.	40%	5%	Semanal	Sim
B5	3 bairros	3025	780 fam.	3%	15%	Semanal	Sim
C1	NR	3256	884 fam.	3%	2%	Semanal	Não
C2	NR	4000	NR	30%	5%	Q. N.	Não

E = Equipe / ma = micro-áreas / NR = Não Respondeu / fam. = familiares / Q.N. = Quando necessário

* Referente ao número de crianças e adolescentes que recebe no serviço. Fonte: Autoria própria.

Com relação aos prontuários ativos, aproximadamente 50% dos participantes não soube responder. Na Estratégia Saúde da Família, muitas vezes os prontuários são organizados por família, como é possível verificar nas Unidades B2, B4, B5 e C1.

A proporção de usuários da saúde mental – crianças, adolescentes, adultos e idosos – na área de abrangência da Unidade foi dada de acordo com a opinião dos participantes. A área referente à Equipe 2 da Unidade A1, tem uma proporção alta de saúde mental por ter em sua abrangência o Hospital Psiquiátrico do município e oito residências terapêuticas, de acordo com a participante do estudo. A proporção de saúde mental infantojuvenil, considerada pelos participantes, se deu em relação ao total de casos de saúde mental que o serviço julga ter, ou seja, no caso da Unidade C2, por exemplo: o profissional considera que 30% do total de usuários de sua unidade sofre de algum tipo de transtorno mental. Desses 30%, ele considera que 5% sejam crianças e adolescentes.

No que diz respeito a reuniões de equipe, a maior parte dos profissionais afirmou que a Unidade realiza reuniões semanais com a participação de toda a equipe. A equipe 2 da Unidade B2 relatou estar em falta por dificuldades de horários, mas refere que a equipe já vem se organizando para retomar as reuniões e a Unidade C2 afirmou realizar reuniões quando necessário.

Já em relação às supervisões institucionais, todas as Unidades dos municípios A e B, com gestão compartilhada, afirmam que há uma supervisão realizada com os gerentes das Unidades/equipes, mensalmente, pela coordenação da Organização Social (OS) responsável pelos recursos humanos. As demais, do município C, não contam com essa atividade.

Na tabela 7, a seguir, será apresentada uma caracterização dos profissionais participantes do estudo. Os dados são resultados da Ficha de Identificação Profissional, como relatado anteriormente, e foram respondidos pelo próprio participante no momento da entrevista.

Tabela 7 – Caracterização dos participantes

Identificação	Unidade de vínculo	Idade	Gênero	Formação ²³	Formação Complementar ²⁴	Tempo na AB	Exp. SMIJ*
P1A	A1	31	F	Enfermagem	Mestrado	8 anos	AB
P2A	A1	30	F	Enfermagem	Mestrado	5 anos	AB
P3A	A2	45	F	Enfermagem	Especialização	10 anos	N
P4A	A3	44	F	Enfermagem	Mestrado	21 anos	N
P5A	A4	31	F	Enfermagem	Residência	8 anos	AB
P6A	A5	30	F	Enfermagem	Mestrado	8 anos	AB
P7A	A6	46	F	Enfermagem	Especialização	16 anos	AB
P8A	A6	38	F	Enfermagem	Doutorado em andamento	14 anos	AB
P9A	A7	28	F	Enfermagem	Especialização	5 anos	AB
P10A	A8	31	F	Enfermagem	Mestrado	4 anos	AB
P11A	A9	35	F	Enfermagem	Especialização	10 anos	N
P12A	A10	42	F	Enfermagem	Especialização	14 anos	N
P13B	B1	34	F	Enfermagem	Especialização	10 anos	S
P14B	B2	30	F	Enfermagem	Mestrado em andamento	2 anos	N
P15B	B2	33	F	Enfermagem	-	2 anos	N
P16B	B2	24	F	Enfermagem	Mestrado	2 anos	N
P17B	B3	34	F	Enfermagem	Especialização	9 anos	AB
P18B	B4	50	F	Enfermagem	Cursos	9 anos	N
P19B	B5	26	F	Enfermagem	Mestrado em andamento	5 anos	S
P20C	C1	52	M	Enfermagem	-	22 anos	N
P21C	C2	35	M	Enfermagem	-	8 meses	N

*Experiência em Saúde Mental Infantojuvenil: (AB) Refere ter experiência no trabalho realizado na Atenção Básica; (N) Refere não ter experiência; (S) Refere ter experiência. Fonte: Autoria própria

De acordo com a Tabela 7, a idade dos participantes variou de 24 a 52 anos. Somente dois profissionais são do gênero masculino. Dos 21 profissionais participantes do estudo, todos são formados em Enfermagem e atuam como gestores das equipes de Saúde da Família (eSF), além de realizarem a parte assistencial da enfermagem nas Unidades. Identifica-se ainda, que a maioria realizou formações após o término da graduação.

O tempo de experiência na Atenção Básica não se refere ao tempo de atuação no serviço ao qual é vinculado atualmente, mas somou-se a experiências anteriores, quando foi o caso.

Quanto à experiência com saúde mental de crianças e adolescentes, considerou-se exatamente a resposta dada pelos entrevistados. Parte deles referiu não ter experiência no campo da saúde mental infantojuvenil, enquanto outros referiram ter a experiência advinda da

²³ Todos os participantes formados em Enfermagem, que participaram do estudo, também eram os gestores de suas equipes nas Unidades de Saúde da Família (USFs).

²⁴ Considerou-se aqui, a maior formação declarada pelos participantes, visto que muitos deles tinham mais que uma formação. Aqueles marcados com o sinal (-) referem não ter realizado nenhuma formação após a graduação.

rotina de trabalho nas USFs. Somente duas participantes (P13B e P19B) responderam afirmativamente, contando com experiências anteriores na área.

4.2. Resultados advindos das entrevistas

As respostas advindas da entrevista realizada com os profissionais da Atenção Básica através do roteiro, e analisadas utilizando a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo, foram agrupadas em duas grandes dimensões, que serão apresentadas a seguir:

I – O cuidado em Saúde Mental Infantojuvenil nos serviços de Atenção Básica;

II – Potencialidades e Desafios do cuidado em Saúde Mental Infantojuvenil na Atenção Básica

Ao final de cada DSC que será apresentado, haverá a referência do município e da categoria a qual ele se refere.

4.2.1. Dimensão I: O cuidado em Saúde Mental Infantojuvenil nos serviços de Atenção Básica

Neste tópico serão apresentadas as compreensões dos profissionais das Unidades de Saúde em relação ao cuidado em saúde mental para crianças e adolescentes. Para isso serão consideradas as respostas das questões que visaram apreender como eles compreendiam a Saúde Mental Infantojuvenil; se consideravam que a compreensão sobre Saúde Mental Infantojuvenil era compartilhada pela equipe; as principais demandas identificadas nos serviços, relacionadas à saúde mental de crianças e adolescentes; como os casos de crianças e adolescentes com questões de saúde mental chegam à Unidade; como é feito, na Unidade, o acompanhamento dos casos identificados como sendo de saúde mental infantojuvenil; quais ações de cuidado poderiam ser oferecidas a essa população na própria Unidade.

Além disso, serão apresentados os resultados das questões relacionadas às ações intersetoriais por parte da Unidade de Saúde como forma de cuidado integral às crianças e adolescentes em sofrimento psíquico; os principais recursos disponíveis no território, no município e/ou na região; as articulações realizadas com estes recursos.

4.2.1.1. A compreensão do profissional da Atenção Básica sobre a Saúde Mental Infantojuvenil

Os DSCs a seguir revelam que os participantes dos três municípios compreendem que a saúde mental de crianças e adolescentes está relacionada às oportunidades – ou ausência delas – no contexto em que vivem e que tais experiências, especialmente as familiares, têm impacto na saúde mental, tanto na infância como na vida futura:

“Eu acho que vai desde o ambiente em que ela [criança] vive, o convívio dela em sociedade, na escola. Também questões mais próprias da criança, de como ela entende o mundo, de como ela se relaciona. Em casa, depende muito de uma estrutura e das vivências que ela tem passado. Tem crianças muito bem estruturadas que estão em famílias completamente doidas, mas que tiveram uma outra rede de apoio. Também tem famílias desestruturadas e que já têm um problema de saúde mental, eu vejo que perpetua, que parece que continua. Eu acho também que a saúde mental da criança ou do adolescente está relacionada com vivências, são oriundas do que ela está vivendo com os pais ou os responsáveis, porque envolve não só aquela criança e aquele adolescente, envolve toda a história dos pais. Muitas vezes as famílias são desorganizadas e não se tem referência nessa família. Também não se brinca, não tem muitas atividades lúdicas, a gente vê que a maioria é videogame, é computador, a família quer que todo mundo fique um pouco, assim, mais introspectivo, meio quietinho. Além disso, falta de apoio na questão do incentivo à educação, ao ensino, ao aprendizado e os pais não têm, também, conhecimento, cultura, estrutura pra poder estar ali presente com aquela criança e ir trabalhando junto, dando um apoio. Então, muitas vezes pode não ser a criança, mas sim, o ambiente, a família, ou quem está cuidando” (DSC Município A – Vivências familiares e contextos ambientais).

“Eu acho que a saúde mental envolve o paciente como um todo, como ele vai se desenvolver mesmo, a construção social da pessoa, principalmente o problema da família. Eu acredito que a família é o suporte emocional do indivíduo, principalmente do adolescente. E eu acho que tudo está muito ligado a cultura que ele cresceu. Existe também o fator ambiental e social e essa criança vai adoecendo, porque eu acredito que o meio tem um papel muito importante para formar e cuidar. Eu acredito hoje, que se a maioria dos nossos adultos tivesse tido uma boa infância, uma boa adolescência, não seriam doentes hoje.” (DSC Município B – Vivências familiares e contextos ambientais).

“A saúde, não só a mental como a saúde em si, eu acredito que o ambiental influencia muito, principalmente na saúde mental da criança. Muitas vezes, eu acredito que se tivesse uma maior comunicação dentro da família, a criança não precisava nem ter essa necessidade de ficar usando medicamento, porque esses distúrbios, para mim, geralmente vem mais de causa social do que dessa causa genética. Na verdade, o que falta na sociedade é essa comunicação que não tem, entre pai e filho. A própria família, avós, tios, primos. Se tivesse uma maior comunicação, uma conversa, eu acho que evitaria esse monte de depressão que tem no mundo. É que não há mais uma abertura dentro da família para as pessoas serem sinceras e conversar de igual para igual dentro da casa” (DSC Município C – Vivências familiares e contextos ambientais).

Outra perspectiva acerca da compreensão sobre a saúde mental infantojuvenil foi revelada e se refere a compreensão de que a fragilidade social e econômica tem rebatimentos na Saúde Mental Infantojuvenil. Tal perspectiva foi compartilhada por profissionais de dois municípios e apresentam-se nos DSCs, a seguir:

“A gente lida com uma população carente que tem muitas demandas, não só de ordem fisiológica, biológica, mas um universo muito complexo em relação à parte social, à parte psicológica até. Eu acho que isso faz com que os adolescentes e, até mesmo as crianças, fiquem um pouco perdidos nesse processo. No nosso bairro a gente tem muitas questões de problemas de saúde mental, problemas sócio-familiar, muitas demandas são levantadas pelas próprias agentes comunitárias em visita domiciliar. Eu vejo que tem muita procura de pais, porque o filho tem problema na escola, por causa de muitos problemas sociais envolvidos” (DSC Município A – Vulnerabilidade Social).

“A gente acaba tendo muita demanda de problema social, financeiro. Aqui a gente vê muitas pessoas ainda passando fome, o pai e a mãe estão presos e a criança está na droga. Será que se essa criança, esse adolescente tivessem suporte já nos primeiros acontecimentos, eles estavam hoje assim? Mas eu vejo a saúde mental como uma pessoa muito capacitada para lidar com esses problemas que hoje atingem a comunidade. É muita pobreza, muita violência e isso atinge a pessoa” (DSC Município B – Vulnerabilidade Social).

Ainda, a compreensão sobre a saúde mental e questões relacionadas a fatores genéticos também foi apresentada, como ilustra o seguinte DSC:

“É quando a criança tem algum distúrbio, que ela precisa de um acompanhamento tanto psiquiátrico quanto psicológico. Eu acredito no fator genético, aquele patológico que a criança tem algum transtorno presente e que venha a desencadear e com o passar dos anos venha aparecendo e manifestando” (DSC Município B – Outras causas).

Ao apresentarem sua compreensão acerca da saúde mental infantojuvenil, os profissionais vincularam as vivências familiares e ambientais como fatores relevantes e implicados nas dificuldades emocionais de crianças e adolescentes. Tal perspectiva também está presente na literatura, em diversas abordagens (MAIA; WILLIAMS, 2005).

Considerando, porém, que os profissionais problematizam a saúde mental infantil implicada tanto a vivências familiares e ambientais, como a condições socioeconômicas, compreende-se que, em conjunto, estas compreensões se aproximam mais claramente da abordagem sobre risco e proteção de Rutter (1999), no qual o autor trata sobre vulnerabilidade e resiliência de crianças em ambientes propensos a riscos psicossociais.

Como afirmam Bardagi, Arteche e Silva (2005), os fatores de risco²⁵ psicossociais são menos objetivos se comparados a delimitação de fatores de riscos envolvidos na área epidemiológica, ou seja, na disseminação de uma determinada doença (associação de fumo e câncer de pulmão, por exemplo). Os autores completam que tais fatores psicossociais estão diretamente ligados a eventos negativos de vida e que a presença destes pode aumentar a probabilidade dos indivíduos expostos a eles apresentarem problemas físicos, emocionais e sociais.

Dentre os fatores de risco psicossociais encontrados na literatura, os mais citados são: nível socioeconômico baixo; condições de miséria; famílias nucleares compostas por grande número de pessoas; altos níveis de estresse familiar; pais com ocupações consideradas de baixo status social; altos níveis de discórdia marital; pais divorciados; pais desempregados; baixa escolaridade dos pais; baixos níveis de suporte social; depressão e doença psiquiátrica dos pais, entre outros (BARDAGI; ARTECHE; SILVA, 2005; MATSUKURA; FERNANDES; CID, 2012).

²⁵ Entendido neste estudo como “elemento que, quando presente, determina um aumento da probabilidade de surgimento de problemas”, ou seja, “fator que aumenta a vulnerabilidade de uma pessoa ou grupo em desenvolver determinada doença ou agravo à saúde” (GRIZENKO; FISHER, 1992 *apud* HALPERN; FIGUEIRAS, 2004, p. 105).

Ainda que se tenha claro que a presença de riscos não é determinante para implicar em vulnerabilidade, a literatura indica que a exposição de crianças a esses fatores pode ser decisiva para o desenvolvimento de problemas de saúde mental, em níveis diferentes de gravidade. Compreende-se que considerar tais fatores e compreendê-los vai além de relacioná-los a um prognóstico negativo, mas torna possível uma intervenção quando necessário (MATSUKURA; FERNANDES, CID, 2014).

Embora a questão genética tenha sido revelada neste estudo como fator importante na saúde mental infantojuvenil, alguns estudos indicam que a saúde mental de crianças está mais fortemente associada aos fatores ambientais e psicológicos do que às características genéticas e biológicas do indivíduo (FILGLIE *et al.*, 2004; FIGUEIREDO; ONOCKO-CAMPOS, 2009; VECCHIA; MARTINS, 2009).

Dessa forma, ainda que uma compreensão mais biológica, vinculada a fatores genéticos tenha sido revelada, considera-se que há uma tendência na compreensão de que as questões advindas das experiências familiares e sociais e da vulnerabilidade social são fatores de risco determinantes na saúde mental infantojuvenil. Nessa direção, a abordagem de risco e proteção pode ser útil para desencadear e sustentar reflexões e ações em saúde mental na Atenção Básica, na medida em que a multifatorialidade que está implicada nesse entendimento, pode dar sustentação à compreensão da complexidade da atenção no campo da saúde mental infantojuvenil.

Diversos autores, ao abordar a saúde mental infantojuvenil sob a perspectiva de risco e proteção, apontam que o ambiente aonde a criança vai se desenvolver é fundamental ao risco ou proteção desta, assim como as condições socioeconômicas da família. Estudos apontam que as características pessoais, físicas e mentais do indivíduo, além do ambiente social em que vive, podem ser responsáveis pelo seu desenvolvimento na infância. Ou seja, além de consequências genéticas e biológicas, as adversidades ambientais também podem significar uma ameaça ao desenvolvimento, o que faz com que a interação entre todos os fatores possa, de fato, se tornar um fator de risco importante ao desenvolvimento saudável de crianças. Os resultados negativos decorrentes do processo de desenvolvimento infantil costumam ocorrer devido a uma interação complexa entre os fatores de risco genéticos, biológicos, psicológicos e ambientais (HALPERN; FIGUEIRAS, 2004; MATSUKURA; FERNANDES, CID, 2012; MATSUKURA; FERNANDES, CID, 2014).

Em estudo realizado por Matsukura, Fernandes e Cid (2014), com crianças e seus responsáveis, a fim de identificar situações de risco em crianças que viviam em desvantagem socioeconômica, revelou-se que a convivência com a violência no cotidiano familiar, e/ou

social, pode tornar o desenvolvimento socioemocional das crianças ainda mais vulnerável, quando presente em um contexto de risco. A associação entre vivências de violência e questões de saúde mental ao longo do crescimento vêm sendo indicadas nas pesquisas. As brigas e discussões no interior do núcleo familiar estão, normalmente, relacionadas a questões do cotidiano, como a desorganização da casa e o pagamento das contas, por exemplo. O uso de bebidas e a falta de alimentação também podem maximizar os riscos.

Os profissionais acreditam também, que a precária situação social de crianças e adolescentes têm contribuído para o aumento de casos em saúde mental infantojuvenil.

Estudos indicam que, em crianças, são fatores ligados à baixa competência social e problemas de comportamento: o fato de viverem em precária situação socioeconômica e os pais terem baixa escolaridade. Além disso, indicam que é um fator de risco na infância para problemas de conduta, ansiedade, depressão e problemas de saúde mental, em geral, o fato de essas crianças pertencerem às classes econômicas D e E (VITOLLO *et al.*, 2005; ASSIS; AVANCI; OLIVEIRA, 2009; MATSUKURA; FERNANDES, CID, 2014).

Cabe ressaltar que, ainda que os estudos apontem as questões familiares como um fator de impacto importante na saúde mental infantojuvenil, focalizar sobre estas possíveis relações não faz parte do escopo deste estudo. No entanto, faz-se necessário destacar a complexidade dos processos envolvidos nas questões de saúde mental, em especial, na saúde mental infantojuvenil. Além disso, deve se considerar o papel das Políticas Públicas de atenção psicossocial a crianças e adolescentes, que articulem aspectos emocionais, sociais e econômicos, levando em conta os contextos do desenvolvimento das crianças, adolescentes e suas famílias, assim como o compromisso da sociedade e dos profissionais de saúde na efetivação desse cuidado (MATSUKURA *et al.*, 2013). Importa não prosseguir no caminho comum de culpabilização das famílias e, concretamente, assumir que a mesma também deve ser incluída no processo de cuidado, além de ações que considerem e potencializem o suporte essencial advindo deste grupo e que rebatem no cuidado a crianças e adolescentes em sofrimento psíquico.

Vecchia e Martins (2009) afirmam que o fato dos profissionais se depararem com as dificuldades econômicas da população atendida nas ações cotidianas da Unidade faz com que tenham uma percepção ampliada da situação, o que possibilita a análise das condições de vida dos usuários como determinantes do processo saúde-doença. No entanto, dependendo da área de abrangência da Unidade – no caso de regiões mais periféricas, por exemplo – esse tipo de constatação por parte dos profissionais pode corroborar com a ideia de que tais circunstâncias são impossíveis de mudar.

O município A também apresentou uma compreensão relacionada ao cumprimento de regras, referindo a dificuldade de comportamento e compreensão do adolescente em aceitar e cumprir determinadas regras, seja de ordem social ou familiar:

“A saúde mental envolve várias coisas, desde o comportamento do adolescente com a mãe, que tem suas regras, com a escola, que tem suas regras para serem cumpridas e, às vezes, ele não quer cumprir. O adolescente não entende que muitas coisas têm regras e que precisam ser cumpridas e, no fim, acaba infringindo as regras e daí não sabe conversar” (DSC Município A – Adolescentes e comportamento).

Outra forma de compreensão do assunto para o município A, se referiu a crianças e adolescentes terem os direitos assegurados, como ilustra o DSC a seguir:

“É um bem estar. Seria a criança ter direito a escola, lazer, saúde, ser cuidada, viver com os pais, como é essa vivência, ter boa alimentação, vestuário, um cuidado no todo e não subdividido como muitas vezes acontece. Tem que pensar em tudo, por exemplo, se essa criança consegue ir pra escola, se ela tem na casa dela desde vestuário, alimentação, como ela é tratada na casa, principalmente na primeira infância, acho que abrange todo psíquico de uma criança e de um adolescente” (DSC Município A – Garantia dos direitos da criança e do adolescente).

Percebe-se que as concepções e reflexões acerca da saúde mental infantojuvenil ainda que no mesmo município, são divergentes. Enquanto há um discurso limitado ao cumprimento de regras sociais determinadas pela família ou pela escola, há outro discurso, mais ampliado, que coloca a criança e o adolescente no lugar de sujeitos de direitos.

Figueiredo e Onocko-Campos (2009) acreditam que a compreensão mais ampliada acerca da saúde mental, que traz consigo concepções como autonomia, convivência e cidadania, são frutos da Reabilitação Psicossocial, foco da Reforma Psiquiátrica Brasileira, e que ganhou voz na Atenção Básica depois da aproximação dos profissionais das equipes de referência ao Apoio Matricial.

Com isso, é possível apontar que, se por um lado, um município maior e com mais recursos, como é o caso do município A, pode viabilizar a expansão da compreensão e da problematização de assuntos como a saúde mental na infância e adolescência, por outro, percebe-se não ser condição suficiente para que isso se efetive.

Dois municípios consideraram, ainda, a compreensão da saúde mental de crianças e adolescentes como uma questão difícil de responder e definiram a pergunta como “complexa”, “complicada” ou “um desafio”, como expressam os DSCs a seguir:

“Nossa, que pergunta difícil! Eu acho que é muito complexo. E eu compreendo de uma maneira muito complexa mesmo, porque a gente não tem só isso aqui na Unidade de Saúde. Então, ao mesmo tempo em que eu tenho essa situação, que é bem complexa, eu tenho uma gestante que precisa de atendimento, um paciente hipertenso, diabético, um paciente domiciliado que precisa de visita e as coisas são muito simultâneas e muito dinâmicas aqui. E eu acho uma coisa muito difícil, porque é uma coisa diferente de quando você vai atender alguém e você encontra um problema dermatológico, um problema de outra causa na pessoa. A saúde mental é muito complexa, e eu acho que com adolescente, fica ainda mais, tem que ser tratado de forma diferenciada do que um adulto. Não tem como você tratar da mesma forma. Cada idade você vai ter um tipo de abordagem e vai ter um tipo de terapêutica que você vai utilizar” (DSC Município A – Pergunta difícil, acha que é complexo).

“Difícil! Bem complicado, não? Essa parte de saúde mental aí, para mim é complicado, porque para mim, entender essa parte mesmo aí, é complicado. Para mim é complicado, entendeu?” (DSC Município B – Difícil, acha que é complicado).

“Ah, eu acho que é um desafio. Eu acho que a gente só não tem um número maior, ou a gente só não tem um diagnóstico mais preciso porque a gente não tem para onde encaminhar ou com quem discutir alguma coisa mais específica. Então é um desafio imenso” (DSC Município A – É um desafio).

As questões acerca da saúde mental, em especial da saúde mental infantojuvenil, são, para alguns profissionais, consideradas difíceis de responder e complexas na sua compreensão. As adjetivações utilizadas para falar sobre o tema não são esclarecidas ou aprofundadas. O que faz o tema ser tão complicado, tão complexo ou tão desafiador não é, de fato, revelado pelos profissionais e parecem tomar o lugar de um “não saber”. Tais resultados permitem a reflexão sobre a necessidade de qualificar e de problematizar o campo da saúde mental infantojuvenil com os profissionais da Atenção Básica para que possibilidades de atenção possam ser implementadas.

O município A refere não identificar um número maior de casos no campo da saúde mental infantojuvenil por não ter com quem discutir as especificidades dos casos, mesmo contando com o apoio de uma equipe NASF e relatando, como se verá neste estudo, que o trabalho de matriciamento é realizado no serviço. Além disso, refere não ter para onde encaminhar, ainda que seja, dos três municípios estudados, o que possui a maior rede de atenção à saúde mental.

Não obstante, importa ressaltar que ao expressarem sobre um não saber, os profissionais participantes deste estudo, não preencheram esta lacuna com o discurso biologizante mais presente no senso comum. Assim, neste estudo, não se observou o apontado por Tanaka e Lauridsen-Ribeiro (2009), onde os profissionais envolvidos no cuidado da Atenção Básica tendem a ancorar-se somente na concepção biológica dos problemas de saúde, visto que estes tendem a ser mais familiares à equipe e com mais possibilidades de intervenção.

Por fim, nos municípios B e C, em seus DSCs, os profissionais apresentaram dificuldades em relatar a compreensão acerca da saúde mental de crianças e adolescentes por não receberem casos nas Unidades:

“O que eu posso te dizer da saúde mental da criança? Porque é o que eu te falei, eu nunca peguei pra te dizer. Se fosse do adulto, seria mais fácil, mas da criança é complicado te dizer” (DSC Município B – Não tem elementos para saber).

“Seria um acompanhamento dela? Que requer cuidados. Mas eles são mais acompanhados pela APAE. Então a gente não acompanha muito, sabe? Só quando eles vêm em consulta, precisam de medicamento. Esse é o contato que a gente tem com eles” (DSC Município C – Não tem elementos para saber).

Nos municípios B e C, há relatos de que não há casos do campo da saúde mental de crianças e adolescentes na área de abrangência das USFs. Como já referido neste estudo, a prevalência de transtornos mentais na fase da infância e adolescência é de 10 a 20%, conforme dados da OMS (2001), o que faz acreditar que a não existência de casos em algumas Unidades possa ser a dificuldade na compreensão sobre a saúde mental infantojuvenil e, conseqüentemente, a dificuldade de identificação desses casos.

Ao analisar as práticas dos profissionais dessas USFs em relação à saúde mental, partindo da perspectiva da Reforma Psiquiátrica, é possível identificar a dificuldade que apresentam para lidar com essas demandas na comunidade. Percebe-se que os profissionais atuam conforme o protocolo, onde suas práticas tendem a ser centradas no médico e no tratamento medicamentoso para o controle de sintomas (PEREIRA; REINALDO; ANDRADE, 2015).

Ainda que em estudo que focalizou apenas enfermeiros, as considerações de Neves *et al.* (2012) podem ser úteis para refletir sobre os resultados encontrados no presente estudo. Os autores realizaram estudo a fim de analisar os saberes desenvolvidos na formação do enfermeiro da Saúde da Família para atender Saúde Mental na Atenção Primária, onde concluíram que “os processos de formação ditos formais não constituíram saberes suficientemente consistentes para transformarem a prática em saúde” (*Ibidem*, p. 61), o que significa que a formação do enfermeiro para esse tipo de atenção pouco confirma, na Atenção Básica, a efetivação de um cuidado em saúde mental.

Neves *et al.* (2012) afirmam que a fragilidade observada se deu pela falta de oferta de disciplinas de saúde mental na formação do profissional e, quando existente, o foco dado era no modelo asilar, ou seja, uma atenção psiquiátrica centrada nos hospitais. Quanto às ações de educação continuada promovidas pelo Ministério da Saúde, os autores constataram um enfoque em áreas como: saúde da mulher, tuberculose, imunização, hipertensão e diabetes, ou seja, a saúde mental tem sido negligenciada, não possibilitando a elaboração de saberes significativos à atenção psicossocial.

Pereira, Reinaldo e Andrade (2015) discutem que as profissões da saúde passam por um dilema em suas formações decorrentes da mudança na lógica do tratamento e da assistência em saúde mental que ocorreram com o advento da Reforma Psiquiátrica e, que na academia, este processo encontra-se em construção. Afirmam ainda que as forças atuantes nesse cenário “não alcançaram um equilíbrio razoável para a questão biológica e psicossocial dos transtornos mentais, tornando o meio-termo algo complexo, que influencia nos processos de formação dos profissionais da área da saúde” (PEREIRA; REINALDO; ANDRADE, 2015, p. 13).

Os elementos aqui apresentados, ainda que sob a perspectiva da saúde e da saúde mental em geral, são pertinentes também ao campo da saúde mental na infância e adolescência.

4.2.1.2. Visão do profissional sobre a compreensão da saúde mental infantojuvenil pela equipe da unidade

Como o cuidado realizado nas Unidades de Saúde representa o trabalho de uma equipe e, neste estudo não seria possível abordar todos os profissionais das Unidades devido ao tempo para que fosse desenvolvido, buscou-se entender se os profissionais participantes, gestores das equipes de Saúde da Família, acreditavam que a sua compreensão sobre a Saúde Mental Infantojuvenil também representava a compreensão de sua equipe.

Dessa forma, alguns profissionais responderam de forma afirmativa e justificaram com o fato de que as ações de cuidado em saúde mental para o público infantojuvenil são debatidas com frequência nas reuniões de equipe, como pode ser observado nos seguintes DSCs:

“Sim, com certeza! Porque se na saúde da família a gente não pensar que a família é um núcleo a ser trabalhado para que se tenha uma saúde mental, uma saúde completa, dessa família toda, eu não sei o que eu estou fazendo aqui! Eu vejo que a equipe toda se preocupa e tem esse olhar de cuidado e de estar passando ou para mim, ou para o médico. Acho que há um esforço da equipe. E esse tema já foi alvo de discussão na própria reunião de equipe, porque eu acho que essa é a nossa função, de trazer essas questões e despertar o olhar da Unidade de Saúde para o tema. Essa equipe é uma equipe que a gente trabalha muito a questão de atendimentos compartilhados, tanto médico e enfermeiro, como as discussões de caso com os agentes comunitários e com todos os membros da equipe, auxiliar de enfermagem, o próprio auxiliar administrativo, que muitas vezes ele é a porta de entrada. Então, sempre que a gente precisa discutir um caso, eu acredito que a gente tem mais ou menos a mesma conduta, a mesma maneira de pensar e de abordar. Eu acredito que a gente pensa mais ou menos da mesma maneira e o caso sempre vai chegar e não vai passar despercebido” (DSC Município A – Sim, porque a gente sempre discute os casos).

“Com certeza! A gente discute casos desses tipos de adoecimento, que uns são patológicos, outros são construídos pelo ambiente. A gente discute isso na reunião de equipe e eles se mobilizam bastante. Mesmo as ACSs, quando estão em visitas, se virem a necessidade, já passam para mim o caso e a gente já agenda e já convoca. Então eu acho que sim, toda equipe acredita” (DSC Município B – Sim, porque a gente sempre discute os casos).

Compreende-se que a discussão acerca da saúde mental infantojuvenil fica pautada nas discussões de caso realizadas em reuniões de equipe. A ideia de que os demais profissionais compartilham da sua compreensão não é aprofundada, de fato, na compreensão dos outros integrantes da equipe. As políticas do campo da saúde mental parecem não ser discutidas e o modo de cuidar, quando não fica sob a responsabilidade do NASF, parece partir de um senso-comum.

Outros discursos apresentam o compartilhamento de ideias apenas por parte da equipe, como ilustram os seguintes DSCs:

“Eu acho que eles compreendem a necessidade mais em termos clínicos, de consulta-conduta. Então não entendem muito a saúde mental. Quem quer tenta entender, mas eu acho que nem todo mundo gosta da saúde mental. Eu não sei se eles enxergam que esse é o contexto da Unidade e que consulta não vai resolver o problema. Alguns tentam entender um pouquinho, outros não entendem e acham que é só uma coisa de birra. É muito difícil quebrar com isso, acham que marcou consulta, conduziu, beleza. Não! A família, ela tem que ser acompanhada, tem que estar na escola, tem que ter tudo. Eu não sei se eles enxergam dessa forma” (DSC Município A – Alguns sim, alguns não).

“Sim! Porque todos os problemas que eu acabo levantando, eu discuto com o NASF e com o médico, e eu vejo que durante as nossas discussões a gente consegue ter essa abrangência da parte social influenciando no meio. Isso é compartilhado por nós. A gente tem uma parceria boa em relação a isso” (DSC Município A – Sim, mas não a equipe toda).

“Sim. Os profissionais que eu digo, pelo médico. Eu, como enfermeira, não entendo muito bem dessa parte de trabalhar com a saúde mental de criança, mas quando cai na mão do médico ele sabe o procedimento a direcionar” (DSC Município B – Sim, mas não a equipe toda).

Nota-se que a questão de queixa-conduta é a que se sobressai na compreensão dos profissionais, de acordo com o gestor das equipes. A afirmação de que “nem todo mundo gosta de saúde mental” ou de que “o problema é resolvido em consulta”, parece refletir o fato de que a saúde mental não é debatida em profundidade nas unidades.

Percebe-se nos relatos, que as ações de cuidado ficam centradas na figura do médico, do enfermeiro e/ou da equipe NASF o que leva ao questionamento se os demais profissionais não compreendem as questões de saúde mental ou se, pelo fato de não participarem dos espaços de discussão, o seu entendimento deixa de ser valorizado.

Profissionais do município B referem que a equipe compartilha da sua ideia de que a Saúde Mental Infantojuvenil é de difícil compreensão, como apresentado no DSC a seguir:

“Eu acho que todos da minha equipe têm dificuldade de compreender. Acho que a gente não tem muita noção e não tem muito acesso também, porque nunca a gente acompanha, é sempre retirado. Então a gente encaminha” (DSC Município B – Ninguém tem muita noção).

Importa ressaltar que este discurso reforça a necessidade de ações voltadas a educação continuada dos profissionais, buscando por ferramentas mais efetivas para a mudança da lógica de tratamento e suas implicações na formação dos profissionais de saúde (NEVES *et al.*, 2012; PEREIRA; REINALDO; ANDRADE, 2015).

Já o município C, afirma que a equipe não compartilha da sua compreensão e faz a sua justificativa na sobrecarga de trabalho e no desinteresse do profissional em realizar suas ações de forma que considere ser o seu melhor:

“Eu acho que não compartilham do mesmo pensamento, entendeu? Pode ser que tenha um ou outro que compartilhe, mas no total, eu acho que não. Porque, pela sobrecarga de trabalho, o profissional vai perdendo aquele intuito de trabalhar e fazer o melhor possível pelo cliente, entendeu? Isso é um grande problema” (DSC Município C – Não compartilham).

É preciso refletir sobre o cuidado destinado a uma população quando a equipe não compartilha do mesmo ideal ou, ainda, compartilha de uma visão paralisante, como é o caso do município B, que refere que os casos de saúde mental, em nenhuma situação, ficam sob o cuidado da equipe da Unidade, visto que o relato se refere a “dificuldade de compreensão” e “falta de noção” da equipe de referência.

No município C, a questão parece ser ainda mais grave. O fato de o município não contar com nenhum equipamento de saúde mental e nenhuma equipe de suporte para as ações

na Atenção Básica faz com que a questão não seja debatida por nenhum profissional da equipe, nem pelo médico e pelo enfermeiro como apontado em outros discursos. O não debate do tema faz com que as perspectivas de ação sejam ainda mais baixas e inacessíveis.

Onocko-Campos *et al.* (2011) apontam que na Atenção Primária à Saúde é possível identificar o confronto de dois paradigmas: o Biomédico e o da Clínica Ampliada. Os autores afirmam que, apesar de possível, essa mudança é difícil e que, caso não haja investimento nos profissionais e nos processos de transformação das práticas de saúde, os avanços alcançados até o momento podem ser revertidos.

Ainda que, para o processo saúde-doença, seja necessária a compreensão contextualizada com a realidade da clientela, inclusive na ampliação da compreensão acerca das necessidades de saúde e das possibilidades de assistência à mesma, a naturalização das circunstâncias sociais à qual a população está adscrita, pode fazer com que venham a ser consideradas como inalteráveis e não determinadas por uma forma de organização social. Isso implica que, “na medida em que as possibilidades de mudar são dadas pela necessidade de ações intermediárias, não-imediatas, a tendência é que se remeta à sua impossibilidade” (VECCHIA; MARTINS, 2009, p. 191).

4.2.1.3. Principais demandas identificadas

Ao serem questionados sobre as principais demandas de saúde mental infantojuvenil recebidas na Unidade, os profissionais responderam, como se verá a seguir, descrevendo situações que receberam ou acompanharam; relatando casos que foram para discussão de equipe ou com equipe NASF; e/ou apontando alguns diagnósticos.

Verifica-se que um município versou sobre situações que podem estar ligadas a questões emocionais e comportamentais, como é o caso do DSC apresentado a seguir:

“Mães que procuram a Unidade falando que a criança está ansiosa, que a criança está comendo cabelo, que a criança está comendo unha, criança de 8, 10 anos, que faz xixi na cama, criança de 10 anos que chupa chupeta, até criança que não quer comer porque engasgou uma vez e agora não come mais há quatro meses. São coisas assim. Mas de criança menor, uma das coisas que a gente atende muito, eu acho que são crianças que tem uma história de falta de limites em casa e que, por isso, acabam desenvolvendo algum comportamento relacionado a essa questão da saúde mental. Eu atendi aqui uma criança outro dia, que a criança batia na mãe, batia na mãe, batia na mãe durante a consulta e a mãe

achando lindo. Aquilo me deixou preocupada, porque a criança não tinha nem dois anos” (DSC Município A - Exemplos gerais de situações que recebem na Unidade e consideram da Saúde Mental Infantojuvenil).

Identifica-se nesse relato que as questões relativas à saúde mental infantojuvenil são justificadas pelos profissionais por qualquer alteração de comportamento por parte das crianças. Em alguns casos, tais alterações são justificadas, ainda, como falta de limite por parte dos pais ou responsáveis.

Importa refletir que, ao descreverem a demanda de Saúde Mental Infantojuvenil que recebem na unidade, os profissionais parecem se afastar do entendimento que expressaram quando responderam sobre sua compreensão acerca dessa temática, o que poderia estar presente na identificação das necessidades. Assim, problemas de limites e de comportamento são focalizados em detrimento da vivência familiar, econômica ou social, o que pode revelar uma determinada compreensão (ou sua ausência) sobre saúde mental presente de fato nas unidades.

Outros profissionais apresentam diagnósticos ou hipóteses diagnósticas, de certa gravidade, como ilustram os DSCs abaixo:

“Eu tenho criança que está em avaliação com a psiquiatria para fechar diagnóstico, porque ouve vozes. Está em investigação de transtorno psicológico mesmo” (DSC Município A – Problemas de Saúde Mental Infantojuvenil de gravidade reconhecida).

“Eu tenho transtorno Borderline que eu peguei, depressão, ansiedade.” (DSC Município B – Problemas de Saúde Mental Infantojuvenil de gravidade reconhecida).

“A maior parte é caso de depressão. Também tem Autismo” (DSC Município C – Problemas de Saúde Mental Infantojuvenil de gravidade reconhecida).

A partir dos DSCs verifica-se a existência de demanda de saúde mental infantojuvenil que chega às USFs e a complexidade delas fica expressa nas respostas a partir da nomeação em diagnósticos. A utilização de diagnósticos para expressar a demanda pode estar implicada em uma compreensão mais médico-centrada e biologizante ou por um viés de formação, na medida em que todos os participantes deste estudo foram enfermeiros.

Cabe ressaltar que a identificação da demanda pela utilização de diagnósticos, mais uma vez se afasta do discurso empreendido pelos profissionais para relatarem suas compreensões acerca da saúde mental infantojuvenil. Essa forma de expressão, ainda, reforça os estudos já citados acerca da formação biologizante em saúde mental dos profissionais de saúde (PEREIRA; REINALDO; ANDRADE, 2015).

Além disso, as dificuldades de aprendizagem ou questões relacionadas ao ambiente escolar foram citadas por profissionais de dois, dos três municípios, como sendo questões relacionadas à saúde mental de crianças e adolescentes, como apresentam os seguintes DSCs:

“Eu acho que o que a gente mais recebe é problema na escola mesmo, tanto de comportamento como de déficit de atenção. A escola sempre manda a criança que não está conseguindo entender ou aprender. A gente tem bastante criança com dificuldade de aprendizagem, mas aí você vai ver o buraco está em outro lugar e você vê direto na aprendizagem da criança” (DSC Município A – Demandas comportamentais e emocionais vindas da escola).

“Bastante carta da escola de criança hiperativa, com déficit de atenção, hiperatividade, transtorno de comportamento, que a mãe fala que é muito agitada ou muito respondona, briga na escola. Mas dificuldade de aprendizagem é a maior parte” (DSC Município B – Demandas comportamentais e emocionais vindas da escola).

Os discursos acima se referem a demandas da escola, tanto em relação a questões emocionais quanto de aprendizagem. É fato que questões emocionais podem contribuir para a dificuldade de aprendizagem, porém há de se fazer uma discussão importante sobre a alta demanda de crianças que chegam aos serviços de saúde mental com queixa de aprendizagem e que, na verdade, tem como fundo, limites da própria escola para responder à criança e sua aprendizagem (BRASIL, 2005; BRASIL, 2014a; MARÇAL; SILVA, 2006).

Marçal e Silva (2006) afirmam que os profissionais da saúde, muitas vezes, não consideram as questões escolares e focam, exclusivamente, nos problemas familiares e emocionais apresentados pelas crianças, reforçando um estigma de patologização criado pela escola. Nesse sentido, as autoras esclarecem que em sua grande maioria, as queixas psicológicas não se referem a distúrbios emocionais ou familiares e sim, estão relacionados a dificuldades no âmbito do processo de escolarização.

Muitas vezes, o serviço de saúde deve trabalhar com a desconstrução da demanda, entendendo que não são todos os problemas vivenciados pelos indivíduos que necessitam de tratamento periódico e sistemático na rede de saúde. Os frequentes problemas de aprendizagem, por exemplo, ilustram bem esta necessidade, pois chegam aos serviços como se fossem questões de saúde mental que necessitam de tratamento. Para isso, é essencial que seja realizada uma intervenção conjunta com outros setores – nesse caso, a escola – que contemplem a demanda produzida ali. Cabe ressaltar que a desconstrução da demanda não exime o serviço de saúde da responsabilidade pelo acolhimento e direcionamento necessário à mesma (BRASIL, 2005; BRASIL, 2014a).

De toda forma, destaca-se que a escola é um importante ator na identificação de problemas de saúde mental infantojuvenis e este papel é também evidenciado no presente estudo, assim como de que o equipamento escolar é um dos principais demandantes para os serviços de saúde (MARÇAL; SILVA, 2006; VOLTOLINI, 2016).

Neste estudo, os resultados reforçam que a escola, representando a Educação, é um dos principais setores com o qual a saúde compartilha o cuidado (KANTORSKI *et al.*, 2014; NUNES; KANTORSKI; COIMBRA, 2016; TAÑO, 2017). Não obstante, revela também que a Atenção Básica, por sua vez, tende a referenciar as crianças para o serviço estratégico, mesmo que haja a necessidade do enfrentamento de filas de espera por longos períodos. Dessa forma, o que se conclui é que a Atenção Básica não assume os casos de saúde mental infantojuvenil e que o serviço estratégico também não assume um cuidado com a construção compartilhada de projetos terapêuticos, como apontam as diretrizes de cuidado (BRASIL, 2014a).

Além disso, faz-se necessário pensar a escola enquanto um importante equipamento para que se torne possível a realização de um trabalho no território articulado com todos os recursos disponíveis, que potencializem as ações e respondam às necessidades de crianças e adolescentes, em especial, aquelas em sofrimento psíquico (KANTORSKI *et al.*, 2014).

Nessa direção, em 2007, foi lançado o Programa Saúde na Escola (PSE) pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2007b) que prevê a articulação entre escola e rede básica de saúde como base do programa. O PSE é “uma estratégia de integração da saúde e educação para o desenvolvimento da cidadania e da qualificação das políticas públicas brasileiras”²⁶ e tem por finalidade contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de

²⁶ Informações do site oficial do Departamento de Atenção Básica. Disponível em <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/pse.php>>. Acesso em 28 Fev. 2017.

educação básica por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde (BRASIL, 2007b).

As ações de saúde previstas nos PSE consideram a atenção, promoção, prevenção e assistência e devem ser desenvolvidas através da articulação das Unidades de Saúde da Família com a rede de educação pública básica e em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS. Entre as ações que devem ser empreendidas pelo programa, está a avaliação psicossocial (BRASIL, 2007b).

Além disso, fazem parte do PSE a educação permanente, através de ações de qualificação das práticas profissionais, bem como ações diretas focadas no cuidado integral de crianças e adolescentes (BRASIL, 2007b; VIEIRA, 2015).

Ainda que a política siga nesta direção, as práticas implementadas sob a égide deste programa necessitam avançar, pois ainda são incipientes ou centradas em temas muito gerais (VIEIRA, 2015). A partir de tais políticas, as possibilidades de parcerias e ações conjuntas entre Saúde e Educação devem ser exploradas e implementadas.

Os DSCs a seguir, reproduzem, novamente, a compreensão dos profissionais em relação às questões na estrutura familiar e vulnerabilidade social, conforme relatado anteriormente:

“Eu acho que é mais a questão das famílias desestruturadas, mesmo, que acaba repercutindo na condição dessa criança. Às vezes o pai ou mãe tem problema de saúde mental, tem problema de bebida, de uso de drogas, aí a criança acaba absorvendo isso também” (DSC Município A – Desestrutura familiar/questões familiares limitadas ao núcleo familiar).

“Eu acho que é falha na estrutura familiar. A própria família não sabe criar uma criança com saúde mental” (DSC Município B – Desestrutura familiar/questões familiares limitadas ao núcleo familiar).

“Eu acho que está relacionado ao problema social, mesmo. Nós temos muitas famílias sem emprego, sem renda nenhuma; aquela mãe que tem quatro, cinco filhos, um filho de cada pai, com dificuldades financeiras, parceiros presos; tem pais usuários de drogas. Então a maioria vem desse perfil. Acho que as crianças são afetadas pelo problema dos pais” (DSC Município A – Vulnerabilidade social/familiar).

“Criança com problema no contexto familiar: os pais separados, muito pai preso, crianças reprimidas, que não tem base e acabam vindo para cá. Também tem muita droga no bairro” (DSC Município B – Vulnerabilidade social/familiar).

Diversos discursos dos profissionais aqui apresentados colocam, de forma explícita, as questões relacionadas à complexidade da demanda atravessada pela questão da vulnerabilidade social, passíveis de serem geradoras de violência. Tal dimensão tem sido abordada por alguns estudos que apontam uma forte relação entre o aumento da demanda de saúde mental e as precariedades econômicas da população atendida (ONOCKO-CAMPOS *et al.*, 2011; HORI; NASCIMENTO, 2014).

A identificação dessa demanda pelos profissionais participantes é coerente com os discursos que versaram sobre a compreensão destes sobre a saúde mental infantojuvenil. Tal dado corrobora com os achados de Figueiredo e Onocko-Campos (2009, p. 135) que revelam que os profissionais da saúde, de modo geral, debatem que os fatores sociais são capazes de influenciar fortemente na saúde mental dos indivíduos, “pela capacidade dos sujeitos de lidarem com os problemas advindos de seu contexto de vida e pelo grau de participação social, expresso tanto nos vínculos afetivos e de convivência com seus pares quanto no exercício da cidadania”.

Compreende-se que ao identificar tal problemática como fator de risco às questões de saúde mental infantojuvenil, torna-se necessário contar com práticas de promoção e prevenção à saúde, como ações de cuidado direcionadas à família e ações intersetoriais com a Assistência Social e Projetos Profissionalizantes, por exemplo.

Pinto *et al.* (2014) destacam que a proteção à saúde mental infantojuvenil faz-se, desde o início, com os pais ou responsáveis, os familiares, a comunidade e as escolas. Nesse sentido, é necessário que haja uma sensibilidade por parte dos profissionais da saúde e da educação na adoção de estratégias de prevenção e promoção de saúde que considerem, de modo singular, os aspectos biológicos, psicológicos, sociais e culturais das crianças e adolescentes (PINTO *et al.*, 2014).

Os autores (*Ibidem*) defendem que o cuidado realizado com ações dessa natureza pode ter papel multiplicador, além de colaborar para que a família, a escola e a comunidade contribuam no aumento das habilidades sociais, na capacidade de solucionar problemas e na intensificação da autoconfiança da população infantojuvenil, entendendo que, nessa faixa etária, o cuidado pode atenuar o sofrimento psíquico.

As questões de saúde mental em crianças e adolescentes que são desdobramentos de violência sexual também apareceram na resposta de um município. É o que ilustra o DSC abaixo:

“Abuso sexual é muito grande. Até hoje mesmo, eu atendi uma adolescente de 13 anos, que havia sido abusada. Na verdade a mãe indicava ela para fazer prostituição para uso de drogas” (DSC Município A – Violência Sexual).

A violência sexual apresenta-se como um fator impactante para as questões de saúde mental. Estudos, principalmente com mulheres, apontam que é alto o índice de casos de saúde mental relacionados a abuso sexual na infância e adolescência (ARAÚJO, 2002; HABIGZANG *et al.*, 2008; SOUZA *et al.*, 2013; BARBOSA; SOUZA; FREITAS, 2015).

Para Habigzang *et al.* (2008, p. 343), a questão do abuso sexual infantil no núcleo familiar é um fenômeno intrincado que envolve “aspectos psicológicos, sociais e jurídicos, com altos índices de incidência, que pode ocasionar sérias alterações cognitivas, comportamentais e emocionais para a vítima”.

Além disso, o abuso sexual infantil envolve questões terapêuticas à saúde física e mental da criança, levando em consideração as implicações psicológicas que uma situação de abuso pode gerar. Tais implicações estão relacionadas a alguns fatores como: idade da criança ao sofrer o abuso; duração do abuso; condições em que ocorreu (existência de violência ou ameaça); grau de relacionamento da criança com o abusador; ausência de figuras parentais protetoras (ARAÚJO, 2002).

Souza *et al.* (2013), realizaram uma revisão de literatura acerca da violência sexual contra a mulher e suas consequências. Os autores revelam piora dos sintomas psíquicos quando a violência é sofrida na infância e concluem que o abuso sexual em mulheres pode significar índices mais severos de transtornos mentais e sequelas psicológicas como Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT), transtornos alimentares, ansiedade, depressão e distúrbios do humor, que também podem ser associados a problemas de saúde, redução da qualidade de vida, aumento do consumo ou abuso de álcool e outras drogas e dificuldades nos relacionamentos interpessoais.

Barbosa, Souza e Freitas (2015) realizaram estudo com mulheres vítimas de violência sexual de Minas Gerais e Rio de Janeiro, com o objetivo de compreender o impacto da violência sexual sofrida por mulheres com transtornos mentais a partir de autorrelato de suas experiências e os resultados também indicaram diversos agravos decorrentes da violência

sexual na vida das pessoas. Os autores afirmam que tais agravos podem perdurar por toda a vida, causando impactos bastante negativos em diversas esferas da vida.

Habigzang *et al.* (2008) realizaram um estudo de avaliação psicológica em dez meninas com idade entre nove e 13 anos, vítimas de abuso sexual e constataram que os sinais decorrentes desta situação foram, principalmente, Transtorno do Estresse Pós-Traumático (TEPT), depressão, sintomas de ansiedade e culpa, baixa confiança interpessoal e baixo rendimento escolar.

A partir disso, nota-se a importância dos profissionais da saúde, em especial da Atenção Básica, manterem-se atentos a qualquer sinal de abuso ou violência sexual sofridos por crianças e adolescentes. O acolhimento nesse momento é de grande importância e o cuidado destinado à vítima pode ter consequências positivas no seu desenvolvimento.

Já o uso e abuso de álcool e drogas foi citado pelo município A e também foi relatado quando os participantes se referiram especificamente às questões relacionadas aos adolescentes. Os DSCs apresentados a seguir ilustram a questão:

“Usuário de droga e de álcool, seguido de abandono ou violência familiar, uso de drogas de familiares próximos. E também tráfico, que daí envolve, aí ficou preso” (DSC Município A – Usuários de Drogas/Álcool).

“A gente tem recebido muitos adolescentes, principalmente, com uso de drogas, mesmo no convívio familiar, os pais usuários de drogas.” (DSC Município A – Adolescentes).

Os casos que envolvem a dependência ou o uso abusivo de álcool e outras drogas têm sido ponto de discussão em diversos setores. Na Saúde, tem-se desenvolvido ações de prevenção e cuidado por parte do Ministério da Saúde e Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas (SENAD), assim como cursos de capacitação para profissionais da área²⁷.

É fato que a violência na família, na escola e na comunidade, assim como abuso de álcool e outras drogas e violência conjugal por parte dos pais, são considerado alguns dos

²⁷ Mais informações sobre o assunto podem ser obtidas no site oficial do Ministério da Saúde <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/sas/daet/saude-mental>> e no site oficial do Ministério da Justiça e Cidadania <http://www.justica.gov.br/sua-protecao/politicas-sobre-drogas/copy_of_Politicas-sobre-Drogas>.

fatores de risco para problemas de saúde mental em crianças e adolescentes (FILGLIE *et al.*, 2004; PINTO *et al.*, 2014).

Filglie *et al.* (2004) desenvolveram um estudo que objetivou investigar o perfil de crianças, adolescentes e familiares em um serviço de prevenção seletiva para filhos de dependentes químicos e obtiveram como resultado que, geralmente, crianças que vivem com um dependente de álcool, pontuam menos nas avaliações no que diz respeito a coesão familiar, orientação intelectual cultural, orientação recreacional e independência, além de conhecerem níveis de conflitos maiores dentro da família. Os autores apontam ainda que o alcoolismo paterno pode resultar em arquétipo inadequado de interação pai-filho, que podem vir a causar comportamentos agressivos e antissociais nas crianças, aumentando o risco dos filhos repetirem a situação e desenvolverem o alcoolismo.

Além disso, os autores (*Ibidem*) afirmam que as crianças que vivem em ambiente como esse, geralmente são vítimas, mesmo que indiretamente, das agressões que ocorrem em casa, seja no campo físico e/ou emocional. Nessa direção a investigação da violência doméstica na rotina clínica da Unidade é essencial para que se identifiquem os casos e o cuidado imediato possa ser ofertado.

Em se tratando da esfera familiar, os problemas relacionados a violência doméstica, seja de ordem física ou psicológica, são os fatores de risco mais associados aos problemas de saúde mental em adolescentes (PINTO *et al.*, 2014)

Crianças e adolescentes que vivem em ambiente onde há o consumo abusivo de álcool e outras drogas com consequência de violência familiar, também podem sofrer impacto no desenvolvimento. Na criança, os achados mais comuns são: apresentarem-se regredidos para a idade; insegurança associada à depressão, apatia e repressão; comportamento agressivo; auto-estima baixa; carência afetiva; isolamento; prejuízos no aspecto cognitivo e outros. Em adolescentes: problemas na área de lazer e recreação; intensidade de desordens psíquicas; problemas familiares e sociais. No entanto, apesar da gravidade da situação enfrentada por essa população, considera-se que tais problemas são passíveis de intervenção e, desse modo, é necessário reforçar a importância de um olhar específico para tal público, com a organização do serviço para realizar abordagem e assistência quando necessário, de modo mais precoce possível (FILGLIE *et al.*, 2004).

Os resultados deste estudo, quando relativos especificamente à adolescência, revelou que nas Unidades que se localizavam nas regiões periféricas das cidades estudadas, apesar da dificuldade do adolescente em chegar para atendimento na USF, os casos envolvendo uso de drogas eram bastante altos na região, o que corrobora estudo realizado por Filglie *et al.*

(2004), que revela que a adesão dos adolescentes aos serviços de saúde são um dos maiores desafios encontrados pela equipe.

Pinto *et al.* (2014) destacam que adolescentes com questões de saúde mental que não recebem acompanhamento apropriado tendem a ter problemas como desemprego, uso de drogas, criminalidade, comportamento de risco, automutilação, entre outros.

Dessa forma, os serviços precisam se organizar não somente no oferecimento de tratamento, mas principalmente, no desenvolvimento de vínculos saudáveis com essa população e de oportunidades de integração social (FILGLIE *et al.*, 2004).

Assim, os profissionais de saúde, em especial da Atenção Básica, devem buscar a efetivação de serviços com base na comunidade, amparados pelas diretrizes, legislações e políticas públicas de saúde mental (PINTO *et al.*, 2014).

Por fim, Pinto *et al.* (2014) apontam para a necessidade de estudos que aprofundem a investigação de fatores de risco para o desenvolvimento de problemas de saúde mental, por parte da população infantojuvenil, devido à relevância do tema.

Dois municípios também relataram problemas que não são da ordem da saúde mental:

“Em algumas crianças que a gente observa um atraso no desenvolvimento, mas é uma porcentagem pequena. A mãe procura: ‘ó, não fala ainda, ele repete as coisas, faz o mesmo movimento’, mas é menor” (DSC Município B).

“Síndrome de Down” (DSC Município C).

A dificuldade de compreensão no campo da saúde mental infantojuvenil é expressa pelos discursos acima, onde não há, sequer, a identificação dos casos. No município C, em especial, não há equipe de apoio e nenhuma articulação em rede, e a não identificação condiz com a realidade vivenciada.

Por fim, um município relatou, ainda, não receber casos de saúde mental infantojuvenil, como ilustrado no DSC a seguir:

“Até agora, que eu me recordo, não recebi nenhuma criança de saúde mental. De encaminhar para a psiquiatria, não. É sempre mais os adultos” (DSC Município B – Não há demanda em Saúde Mental Infantojuvenil).

Mais uma vez há o discurso do não recebimento de casos do campo da saúde mental infantojuvenil na Unidade, o que reforça a necessidade de se discutir a temática para que esses casos possam ser identificados e acolhidos na USF ou, se necessário, direcionados a um cuidado especializado.

4.2.1.4. Como os casos de crianças e adolescentes com questões de saúde mental chegam à Unidade

Objetivou-se identificar de que forma as crianças e adolescentes que apresentam alguma questão relacionada à saúde mental chegam à Unidade de Saúde para um primeiro atendimento.

No caso dos três municípios, identificou-se que esse primeiro contato se dá através de demanda espontânea e, na maior parte das vezes, a procura parte dos pais, como é possível verificar nos DSCs a seguir:

“Geralmente a demanda é espontânea e a própria família traz. Na maioria das vezes são os pais, às vezes é a mãe que traz, os avós, os cuidadores ou parente. Geralmente a mãe, que vem e fala assim: ‘Eu preciso passar por uma consulta porque eu estou com o problema tal’, aí você acaba agendando para entender um pouquinho mais a situação. Então, normalmente eles vêm procurar ajuda” (DSC Município A – Demanda espontânea de familiares e cuidadores).

“Demanda espontânea e geralmente chega através do familiar, pela procura dos próprios pais, pedindo ajuda, pedindo socorro mesmo. A primeira vez chega com uma queixa que não tem nada a ver, procuram com queixa, tipo aguda. Aí você vai conversando, você vai puxando, você vai investigando” (DSC Município B – Demanda espontânea de familiares e cuidadores).

“Demanda espontânea. É agendado consulta pelos pais” (DSC Município C – Demanda espontânea de familiares e cuidadores).

Ainda que os discursos apontem para o fato de as USFs serem serviços “portas abertas”, ou seja, realizarem o acolhimento de todos os casos que procuram por atendimento, verificou-se, no entanto, que os discursos dos municípios A e C não apontam o acolhimento

como o primeiro contato com o usuário que procura o serviço, mas referem que o agendamento de consulta é a primeira ação realizada pela Unidade.

A escola também foi considerada um equipamento importante de identificação e encaminhamento de questões relacionadas à saúde mental de crianças e adolescentes, como se pode observar nos DSCs apresentados a seguir:

“Alguns chegam encaminhados pela escola, tem bastante demanda. A escola identifica essa questão da criança ali na sala de aula, dificuldade de aprendizagem, criança mais desatenta e traz. A gente tem um contato grande com a escola e com a creche, então vem encaminhado por eles para, daí, a gente dar o destino que precisa ser dado” (DSC Município A – Encaminhados da Escola).

“Normalmente referenciados pela escola, com uma carta de lá” (DSC Município B – Encaminhados da Escola).

Mais uma vez a escola aparece como um importante recurso na identificação dos casos de saúde mental infantojuvenil e é um dos principais demandantes aos serviços (KANTORSKI *et al.*, 2014; NUNES; KANTORSKI; COIMBRA, 2016; TAÑO, 2017).

Ainda que se reconheça o relevante lugar da escola na identificação de sofrimento psíquico na infância e adolescência, tem-se debatido sobre os limites da instituição escolar, especialmente os que se referem à exclusão escolar de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico (FERNANDES, 2014).

Estudos afirmam que, do total de crianças e adolescentes inseridos nos CAPSij no Brasil, apenas 15% não freqüentam a escola regular. Ainda que esse seja um dado bastante expressivo, compreende-se que o fato dessas crianças e adolescentes estarem inseridos nas instituições escolares não representa, de fato, por si só, um processo de inclusão de qualidade (REIS *et al.*, 2012; TAÑO, 2014).

Além disso, tem-se também, a dimensão da medicalização da infância reforçada e, algumas vezes, sustentada pelas demandas escolares aos serviços de saúde, como apontam Monteiro (2007) e Kamers (2013). Nessa direção, o encaminhamento escolar ao serviço de saúde e de saúde mental é realizado para que a criança passe por avaliações clínicas e psicológicas e, em determinados casos, a permanência na escola fica condicionada a um acompanhamento (MARÇAL; SILVA, 2006).

No entanto, é preciso problematizar que a situação de encaminhamentos por parte da escola pode ocorrer, também, pelo fato de, muitas vezes, a instituição não saber como lidar com a criança que não consegue permanecer nas atividades de rotina (sala de aula, quadra, refeitório), e aprender ou que apresenta-se em sala de aula com atitudes de agressividade e/ou desinteresse, por exemplo (MARÇAL; SILVA, 2006).

Assim, importa destacar novamente que, ações de cuidado realizadas conjuntamente entre a escola e a USF podem potencializar um novo cuidado em direção às crianças e adolescentes que apresentam questões de saúde mental, diminuindo estigmas, viabilizando o aprendizado curricular, possibilitando a permanência na escola e aumentando as possibilidades de prevenção e tratamento. Além disso, a efetivação dessa parceria responderia a parte das ações de intersetorialidade preconizadas nas políticas e desenvolvidas no território (BRASIL, 2005; BRASIL, 2012a; BRASIL, 2014a).

Novamente aqui se pontua que o Programa Saúde na Escola (PSE) remete às equipes de saúde da família a realização de visitas periódicas e permanentes às escolas participantes do PSE para avaliar as condições de saúde dos educandos, bem como para proporcionar o atendimento à saúde ao longo do ano letivo, de acordo com as necessidades locais de saúde identificadas (BRASIL, 2007b). Segundo o Departamento de Atenção Básica, desde 2013 todos os municípios do país estão aptos a participar do PSE. Também podem participar todas as equipes de Atenção Básica e as ações foram expandidas para as creches e pré-escolas, assim todos os níveis de ensino passam a fazer parte do Programa²⁸.

Além da escola, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), também foram citados como intermediários para a chegada das crianças e adolescentes aos serviços. Os DSCs a seguir, refletem não só a importância da ação desse profissional no território, mas seu papel como principal elo entre as Unidades e a população:

“Geralmente pelos agentes comunitários que têm essa percepção durante as visitas e trazem tudo que eles conseguem. O agente comunitário é um braço da Unidade dentro da casa da pessoa, ele tem esse vínculo. Então ele informa ‘olha, tem uma criança que já me falaram que não está bem, que os pais abandonaram, ficou com a avó, está muito triste’. Mas acho que pela falta que a gente tem desse funcionário acaba passando mesmo, porque a minha área está defasada. Eu tenho 1800 casas aí no bairro ao lado que estão descobertas,

²⁸ Informações do site oficial do Departamento de Atenção Básica. Disponível em <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/pse.php>>. Acesso em 28 Fev. 2017.

então tem coisa que vem menos do que se estivesse uma equipe completa” (DSC Município A – Trazidos pelo Agente Comunitário).

“Eles chegam pelo Agente Comunitário, pela percepção dos profissionais. Ele traz, às vezes, algum problema observado durante a visita, mas são menores. Dos agentes comunitários acho que é mais adulto” (DSC Município B – Trazidos pelo Agente Comunitário).

Os discursos confirmam o ACS como um profissional de referência nas USFs e um elo importante entre estas e a comunidade e somam aos resultados de estudos que também constataram este importante elo (COSTA *et al.*, 2013; CABRAL; ALBUQUERQUE, 2015; CAMATTA *et al.*, 2016). Porém, apesar de serem apontados como uma das principais fontes de identificação de casos de saúde mental de crianças e adolescentes, reconhecidamente não se encontram em número suficiente para alcançar toda a região. As equipes que relataram sobre defasagem no número de profissionais nos serviços, normalmente traziam o agente comunitário como o profissional em número mais defasado.

De qualquer forma, é preciso levar em consideração, ainda, a importância do fortalecimento desse profissional através de capacitações e discussões de caso, além da multiplicação dos profissionais ACS, para a ampliação das ações territoriais das USFs.

Em estudo realizado por Cabral e Albuquerque (2015), que buscou identificar a percepção de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) no que diz respeito aos problemas de saúde mental na comunidade, evidenciou nos relatos dos profissionais ACS o quanto é difícil a eles o conceito de saúde mental, visto que o termo pode ser facilmente confundido ou relacionar-se a quadros de adoecimento, ao acompanhamento clínico em instituições especializadas e ao uso contínuo de medicações. Observa-se também, que trabalhos de formação com os agentes comunitários para desmistificar os conceitos de saúde mental são bastante discretos (CABRAL; ALBUQUERQUE, 2015).

Camatta *et al.* (2016) realizaram um estudo que visou compreender as intenções de Agentes Comunitários de Saúde sobre as ações de saúde mental na Estratégia Saúde da Família. Nele, constataram que a escuta e a visita domiciliar são as principais ações de saúde mental realizadas pelos profissionais e que, apesar de considerarem que tais ações aliviam sofrimento, não se sentem preparados para lidar com o sofrimento psíquico de modo que suas ações promovam, de fato, uma melhoria na qualidade de vida do sujeito.

Cabral e Albuquerque (2015) referem que, em seu estudo, observou-se que os ACS relataram pouco ou nenhum processo de formação, treinamento ou capacitação para intervir no campo da saúde mental, apesar de referirem interesse em receber a formação de modo que possam compreender melhor a complexidade do sofrimento psíquico e a importância da formação e capacitação para a melhoria de suas ações.

Discute-se ainda que, nos últimos anos, as ações no campo da saúde mental estão sendo reformuladas e sua realização tem se dado de modo mais ampliado, porém, a compreensão do papel do agente comunitário fica, ainda, pautada no imaginário popular de que se trata de um profissional com ações restritas ao agendamento, contatos, registros e outros, o que parece dificultar que o mesmo tenha espaço e reconhecimento para efetivar o alcance que sua função poderia exercer no território (CABRAL; ALBUQUERQUE, 2015).

Outros serviços também foram citados nas entrevistas como demandantes de encaminhamentos de crianças e adolescentes às unidades. Alguns participantes verbalizaram o encaminhamento vindo da rede de saúde como CAPS, Ambulatório e outras Unidades de Saúde, além de outros setores, como Conselho Tutelar, CRAS e CREAS. Verifica-se nos DSCs a seguir, que a resposta dos participantes envolve a rede de serviços disponível nos municípios:

“Às vezes vem pelo Conselho Tutelar, às vezes vem pelo CRAMI. A gente também recebe contra-referência do CRAS, do CREAS ou mesmo do CAPS. Crianças e adolescentes que são acompanhados pelo Ambulatório de Saúde Mental da Criança e do Adolescente ou pelo CAPS I, que recebem alta de lá e que já dá para vir para a Unidade. Então às vezes acontece isso, da gente receber encaminhado de outros órgãos” (DSC Município A – Encaminhados de outros serviços/setores).

“Do Conselho Tutelar que entra em contato. Geralmente vêm de referência de outros postos, ou algum outro serviço referenciado que manda para a gente” (DSC Município B – Encaminhados de outros serviços/setores).

Compreende-se que a formação de uma rede de atenção e cuidado é o que vai traçar e direcionar as ações realizadas para o cuidado dessa clientela. Assim, neste estudo, verificou-se que o município que conta com uma rede mais estruturada também encontra mais parcerias na identificação e na possibilidade de realizar um cuidado compartilhado. Em outra realidade,

nota-se que o município C recebe apenas demandas espontâneas, o que reflete claramente as dificuldades de não ter uma rede de serviços estruturada

Concordando com Wetzel *et al.* (2014, p. 29), este estudo mostra que a rede não funciona por si só, mas se estabelece e cria vida a partir de um movimento desencadeado pelos trabalhadores, arrolados no diálogo e no conhecimento dos diferentes serviços que a compõem. Assim, “a articulação e ativação da rede ocorrem de acordo com o olhar para o problema de saúde, que pode ser a partir de elementos da psiquiatria tradicional, a qual está centrada na queixa-sintoma, como pode ser ativada a partir do olhar para a pessoa e seu sofrimento”.

A assistência em saúde mental por meio da articulação de uma rede de serviços tem se mostrado um desafio no cenário das políticas públicas de saúde no Brasil, tornando instigante aos profissionais dessa rede a garantia do acesso, atendimento, prevenção, resolução e reabilitação aos usuários dos serviços de saúde (WETZEL *et al.*, 2014).

Ainda dissertando sobre a chegada de crianças e adolescentes com demandas de saúde mental no serviço, o Município A relatou sobre questões que são identificadas na própria Unidade através das consultas de rotina. Isso está colocado no DSC apresentado a seguir:

“Muitas vezes por uma consulta que a mãe marcou, mas geralmente nos atendimentos extras, realizados pela Unidade mesmo, é que a gente observa” (DSC Município A – Identificados na própria Unidade).

Esses resultados reforçam a importância do acolhimento realizado na Unidade, na medida em que este encontro permite o olhar ampliado para as necessidades do outro, para além da simples queixa inicial e conduta. Nesta direção Schimith e Lima (2004), apontam que o acolhimento faz parte da recepção de um serviço de saúde e esse processo deve ser entendido como o espaço onde as necessidades do sujeito serão reconhecidas, por meio de uma investigação, elaboração e negociação de quais serão atendidas.

Apenas em um município apareceu um discurso referente a não ter casos de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico que cheguem à Unidade. Esta questão foi identificada no seguinte DSC:

“Então, aqui não vem. Você está falando na parte de saúde mental, eu tenho crianças com problemas neurológicos, entendeu? Crianças que nasceram com problemas e fazem tratamento com neuro. Nessa parte de saúde mental, que tem acompanhamento, eu não tenho aqui” (DSC Município B – Aqui não vem!).

Mais uma vez nos resultados deste estudo, verifica-se um discurso sobre o fato de não haver casos do campo da saúde mental infantojuvenil em uma determinada região, o que reforça o alerta sobre esta lacuna e seus rebatimentos.

4.2.1.5. O campo da saúde mental infantojuvenil e as ações nas unidades de saúde da família

Buscou-se compreender como a criança e o adolescente que necessitam de cuidados em saúde mental seguem acompanhados na Atenção Básica, depois de identificada a demanda.

Como o município A conta com uma equipe NASF, alguns entrevistados apontaram as discussões de caso e os acompanhamentos realizados por profissionais do próprio NASF, dentre as principais formas de seguimento a esta população, como ilustra o DSC a seguir:

“A gente tem uma ficha, que é um protocolo de saúde mental, que a gente preenche. Depois, a maioria – para não dizer assim, 100% dos casos de saúde mental – a gente faz a discussão com a equipe do NASF, que é o Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Aí, geralmente, passa por outra triagem, um pré-atendimento em saúde mental com o psicólogo ou o assistente social e com alguém da Unidade, que geralmente sou eu. Como ninguém tem muito manejo com algumas coisas de criança, a gente está sempre em parceria com o NASF. Então o caso é discutido com a equipe de Saúde Mental do NASF e, geralmente, é feito um atendimento compartilhado junto ao NASF ou um encaixe pra atendimento com eles individual mesmo” (DSC Município A – Discussão e acompanhamento com o NASF).

Os DSCs a seguir, reforçam a ideia das ações restritas à unidade, além de reafirmarem ações centradas somente na figura médica, como é o caso do município C:

“Geralmente é acompanhado dessa forma, a gente intercala os acolhimentos e as consultas individuais com a médica, com o NASF e comigo. Às vezes, se a psicóloga do NASF vê que é uma coisa mais leve, que dá para a gente acompanhar sozinho e só ir discutindo, a gente agenda para nós mesmos. Mas, na maioria das vezes, é individual mesmo. Tanto com a gente quanto com o NASF” (DSC Município A – Através de atendimentos individuais).

“É feito com o pediatra ou com o clínico. Vai passar na consulta, pegar uma receita, ver se tem a necessidade de encaminhar para especialista ou se ele mesmo acompanha. Mas acompanhamento de grupo, ou algum tipo de trabalho feito com psicólogo, terapeuta ocupacional e outras coisas que seja necessário, não tem” (DSC Município C – Através de atendimentos individuais).

Nota-se nos discursos que, mesmo no município A que conta com uma equipe NASF, a atenção oferecida à população de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico, parece seguir a lógica clínica, com intervenções fortemente médico-centradas. Além disso, os resultados revelam que atendimentos individuais têm se mostrado a opção prioritária ao acompanhamento dessa população.

Dessa forma, identificou-se que crianças e adolescentes com problemáticas do campo da saúde mental infantojuvenil, quando chegam ao serviço, recebem ações de cuidado realizadas no próprio serviço, práticas essas que não condizem com o cuidado efetivado no território, com parcerias intersetoriais, preconizado nas políticas de atenção e nas diretrizes do Ministério da Saúde (BRASIL, 2014a).

Os encaminhamentos também são alternativas utilizadas pelos profissionais para responder à demanda de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico. Os DSCs a seguir apontam que muitos casos, quando encaminhados, não voltam para a Unidade e que o seguimento, também não é realizado de forma conjunta:

“Alguns casos são necessários ainda, um suporte maior, de encaminhar para algum serviço de referência. Se for preciso, é encaminhado para os serviços especializados, como o CAPS I ou o Ambulatório de Saúde Mental da Criança e do Adolescente na Universidade. Também tem outros serviços, como o CRAS, que às vezes é um problema de assistência; o Conselho Tutelar; o CRAMI; às vezes a mãe está em sofrimento, tem uma história de violência doméstica também, eu vou encaminhar para o CREAS. Enfim, a gente já vai

fazendo os encaminhamentos que precisa e, identificando que não é coisa que a gente dá conta na Unidade, o NASF encaminha” (DSC Município A – Encaminhamentos).

“A gente, imediatamente, transmite o caso para a Equipe de Saúde Mental porque eu me sinto muito incapacitada para isso. A gente também encaminha para o serviço terciário em outro município, agora, quando é um caso que precisa só de psicólogo, aí é aqui para o município mesmo. Geralmente a médica referencia pra Equipe de Saúde Mental que a gente tem no outro posto. Aí passa por avaliação, eles vão fazer toda uma triagem e vai passar com as médicas de lá e, geralmente, ele não volta para a gente. A saúde mental faz o acolhimento e aí começa acompanhar lá, a gente não tem contra-referência. Acompanha só lá, não acompanha mais aqui” (DSC Município B – Encaminhamentos).

Os resultados deste estudo revelam que casos de saúde mental infantojuvenil são encaminhados para outros equipamentos de saúde e para outros setores, pelos profissionais das unidades de Saúde da Família, porém os mesmos não referem acompanhamento conjunto e corresponsabilização do cuidado. Tais achados concordam com os resultados encontrados por Delfini e Reis (2012a) em estudo que investigou a relação entre ESF e CAPSij e verificou que a lógica do encaminhamento, pautado em um modelo de organização hierárquica dos serviços e com um olhar fragmentado do sujeito, se destacou como a principal forma de contato entre ESF e CAPSij.

Os autores (*Ibidem*) problematizam os encaminhamentos da forma como costumam ser realizados, onde se passa a responsabilidade dos casos de um serviço para outro, sem que haja o compartilhamento de projetos terapêuticos, mas sim, equipes e profissionais que avaliam e pensam em intervenções de forma isolada, fazendo com que a potência de se realizar um trabalho conjunto, com a ampliação do cuidado, fique perdida.

Tal situação também se revela no estudo de Lucchese *et al.* (2009), que abordou a saúde mental na Saúde da Família, onde os atendimentos em saúde mental na Unidade resumiram-se a encaminhamentos aos serviços de referência especializados, não sob a ótica da referência e contra-referência, e sim, pautadas em situações em que os profissionais não sabiam o que fazer. No presente estudo, os DSCs também revelaram sobre como os profissionais não se consideram preparados para atender essa população, deixando para a Atenção Básica somente os cuidados em saúde, como consultas de rotina e avaliação de desenvolvimento.

No caso do município A, os atendimentos de saúde mental nas USFs parecem ser apoiados pela equipe NASF, que desenvolve atividades nas Unidades. Ainda que, a partir das falas dos profissionais, não seja possível qualificar o alcance do NASF nas ações das unidades e, por alguns relatos, as mesmas se configurem como atendimentos individuais e restritos, compreende-se que, pela perspectiva do matriciamento, na medida em que a equipe da USF se sentir apoiada, tenderá a assumir as responsabilidades pelo cuidado de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico na própria Unidade, quebrando com o ciclo de realizar encaminhamentos para serviços especializados (WETZEL *et al.*, 2014).

Wetzel *et al.* (2014) alertam que os serviços de Atenção Básica ainda se apoiam na ideia de que a especialidade, ou seja, os serviços estratégicos, são a melhor forma de resolver as situações de saúde mental que chegam nas USFs. Tal concepção, assim como a carência de uma rede de serviços, caracteriza-se hoje como alguns dos maiores desafios da Reforma Psiquiátrica, que visa um cuidado territorial e descentralizado. Investimentos e ações que possam ser desenvolvidas na própria Atenção Básica são necessários para que a lógica do encaminhamento e da especialidade como único desfecho, seja superada.

A visita domiciliar é considerada uma estratégia quando necessário, como ilustram os seguintes DSCs:

“Se necessário e se for urgente, a enfermeira faz a visita. Aí vai junto o assistente social e o psicólogo, para abordar, se for o caso, a família, ou a pessoa” (DSC Município A – Visita domiciliar).

“Independente se eles estão passando com a Equipe de Saúde Mental, a gente tem as visitas, porque mesmo que eles estão tomando remédio, que eles têm a saúde mental, eles passam aqui” (DSC Município B – Visita domiciliar).

As ações territoriais são apontadas como fundamentais ao cuidado na Atenção Básica (BRASIL, 2012a). No entanto, os discursos referem que as mesmas, acabam ficando em segundo plano ou se remetem basicamente às visitas domiciliares. Ainda, os profissionais apontaram para as ações dos Agentes Comunitários em Saúde (ACS) como as únicas possíveis de serem realizadas no território. Dentre as justificativas para tal limitação, a alta demanda no serviço acaba sendo a principal para que esse tipo de intervenção não aconteça.

Somente o município A referiu ações que dizem respeito a discussões intersetoriais, inserção em projetos sociais ou orientação aos familiares. O DSC a seguir ilustra esse exemplo:

“A gente discute e, se precisar, chama para fazer uma avaliação complementar, vê se precisa falar com a escola, se precisa falar com o projeto, se precisa inserir em projeto. Vê se o Conselho Tutelar já está sabendo, se o CRAS já acompanha. É a gente que faz essas sequências. Normalmente eu também faço acompanhamento com o agente comunitário que vem trazendo para a gente os dados de tudo que está acontecendo, porque ele sabe os riscos que essa criança está correndo. Quando precisa a gente faz atendimento individual, encaixa em grupos, grupo de pais, grupo de criança, de adolescente” (DSC Município A – Outras ações).

Mais uma vez verifica-se que a disponibilidade ou não de uma rede, implica em perspectivas ou possibilidades de ação dos serviços. O município A, que possui a rede mais bem estruturada consegue, em seu discurso, apontar possibilidades de ações com outros setores, mesmo que não seja de forma articulada e compartilhada. Os profissionais do município B, que possui uma rede pequena e do município C, que não possui rede alguma, não apresentam estas possibilidades de ações em suas falas.

4.2.1.6. Propostas de ações para crianças e adolescentes em sofrimento psíquico no próprio serviço

Pensando na Atenção Básica e nas ações de promoção, prevenção e cuidados em saúde que devem ser oferecidas pelas Unidades de Saúde, objetivou-se identificar que ações de cuidado os profissionais de saúde participantes deste estudo consideram que poderiam ser oferecidas no próprio serviço para crianças e adolescentes, no campo da saúde mental.

No município C, fica expresso que sem a mudança de paradigma dos gestores municipais, não é possível oferecer nada além do que o serviço já proporciona como ação de cuidado. É o que expressa o DSC a seguir:

“Boa pergunta! O que a gente poderia oferecer para essas crianças e adolescentes? Como cuidado, prevenção ou promoção? Na verdade o que a gente já tem feito, porque se não tiver uma mudança nesse paradigma aí de gestores municipais, não tem como fazer muita coisa. É só orientação e acompanhamento meio distante” (DSC Município C – A gente já faz o que pode).

Novamente a falta de recursos no próprio município aparece como justificativa que impede que a USF apresente perspectivas para oferecer novas formas de cuidar. Os profissionais, que neste estudo, também respondem pela gestão dos serviços, não conseguem vislumbrar outras possibilidades se não o que já oferecem à população.

Tal perspectiva é preocupante na medida em que paralisa a busca por ações intersetoriais que, nesses casos, poderiam ser ainda mais potentes na tentativa de um cuidado efetivo. Parcerias com a Educação e a Assistência Social, por exemplo, já permitiriam que novas estratégias fossem pensadas, estruturadas e construídas em conjunto, de acordo com as demandas do município.

Assim evidencia-se a necessidade de que as USFs criem novas estratégias a partir da realidade de suas demandas em saúde mental, fazendo com que os profissionais acolham e se responsabilizem pelos usuários do seu território, realizando ações na comunidade sem que os serviços estratégicos precisem ser a única opção (WETZEL *et al.*, 2014).

Os municípios A e B ilustram o discurso com exemplos de atividades que poderiam ser oferecidas na Unidade, como ações de prevenção e promoção à saúde de crianças e adolescentes, como sugerem os DSCs a seguir:

“Eu acho que, uma coisa para prevenção, promoção de saúde, vamos dizer assim. Grupos, oficinas. Qualquer unidade que tenha espaço físico, fazer oficina, grupo de teatro, eu acho que para as crianças isso é tão enriquecedor. Contar história, sabe assim? Mudar essa coisa. Porque nós trabalhamos aqui só na parte de curar! Nós apagamos o fogo na Unidade. E seria tão gostoso você ter um período para receber as crianças, fazer um grupo par os adolescentes, vamos contar história, vamos fazer um teatro, fosse ele de sexualidade. Crescer um pouco, para sair dessa coisa da medicação” (DSC Município A – Atividades de prevenção e promoção à saúde).

“Ter essa busca ativa para trazer eles, para virem para a consulta mesmo, porque o adolescente não vem. Vem a menina fazer papanicolau ou que está suspeitando que está grávida. Então, até nisso também, acho que trazer eles para essa prevenção mesmo, de uso de drogas, de gravidez precoce” (DSC Município B – Atividades de prevenção e promoção à saúde).

Entende-se que as ações territoriais deveriam ser prioridade da Atenção Básica, porém, parece haver uma inversão de valores quando os serviços só atuam nas questões curativas, mesmo quando se pensa em busca ativa, como é o caso do relato do município B. Assim, as ações no território e a oferta de atividades aparecem como sugestões e não se caracterizam como ações de rotina, como seria esperado e preconizado pelas políticas públicas (BRASIL, 2012a; BRASIL, 2013; BRASIL, 2014a).

Quanto ao município A, a sugestão de atividades na própria Unidade pareceu bem vinda em relação às ações de prevenção e promoção de saúde, a partir de uma concepção mais ampliada da saúde mental infantojuvenil.

Compreende-se que a ampliação de ações nas unidades e o real envolvimento do território é um dos importantes desafios a serem considerados para o avanço qualificado da atenção em saúde mental infantojuvenil.

Sob esta perspectiva, Figueiredo e Onocko-Campos (2009, p. 136) afirmam que algumas propostas assistenciais são desenvolvidas a partir de uma nova concepção de saúde mental e que tais propostas fundamentam-se “na importância do incremento dos laços sociais e no aumento do grau de autonomia e contratualidade das pessoas”. Segundo as autoras (*Ibidem*), as oficinas ou grupos de teatros, conforme sugeridos pelo município A, são considerados grupos de produção de saúde, “resgatados da tradição da promoção à saúde, que historicamente vem privilegiando as propostas grupais como recursos estratégicos para a atenção e focados no desenvolvimento de medidas de autocuidado e na melhora da qualidade de vida”.

Concordando com as considerações de Figueiredo e Onocko-Campos (2009), importa ressaltar que, ao mesmo tempo em que é possível atingir substanciais resultados com recursos como oficinas e grupos de expressão, na medida em que as crianças e adolescentes que vivenciam a exclusão social podem construir novos sentidos às suas vidas, possibilitando o desempenho de protagonismos, é importante ficar atento para que essas atividades, que possuem um potencial inerente, não sejam utilizadas como pretexto somente para atender a grande demanda recebida pelas Unidades.

Outra proposta de ação feita pelos profissionais dos municípios A e B, foi um acolhimento mais qualificado, conforme os DSCs a seguir:

“Acho que uma escuta melhor, um acompanhamento mais de perto dessa criança”
(DSC Município A – Acolhimento).

“Eu acho que poderia ser feito, primeiro, uma acolhida. Para aqueles que já vêm espontaneamente, realizar um acolhimento com mais escuta, que a gente fosse mais preparado para isso, mesmo, para ter um olhar diferenciado para ele, para ter uma percepção maior, no acolhimento” (DSC Município B – Acolhimento).

O acolhimento e a escuta qualificada, que devem fazer parte das ações básicas nas USFs, são citadas como possibilidades de ações. Para Schimith e Lima (2004, p. 1487), o acolhimento “prevê plasticidade, que é a capacidade de um serviço adaptar técnicas e combinar atividades de modo a melhor respondê-los, adequando-os a recursos escassos e aspectos sociais, culturais e econômicos, presentes na vida diária”. Os discursos aqui apresentados parecem se referir a esta concepção quando indicam para uma escuta e acolhimento mais qualificado.

Entende-se aqui que, acolhimento e escuta qualificada não representam a mesma ação, ou seja, são ações que se complementam. Vale ressaltar que a escuta qualificada não deve se restringir a situação de acolhimento, mas deve estar presente em toda situação de encontro realizada no serviço de saúde (consultas, grupos, avaliações). No entanto, destaca-se que uma escuta qualificada é condição essencial para um acolhimento, também qualificado.

No entanto, Silveira e Vieira (2009) referem em estudo que, de modo geral, a escuta produzida pelos profissionais das unidades de saúde sem equipe de Saúde da Família segue o modelo biomédico tradicional, ou seja, o foco nos sintomas supera a escuta do sofrimento do usuário e as estratégias de intervenção seguem embasadas nos conceitos médicos tradicionais: problema-solução e doença-cura, e completam que há uma diferença significativa se comparada com a escuta realizada pelas unidades com Saúde da Família, caracterizando-as como uma escuta mais integrada em relação aos problemas de saúde em que o sofrimento psíquico aparece como mais uma questão a ser abordada e cuidada.

As autoras (*Ibidem*) afirmam, ainda, que o equacionamento do cuidado em saúde mental, focado na escuta do sujeito e não da sua doença, ainda é um recurso pouco utilizado pelos profissionais da atenção básica.

Os resultados do presente estudo reforçam a escuta pautada no modelo biomédico tradicional e, a diferença encontrada no estudo de Silveira e Vieira (2009) não se verificou, ainda que os profissionais das USFs participantes deste estudo, indiquem esta forma de escuta qualificada como possibilidade de ação futura. Compreende-se que novos estudos podem contribuir na compreensão e desenvolvimento de ações de acolhimento mais efetivas.

Tanaka e Lauridsen-Ribeiro (2009) se referem à escuta qualificada como abordagem efetiva dos problemas de saúde mental na atenção básica e destacam que esta é uma ação potente que mostra a incorporação do conceito ampliado do processo saúde-doença na proposta de prática da USF. Destacam que, dessa maneira, “será possível potencializar a capacidade das equipes para sair da atuação tipo ‘queixa-conduta’ e gerar competência para articular recursos comunitários e intersetoriais” (TANAKA; LAURIDSEN-RIBEIRO, 2009, p. 485).

Vecchia e Martins (2009) completam que o acolhimento e o vínculo têm sido destacados como potencialidades importantes na Estratégia Saúde da Família e que são considerados possibilidades de ruptura do modelo biomédico na determinação do processo saúde-doença.

O DSC a seguir, representa a opinião dos profissionais do município A, sobre ações que podem ser realizadas em parceria com outros setores, como a Assistência Social e a Educação, por exemplo:

“Então, eu acho que os serviços estarem trabalhando juntos. Por exemplo, se a gente tivesse um grupo específico, para crianças e adolescentes com atividades mais rotineiras na escola, conversa com os pais ou até em parcerias mais estreitas com o CRAS – porque lá já são grupos formados –, acho que isso seria o ideal. Porque sozinho a gente não consegue. Teria que ser em parceria ou, de repente, uma coisa mais central, alguma coisa com a Educação. Então, trabalhar com a rede de apoio porque a mesma criança, adolescente ou adulto, que seja, que passa aqui, frequenta a escola ou o projeto, ou o núcleo. Então uma interação dos serviços nessa atuação, mas certinho como, quando, eu não sei te falar” (DSC Município A – Atividades e parcerias intersetoriais).

A intersetorialidade é compreendida como a integração de diferentes saberes que se voltam para uma prática única buscando, com isso, que os problemas de saúde sejam resolvidos (FERNANDES, 2014). As ações intersetoriais têm sido priorizadas nas políticas de

atenção a saúde, assim como nas políticas específicas de saúde mental e saúde mental infantojuvenil (BRASIL, 2001a; BRASIL, 2011a; BRASIL, 2012a; BRASIL, 2013; BRASIL, 2014a). No entanto, parece ainda ser um desafio para as equipes de Saúde da Família colocarem em prática tais ações, a fim de que o cuidado oferecido à população seja integral.

Conhecer o contexto sociocultural e os recursos da comunidade são condições essenciais para que se enfrente as questões que ultrapassam os problemas biológicos, como é o caso dos transtornos mentais, por exemplo (TANAKA; LAURIDSEN-RIBEIRO, 2009). Tal perspectiva se amplia sobremaneira quando se considera o período da infância e adolescência e a complexidade da saúde mental, de maneira que se reconhece que nenhum setor isolado será capaz de responder a demandas de diferentes naturezas, de oportunidades e de singularidade (TAÑO; MATSUKURA, 2014; TAÑO; MATSUKURA, 2015; FERNANDES; MATSUKURA, 2016).

Dessa forma, as ações em saúde mental devem ser consideradas de modo transdisciplinar, pois os problemas psíquicos e emocionais que afetam crianças e adolescentes tendem a refletir nas fases seguintes da sua vida (PINTO *et al.*, 2014).

Grupos de crianças, adolescentes e grupos de familiares também foram ações citadas pelos municípios A e B como apresentados nos DSCs a seguir:

“Eu acho que nós poderíamos oferecer para essas crianças, um grupo, juntamente com o NASF. Poderia até fazer cada 15 dias, aproveitando o pessoal do NASF junto com alguém da equipe. Se bem que assim, eu acho que a quantidade que a gente recebe não é tão grande a ponto de a gente ter que montar um grupo e ter que trabalhar tanto com isso” (DSC Município A – Grupo de crianças).

“O grupo de adolescente eu acho que é uma proposta brilhante, que você está próximo do adolescente, você pode prevenir muitos agravos à saúde, de gravidez indesejada na adolescência a tentativa de suicídio. A gente até fez uma caixinha de sugestões voltado para os adolescentes, que a gente quer montar um grupo, pensando em DST, gravidez na adolescência. E eu também acho que o que a gente peca bastante, que a gente poderia tentar fazer, mas depende também dos adolescentes, é alguma coisa assim de promoção na escola, mesmo porque se a gente quiser conseguir um público de adolescente, a gente tem que ir onde eles estão mesmo, não tem jeito” (DSC Município A – Grupo de adolescentes).

“Eu tenho muita fé em grupo e acho que grupo dá muito resultado. Então, um grupo de adolescentes, eles vêem que não são sozinhos e que tem outras maneiras, a gente dá outras opções. Ele ainda conhece gente lá no grupo, vê que é uma coisa bacana que dá resultado, e ele até vem, traz os amigos dele, para que a gente possa orientar. A minha proposta para esse ano é envolver os adolescentes com trabalhos comunitários. Eu vou fazer o dia do idoso, eles vão me ajudar no dia do idoso. Então é envolver eles como cidadão mesmo, para que eles se sintam parte de uma sociedade, que eles têm uma importância e não só ir para a escola, ir para casa, para o celular ou para a TV” (DSC Município B – Grupo de adolescentes).

“O correto seria que a gente tivesse um grupo, que a gente tivesse um tempo maior para fazer isso. Ações na própria Unidade de Saúde, com grupo, não com psicólogo, mas com grupos que pudessem trabalhar outros temas, projetos mais relacionados à criança principalmente. Eu entendo que essa é uma possibilidade, de juntar questões parecidas. O Bolsa Família, por exemplo. Não tem que pesar, mesmo? Então, tem que pesar – e a gente só pensa na obrigação –, vamos pesar, traz o pai, mãe, traz o jovem, pesa, conversa, pergunta da escola. Pega um programa social que já está instaurado, você tem a lista completa, que já são mais vulneráveis, por exemplo, pega isso e faz. Então é possível fazer. Eu entendo que dava para fazer grupo sim” (DSC Município A – Grupos em geral).

“Um grupo de criança e adolescente para inserir eles no meio social. Ou então, talvez nas escolas, para os próprios professores que também, às vezes, eu acho que não percebem algumas questões. Acho que seria o ideal” (DSC Município B – Grupos em geral).

“Eu acho que o que faltaria no serviço atualmente e poderia ser oferecido, é a questão de um grupo de apoio, principalmente para familiar ou cuidador. Um olhar mesmo, assim, um momento de olhar para eles. Acho que é uma das coisas que também seria importante, um trabalho com as mães” (DSC Município A – Grupos para familiares e cuidadores).

“Eu acho que tinha que ter um grupo, nem tanto um grupo de crianças, mas com os pais. Porque às vezes eu acho que muitos não percebem que a criança está com alguma dificuldade de aprendizado, muitos não vão nas reuniões escolares. Os grupos seriam ideais pra eles, mas com frequência, não assim, um grupo a cada um mês, que eu acho que não ia resolver. Então eu acho que talvez um grupo com os pais numa linguagem mais fácil, com o

psicólogo ou com algum profissional da saúde mental. Um grupo aqui no posto, um grupo no rural, um grupo perto deles, num horário, talvez a noite, num período que não seja horário de atendimento. Até para nós também, que estamos atendendo, às vezes também não temos muita noção. Eu acho que seria ideal” (DSC Município B – Grupos para familiares e cuidadores).

Sugestões de grupo, como ações a serem desenvolvidas na própria USF aparecem em diversos momentos e, ainda que bem-vindas, são preocupantes na medida em que se revelam como a única forma de cuidado a ser oferecido, o que aponta para a dificuldade dos profissionais em pensarem ações para além da Unidade de Saúde. Discursos do município A referem, ainda, a realização de grupos com a equipe NASF, ou seja, a equipe não consegue pensar em qualquer ação no campo da saúde mental que não envolva os profissionais do NASF.

Cabe ressaltar que a Estratégia Saúde da Família (ESF) propõe uma abordagem ampliada, que fuja do paradigma tradicional biomédico, e que seja centrada no sujeito e sua família, a partir da compreensão de seu contexto físico, econômico, social e cultural, entendendo que as intervenções devem ir além das práticas curativas (CAMPOS *et al.*, 2008; OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

No entanto, evidencia-se neste estudo que, ainda que a família seja o foco de atenção na ESF, práticas focadas na família não fazem parte das ações de rotina nas Unidades. A proposta de grupos de familiares revelada no DSC da categoria ‘Grupos para familiares e cuidadores’ aponta para essa como uma proposta de ação a ser realizada na própria unidade, porém ainda não efetivada.

Tal dado revela um direcionamento contrário das ações realizadas pelas equipes de Saúde da Família em relação a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) que direciona as ações dos profissionais a um cuidado familiar e dirigido a coletividades e grupos sociais com propostas e intervenções que visem influenciar os processos saúde-doença dos indivíduos, das famílias, das coletividades e da comunidade (BRASIL, 2012a).

O município A refletiu, ainda, sobre a dificuldade de novas ações por conta da intensa demanda de trabalho. No DSC apresentado a seguir, o profissional afirma que tem outras prioridades de ações referentes às linhas de cuidado ministeriais, das quais o serviço é cobrado para que aconteçam:

“Existem ações que a gente não faz pelo número de atendimentos que a gente tem aqui. Além disso, a gente tem outros grupos que, talvez nesse momento, é o que nos é cobrado, entendeu? De cara, hoje, eu digo para você que eu não consigo fazer mais atividades do que eu já faço. A gente está numa situação de demanda de trabalho que eu não conseguiria fazer nada assim muito diferente do que a gente está fazendo. Então a gente pega os menores de dois anos que o desenvolvimento é vital, a faixa de vulnerabilidade que é onde a gente está conseguindo, pelo menos com as meninas, e aí depois que a coisa já está feita elas vêm gestantes que aí também é o que a gente consegue pegar. Mas tem um abismo aí. E nós não conseguimos trabalhar junto com outros setores porque a gente não tem pernas para isso. A gente tem o vínculo, mas a gente não consegue trabalhar em conjunto pela dificuldade de tempo e da grande demanda do serviço que a gente tem” (DSC Município A – Não é possível pela demanda de trabalho).

A intensa demanda é revelada em diversos momentos neste estudo e colocada como um ponto dificultador de novas ações de cuidado, tanto na questão do atendimento, quanto do matriciamento com o NASF. O relato dos profissionais é justificado ainda mais, quando compreende-se que o enfermeiro da Saúde da Família também é o gestor da equipe/unidade. Dessa forma, além das responsabilidades referentes ao cuidado e assistência da população, esse profissional também tem obrigações burocráticas visando, ao mesmo tempo, atender as demandas da população e alcançar os princípios e diretrizes definidos para a reorganização do serviço (CAÇADOR *et al.*, 2015).

Por fim, o município B reforça, mais uma vez, a questão de não haver demanda para ações voltadas à saúde mental de crianças e adolescentes, como descrito no DSC a seguir:

“Eu acho que a gente até oferece, mas é que não tem a demanda dos pacientes virem para as consultas agendadas, onde a gente vai buscar a causa desse paciente. Muitas vezes eles vêm na hora que já está no ápice o problema” (DSC Município B – Não tem demanda).

Pelos resultados obtidos, até o momento, neste estudo, faz-se importante retomar, problematizar e discutir a afirmação constante por parte dos profissionais, em relação à ausência de demanda de saúde mental infantojuvenil nas unidades. Compreende-se que tal realidade seria improvável na medida em que a Atenção Básica tem, reconhecidamente, funcionado como serviço de entrada e que tal demanda, especialmente considerando a

infância, deve chegar aos serviços. Além disso, retoma-se aqui os dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), conforme já apresentado anteriormente, de que casos de saúde mental na infância e adolescência representam de 10 a 20% do total de casos de saúde mental no mundo (OMS, 2001).

A indicação de ausência de demandas em saúde mental infantojuvenil na Atenção Básica deve ocorrer em função de algumas lacunas, que também estão sendo discutidas neste estudo, como a falta de Agentes Comunitários nas Unidades ou a compreensão equivocada dos profissionais da Atenção Básica sobre a saúde mental infantojuvenil. Esse resultado é bastante preocupante no sentido que, o fato dos casos de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico não serem identificados, representa que muitos deles estão, ainda hoje, sem receber os cuidados necessários para que possam se desenvolver de modo adequado.

4.2.1.7. Recursos que considera disponíveis e a articulação da Unidade com os mesmos

Na tabela 8, a seguir, apresentam-se a sistematização dos resultados da questão que buscou saber dos profissionais das USFs, quais recursos são considerados disponíveis no território, no município e/ou na região que poderiam ser – ou já são – utilizados no cuidado a crianças e adolescentes em sofrimento psíquico. Destaca-se que os recursos podem aparecer mais de uma vez na tabela, pois as perguntas foram realizadas separadamente, o que indica que um recurso pode ter sido considerado como territorial por um profissional e municipal por outro, por exemplo.

Em seguida, propõe-se compreender, de que forma é realizada – e se é realizada – a articulação da equipe das USFs com estes recursos.

Tabela 8 – Recursos disponíveis para o cuidado em saúde mental infantojuvenil

Unidades Recursos	A1	A2	A3	A4	A5	A6	A7	A8	A9	A10	B1	B2	B3	B4	B5	C1	C2
	Território																
A própria Unidade	x							x			x	x					
CRAS	x		x			x	x	x		x		x		x			
Escola/Creche	x	x		x			x	x	x		x	x					
Projetos Sociais				x	x	x	x	x	x		x	x	x		x		
NASF	x																
Equipe de Saúde Mental												x					
APAE																x	
Município/Região																	
CRAS/CREAS	x			x				x	x								
Ginásio Municipal		x															
CRAMI	x		x														
Conselho Tutelar				x				x				x					
Projetos Sociais		x				x	x				x				x		
Outros serviços de saúde	x		x	x		x		x	x	x		x		x	x		
Universidade	x		x			x					x	x			x		
Projeto Guri		x															
Núcleo de Apoio Pedagógico	x																
Polícia Militar/Guarda Municipal												x					
Não tem													x				x
Outros recursos																	
Conselho Tutelar							x										
Igrejas						x											
Universidade								x	x			x					
Núcleo de Apoio Pedagógico									x								
Projetos Sociais										x							
CRAS						x											
Promoção Social												x					

Fonte: Autoria Própria

Observa-se que em nível territorial, os projetos sociais são a possibilidade de recursos mais citados – por 10 Unidades diferentes –, seguido da escola/creche e do CRAS, que foram citados por oito unidades.

Importa destacar que os recursos relacionados na Tabela 8 foram citados pelos profissionais entrevistados e que é possível que existam outros disponíveis, mas que não são do conhecimento dos mesmos, como projetos sociais, por exemplo, que não foi apontado em nenhum momento pelo município C.

Quanto aos recursos municipais ou regionais, outros serviços da saúde acabam tendo um destaque importante em relação aos recursos sociais e comunitários. A Universidade, no município A, que conta com o Ambulatório de Saúde Mental Infantojuvenil, revela-se como o

principal equipamento de cuidado a essa população. O município B, em especial e de modo geral, compreende esse ambulatório universitário como o único recurso disponível para o encaminhamento das crianças e adolescentes atendidos no campo da saúde mental, visto que a Equipe de Saúde Mental do município não atende crianças e adolescentes abaixo de 16 anos.

Em relação à articulação das equipes das USFs com os recursos citados, é possível identificar nos DSCs, que a opinião dos profissionais não é unânime. Ao mesmo tempo em que alguns profissionais dos municípios A e B referem realizar a articulação, outros profissionais do município B e do município C, referem não realizar, como ilustrado nos DSCs a seguir:

“Sim! Os da nossa área de abrangência, constantemente. A gente tem uma articulação fácil e um contato direto, tanto que alguns profissionais da equipe, como os agentes comunitários, por exemplo, têm algumas atividades no projeto. O CRAS, eles vêm, solicitam visita, a gente também solicita, as ajudas são mútuas. Sempre que necessário a gente consegue sim, se articular. Quando a gente tem necessidade, dependendo do caso que a gente está atendendo, a gente entra em contato, telefona, encaminha. Eu também tenho o e-mail da conselheira que eu acho que é a mais desenvolta. Então, se eu tenho alguma coisa, eu mando um e-mail direto para ela, ela já responde, me passa para outra pessoa, ou já agenda uma reunião para conversar. Com a escola a gente tem um bom contato, com a direção da creche. Quando eu preciso de alguma informação a mais, a gente discute, ou com a diretora da escola, os coordenadores dos projetos, a gente tem esse vínculo” (DSC Município A – Sim).

“Com certeza, sempre. Acho que foi aonde deu o pontapé inicial nesses vínculos. Mando ofício para a escola, insisto nas palestras. A gente vai começar com abordagem sobre drogas, abordagem sobre educação sexual, orientação, tanto na escola quanto no Projeto. E como os agentes comunitários são do bairro, eles também conseguem fazer esse vínculo. O assistente social também” (DSC Município B – Sim).

“Não, não costuma. É mais difícil, mais raro. São isolados, por isso que eu falo, eles [Equipe de Saúde Mental] não se comunicam. A gente encaminha e lá fica. É mais quando a gente acha que é uma coisa grave, aí sim, articula. Se bem que deveria, principalmente o CRAS, deveria articular a qualquer momento; a escola, articular em qualquer momento. Mas

acho que a gente articula quando a gente acha que o negócio está mais grave. Mas não, devia se manter articulado o tempo inteiro, para não ficar grave” (DSC Município B – Não).

“Não, não temos articulação nenhuma com esses serviços porque, infelizmente, quando você vai se articular com eles, eles acham que você está levando mais trabalho para eles. Então é uma dificuldade. Qualquer coisa que você precisar de uma assistente social, de um psicólogo, demora muito para acontecer, se acontecer. Então, não é só a falta do agente comunitário, do enfermeiro e do técnico de enfermagem. Tem que ter interesse também dessas pessoas para estar trabalhando junto. Enquanto a gente pensar que tudo é difícil, que a gente nunca vai conseguir, não vai mesmo. Já colocaram obstáculo. A partir do momento que você põe obstáculo, não vai conseguir mais nada! Então acho que depende da visão. E quando você não quer ver uma coisa, você não vê” (DSC Município C – Não).

O município A refere, ainda, que a articulação entre os serviços fica por conta da enfermagem, como revelado no DSC abaixo:

“A articulação acaba sendo mais das enfermeiras e do NASF mesmo. A gente que acaba ligando” (DSC Município A – Sim, as enfermeiras).

Novamente, fica claro que as ações da USF ficam centradas na figura do profissional de enfermagem e do NASF, quando há esse suporte no município. Tal situação é passível de discussão na medida em que se compreende que o modo como os elementos que compõem o processo de trabalho se organizam, é o que se apresenta como produto final e expressa o projeto dos trabalhadores (SCHMITH; LIMA, 2004). Ou seja, quem dá o tom do trabalho nas USFs é o enfermeiro, também gestor das equipes, e que poucas ações são difundidas para os demais profissionais que compõem as equipes das Unidades.

O município A afirma realizar articulação com os setores aos quais se referiu, seja por telefone, por *e-mail* ou através de reuniões setoriais. O município B divide sua opinião. Ao mesmo tempo em que, por um lado, há o relato de que articulações são realizadas, principalmente com a escola e projetos sociais, por outro, há o discurso de que não há nenhum tipo de articulação, em especial com a Equipe de Saúde Mental do município. O discurso traz ainda, a importância da articulação permanente apesar de, na prática, afirmar que essas ações só se concretizam quando realmente necessárias, ou seja, quando o caso é grave.

O município C, apesar de só ter citado a APAE como recurso disponível no território (ver Tabela 8), faz referência a outros profissionais que atuam no município, como assistente social e psicólogo e reafirma que nenhum tipo de articulação é realizada. É possível constatar também, que os entrevistados consideram que há falta de interesse dos outros profissionais, o que vai além da falta de recursos humanos na Unidade e no município.

Nessa direção, nota-se que o município A parece ser o que mais realiza articulações com outros setores. No município B, apesar de serem citados vários recursos, parece que não são todos que realmente se efetivam, haja vista a divergência de opiniões entre os profissionais. Assim, ao compreender que uma rede intersetorial de atenção à saúde é fundamental e pode ser considerada como a principal potência para a efetivação do cuidado, esse tipo de ação/articulação precisa, de fato, ocorrer, não só nos municípios que contam com o serviço estratégico voltado para a infância e a adolescência, mas especialmente naqueles que não contam. Esses resultados vão ao encontro da afirmação de Couto e Delgado (2015) que revelam indicativos de baixa institucionalidade nas redes de atenção em diversas localidades do país, com poucos serviços funcionando ou atuando de forma desarticulada.

A atual política de saúde mental da criança e do adolescente é baseada na construção de redes ampliadas e intersetoriais de atenção, de base comunitária, com foco na articulação entre os diversos serviços, com diferentes níveis de complexidade (BRASIL, 2014a; COUTO; DELGADO, 2015; TEIXEIRA; COUTO; DELGADO, 2015).

Diferente do que é preconizado nas diretrizes de cuidado, a articulação com a rede, nos municípios estudados, não é colocada como premissa no cuidado à população infantojuvenil em sofrimento psíquico, o que deixa a impressão de que o cuidado, nesses casos, fica restrito a ações médico-centradas, valorizando demandas focadas nos sintomas e deixando de lado o que priorizam as políticas (BRASIL, 2012a; BRASIL, 2014a).

O movimento da reforma psiquiátrica propiciou que a saúde mental fosse reconduzida a um processo complexo de autoafirmação por um fazer que ultrapassasse o modelo biomédico, centrado no hospital e na medicalização. Desse modo, a rede de saúde mental “deve ser constituída por várias esferas que compõem o processo de cuidado em liberdade e as equipes tem a possibilidade de contar com suporte e apoio de recursos territoriais, os quais estão convocados a potencializar os esforços de cuidado e reabilitação psicossocial” (WETZEL *et al.*, 2014, p. 29). Assim, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) deveria se constituir como dispositivo com potencial de inovação, sendo a saúde mental um dos seus pilares, conforme as premissas que regem as políticas do setor (WETZEL *et al.*, 2014; BRASIL, 2012a; BRASIL, 2013).

As atuais políticas, assim como os principais estudos do campo, consideram a intersectorialidade como um dos principais eixos na consolidação de uma rede de cuidado ampliada e efetiva, que construa uma conexão ativa no trabalho em saúde mental, em especial na saúde mental infantojuvenil (KANTORSKI *et al.*, 2014; COUTO; DELGADO, 2015; COUTO; DELGADO, 2016; LAURIDSEN-RIBEIRO; TANAKA, 2016).

Assim, a intersectorialidade é entendida como ações articuladas entre diversos setores com o intuito de compartilhar responsabilidades e saberes, possibilitando a ampliação do olhar frente aos problemas encontrados e que tenham a inclusão social, a cidadania e os direitos humanos garantidos (KANTORSKI *et al.*, 2014; LAURIDSEN-RIBEIRO; TANAKA, 2016).

Lauridsen-Ribeiro e Tanaka (2016) se referem à questão intersectorial como uma particularidade e uma dificuldade para a consolidação da política de saúde mental infantojuvenil. Os autores afirmam que a particularidade se deve ao fato de vários setores estarem envolvidos nas questões referentes a infância e adolescência, como a educação, a assistência social e a justiça, entre outros, o que faz com que haja uma necessidade de consenso e ações em parceria entre os setores, o que também pode dificultar a consolidação dessa política.

Couto e Delgado (2015, p. 19) discutem duas ações escolhidas pelo SUS para fomentar o processo de implantação das redes ampliadas de cuidado: os CAPSij e as “estratégias para articulação intersectorial da saúde mental com setores historicamente envolvidos na assistência à infância e adolescência, como educação, assistência social, justiça e direitos” e concluem que, apesar de prioritárias, potentes e promissoras, nenhuma das ações está consolidada e necessitam fortemente de investimentos pelas esferas de gestão do SUS. A partir dos resultados do presente estudo, que focalizou municípios que não contam com o CAPSij, compreende-se que tais estratégias de articulação intersectorial são ainda mais necessárias e urgentes.

Dessa forma, ressalta-se a necessidade de novas pesquisas de intervenção, que já vem sendo realizadas em diversas áreas, e que podem contribuir muito na articulação e na efetivação de redes ampliadas de cuidado.

4.2.1.8. A visão dos profissionais da Atenção Básica sobre as equipes de apoio e o matriciamento

Neste tópico, propõe-se apresentar os resultados advindos da questão sobre o trabalho de matriciamento, que objetivou compreender, pelo olhar dos profissionais das USFs, se o trabalho existe no serviço, por quem é realizado e com qual frequência.

Dessa forma, no município A, foi unânime a resposta afirmativa do matriciamento realizado pela equipe NASF, no entanto, os profissionais divergiram na ideia sobre a efetividade do trabalho. O DSC a seguir ilustra a questão de que o tempo que a equipe NASF passa na Unidade é pouco e que os momentos de discussão poderia ser ampliados:

“Há, o NASF. A saúde mental do NASF, que é o psicólogo e a assistente social, vem quinzenalmente, e a psiquiatra, uma vez por mês. Eu acho que é pouco. Poderia ser mais efetivo, claro, se a gente tivesse mais momentos de discussão. Eles deveriam vir com mais frequência e a gente ter mais espaço para discutir os casos, porque é tudo muito rápido. A gente atende muito correndo, faz muito correndo, eles precisam da gente para estar junto no atendimento, só que eu tenho que atender o telefone, fazer o pedido de material, atender não sei quem, atender emergência, encaminhar, pedir ambulância... o período que eles têm para vir, que é o período da manhã, a gente não para, é muito corrido. Eu e a outra enfermeira até conseguimos sentar 20 minutinhos com eles, meia hora e discutir, mas as médicas mesmo é muito difícil. A demanda é muito grande, então a gente fica um pouco angustiada porque, às vezes, eu não estou dando conta de tudo junto e misturado. Mas, tem que ir no ritmo, não tem jeito” (DSC Município A – Sim, mas é limitado).

Nota-se no discurso dos profissionais, que a sobrecarga de trabalho do enfermeiro – responsável pela gerência e assistência na Unidade – faz com que o trabalho em saúde mental seja deixado sob a responsabilidade da equipe NASF. Percebe-se que enquanto os profissionais do NASF estão na Unidade, o gestor também tem outras pendências a resolver e que a discussão da demanda, que é considerada grande, é realizada num curto espaço de tempo.

Tal fato implica na discussão sobre a organização do serviço, compreendendo que se não houver uma organização da equipe para estar com o NASF no período que é pré-determinado, aumentar o tempo deste na Unidade ou mudar o período, não fará diferença.

Outra opinião do município A diz respeito aos atendimentos realizados pela equipe NASF na Unidade, em detrimento aos espaços de discussão e empoderamento da equipe, como revela o DSC abaixo:

“Sim, nós temos do NASF. Para criança quem mais faz é a psicóloga e o serviço social. A cada 15 dias elas estão na Unidade e é sempre o enfermeiro e o doutor que participam. Ele contribui [o matriciamento], mas às vezes foge um pouco porque o matriciamento seria eles estarem nos orientando pra que a gente consiga atender. Às vezes isso acontece. Outras vezes é o próprio profissional psicólogo que tem que atender. Então foge um pouco, mas a gente discute” (DSC Município A – Sim, mas foge um pouco da proposta).

Apesar de compreender o apoio matricial no trabalho realizado pelo NASF, os profissionais consideram que a equipe NASF acaba realizando o atendimento dos casos que chegam ao serviço.

Opiniões em relação a efetividade do serviço também foram relatadas no município A, conforme ilustra o DSC a seguir:

“Matriciamento sim, através da equipe NASF. A cada 15 dias tem o psicólogo, a assistente social e a fisioterapeuta. A residente de psiquiatra vem uma vez por mês e a gente discute com ela, principalmente, manejo de medicamento. Eu considero como efetivo. Na verdade, eles dão muito apoio de como nos orientar a esse acolhimento, a esse cuidado com o usuário e as discussões são muito ricas. Falando da minha própria experiência, acho que esses momentos de discussão me capacitam. Então o acolhimento que eu realizo hoje, uma abordagem de saúde mental que eu realizo hoje, é muito diferente da abordagem que eu tinha quando eu cheguei aqui. Então o matriciamento, eu acho que contribui, apesar de existir, também, resistência de médico em achar que o NASF tem que atender. A gente consegue resolver uma boa parte hoje, muito mais do que antes” (DSC Município A – Sim, é efetivo).

A efetividade do matriciamento pela equipe NASF é relatada pelos profissionais do município A, que referem mudança na abordagem após o apoio matricial. Também apontam as discussões como momentos de capacitação. Cabe ressaltar que a questão do apoio matricial nas Unidades fica focada somente em dois profissionais: médico e enfermeiro. Os demais

profissionais da equipe de referência não participam dos espaços de discussão – somente quando necessário, para complementar algum caso – o que faz com a equipe saia perdendo nas abordagens realizadas por estes.

Por outro lado, como já apontado anteriormente, os profissionais de enfermagem sentem-se sobrecarregados com toda demanda da Unidade, além dos acolhimentos em saúde mental que ficam sob sua responsabilidade.

A opinião de que faz um tempo que o trabalho de matriciamento não é realizado na Unidade, também foi expressa, como ilustra o DSC a seguir:

“Há, pelo NASF. Cada época é uma coisa que eles fazem matriciamento. A última vez, foi do pessoal da nutrição. Mas da saúde mental, faz um tempo que não tem nada envolvido. Não tem uma frequência” (DSC Município A – Sim, mas faz um tempo que não tem).

Apesar dos profissionais do NASF estarem presentes nas Unidades quinzenalmente, parece que o matriciamento não representa a ação mais constante realizada pela equipe. Os discursos revelam que as reuniões entre equipe NASF, médico e enfermeiro são espaços para a discussão dos protocolos preenchidos pela equipe de referência dos casos que devem ser encaminhados ao NASF. Percebe-se em alguns discursos que, muitas vezes, os profissionais das USFs não sabem, sequer, que encaminhamento foi dado ao caso e ficam na dependência da equipe NASF para obter alguma contra-referência de outros serviços. Ou seja, depois de repassado o caso ao NASF as equipes – de apoio matricial e de referência – não voltam a discuti-lo.

Sobre as atividades realizadas pela equipe NASF nas USFs, 14 diferentes atividades foram identificadas nos discursos dos participantes, e são apresentadas na Tabela 9, a seguir:

Tabela 9 – Atividades realizadas pela equipe NASF nas USFs de acordo com os profissionais das Unidades

Ações do NASF	A1	A2	A3	A4	A5	A6	A7	A8	A9	A10
Encaminhamento							X			
Aconselhamento							X			
Orientação Familiar							X			
Auxílio para internação							X			
Matriciamento	X	X	X	X		X	X	X		
Educação Continuada							X			
Discussão de Casos	X				X	X	X			X
Plano de Projeto Terapêutico Singular e Familiar							X			
Visita Domiciliar	X		X		X		X			X
Atendimento individual	X	X		X	X	X			X	X
Atendimento compartilhado	X			X	X			X		
Reuniões intersetoriais					X					
Grupos	X			X		X				
Acolhimento			X						X	

Fonte: Autoria Própria

Percebe-se que as atividades de Matriciamento e Atendimento Individual são as mais relatadas pelos profissionais entrevistados, seguidas por Discussões de Casos e Visitas Domiciliares. Vale ressaltar que, na maioria das vezes, o matriciamento só foi citado depois de a entrevistadora questionar sobre ele, ou seja, os profissionais não citam o matriciamento espontaneamente, o que leva à reflexão sobre o modo como esta ação está sendo desenvolvida. Questiona-se, assim, se os profissionais não consideram as ações realizadas pelo NASF como ações de matriciamento; não identificam esta ação por parte da equipe NASF; ou ainda, denominam as ações de matriciamento de outra forma, como Discussão de Caso, por exemplo.

Os resultados revelam, ainda, algumas contradições referentes ao cuidado em saúde mental infantojuvenil pelo Município A. A Tabela 9 ilustra essa questão quando a entrevistada da Unidade 7 refere atividades desenvolvidas pelo NASF que sequer são citadas por outros profissionais, como, por exemplo, Encaminhamento, Aconselhamento, Orientação Familiar, Auxílio para internação, Educação Continuada e Plano de Projeto Terapêutico Singular e Familiar. Questiona-se sobre o que pode estar implicado nos relatos dos profissionais que referem realidades tão distintas e trabalhos diferenciados nas diferentes Unidades de Saúde.

Algumas possibilidades são passíveis de serem apontadas: a) o fato de o NASF ser dividido em três equipes consideradas de saúde mental; b) a compreensão dos coordenadores das Unidades em relação à saúde mental infantojuvenil e seu cuidado; e c) as especificidades

da equipe de cada Unidade participante do estudo. Tal reflexão aponta para as potencialidades ou fragilidades presentes no trabalho cotidiano das unidades, onde em cada serviço há uma realidade que se estabelece no encontro dos técnicos, gestores, dentre outros — que podem implicar em ações ou mudanças positivas, ou não — no modo de compreender e cuidar de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico.

Ademais, os resultados ilustram o que já vem sendo discutido neste trabalho, em relação ao modo de atenção psicossocial dispensado às crianças e adolescentes. O NASF é o responsável por realizar essas ações, sejam elas com seguimento na própria Unidade ou direcionamento a outro serviço do município.

Os municípios B e C relataram não haver matriciamento no serviço. O município B, apesar de contar com o apoio de uma Equipe de Saúde Mental, não conta com o trabalho desta nas USFs, salvo alguns casos isolados onde são solicitadas visitas domiciliares em conjunto com a equipe da unidade. Os DSCs a seguir ilustram essa questão:

“Não. Como que o matriciamento iria contribuir? Nossa, muito! Com certeza! Daria mais suporte para a gente, capacitação para todos os membros da equipe. Eu não iria ficar perdida, eu me sentiria segura pra lidar com essas situações, eu saberia para onde encaminhar e onde pegar o retorno. Principalmente, eu iria me sentir mais segura de como tratar, porque, às vezes, a gente se sente meio amarrado, não sabendo até aonde pode ir, como fazer e eles poderiam conversar com a gente, como que a gente lida com essas pessoas, porque eles estão precisando de um atendimento diferenciado, que a gente não sabe dar. Eles têm uma paciência muito menor. É impressionante! Totalmente diferente a população da saúde mental, dos outros. Então acho que sim, sem dúvida. Ia ser muito, muito positivo” (DSC Município B – Não, mas com certeza contribuiria).

“Matriciamento? Não. A única coisa que a gente tem, de referência e contra-referência, seria ali o CAPS do Município A. Geralmente eles transferem o paciente para cá apenas com uma carta, encaminhando para o tratamento, para a terapia medicamentosa. Quer dizer, vai para a psiquiatria e não tem mais nada. Ia contribuir muito se houvesse um acompanhamento psicológico e psiquiátrico, que nos desse informação. Isso aí ia contribuir muito. Não assim, para a Unidade, mas para o próprio cliente, porque ele ia ter um cuidado mais especializado, mais específico. Eu vejo assim” (DSC Município C – Não, mas com certeza contribuiria).

Mesmo contando com uma Equipe de Saúde Mental, o município B não conta com o apoio matricial, porém consegue vislumbrar a importância de ações dessa natureza para a efetividade das ações de saúde mental infantojuvenil na própria Unidade.

O município C, apesar de citar o CAPS do município A como referência, não tem apoios matricial do mesmo. Também revela que não são realizadas ações em conjunto e que os casos do município que são acompanhados pelo CAPS, voltam para a Unidade com uma carta para seguir com acompanhamento medicamentoso. Não há nenhum tipo de construção de projeto terapêutico singular para que a Unidade consiga, minimamente, realizar outras ações que não apenas medicar.

No entanto, também surgiu, no município B, opinião diferente em relação ao trabalho de matriciamento, afirmando que este é realizado na Unidade como revelado no seguinte DSC:

“Sim, a Equipe de Saúde Mental faz matriciamento. Está em vai, não vai, mas tem sim. Quem vem fazer o matriciamento é o psiquiatra ou o psicólogo da saúde mental que referencia pra gente. Tem funcionado, porque tem bastante paciente que só estava indo lá para troca de receita, falando que estava bem, só precisava da receita. Aqui a gente está conseguindo fazer o atendimento agendado, bonitinho, para ver como esse paciente está. Não tem uma frequência, é de acordo com a demanda” (DSC Município B – Sim, com a Equipe de Saúde Mental).

O discurso acima aponta mais uma divergência no município B quando revela que a Equipe de Saúde Mental realiza o matriciamento na Unidade. Quando questionados sobre as ações da Equipe de Saúde Mental, os profissionais não referiram nenhuma ação realizada nas unidades, exceto visitas domiciliares quando solicitado. Assim, questiona-se se todos os profissionais compreendem o trabalho de matriciamento ou se a Equipe de Saúde Mental se coloca como responsável por essa função, mas apenas quando solicitada.

Ainda que os profissionais se refiram ao trabalho de matriciamento, os resultados deste estudo parecem corroborar os resultados do estudo realizado por Ballarin, Blanes e Ferigato (2012) sobre apoio matricial em um grande centro urbano do Estado de São Paulo, onde as autoras observaram que parte dos profissionais que participaram do estudo carecia de mais clareza em relação aos referenciais teórico-práticos relacionados ao tema, para que pudessem incorporar esse novo modo de organização e produção de saúde no cotidiano de

trabalho da Unidade. Os resultados do presente estudo são semelhantes e também indicam que a falta de clareza sobre o apoio matricial ainda é um obstáculo a ser superado.

No entanto, destaca-se que mesmo com uma visão limitada em relação ao matriciamento, decorrente das próprias experiências com as equipes NASF e de Saúde Mental de cada município (A e B), os profissionais conseguem vislumbrar possibilidades de ação, quanto maior o suporte, de qualificação e empoderamento recebido das equipes de apoio.

Como já discutido, para a composição de redes e a efetivação da intersetorialidade, o matriciamento é essencial. Ainda que o matriciamento e suas especificidades não tenham sido foco deste estudo, a partir dos resultados obtidos, aponta-se que o matriciamento seria suporte fundamental para qualificar e ampliar ações, tanto para os municípios que contam com equipamentos estratégicos, mas, principalmente, para aqueles que não contam. Nessa direção, é de extrema importância que estudos futuros possam aprofundar esse debate trazendo à tona as especificidades, potências e fragilidades na efetivação do apoio matricial na Atenção Básica entendendo que o matriciamento, além da educação continuada, poderia ser estratégia fundamental para alcançar a efetivação da saúde mental na Atenção Básica.

4.2.2. Dimensão II: Potencialidades e Desafios do cuidado em Saúde Mental Infantojuvenil na Atenção Básica

Nesta dimensão, propõe-se apresentar os resultados referentes às questões relacionadas a potencialidades e desafios compreendidos pela equipe nas ações em saúde mental infantojuvenil no dia-a-dia nas Unidades.

Além disso, esta dimensão propõe-se, ainda, apresentar sugestões dos profissionais das USFs, de como as equipes de apoio poderiam multiplicar o trabalho que já realizam. Apresentam-se também a opinião dos participantes em relação às contribuições necessárias para a qualificação da equipe e do serviço, para a assistência à saúde mental infantojuvenil e as sugestões para que a Atenção Básica avance no cuidado oferecido a essa população.

4.2.2.1. Potencialidades do serviço para o atendimento de crianças e adolescentes

Trabalhou-se com as respostas que diziam respeito às potencialidades que os profissionais observam em sua equipe ou em seu serviço, para atender crianças e adolescentes em sofrimento psíquico.

Contar com uma rede de apoio foi um dos pontos abordados nas respostas dos participantes. O município A citou como parte desta rede NASF, CAPS e CRAS. Já o município B apontou a Equipe de Saúde Mental e o CRAS, conforme ilustram os seguintes DSCs:

“Nosso primeiro caminho é o NASF, que ajuda muito. E tem também a rede de apoio, que quando é realmente um caso que foge da nossa governabilidade, da gente intervir na Unidade ou junto à equipe NASF, a gente acaba solicitando a rede de apoio. A gente tem o CRAS, que ajuda bastante, a gente tem uma boa conversa, um grande vínculo e uma grande parceria com os profissionais de lá; e os próprios CAPS, que dá pra gente contar com o apoio também. O que a gente identifica, a gente encaminha. Isso já é um passo. Eu sei que não é o ideal, mas a gente tenta fazer o máximo pra conseguir resolver esses probleminhas” (DSC Município A – Contar com rede de apoio).

“O que eu vejo assim, é que nós temos uma facilidade no sentido de ter a equipe de saúde mental. Além disso, a gente está muito perto do CRAS, aqui, então dá pra fazer alguma parceria com o CRAS pra desenvolver alguma atividade junto, entre Saúde e Serviço Social” (DSC Município B – Contar com rede de apoio).

A partir dos resultados, questiona-se aqui o que é compreendido pelos profissionais da Atenção Básica como rede de apoio, visto que os serviços de saúde são os mais comumente citados pelos participantes. A intersetorialidade, na maior parte das vezes, se apresenta com referências que os profissionais fazem aos CRAS e à escola, como já observado anteriormente. No entanto, setores como Cultura, Esporte, Segurança e/ou Judiciário, quase nunca são lembrados pelos profissionais entrevistados.

Discussões acerca da intersetorialidade realizadas por alguns autores (DELFINI *et al.*, 2009; AMSTALDEM; HOFFMANN; MONTEIRO, 2016), afirmam que o trabalho em rede pressupõe que nenhum serviço é suficiente para resolver, sozinho, as demandas de cuidado em saúde mental das pessoas de um determinado território. A RAPS aponta a Atenção Básica como articuladora de uma rede de cuidados em saúde mental, juntamente com o CAPS. Como este estudo aborda municípios que não contam com CAPSij, compreende-se que, neste caso, a Atenção Básica seria a principal articuladora de uma rede de cuidados no campo (BRASIL, 2011a). Dessa forma, os serviços deveriam buscar o estreitamento dos laços entre a saúde mental e a comunidade (DELFINI *et al.*, 2009).

No entanto, o que se observa é que os profissionais das USFs fazem contato com outros serviços e setores com o objetivo de encaminhar os casos e que, as ações intersetoriais, compartilhadas e corresponsabilizadas não fazem parte do rol de atividades das Unidades. Compreende-se que tal situação faz com que esse tipo de ação não se efetive com a mesma potência da qual teria condições, apesar de os profissionais identificarem isso em suas falas.

Ainda sobre a questão intersetorial e a abordagem deste estudo, os achados corroboram o estudo realizado por Cavalcanti e Cordeiro (2015) onde as ações intersetoriais não se caracterizam como uma prática contínua e efetiva que faça parte da rotina das USFs, mas apresentam-se de forma pontual, no âmbito emergencial.

Diferindo dos resultados aqui apresentados, o estudo realizado por Tszenioski *et al.* (2015), onde as autoras buscaram compreender a construção da rede de cuidados em saúde mental infantojuvenil no território, a partir de pesquisa-ação na Atenção Básica, revelou que estratégias de ações intersetoriais realizadas a partir da identificação e do reconhecimento da demanda possibilitaram que metas fossem traçadas conjuntamente entre a saúde e demais setores, conforme a necessidade de cada situação, o que favoreceu a continuidade do cuidado, mesmo em casos de encaminhamento, proporcionando o cuidado integral da família. Compreende-se que tal perspectiva deve contribuir para o desenvolvimento de ações mais efetivas na busca pela intersetorialidade.

Importa concordar e reforçar as considerações de Tszenioski *et al.* (2015), quando ressaltam que a Atenção Básica em Saúde, como dispositivo ordenador da rede de cuidado, tem papel fundamental no desenvolvimento de ações de promoção da qualidade de vida de crianças e adolescentes do campo da saúde mental e que pode ordenar a rede de cuidado necessária.

Destaca-se ainda que, mesmo contando com um CRAS, o município C não faz referência a esse serviço, em nenhum momento do estudo, como possibilidade de parceria nas ações de cuidado, o que reflete, mais do que nos demais municípios, em um cuidado fragmentado, decorrente do processo da realidade do município e organização do trabalho.

Nos DSCs a seguir, os profissionais referem como potência do serviço, a competência da equipe, além do tempo de experiência no serviço:

“Teria uma potência aí, que eu tenho pessoas que são extremamente capazes. O próprio recurso humano é extremamente capaz, tem experiência. O mais novo de casa sou eu, tenho nove meses. É uma quantidade importante de tempo. Também acho que o conhecimento do profissional mesmo, o conhecimento de formação do profissional também é uma potência” (DSC Município A – Profissionais competentes/capacitados).

“Eu acredito assim que é o potencial que a gente tem para fazer um acompanhamento e até levantamento de possível diagnóstico – eu sei que diagnóstico fechado a gente não faz – mas possíveis, para serem encaminhados com urgência” (DSC Município B – Profissionais competentes/capacitados).

Além disso, o potencial humano, que diz respeito à disponibilidade da equipe e à força de vontade, também foi citado como uma potencialidade reconhecida, como ilustram os DSCs a seguir:

“Eu acho que a potencialidade da equipe, na realidade, é a disposição que a equipe tem pra realizar o acolhimento. A gente tem uma equipe de enfermagem, principalmente, muito atenta. Então se a criança veio na sala de vacina e identificou alguma situação ali, não era uma consulta, mas a mãe acabou comentando alguma coisa, elas conversam com a gente, a gente chama para uma consulta, a gente faz uma visita. Então, o potencial é a boa vontade nossa, de querer atender, de querer resolver o problema, ou de fazer um encaminhamento que seja adequado para essa criança ou para esse adolescente, de não fechar os olhos para a saúde mental” (DSC Municipal A - Disponibilidade/Disposição da equipe).

“Ah, tem muita força de vontade, isso sim. Acho que isso já é muito bom” (DSC Município B – Disponibilidade/Disposição da equipe).

Ainda que os profissionais reconheçam como positiva a própria potencialidade da equipe, questão que se reconhece e se busca na Atenção Básica enquanto premissa/política, tal percepção parece não ter rebatimentos nas ações existentes.

Não obstante, mesmo que se considere o campo da saúde mental incipiente nestes equipamentos, as equipes parecem reconhecer a potência das unidades de forma ampla e identificam uma disponibilidade em se aproximar da população infantojuvenil neste campo da saúde mental.

O município A ainda referiu potencialidades como o serviço funcionar de “portas abertas” e possibilitar o acolhimento a qualquer dia e horário, além da Estratégia Saúde da Família possibilitar a proximidade com a população e contar com agentes comunitários:

“Acho que essa porta aberta, a demanda espontânea, que a pessoa não precisa esperar tanto para ser acolhida, ser atendida. Temos a facilidade de, se não tem a consulta agendada, tem a consulta eventual, que pode estar vindo, que todo mundo é atendido. Eu acho que isso facilita muito” (DSC Município A – Serviço portas abertas).

“Nós temos o vínculo com a comunidade e eu acho que isso é super importante, essa proximidade com a população. Também acho que a gente tem bastante facilidade de acesso. Essa é a vantagem de ser saúde da família e conhecer a realidade. Eu conheço quem é a sua avó, eu conheço quem é a sua mãe, eu conheço quem são seus filhos, eu sei quem vão ser seus netos. Eu sei onde você mora, eu sei o que o seu pai faz, eu sei quem já foi traficante, quem foi preso, quem foi morto, quem morreu de que. Além disso, por ser realmente uma equipe pequena, em algum momento eu já vou ter acolhido essa mãe, seja em papanicolau ou no pré-natal, ou em alguma campanha de vacina. Isso cria um vínculo e facilita bastante nos inserirmos dentro da família dele. Eu acho que a questão do vínculo é bem forte. Então esse conhecimento, essa proximidade, isso é vantagem daqui!” (DSC Município A – Proximidade com a população)

“O fato de ter o agente comunitário, que é a ponte, o elo entre a comunidade e a Unidade facilita pra nós. A gente está com um desfalque muito grande de agentes comunitários, então eles ficam meio que apagando o fogo. Mas como eles estão na casa, também ajudam a gente identificar as coisas, porque a gente não consegue estar sempre indo. A gente vai só quando não tem jeito mesmo, e eles estão sempre lá” (DSC Município A – Contar com agente comunitário).

Há de se discutir que, em grande parte, o vínculo da comunidade com a USF se dá pela ação do agente comunitário em saúde, visto que, como apresentado neste estudo, ações de cunho comunitário não são desenvolvidas pelos profissionais das Unidades. Como já apontado anteriormente, os ACS acabam por ser o elo entre a população e a USF e, ainda assim, não são priorizados nas reuniões de equipe que centram-se nas figuras do médico e do enfermeiro.

A mesma situação é apontada no estudo de Delfini e Reis (2012a) que abordam o fato de os agentes comunitários serem excluídos, frequentemente, das reuniões. Aponta-se para este paradoxo, uma vez que são considerados peças fundamentais no trabalho desenvolvido pela Saúde da Família, pois podem engrandecer as reuniões com informações sobre as famílias e os recursos do território, além de contribuir na construção e realização dos projetos terapêuticos.

A única opinião compartilhada pelos três municípios está apresentada nos DSCs a seguir, onde os profissionais relatam alguma dificuldade encontrada pelo serviço que, de certa forma, anula possíveis potencialidades:

“Olha, é difícil pensar em potencial quando, às vezes, falta tanta coisa” (DSC Município A – Não consegue ver potencialidades).

“Olha, é frágil ainda, porque é muita gente precisando pra pouco profissional. Então, acho que é mais fragilidade do que potencialidade. É uma demanda muito grande para pouca gente. Tem pouco profissional, até para fazer grupo tem pouco profissional. A minha equipe, por exemplo, eu acho que, no momento, ela não tem potencialidade de atendimento para criança e adolescente. Primeiro porque eu acho que a gente não tem nenhuma pessoa com especialidade com criança e adolescente na equipe. Segundo eu acho que o local também não é apropriado para isso” (DSC Município B – Não consegue ver potencialidades).

“Potencialidade? É um serviço impotente a princípio. Para um atendimento que fosse necessário mesmo, para tentar resolver algum problema de saúde mental, ele não tem tanta potencialidade não, porque vai ficar só na terapia medicamentosa quando você precisava fazer o trabalho psicológico, social, junto com a família e tal. Mas não tem” (DSC Município C – Não consegue ver potencialidades).

Importa destacar o olhar dos profissionais referente à não potencialidade do serviço ou da equipe. Tal discurso tem reflexo claro nas práticas cotidianas das Unidades, de modo que as ações de cuidado não são efetivadas nos moldes da RAPS, ou seja, territoriais e intersetoriais. A forma como o gestor vê o serviço parece ser a forma como ele vai designar o modo de atenção à população com questões de saúde mental, em especial o público infantojuvenil, foco deste estudo.

4.2.2.2. Principais dificuldades encontradas no trabalho com crianças e adolescentes em sofrimento psíquico

Aqui, serão apresentados os DSCs obtidos a partir das respostas referentes à questão que buscou compreender, na opinião dos profissionais, quais as principais dificuldades encontradas por eles, pela equipe ou pela Unidade, no trabalho com crianças e adolescentes em sofrimento psíquico.

A falta de profissionais foi opinião unânime nos três municípios, que relataram ser uma dificuldade não contar com psiquiatra ou psicólogo em tempo integral no serviço e a falta de agentes comunitários, o que faz com que muitas áreas fiquem descobertas. Os DSCs a seguir ilustram essa questão:

“Não ter uma psiquiatra, ou mesmo um psicólogo, o tempo todo no serviço” (DSC Município A – Falta de profissionais).

“Nossa briga hoje é que os agentes comunitários da nossa área estão incompletos. Tem que ter esse agente comunitário fazendo as visitas periódicas pra saber: ‘olha, não está indo’, ou ‘está indo nas consultas regularmente, continua’, porque às vezes eles não vêm aqui, a gente acha que estão lá e não estão fazendo acompanhamento” (DSC Município B – Falta de profissionais).

“A falta de mão de obra e a falta dessa interação intersetorial” (DSC Município C – Falta de profissionais).

Para o município A, o fato de um psiquiatra e um psicólogo não fazerem parte da equipe da unidade aparece como uma dificuldade. No entanto, é o único município, dos três que participam deste estudo, que conta com equipe NASF para o trabalho de matriciamento. Há de se considerar que tal discurso pode representar o não envolvimento da equipe de referência nas ações de cuidado em saúde mental através do matriciamento, como já apontado anteriormente, visto que os casos identificados na Unidade como sendo de saúde mental, seguem acompanhados pelo NASF ou são encaminhados para outros serviços.

Desta forma, compreende-se que os resultados aqui apresentados se distanciam das premissas, onde se considera que, se há um serviço de matriciamento, cabe à USF acompanhar o caso e realizar intervenções territoriais e comunitárias, de modo que o cuidado

seja cumprido do modo como está direcionado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2013; BRASIL, 2014a).

O município B refere a falta de agentes comunitários como uma dificuldade e aponta esse profissional como aquele que vai acompanhar se o indivíduo continua em seguimento no serviço para o qual foi encaminhado. Parece que o papel do agente comunitário no desenvolvimento de suas funções que visam, entre outras coisas, desenvolver atividades de prevenção e promoção à saúde, realizar atividades educativas e buscar a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS (BRASIL, 2012a), acaba por ficar em segundo plano.

Os resultados aqui apresentados somam aos de outros estudos onde nota-se que o agente comunitário fica subutilizado no que, de fato, poderia realizar para enriquecer o trabalho das equipes de Saúde da Família (TSZESNIOSKI *et al.*, 2015; DELFINI; REIS, 2012a).

Costa *et al.* (2013), consideram o trabalho do ACS na Atenção Básica como fundamental para a concretização da Estratégia Saúde da Família e a efetivação do conceito ampliado de saúde. Ou autores afirmam ainda que, por terem a função de realizar atividades diferenciadas na comunidade como prevenção de doenças, vigilância à saúde e educação em saúde, os ACS podem ser considerados um elemento nuclear das ações em saúde.

Ainda assim, como já apresentado anteriormente, os agentes comunitários, das equipes que participaram deste estudo, parecem ficar fora das discussões realizadas pela equipe de matriciamento, como é o caso do município A, ou acabam servindo de meros informantes para os profissionais médicos e enfermeiros, não ficando a par das decisões e seguimento dos casos que trazem para a Unidade.

O município C, por fim, também considera não ter mão de obra para lidar com os casos de saúde mental, além de refletir em seu discurso a realidade do município em não contar com uma rede de apoio, o que implica na não efetivação de ações intersetoriais.

O local inadequado e a falta de material também foi relatado pelo município C, como apresentado pelo DSC a seguir. O município considera, ainda, que realizar os atendimentos de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico na Unidade não é adequado, por ter casos distintos também acompanhados no local:

“As dificuldades estão relacionadas com infra-estrutura adequada. Eu acho que teria que ser num lugar separado. Aqui não é muito conveniente, porque é tudo misturado. Eu precisaria de uma sala, por exemplo, para fazer reunião, com essas crianças e adolescentes, com a família. Uma televisão, um DVD, para poder passar um filme, alguma coisa, entre outras coisas que são necessárias. Tem muita dificuldade!” (DSC Município C – Local inapropriado/Falta de material).

Através do discurso dos profissionais do município C, é possível problematizar outra questão acerca do cuidado em saúde mental na Atenção Básica. Quando o profissional propõe que os casos sejam atendidos em lugar separado, ou seja, em serviços estratégicos, compreende-se que a forma de cuidar conquistada com o advento da Reforma Psiquiátrica, onde a atenção passa a ir além do controle da sintomatologia, tendo como principal objetivo o exercício pleno da cidadania, se rompe. Ao compreender que um serviço descentralizado, baseado em ações territoriais, não é o lugar para os casos de saúde mental, submete-se à lógica manicomial, onde os espaços de atenção em saúde mental tendem a ser centralizados, fechados e estigmatizados.

A Atenção Básica, além de caracterizar-se como porta de entrada preferencial do SUS, deve ser o contato principal dos usuários e o centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde e da Rede de Atenção Psicossocial (BRASIL, 2011a; BRASIL, 2013). Cumprir os objetivos de atenção psicossocial atrelados ao movimento da Reforma Psiquiátrica implica na organização de serviços abertos, com a participação ativa dos usuários e a formação de redes intersetoriais. O desafio imposto é de habitar os circuitos de troca já existentes na sociedade ao invés de se criar circuitos paralelos e protegidos para seus usuários (BRASIL, 2013).

Além disso, ao colocar empecilhos como espaço físico e materiais como “televisão” e “DVD”, o profissional lança mão de estereótipos e perde de utilizar os recursos disponíveis na própria comunidade para se privar dos atendimentos em saúde mental na sua Unidade. Os espaços públicos estão disponíveis e devem ser utilizados como estratégia de prevenção e cuidado em saúde, entendendo que o cuidado em saúde mental pode e deve ser realizado por todos os profissionais de saúde, implicando em busca por ações ampliadas e no território (BRASIL, 2013).

A rede de apoio, apesar de ter sido citada como uma potencialidade, como descrito anteriormente, também foi apontada como uma dificuldade pelos profissionais. Para o município A, o fato de o NASF comparecer aos serviços quinzenalmente é considerado uma

dificuldade (compreendida como insuficiente), além da grande demanda da Unidade e das filas de espera para encaminhamentos. Já para o município B, a principal questão é o fato de o município não ter uma rede de serviços estruturada, o que faz com que seja necessário realizar encaminhamentos para o município mais próximo, enfrentando, também, grandes filas de espera para atendimento. Os DSCs abaixo ilustram esse fato:

“A maior dificuldade é que o NASF vem a cada 15 dias, eles são em poucos profissionais que, também, como nós, tem que atender criança, gestante, adulto, situação de usuário de álcool, de crack. Então assim, é uma infinidade de coisas que eles também não dão conta de ver essa pessoa com tanta frequência como gostariam. Tem a questão do CAPS I que também há fila de espera para algumas atividades e a gente não tem para onde encaminhar” (DSC Município A – Dificuldade com rede de apoio).

“Muitas vezes a dificuldade é de não ter uma rede formada. A gente tem que esperar a vaga do serviço terciário, no outro município, para essa criança. Aí fica na fila de espera. Vaga pra psicólogo é muito difícil. Às vezes a gente acompanha, começa aqui, daí não tem para onde encaminhá-lo para alguma referência” (DSC Município B – Dificuldade com rede de apoio).

Quanto a dificuldade apontada pelo município A sobre a necessidade de o NASF estar mais presente nas Unidades, cabe levantar dois questionamentos: a) se esta solicitação se dá pela dificuldade encontrada pela equipe da Unidade em atuar com questões relativas à saúde mental, ou seja, quanto mais o NASF assumir as demandas de saúde mental recebidas pela Unidade, menos a equipe de referência precisará dar conta disso, o que tampouco responderia às premissas de cuidado presentes nas políticas públicas; ou b) se o tempo disponibilizado pelo NASF nas Unidades de Saúde é realmente insuficiente. Isso vai depender de como o projeto de NASF está construído no município, ou seja, se a estrutura do projeto estiver de acordo com as premissas colocadas pelo Ministério da Saúde para o NASF e se a equipe realiza um trabalho de matriciamento, de fato, tais ações demandam por mais tempo e presença nas Unidades.

Além disso, ter uma equipe NASF mais dias na Unidade pode significar um aumento da demanda e uma especialização do serviço, o que vai transformar a Atenção Básica em mais um serviço especializado em saúde mental. Assim reafirma-se que seria bem vindo que a equipe NASF se reorganizasse, a fim de que o trabalho de matriciamento se efetivasse como

ação de cuidado em saúde mental nas equipes de Saúde da Família e que os encaminhamentos para serviços estratégicos fossem diminuídos e realizados somente nos casos mais graves, onde a Atenção Básica articulasse e acompanhasse conjuntamente.

Para o município B que afirma não contar com rede de cuidado, realizar o encaminhamento e deixar a criança ou o adolescente em sofrimento psíquico numa longa fila de espera, que pode se estender por meses, se revela como a única possibilidade de cuidado da Unidade. Ou seja, a atenção não ocorre nas unidades e tampouco a co-responsabilização por tal cuidado o que reforça a realidade identificada, onde as ações de cuidado na Atenção Básica não têm como foco os usuários que apresentam questões ou problemas de saúde mental.

Outra questão apontada pelos municípios A e B foi a dificuldade em lidar com os casos de saúde mental infantojuvenis, relacionada à falta de conhecimento no assunto, como é possível identificar nos seguintes DSCs:

“Dificuldades! Eu acho que é o lidar mesmo, da situação. Não é uma coisa, digamos assim, que você vai passar um remédio e vai melhorar. Tem que, muitas vezes, acompanhar bastante tempo, ainda mais por ser criança, tem que criar um vínculo, se não ela não vai se abrir com você” (DSC Município A – Dificuldade em lidar com a situação).

“Eu acho que é a falta de conhecimento, como lidar” (DSC Município B – Dificuldade em lidar com a situação).

A falta de qualificação, expressas aqui como treinamento e capacitação também foram pontos abordados pelos municípios. Os DSCs a seguir ilustram o relato dos profissionais em relação a se sentirem despreparados para algumas situações:

“Eu acho que é o treinamento em si, o conhecimento, porque a gente está acostumado com adulto. Criança tudo, às vezes, se torna mais difícil, para medicar, para qualquer coisa. Então eu acho que é o treinamento em si, uma capacitação que falta, porque a gente faz o todo, mas tem as pequenas coisas que você precisa ter um conhecimento maior” (DSC Município A – Falta de capacitação/treinamento/conhecimento).

“Eu acho que é o nosso despreparo. Eu sou despreparada com relação a isso. Então, acho que é o despreparo profissional” (DSC Município B – Falta de capacitação/treinamento/conhecimento).

Como já discutido anteriormente, a formação dos profissionais de saúde, para a Atenção Básica, não consiste num aprofundamento das discussões acerca da saúde mental, o que faz com que os mesmos, por mais ‘boa vontade’ que tenham, não se sintam capacitados para direcionarem ações a essa população.

Acredita-se que as capacitações são necessárias e a criação das equipes NASF, principalmente nos municípios de pequeno porte e que não contam com serviços estratégicos de Saúde Mental, pode vir a ser um recurso eficiente para o trabalho de saúde mental na Atenção Básica. No entanto, os profissionais das equipes de referência precisam se disponibilizar a receber e acompanhar casos de usuários em sofrimento psíquico na própria Unidade.

Estudos recentes tem apontado sobre a demanda de formação continuada no campo da saúde mental em geral (NUNES; JUCÁ; VALENTIM, 2007; DELFINI *et al.*, 2009; FIGUEIREDO; ONOCKO-CAMPOS, 2009; VECCHIA; MARTINS, 2009; ONOCKO-CAMPOS *et al.*, 2011; WENCESLAU; ORTEGA, 2015) e, da saúde mental infantojuvenil em particular (COUTO; DUARTE; DELGADO, 2008; TANAKA; LAURIDSEN-RIBEIRO, 2009; GOMES *et al.*, 2015) como perspectiva de qualificação do cuidado produzido na AB e os resultados da presente pesquisa somam nessa direção.

O DSC a seguir, elucida, no município A, o fato de o cuidado ficar restrito a poucos profissionais nas Unidades:

“O que eu vejo negativo nesse ponto que é uma dificuldade, é a questão do número de profissionais, se limitando só ao enfermeiro ou ao médico. Acho que isso deveria expandir para o restante da equipe, de ter esse olhar” (DSC Município A – Responsabilidade de poucos da equipe).

Discutiu-se neste estudo, em vários momentos, as ações de cuidado nas Unidades, centradas exclusivamente na figura do médico e, especialmente, do enfermeiro. Entende-se que quando isso ocorre, há uma sobrecarga dos profissionais, visto que, os enfermeiros da equipe de Saúde da Família, também são responsáveis pela gestão da Unidade e coordenação

das atividades e, mais graves, considera-se que as ações realizadas a esse modo reforçam um modelo de atenção que se pretende ultrapassar desde a reforma sanitária.

O Ministério da Saúde, no Caderno de Atenção Básica que trata de Saúde Mental (BRASIL, 2013), apresenta algumas ações de saúde mental que podem ser realizadas na Atenção Básica, entre elas, exercer boa comunicação, exercitar a habilidade da empatia, lembrar-se de escutar o que o usuário precisa dizer, e acolher o usuário e suas queixas emocionais como legítimas. Tais ações não necessitam de treinamento específico e devem ser direcionadas a todos os usuários do serviço. Além disso, são ações que podem e devem ser realizadas por todos os profissionais da equipe de saúde, não sendo necessário que toda e qualquer abordagem, a pessoas que apresentem questões de saúde mental, devam, ser feitas pelo enfermeiro ou pelo médico.

Outros pontos abordados pelo município A foram referentes à dinâmica da Unidade; à falta de adesão, por parte do familiar, ao tratamento; à falta de protocolos para o campo da saúde mental infantojuvenil; e à falta de proximidade do profissional com os adolescentes.

Quanto à dinâmica da Unidade, os profissionais enfatizam que a sobrecarga de trabalho não permite que sejam feitos acolhimentos de forma adequada, além de ser necessário esperar mais tempo pelo atendimento:

“A dificuldade é toda a dinâmica da Unidade, que atrapalha. Às vezes, a própria sobrecarga do trabalho e outras coisas que a gente tem que fazer. Aí você fica preocupado com outras coisas e você não tem toda essa sensibilidade naquele momento, o que deveria ter, na verdade. E acho que isso a gente acaba pecando. Então, às vezes, sete horas da manhã a gente tem 40 pacientes. E para o familiar é sempre uma urgência, ele quer ser atendido rápido. Eu acho que a maior dificuldade não é nem pelo fato de ser crianças e adolescentes com alguma questão relacionada à saúde mental, e sim esse dinamismo da Unidade de Saúde em não ter condições, às vezes, de parar para realizar, naquele momento, aquela escuta. A própria dinâmica da Unidade de Saúde mesmo, que eu acho que não permite. A gente faz o que é possível, mas com criança e adolescente acho que a dificuldade é a espera, porque a demanda é grande” (DSC Município A – Dinâmica da Unidade).

Não é do escopo deste estudo abordar e discutir todas as ações realizadas pelas Unidades de Saúde, porém, a alta demanda se revelou em diversos discursos e não pode deixar de ser considerada. Importante lembrar, mais uma vez, que os profissionais entrevistados eram todos gestores da Unidade, além de enfermeiros assistenciais.

Os achados deste estudo são semelhantes aos revelados por Baratieri e Marcon (2012), onde a sobrecarga de trabalho e o acúmulo de funções do enfermeiro podem comprometer as ações da equipe, além de impossibilitar o cuidado longitudinal e efetivação das ações recomendadas pela Estratégia Saúde da Família. Segundo os autores a responsabilização dos enfermeiros por questões gerenciais e assistenciais faz com que sejam priorizadas as demandas que precisam de respostas mais urgentes e se distanciem da realidade e das necessidades da população. Estudos futuros poderiam contribuir na compreensão e debate sobre o alcance de ações e exercício de funções.

A dificuldade da família em acompanhar a criança ou o adolescente aos tratamentos é explicitada no DSC a seguir:

“A própria adesão deles mesmo, porque muitas vezes eles trazem a demanda, eles têm a dificuldade, eles têm toda essa questão da dinâmica familiar com problema, passam pelo pediatra, a gente discute com o NASF, agenda e o pai não traz. A gente vê também alguns casos que são encaminhados lá para o CAPS I, e depois volta porque faltou. A dificuldade, às vezes, é até do familiar, porque você encaminha, o familiar tem que sair daqui para levar a criança ou o adolescente, e para alguns isso é pesado. O pai trabalha, não tem como levar, a mãe trabalha por conta e se ela faltar não tem o que comer em casa, dificuldade de acesso, não tem como pegar o ônibus, embora a gente forneça o vale-transporte. Mas tem algumas coisas que acabam dificultando, por exemplo: infelizmente, não é todo dia que a gente tem o passe saúde para fornecer. Ai eles falam ‘Ah, então eu não vou’, ele mesmo não se esforça. Então, às vezes, a dificuldade maior é do próprio paciente entender que o serviço está ali, de portas abertas, a gente tem todo um suporte, mas precisa dele também se responsabilizar. E muitas vezes isso não acontece” (DSC Município A – Dificuldade da família em levar ao tratamento/Falta de adesão ao tratamento).

Muitas vezes os serviços não levam em consideração a situação familiar no contexto do acompanhamento da criança e do adolescente e não oferecem àquela família o cuidado que ela está buscando. Questões financeiras e relacionadas ao trabalho podem, de fato, serem

cruciais na decisão de seguir ou abandonar o tratamento. Cabe aos serviços, para além de responsabilizar e culpabilizar as famílias (SEVERO *et al.*, 2007; PINHO; HERNÁNDEZ; KANTORSKI, 2010), oferecerem estratégias de cuidado qualificado ao grupo familiar.

Sobre a indicação da falta de protocolos a serem seguidos na saúde mental infantojuvenil, o DSC a seguir esclarece a opinião do profissional:

“A falta de um protocolo. Porque adulto, hipertenso, diabético, pré-natal, tudo tem protocolo e para criança tem só de puericultura, de crescimento e desenvolvimento” (DSC Município A – Falta de protocolos).

Novamente a questão da ausência de um “protocolo” para o campo da saúde mental infantojuvenil se revela nos discursos dos profissionais. Entende-se que é possível discutir ou sugerir estudos e intervenções para a construção de protocolos produzidos pelas próprias unidades a partir do cotidiano das mesmas, no entanto, é premente o distanciamento da concepção geral sobre “protocolos” e seu alcance, na medida em que não há um padrão único e fixo de conduta/processo quando se compreende o campo da saúde mental infantojuvenil e geral.

Enfim, para o município A, foi também apontada a dificuldade de aproximação com os adolescentes, como apresentado no DSC a seguir:

“Eu sinto dificuldade de ter proximidade com adolescente. Eu não sei se é geral ou se é comigo. No serviço de saúde, adolescente não fica doente, então ele não se vê como um potencial paciente do serviço de saúde. Tem muita fuga deles mesmo quando já se percebe uma situação” (DSC Município A – Falta de proximidade com adolescente).

Ainda que pouco se tenha apontado sobre a adolescência, importa alertar que esta população tem recebido investimento em ações de saúde pública em geral, a despeito das políticas que tentam responder por atenção a esta população. O DSC aqui apresentado soma-se aos resultados de vários estudos onde os profissionais reconhecem os limites pessoais e institucionais em acolher tal população (FERNANDES; MATSUKURA, 2016).

4.2.2.3. Sugestões de como a equipe NASF e a equipe de Saúde Mental poderiam ampliar o trabalho que desenvolvem nos municípios

Neste tópico, são apresentados os DSCs advindos das respostas das questões que abordaram junto aos profissionais entrevistados, como eles compreendem que o envolvimento do NASF, no município A, e da Equipe de Saúde Mental, no município B, podem ampliar o trabalho que já realizam no município, de modo a promover um envolvimento e uma participação mais efetiva da equipe da Unidade no cuidado à população infantojuvenil em sofrimento psíquico. Destaca-se ainda, que, como o município C não conta com nenhuma equipe de apoio em saúde mental, esta questão não fez parte das perguntas direcionadas a eles.

Como ilustram os DSCs a seguir, os dois municípios (A e B), compartilham da opinião de que as duas equipes – NASF e Equipe de Saúde Mental – poderiam atuar de modo a capacitar as equipes da Atenção Básica em relação a avaliação e condução dos casos de crianças e adolescentes do campo da saúde mental que chegam à Unidade. O município A considera, ainda, que essa capacitação também deve ter o envolvimento da gestão municipal.

“Eu acho que a questão de treinamento, de mais capacitações para a equipe nas próprias discussões mesmo, de como a gente conduzir os casos. Eu acho que não só o NASF, mas a própria gestão precisaria trabalhar mais a questão de capacitações nessas questões de melhorar os apoios. Então acho que a questão de capacitação tem que ser muito mais relevante” (DSC Município A – Realizar capacitações para a equipe).

“Com certeza! Eu acho que primeiro uma capacitação da equipe para avaliação, não para um diagnóstico fechado, mas para avaliação das principais necessidades e sinais de uma criança e um adolescente que tenham algum transtorno ou alguma alteração mental. Então acho que seria isso, capacitar a gente para fazer esse diagnóstico, levantar a problemática, como conduzir, além de como seria um fluxo de avaliação, diagnóstico, acolhimento” (DSC Município B – Realizar capacitações para a equipe).

Ambos os municípios, sugerem que as equipes de apoio realizem capacitação para as equipes de referência, o que parece ser adequado quando se trata do município B. No entanto,

o município A, que conta com a equipe NASF²⁹ presente na Unidade quinzenalmente, parece não conseguir se apropriar dos espaços já constituídos para as discussões e capacitações permanentes, de modo a considerar essa necessidade por parte dos profissionais do NASF.

Há que se compreender de que forma o matriciamento tem sido realizado pela equipe NASF – e se tem sido realizado. Investigações futuras e discussões desse tipo, que envolvam também a gestão, podem fazer com que o trabalho das duas equipes – de apoio e de referência – sejam potencializados, de modo que os espaços já efetivados sejam utilizados de maneira apropriada.

Os profissionais do município A também sugerem que a equipe NASF disponha de mais tempo nas Unidades, como revelado no DSC a seguir, visto que consideram que pela alta demanda, alguma ação que poderia ser realizada pelo NASF sempre fica para trás. Normalmente, uma das ações que não se efetiva, é a educação continuada com a equipe das Unidades:

“Eu acho que tem que ter mais tempo deles aqui, porque é muito pouco tempo. Não dá tempo de atender, de discutir, de fazer educação como deveria ser feito. Então, sempre um pouquinho fica para trás. Sempre alguma das atividades fica de lado. Eu acho que até mesmo, se fosse possível, aumentar um período da semana, ou aumentar o dia todo, por exemplo. Todo um dia para esse acompanhamento e a gente discutir alguns casos. Também é uma dificuldade o horário que eles vêm. Eles vêm cedinho. Para mim é muito complicado, então o certo seria que a gente tivesse um período só para discussão dos casos, porque do jeito que está organizado, se eles não ficarem mais tempo, a gente não vai conseguir nem dar conta das coisas mais emergenciais, quanto mais melhorar matriciamento ou aumentar as discussões de caso para toda equipe” (DSC Município A – Mais tempo nas Unidades).

Novamente se revelam nos discursos, a solicitação dos profissionais das USFs do município A, sobre a equipe NASF passar mais tempo nas Unidades. Compreende-se o fato de que, com a grande demanda de saúde mental recebida pelas equipes de referência, há questões que precisam ser priorizadas. Porém, há de se problematizar duas questões essenciais: a função do NASF nas Unidades e o papel das Unidades em assumir um compromisso com a equipe NASF e com os casos de saúde mental do seu território.

²⁹ O NASF teve início no município em 2012.

Ainda, alguns dos profissionais do município A referem não ter sugestões por se encontrarem satisfeitos com o modo como as ações do NASF são realizadas nas Unidades e justificam que novas propostas acarretariam na diminuição de horários de atendimento da equipe do NASF na própria Unidade, como salientado no DSC a seguir:

“Nesse momento não! Eu acho que a gente trabalha bem! Eu gosto da forma como a gente trabalha aqui e acho que dá certo, a gente discute. Eu não deixo separado e elas vão ver prontuário ou protocolo, nada. A gente discute. Além disso, eu vejo que do modelo que a gente vem, o cenário hoje, ele impede que a gente tenha ações diferentes. Não posso propor, por exemplo, ‘ai, vamos um dia discutir os casos; vamos uma vez por mês discutir os casos na escola’, que eu acho que seria interessante, porque eu tiro um dia da agenda deles, tiro um dia desse grupo, porque daí vai ser uma vez por mês, porque eles vêm a cada 15 dias. Então é um pouco difícil!” (DSC Município A – Não tenho sugestões, acho que trabalhamos bem assim).

A situação exposta nos relatos acima reafirma as questões já discutidas anteriormente, onde, no município A, o NASF prioriza atendimentos individuais e grupos em detrimento de ações como apoio matricial e educação continuada. Dessa forma, o profissional responsável pela gestão da Unidade não consegue, sequer, reestruturar as atividades do NASF com a equipe de referência ou criar novas possibilidades de ação conjunta de forma a potencializar e efetivar as ações de cuidado em saúde mental infantojuvenil na Unidade.

Os resultados aqui apresentados sugerem que a ação do NASF nas Unidades é distorcida. Os relatos dos profissionais participantes deste estudo revelam os profissionais da equipe NASF como os principais responsáveis por realizar atendimentos e encaminhamentos dos casos de saúde mental recebidos pela Unidade. As equipes de referência atuam como identificadores, tendo como principal função passar os casos nas reuniões realizadas entre os profissionais do NASF, o médico e o enfermeiro da USF. Ou seja, as atividades de matriciamento, educação continuada, atendimento compartilhado, construção conjunta de projeto terapêutico, entre outras, parecem ficar reduzidas aos atendimentos individuais e encaminhamentos a serviços estratégicos.

Esse desejo dos profissionais por maior tempo da equipe NASF nos serviços e/ou que não ocorram modificações nas ações que já acontecem, parece, ainda, uma possibilidade para que, cada vez menos, a equipe de referência precise acolher e dar conta dos casos de crianças,

adolescentes, adultos e/ou idosos que cheguem à Unidade com questões de sofrimento psíquico, e remeta tal responsabilidade à equipe do NASF.

Mais uma vez evidencia-se que o serviço desenvolve suas ações centradas em profissionais específicos, normalmente a figura do enfermeiro e do médico, como já foi possível observar nos relatos anteriores. Dessa forma, o DSC a seguir, sugere o envolvimento de outros profissionais nas discussões de caso realizadas nas Unidades:

“Eu acho que poderia tentar uma interação de discussão de caso envolvendo outros profissionais de saúde, principalmente os agentes comunitários e outros profissionais que também acompanham. Eu penso em estratégia junto com a equipe, de abrir isso, realmente, pra mais pessoas” (DSC Município A – Envolver outros profissionais da equipe).

Como já discutido anteriormente, o Ministério da Saúde dispõe de materiais que orientam e direcionam as ações de saúde na Atenção Básica, entre eles, o Caderno de Atenção Básica que trata especificamente da Saúde Mental – Caderno nº 34 (BRASIL, 2013). Nesse material há um rol de ações consideradas de saúde mental, que podem e devem ser realizadas por toda equipe. Não obstante, o trabalho de matriciamento, quando realizado, também deve contar com a participação de toda equipe de referência da USF, o que não acontece no município A conforme os relatos coletados.

Ou seja, a solicitação dos profissionais para que outros integrantes da equipe se envolvam nas discussões e acompanhamento dos casos pode e deve ser efetivada, tornando a equipe, o espaço da USF e as ações territoriais mais potentes.

Já no município B, como a Equipe de Saúde Mental não está presente na rotina das Unidades, a sugestão é que a equipe pudesse estar nas USFs e realizar reuniões de discussão dos casos que as Unidades recebem. O DSC abaixo ilustra a questão:

“Talvez ter uma reunião só para falar desses casos, porque a gente não tem. A gente conversa informalmente, vai na sala, não tem um grupo de avaliação de caso por equipe. Então, se a saúde mental pudesse, uma vez por mês, estar numa unidade, porque ao invés da gente deslocar 50 pacientes no mês, 60, para lá, eles viriam para cá e o paciente teria um atendimento integral, porque a médica da família ia estar junto. Seria mais fácil discutir o caso, o psiquiatra com a médica da família, porque muitas vezes os pacientes chegam falando

que eles não sabem porque estão lá” (DSC Município B – Realizar reuniões para discussão de casos).

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2014a), o apoio matricial não é uma prerrogativa exclusiva do NASF e pode ser desenvolvido por outros pontos de atenção da rede. Nessa direção, a Equipe de Saúde Mental do município B, pode ser um apoio importante à Atenção Básica do município, possibilitando ações de matriciamento e educação continuada às equipes das USFs.

Nos DSCs a seguir, os profissionais do município B dão outras sugestões e discutem a contra-referência e a possibilidade de matriciamento por parte da Equipe de Saúde Mental:

“Acho que se eles dessem a contra-referência, a gente poderia acompanhar o paciente melhor aqui, diminuindo a quantidade lá, tendo maior qualidade no atendimento. Além disso, se eles conseguissem dar matriciamento para a gente, eu acho que eles dividiriam a demanda deles com a gente e aí caminharia para os dois lados: a gente ajudaria eles e eles nos ajudariam, porque aí a gente levaria menos coisas e daria conta do que fosse mais da nossa competência” (DSC Município B – Outras sugestões).

Tradicionalmente, os serviços de saúde são organizados de modo verticalizado, fazendo com que haja uma transferência de responsabilidade quando se realiza o encaminhamento. A comunicação entre os serviços costuma ocorrer de forma precária e irregular, geralmente por meio de pedidos por escrito ou o preenchimento de formulários para a obtenção de laudos, relatórios e contra-referência, que não apresentam boa resolubilidade (CHIAVERINI *et al.*, 2011). Compreende-se que os resultados aqui apresentados reforçam tal perspectiva.

Assim, a discussão em relação ao apoio matricial se faz importante, pois é uma proposta que visa transformar a lógica tradicional através de “ações horizontais que integrem os componentes e seus saberes nos diferentes níveis assistenciais” (CHIAVERINI *et al.*, 2011, p. 13). Tais ações, quando realizadas de forma contínua e com a proposta de empoderamento da equipe de referência, fazem com que a Atenção Básica possa assumir grande parte dos casos que não teriam a necessidade de serem encaminhados para o serviço especializado.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo objetivou compreender, sob a ótica dos profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF), como os serviços de Atenção Básica em Saúde de municípios que não possuem CAPS infantojuvenil lidam com a demanda da Saúde Mental Infantojuvenil. Além disso, teve como objetivos específicos identificar a compreensão dos profissionais da Atenção Básica sobre a Saúde Mental Infantojuvenil e as demandas deste campo que chegam aos serviços da ESF; identificar, a partir dos profissionais da Atenção Básica, as práticas de atenção à saúde mental infantojuvenil desenvolvidas nos serviços da ESF; e compreender os desafios e perspectivas acerca do cuidado efetivado na Atenção Básica em Saúde nos municípios que não contam com o CAPS infantojuvenil em relação às articulações com as Políticas Públicas de Saúde Mental Infantojuvenil.

Participaram do estudo 21 profissionais vinculados a ESF de três municípios do interior de São Paulo, com recursos distintos em seu território. Os resultados revelaram que as poucas ações de cuidado direcionadas a população infantojuvenil em sofrimento psíquico envolvem, majoritariamente, atendimentos individuais, sob responsabilidade de médico ou enfermeiro e centrados na lógica médica. Para o município que conta com o NASF, verificou-se que a responsabilização dos casos de saúde mental infantojuvenil, que chegam às unidades, fica a cargo da equipe NASF que realiza atendimentos individuais na própria unidade e discussões de caso pontuais com médico e enfermeiro.

Assim, verificou-se que as ações de cuidado em saúde mental infantojuvenil na própria unidade, quando existem, ocorrem de forma individualizada – seja pelo médico ou pelo enfermeiro. O olhar direcionado à família e à comunidade, como priorizado pelas políticas do setor, não é apontado como ação de rotina nas unidades e as ações territoriais são expressas somente a partir das ações dos agentes comunitários, que realizam visitas e busca ativa, no caso de crianças e adolescentes que não comparecem nos agendamentos das consultas pertencentes às linhas de cuidado determinadas pelo Ministério da Saúde.

Discute-se sobre o campo da Saúde Mental Infantojuvenil e o rebatimento da realidade descrita no cuidado, na medida em que tal situação fica ainda mais complexa, visto que não se atinge um cuidado qualificado em uma situação de sofrimento psíquico que envolva criança ou adolescente, sem direcionar um cuidado à família. Além disso, as ações no território são essenciais para a efetivação da inclusão social dessa população.

Outro achado relevante refere-se à ausência de ações no campo da promoção e da prevenção à saúde de modo geral e, especificamente, no campo da saúde mental, o que aponta

para direções contrárias àquelas que deveriam ser desenvolvidas e são orientadas para este setor, conforme preconizam as políticas públicas.

Ainda que os profissionais identifiquem situações que poderiam ser evitadas ou amenizadas, a partir de ações de promoção e prevenção de saúde, como é o caso da associação das questões de saúde mental infantojuvenis com a situação de vulnerabilidade social, por exemplo, não há a concretização de tais ações nos serviços. Aponta-se para a relevância de estudos participativos que possam contribuir para a problematização, compreensão e avanço da qualificação das ações de saúde mental na AB.

Em relação às concepções e reflexões dos profissionais sobre o campo da saúde mental infantojuvenil, os resultados revelaram que as mesmas se mostram, muitas vezes, limitadas ou equivocadas.

Compreende-se que tal desconhecimento e/ou distanciamento também traz rebatimentos nas ações de cuidados, que têm sido realizadas a partir de ações médico-centradas, medicalizantes ou limitadas a poucos profissionais da equipe. Ainda, nos municípios que contam com recursos como o NASF ou Equipe de Saúde Mental, os mesmos são referências, porém, apenas para encaminhamentos, e têm se mostrado como uma das principais ações para suprir a demanda das Unidades sem, no entanto, efetivar o matriciamento. Sugere-se fortemente que ações de formação continuada e capacitação possam ser desenvolvidas e efetivadas junto às equipes das ESFs.

Compreende-se ainda que, enquanto não houver a efetivação do apoio matricial nas USFs, com ações de formação continuada e envolvimento de toda a equipe, continuará sendo “complicado” e “complexo” o envolvimento dos profissionais com as situações que envolvam a saúde mental infantojuvenil. Aproveitar os recursos existentes nos municípios faz com que os profissionais potencializem suas ações, além de ampliar e efetivar, também, o cuidado à essa população.

As ações intersetoriais ainda são bastante precárias nos municípios estudados. Os resultados indicam que os profissionais identificam outros recursos, além do setor saúde, e até referem realizar articulação com os mesmos. Porém, a articulação fica restrita a ligações, cartas de encaminhamento e/ou *e-mails*, o que confirma que as ações compartilhadas, o acompanhamento conjunto, a construção de projetos terapêuticos em conjunto e a corresponsabilização, previstas nas diretrizes de cuidado, não fazem parte das ações.

Este estudo, ao problematizar a realidade do cuidado em saúde mental infantojuvenil na AB, em municípios que não contam com equipamento estratégico (CAPSij), possibilitou a compreensão de que o fato de não contar com um CAPSij nos municípios parece ser de menor

prejuízo do que o fato de não ter uma equipe NASF e/ou uma rede de serviços, de modo a se trabalhar com corresponsabilização e ações intersetoriais. Ou, em outras palavras, as lacunas geradas por um equipamento estratégico, são menores quanto maiores e melhores forem os recursos existentes nos municípios, funcionando com ações integradas.

Desde a Constituição Federal, em 1988, foi afirmada a condição cidadã de crianças e adolescentes, colocando como dever da família, da sociedade e do Estado, a seguridade a todos os seus direitos, entre eles, o direito à saúde, à dignidade e ao respeito. Os resultados apresentados neste estudo revelaram que nos municípios estudados, as crianças e adolescentes em sofrimento psíquico não têm garantido o cuidado integral em saúde mental.

No entanto, ainda que parte dos resultados revele uma situação repleta de limites, importa destacar que, a partir de suas falas, os profissionais também revelam formas de enfrentamento e superação. As demandas por capacitação e treinamento, por exemplo, representam o desejo e a possibilidade de novas formas de cuidar no próprio território. A responsabilização dos municípios por possibilitar outras formas de ação, como a criação de novos serviços, a disponibilização de recursos humanos e sociais e a educação continuada, pode vir a trazer novas possibilidades e recursos para o campo da saúde mental infantojuvenil na Atenção Básica.

Prosseguindo com a perspectiva otimista, neste estudo, verificou-se que os profissionais identificam potencialidades nos serviços e nas equipes de referência para a efetivação do cuidado na AB, quando se referem a rede de apoio, a presença de agentes comunitários nas equipes e a proximidade com a população no território.

Além disso, novos estudos devem ser implementados, com o objetivo de aprofundar algumas questões levantadas aqui, como efetivação de articulações intersetoriais, a efetividade das ações de matriciamento nas USFs e as ações dos NASFs em relação à crianças e adolescentes em sofrimento psíquico. Identificar onde estão as crianças e adolescentes em sofrimento psíquico que não estão na escola, não estão em cuidado nas Unidades de Saúde da Família, em municípios que não contam CAPSij – o que significa que também não estão recebendo cuidados em serviços estratégicos – também parece ser questão relevante para novos estudos.

Propõe-se, ainda, estudos que abordem os agentes comunitários e suas ações, visto que, nos resultados encontrados aqui, este profissional foi identificado como a principal ponte da Unidade de Saúde com a comunidade. Além disso, este estudo identificou a dificuldade da equipe de saúde em sair da rotina da Unidade para a realização de ações comunitárias, o que indica, ainda mais, a necessidade de fortalecimento e formação do agente comunitário.

Compreende-se que cabe aos gestores, nos três níveis – municipal, estadual e federal – continuar fomentando as discussões acerca das políticas de atenção psicossocial a crianças e adolescentes, a fim de que novos avanços sejam conquistados e os desafios encontrados hoje, sejam superados.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, A.; ALBINO, A.T.; ZAMPIERI, M.F.M. Um olhar das adolescentes sobre as mudanças na gravidez: promovendo a saúde mental na atenção básica. **REME – Rev. Min. Enferm.**, v. 15, n. 4, p. 545-555, out/dez, 2011. Disponível em: <file:///C:/Users/Windows%207/Downloads/v15n4a11%20(1).pdf>. Acesso em: 04 Dez. 2016.

AMARANTE, P. Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da Reforma Psiquiátrica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 491-494, jul./set. 1995. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v11n3/v11n3a11.pdf>>. Acesso em: 05 Dez. 2011.

AMSTALDEN; A.L.F.; HOFFMANN, M.C.C.L.; MONTEIRO, T.P.M. A política de saúde mental infanto-juvenil: seus percursos e desafios. In: LAURIDSEN-RIBEIRO, E.; TANAKA, O.Y. (Orgs.). **Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS**. 2. edição. São Paulo: Hucitec, 2016. p. 33-45.

ARAÚJO, M.F. Violência e abuso sexual na família. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 7, n.2, p.3-11, jul/dez. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/pe/v7n2/v7n2a02.pdf>>. Acesso em: 15 Dez. 2016.

ARIÈS, P. **História Social da Criança e da Família**. Zahar Editores, Rio de Janeiro, 1978. 279p.

ASSIS, S.G.; AVANCI, J.Q.; OLIVEIRA, R.V.C. Desigualdades socioeconômicas e saúde mental infantil. **Rev. Saúde Pública**, v.43, Supl. 1, p. 92-100, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43s1/753.pdf>>. Acesso em: 08 Dez. 2016.

BALLARIN, M.L.G.S.; BLANES, L.S.; FERIGATO, S.H. Apoio matricial: um estudo sobre a perspectiva de profissionais da saúde mental. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**, v. 16, n. 42, p. 767-778, jul/set, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v16n42/v16n42a14.pdf>>. Acesso em: 06 Nov. 2016.

BALLARIN, M.L.G.S.; CARVALHO, F.B. Considerações acerca da Reabilitação Psicossocial: aspectos históricos, perspectivas e experiências. In: CAVALCANTI, C; GALVÃO, C. **Terapia Ocupacional: Fundamentação e Prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. p. 162-170.

BARATIERI, T.; MARCON, S.S. Longitudinalidade no trabalho do enfermeiro: identificando dificuldades e perspectivas de transformação. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 21, n.3, p. 549-557, jul/set. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n3/v21n3a09>>. Acesso em: 05 Jan. 2017.

BARBOSA, J.A.G.; SOUZA, M.C.M.R.; FREITAS, M.I.F. Violência sexual: narrativas de mulheres com transtornos mentais no Brasil. **Rev. Panam. Salud Publica**, v. 37, n. 4/5, p. 273-278, 2015. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v37n4-5/v37n4-5a13.pdf>>. Acesso em: 10 Dez. 2016.

BARDAGI, M.P.; ARTECHE, A.X.; SILVA, L.N. Projetos sociais com adolescentes em situação de risco: discutindo o trabalho e a orientação profissional como estratégias de intervenção. In: HUTZ, C.S. (Org.) **Violência e risco na infância e adolescência: pesquisa e intervenção**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

BELTRAME, M.M.; BOARINI, M.L. Saúde mental e infância: reflexões sobre a demanda escolar de um Capsi. **Psicologia: Ciência e Profissão**, n. 33, v.2, p. 336-349, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v33n2/v33n2a07.pdf>>. Acesso em 03 Abr. 2015.

BOARINI, M.L.; YAMAMOTO, O.H. Higienismo e Eugenia: discursos que não envelhecem. **Psicologia Revista**, v. 13, n. 1, p. 52-72, 2004. Disponível em: <<https://www.academia.edu/6964765>>. Acesso em: 10 Ago. 2016.

BORGES, C.F.; BAPTISTA, T.W.F. O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 a 2004. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 456-468, fev. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n2/24.pdf>>. Acesso em: 25 ago. 2014.

BRASIL. Rio de Janeiro. **Código Mello Matos**. Decreto nº 17.943-A de 12 de Outubro de 1927. 1927.

_____. Brasília. **Política Nacional do Bem Estar do Menor**. Lei nº 4.513, de 1º de Dezembro de 1964. 1964.

_____. Brasília. **Código de Menores**. Lei nº 6.697, de 10 de Outubro de 1979. 1979.

_____. **Relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1986. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf>. Acesso em: 23 Set. 2016.

_____. Brasília. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. 1988.

_____. Brasília. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Lei Federal nº 8.069 de 13 de julho de 1990. 1990a.

_____. Brasília. **Lei Federal nº 8.080 de 19 de setembro de 1990**. 1990b.

_____. São Paulo. **Portaria SNAS/MS Nº 224, de 29 de janeiro de 1992**. 1992.

_____. Brasília. **Lei nº 10.216 de 6 de abril de 2001**. 2001a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa agentes comunitários de saúde (PACS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001b.

_____. Brasília. Ministério da Saúde. **Portaria/GM nº 336 de 19 de fevereiro de 2002**. 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1947, de 10 de outubro de 2003**. 2003.

_____. Ministério da Saúde. **Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil**. Brasília-DF: Editora MS, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4ª Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007a.

_____. Brasília. Ministério da Saúde. **Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007**. 2007b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Clínica ampliada e compartilhada**. 1 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Brasília. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011**. 2011a.

_____. Ministério de Desenvolvimento Social e Combate a Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. **Perguntas e respostas: centro de referência especializado de assistência social - CREAS**. Brasília-DF, 2011b. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/cartilhas/perguntas-respostascreas.pdf>. Acesso em: 15 Ago. 2016.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**. Brasília: CONASS, 2011c. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 3).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Editora MS, 2012a.

_____. Brasília. **Resolução nº 466, de 12 de Dezembro de 2012**. 2012b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde mental**. Brasília : Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34).

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional do Ministério Público. **Atenção Psicossocial: as crianças e adolescentes no SUS - tecendo redes para garantir direitos**. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2014a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b. (Cadernos de Atenção Básica, n. 39).

_____. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados – 12**, ano 10, nº 12. Informativo eletrônico. Brasília: outubro de 2015. Disponível em: <http://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Report_12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf>. Acesso em: 03 Out. 2016.

CABRAL, T.M.N.; ALBUQUERQUE, P.C. Saúde mental sob a ótica de Agentes Comunitários de Saúde: a percepção de quem cuida. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v.39, n. 104, p. 159-171, jan/mar, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n104/0103-1104-sdeb-39-104-00159.pdf>>. Acesso em: 14 Dez. 2016.

CAÇADOR, B.S.; BRITO, M.J.M.; MOREIRA, D.A.; REZENDE, L.C.; VILELA, G.S. Ser enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família: desafios e possibilidades. **REME – Rev. Min. Enferm.**, v. 19, n. 3, p. 612-619, jul/set. 2015. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1027>>. Acesso em: 03 Nov. 2016.

CAMATTA, M.W.; NASI, C.; SCHNEIDER, J.F.; RIBEIRO, D.B.; OLIVEIRA, G.C. Intenções de agentes comunitários de saúde sobre as ações de saúde mental. **Revista enferm UFPE online**. Recife, v. 10, n. 7, p 2436-44, jul. 2016. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/8859/pdf_10545>. Acesso em: 10 Dez. 2016.

CAMPOS; G.W.S.; GUTIÉRREZ, A.C.; GUERRERO, A.V.P.; CUNHA, G.T. Reflexões sobre a atenção básica e a estratégia de saúde da família. In: CAMPOS, G.W.S.; GUERRERO, A.V.P. **Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada**. São Paulo, HUCITEC, 2008. p.132-153

CARVALHO, I.L.N.; GONDIM, A.P.; HOLANDA, T.T.; ALENCAR, V.P. CAPSi: avanços e desafios após uma década de funcionamento. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v.6, n.14, p.42-60, 2014. Disponível em <<http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/1741/3936>>. Acesso em 03 Abr. 2015.

CARVALHO, J.M. **Cidadania no Brasil: o longo caminho**. 3ª edição. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.

CASTRO, A.L.B; MACHADO, C.V. A política de atenção primária à saúde no Brasil: notas sobre a regulação e o financiamento federal. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 693-705, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n4/12.pdf>>. Acesso em: 09 Jan. 2017.

CAVALCANTI, A.D.; CORDEIRO, J.C. As ações intersetoriais na Estratégia de Saúde da Família: um estudo da representação do conceito de saúde e de suas práticas na Atenção Básica. **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade**. Rio de Janeiro, v. 10, n.37, p. 1-9, out/dez, 2015. Disponível em: <<https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1059>>. Acesso em: 10 Dez. 2016.

CHIAVERINI, D.H. (Org.) *et al.* **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde: Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011. Disponível em: <<http://repositorio.caminhosdocuidado.org/bitstream/handle/581/1/Guia%20pr%C3%A1tico%20de%20matriciamento%20em%20sa%C3%BAde%20mental.pdf>>. Acesso em: 11 Abr. 2016.

COSTA, S.M.; ARAÚJO, F.F.; MARTINS, L.V.; NOBRE, L.L.R.; ARAÚJO, F.M.; RODRIGUES, C.A.Q. Agente comunitário de saúde: elemento nuclear das ações em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n.7, p. 2147-2156, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n7/30.pdf>>. Acesso em: 05 Jan. 2017.

COSTA-ROSA, A. **Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica**: contribuições a uma clínica crítica dos processos de subjetivação na Saúde Coletiva. São Paulo: Editora Unesp, 2013. *ebook*.

COUTO, M.C.V. Novos desafios à reforma psiquiátrica brasileira: necessidade da construção de uma política pública de saúde mental para crianças e adolescentes. III Conferência Nacional de Saúde Mental: cuidar sim, excluir não, 2001, Brasília. **Caderno de textos**. Brasília, Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/3_conf_mental.pdf>. Acesso em: 03 Mai. 2015.

COUTO, M.C.V.; DELGADO, P.G.G. Crianças e adolescentes na agenda política da saúde mental brasileira: inclusão tardia, desafios atuais. **Psic. Clín.**, Rio de Janeiro, v. 27, n.1, p. 17-40, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pc/v27n1/0103-5665-pc-27-01-00017.pdf>>. Acesso em: 21 Nov. 2016.

COUTO, M.C.V.; DELGADO, P.G.G. Intersetorialidade: exigência da clínica com crianças na atenção psicossocial. In: LAURIDSEN-RIBEIRO, E.; TANAKA, O.Y. (Orgs.). **Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS**. 2. edição. São Paulo: Hucitec, 2016. p. 271-279.

COUTO, M.C.V.; DUARTE, C.S.; DELGADO, P.G.G. A saúde mental infantil na Saúde Pública brasileira: situação atual e desafios. **Rev. Bras. Psiquiatria**. v.30, n. 4, p. 390-8, 2008. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v30n4/a15v30n4.pdf>>. Acesso em: 25 Ago. 2014.

DELFINI, P.S.S.; SATO, M.T.; ANTONELI, P.P.; GUIMARÃES, P.O.S. Parceria entre CAPS e PSF: o desafio da construção de um novo saber. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14 (Supl. 1), p. 1483-1492, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14s1/a21v14s1>>. Acesso em: 02 Dez. 2016.

DELFINI, P.S.S.; REIS, A.O.A. O cuidado da criança e do adolescente em sofrimento psíquico: articulações entre CAPSi e Estratégia de Saúde da Família. In: REIS, A.O.A. *et al.* (Orgs.) **As crianças e os adolescentes dos centros de atenção psicossocial infantojuvenil**. São Paulo: Schoba, 2012a.

DELFINI, P.S.S.; REIS, A.O.A. Articulação entre serviços públicos de saúde nos cuidados voltados à saúde mental infantojuvenil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p.357-366, fev, 2012b. Disponível em: <<http://www.producao.usp.br/handle/BDPI/41756>>. Acesso em: 04 Dez. 2016.

ECHAVARRÍA, J.M. Considerações sociológicas sobre o desenvolvimento econômico da América Latina. In: BIELSCHOWSKY, R. (Org.). **Cinquenta anos de pensamento na CEPAL**. v. 1. Rio de Janeiro: CEPAL, 2000.

FERNANDES, A.D.S.A. **Cotidiano de adolescentes vinculados a um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi)**: realidade e perspectivas. Dissertação de mestrado do Programa Pós-Graduação em Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). São Carlos: UFSCar, 2014.

FERNANDES, A.D.S.A.; MATSUKURA, T.S. Adolescentes inseridos em um CAPSi: alcances e limites deste dispositivo na saúde mental infantojuvenil. **Temas em Psicologia**, v. 24, n. 3, p. 977-990, 2016. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v24n3/v24n3a11.pdf>>. Acesso em: 10 Out. 2016.

FERRIOLLI, S.H.T.; MARTURANO, E.M.; PUNTEL, L.P. Contexto familiar e problemas de saúde mental infantil no Programa Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 2, abr., 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41n2/5806.pdf>>. Acesso em: 04 Dez. 2016.

FIGUEIREDO, M.D.; ONOCKO-CAMPOS, R. Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 129-138, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n1/a18v14n1.pdf>>. Acesso em 09 Dez. 2016.

FILGLIE, N.; FONTES, A.; MORAES, E. PAYÁ, R. Filhos de dependentes químicos com fatores de risco bio-psicossociais: necessitam de um olhar especial? **Rev. Psiq. Clín.**, v. 31, n. 2, p. 53-62, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpc/v31n2/a01v31n2>>. Acesso em: 14 Dez. 2016.

FREYRE, G. **Casa-grande & Senzala**: formação da família brasileira sob o regime da economia patriarcal. 48ª Edição. São Paulo: Global, 2003. Disponível em: <http://www.usp.br/cje/anexos/pierre/freire_gilberto_casa_grande_senzala.pdf>. Acesso em: 23 Set. 2016.

GADOTTI, M. ECA – avanços e desafios. In: VIEIRA, A.L.; PINI, F.R.O.; ABREU, J. **Salvar o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)**. São Paulo: Instituto Paulo Freire, 2015. Livro eletrônico.

GÓIS JÚNIOR, E.; LOVISOLO, H.R. Descontinuidades e continuidades do movimento higienista no Brasil do século XX. **Rev. Bras. Cienc. Esporte**, Campinas, v. 25, n. 1, p. 41-54, 2003. Disponível em: <rbce.cbce.org.br/index.php/RBCE/article/download/172/181>. Acesso em: 21 Set. 2016.

GÓIS JÚNIOR, E. **Movimento Higienista e o processo civilizdor**: apontamentos metodológicos. X Simpósio Internacional Processo Civilizador. Campinas, SP. 2007. Disponível em: <http://www.uel.br/grupo-estudo/processoscivilizadores/portugues/sitesanais/anais10/Artigos_PDF/Edivaldo_Gois_Jr.pdf>. Acesso em: 28 Fev. 2017.

GOMES, F.M.A.; CINTRA, A.M.O.; RICAS, J.; VECCHIA, M.D. Saúde mental infantil na atenção primária à saúde: discursos de profissionais médicos. **Saúde Soc.** São Paulo, v.24, n.1, p. 244-258, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24n1/0104-1290-sausoc-24-1-0244.pdf>>. Acesso em 04 Dez. 2016.

HABIGZANG, L.F.; CORTE, F.D.; HATZENBERGER, R.; STROEHER, F.; KOLLER, S.H. Avaliação psicológica em casos de abuso sexual na infância e adolescência. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 21, n. 2, p. 338-344, 2008. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/25709>>. Acesso em 14 Dez. 2016.

HALPERN, R.; FIGUEIRAS, A.C.M. Influências ambientais na saúde mental da criança. **Jornal de Pediatria**, v. 80, n. 2 (Supl), 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jped/v80n2s0/v80n2Sa12.pdf>>. Acesso em: 08 Dez. 2016.

HORI, A.A.; NASCIMENTO, A.F. O Projeto Terapêutico Singular e as práticas de saúde mental nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em Guarulhos (SP), Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 8, p. 3561-3571, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n8/1413-8123-csc-19-08-03561.pdf>>. Acesso em 09 Dez. 2016.

KAMERS, M. A fabricação da loucura na infância: psiquiatrização do discurso e medicalização da criança. **Estilos clin.**, São Paulo, v.18, n. 1, p. 153-165, jan/abr, 2013. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/estic/v18n1/a10v18n1.pdf>>. Acesso em: 16 Jan. 2017.

KANTORSKI, L.P.; NUNES, C.K.; SPERB, L.C.S.O.; PAVANI, F.M.; JARDIM, V.M.R.; COIMBRA, V.C.C. A intersetorialidade na atenção psicossocial infantojuvenil. **Rev. pesqui. cuid. fundam.** (Online), v. 6, n. 2, p. 651-662, abr.-jun. 2014. Disponível em: <<http://saudepublica.bvs.br/pesquisa/resource/pt/bde-25443>>. Acesso em: 03 Abr. 2015.

LAURIDSEN-RIBEIRO, E.; TANAKA, O.Y. Organização de serviços no sistema único de saúde para o cuidado de crianças e adolescentes com problemas de saúde mental. In: LAURIDSEN-RIBEIRO, E.; TANAKA, O.Y. (Orgs.). **Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS**. 2. edição. São Paulo: Hucitec, 2016. p. 147-169.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A.M.C. O sujeito coletivo que fala. **Interface – Comunic, Saúde, Educ**, v. 10, n. 20, p. 517-24, jul/dez. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v10n20/17.pdf>>. Acesso em: 15 Set. 2016.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A.M.C.; ARAÚJO, S.D.T.; CORNETTA, V.K. O discurso do sujeito coletivo como eu ampliado: aplicando a proposta em pesquisa sobre a pílula do dia seguinte. **Rev. Bras. Crescimento e Desenvolvimento Hum.** São Paulo, v. 20, n. 3, p. 91-102. 2010. Disponível em: < <http://www.revistas.usp.br/jhgd/article/view/19988>>. Acesso em: 17 Set. 2016.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A.M.C. **Pesquisa de representação social**: um enfoque quali-quantitativo. 2. edição. Brasília: Liber Livro, 2012. Volume 20. (Série Pesquisa).

LUCCHESI, R.; OLIVEIRA, A.G.B.; CONCIANI, M.E.; MARCON, S.R. Saúde mental no Programa Saúde da Família: caminhos e impasses de uma trajetória necessária. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n. 9, p. 2033-2042, set, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n9/17.pdf>>. Acesso em: 02 Fev. 2017.

MAIA, J.M.D.; WILLIAMS, L.C.A. Fatores de risco e fatores de proteção ao desenvolvimento infantil: uma revisão da área. **Temas em Psicologia**, v.13, n. 2, p. 91-103, 2005. Disponível em: < <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v13n2/v13n2a02.pdf>>. Acesso em: 16 Jan. 2017.

MANZINI, E.J. Considerações sobre a elaboração de roteiro para entrevista semi-estruturada. In: MARQUEZINE, M.C.; ALMEIDA, M.A.; OMOTE, S. (Org.). **Colóquios sobre pesquisa em educação especial**. 1 ed. Londrina. v.1, p. 11-25, 2003.

MARÇAL, V.P.B.; SILVA, S.M.C. A queixa escolar nos ambulatórios públicos de saúde mental: práticas e concepções. **Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional (ABRAPEE)**, v. 10, n. 1, p. 121-131, jan/jul, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pee/v10n1/v10n1a11.pdf>>. Acesso em: 10 Dez. 2016.

MATSUKURA, T.S.; CID, M.F.B.; ANGELUCCI, T.C.; MINATEL, M. Situações estressoras e fatores protetivos: percepções de meninas adolescentes que cumprem medidas socioeducativas. **Revista O Mundo da Saúde**, v. 37, p. 25-34, 2013. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/situacoes_estressoras_fatores_protetivos.pdf>. Acesso em: 28 Fev. 2017.

MATSUKURA, T.S.; FERNANDES, A.D.S.A.; CID, M.F.B. Saúde mental infantil em contextos de desvantagem socioeconômica: fatores de risco e proteção. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, São Carlos, v. 22, n. 2, p. 251-262, 2014. Disponível em: <<http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/1064>>. Acesso em: 08 Dez. 2016.

MATSUKURA, T.S.; FERNANDES, A.D.S.A.; CID, M.F.B. Fatores de risco e proteção à saúde mental infantil: o contexto familiar. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 23, n. 2, p. 122-129, maio/ago. 2012. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/49066>>. Acesso em: 08 Dez. 2016.

MENEZES, C.D. **O direito à convivência familiar e comunitária das crianças e dos adolescentes portadores de transtorno mental**. Dissertação de mestrado do Programa de Pós-Graduação do Departamento de Serviço Social da PUC-Rio. Rio de Janeiro: PUC-Rio, 2008.

MINAYO, M.C.S.; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, jul./set. 1993. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v9n3/02.pdf>>. Acesso em: 09 Ago. 2016.

MONTEIRO, H.R. Medicalização da vida escolar. In: GOUVÊA, G. *et al.* (Org.). **Pesquisas em educação**. Rio de Janeiro: 7Letras, p. 68-78, 2007.

NEVES, H.G.; LUCCHESI, R. MUNARI, D.B.; VERA, I. SANTANA, F.R. O processo de formação do enfermeiro em saúde mental para Atenção Primária em Saúde. **Revista Rene**, v. 13, n. 1, p. 53-63, 2012. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/viewFile/17/13>>. Acesso em: 09 Dez. 2016.

NUNES, M.; JUCÁ, V.J.; VALENTIM, C.P.B. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. **Cad. Saude Pública**, v. 23, n. 10, p. 2375-2384, out, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n10/12.pdf>>. Acesso em 04 Dez. 2016.

NUNES, C.K.; KANTORSKI, L.P.; COIMBRA, V.C.C. Interfaces entre serviços e ações da rede de atenção psicossocial às crianças e adolescentes. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 37, n. 3, set, 2016. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/54858>>. Acesso em: 10 Out. 2016.

OLIVEIRA, M.A.C.; PEREIRA, I.C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 66, n. esp., p. 158-64, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v66nspe/v66nspea20.pdf>>. Acesso em: 16 nov. 2016.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Cuidados Primários de Saúde: Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde Alma-Ata**, URSS, 6-12 de setembro de 1979. Brasília: UNICEF, 1979.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Relatório sobre a saúde no mundo 2001: Saúde mental: nova concepção, nova esperança**. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2001.

ONOCKO-CAMPOS, R.; GAMA, C.A.; FERRER, A.L.; SANTOS, D.V.D.; STEFANELLO, S.; TRAPÉ, T.L.; PORTO, K. Saúde mental na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em uma grande cidade brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n.12, p. 4643-4652, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n12/13.pdf>>. Acesso em 09 Dez. 2016.

PAIM, J.S. **Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008a. 356p. Disponível em: <<https://books.google.com.br/books?id=0hP0AgAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=pt-BR#v=onepage&q&f=false>>. Acesso em: 23 Set. 2016.

PAIM, J.S. A reforma sanitária brasileira e o Sistema Único de Saúde: dialogando com hipóteses concorrentes. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 525-644, 2008b. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/physis/v18n4/v18n4a03.pdf>>. Acesso em: 23 Set. 2016.

PAULA, C.S.; ZAQUEU, L.; THAIS, V. LOWENTHAL, R.; MIRANDA, C. Atuação de psicólogos e estruturação de serviços públicos na assistência à saúde mental de crianças e adolescentes. **Psicologia: Teoria e Prática**, v. 13, n. 3, p. 81-95, 2011. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ptp/v13n3/v13n3a07.pdf>>. Acesso em: 04 Dez. 2016.

PAULA, C.S.; MIRANDA, C.T.; BORDIN, I.A.S. Saúde mental na infância e adolescência: revisão dos estudos epidemiológicos brasileiros. In: LAURIDSEN-RIBEIRO, E.; TANAKA, O.Y. (Orgs.). **Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS**. 2. edição. São Paulo: Hucitec, 2016. p. 75-92.

PELICIONI, M.C.F.; PELICIONI, A.F. Educação e promoção da saúde: uma retrospectiva histórica. **O mundo da saúde**. São Paulo, v. 31, n. 3, jul/set, p. 320-328. 2007. Disponível em: <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/55/02_restrospectiva_historica.pdf>. Acesso em: 21 Set. 2016.

PEREIRA, M.J.B.; MISHIMA, S.M.; BAVA, M.C.; SANTOS, J.S.; MATUMOTO, S.; FORTUNA, C.M.; SANTOS, C.B. Atributos essenciais da atenção primária à saúde: comparação do desempenho entre unidades de saúde tradicionais e unidades da estratégia de saúde da família. [Internet]. In: **XXIIème Congrès de l' ALASS**. 2011; Lausanne. Anais. Lausanne: CALASS, ALASS; 2011. p. 1-10.

PEREIRA, A.A.; REINALDO, A.M.S.; ANDRADE, D.C.L. Formação dos enfermeiros em saúde mental que atuam na Atenção Primária à Saúde: contribuições teóricas. **SANARE**, Sobral, v. 14, n. 1, p. 08-14, jan/jun, 2015. Disponível em: <<https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/viewFile/601/318>>. Acesso em 13 Dez. 2016.

PINHO, L.B.; HERNÁNDEZ, A.M.B.; KANTORSKI, L.P. Reforma psiquiátrica, trabalhadores de saúde mental e a “parceria” da família: o discurso do distanciamento. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 14, n. 32, p. 103-113, jan/mar, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v14n32/09.pdf>>. Acesso em: 18 jan. 2017.

PINI, F.R.O. Estatuto da Criança e do Adolescente, 25 anos de história. In: VIEIRA, A.L.; PINI, F.R.O.; ABREU, J. **Salvar o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)**. São Paulo: Instituto Paulo Freire, 2015. Livro eletrônico.

PINTO, A.C.S.; LUNA, I.T.; SILVA, A.A.; PINHEIRO, P.N.C.; BRAGA, V.A.B.; ALVES E SOUZA, A.M. Fatores de risco associados a problemas de saúde mental em adolescentes: revisão integrativa. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 48, n. 3, p. 555-564, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n3/pt_0080-6234-reeusp-48-03-555.pdf>. Acesso em: 10 Dez. 2016.

REIS, A.O.A.; FONSECA, F.L.; ROLIM NETO, M.L.; DELFINI, P.S.S. (Orgs.) **As crianças e os adolescentes dos centros de atenção psicossocial infanto-juvenil**. São Paulo: Schoba, 2012.

REIS, A.O.A.; DELFINI, P.S.S.; DOMBI-BARBOSA, C.; NETO, M.M.B. Breve história da saúde mental infantojuvenil. In: LAURIDSEN-RIBEIRO, E.; TANAKA, O.Y. (Orgs.). **Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS**. 2. edição. São Paulo: Hucitec, 2016. p. 109-130.

REY, P.M. O Hospício de Pedro II e os alienados no Brasil (1875). **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 382-403, jun. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v15n2/12.pdf>>. Acesso em: 23 Set. 2016.

RIBEIRO, P.R.M. História da saúde mental infantil: a criança brasileira da colônia à república velha. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v.11, n. 1, p. 29-38, jan./abr. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v11n1/v11n1a04.pdf>>. Acesso em: 25 Ago. 2014.

RIZZINI, I. **O século perdido**: raízes históricas das políticas públicas para infância no Brasil. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2011. 200 p.

RUTTER, M. Resilience concepts and findings: implications for family therapy. **Journal of Family Therapy**, v. 21, p. 119-144, 1999. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1467-6427.00108/abstract>>. Acesso em: 19 Dez. 2016.

SAMPIERI, R.H.; COLLADO, C.F.; LUCIO, P.B. **Metodologia de Pesquisa**. 3ª Edição. São Paulo: Mc Graw-Hill, 2006. 583 p.

SCHIMITH, M.D; LIMA, M.A.D.S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1487-1494, nov/dez, 2004. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n6/05.pdf>>. Acesso em: 13 Dez. 2016.

SEVERO, A.K.S.; DIMENSTEIN, M.; BRITO, M.; CABRAL, C.; ALVERGA, A.R. A experiência de familiares no cuidado em saúde mental. **Arquivos Brasileiros de Psicologia – Online**, v. 59, n. 2, 2007. Disponível em: <<http://seer.psicologia.ufrj.br/index.php/abp/article/view/68/85>>. Acesso em: 18 Jan. 2017.

SILVEIRA, D.P.; VIEIRA, A.L.S. Saúde mental e atenção básica em saúde: análise de uma experiência no nível local. **Ciência & Saúde Coletiva**, 14(1):139-148, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n1/a19v14n1.pdf>>. Acesso em: 10 Dez. 2016.

SOUZA, F.B.C.; DREZETT, J.; MEIRELLES, A.C.; RAMOS, D.G. Aspectos psicológicos de mulheres que sofrem violência sexual. **Reprod. Clim.**, v. 27, n. 3, p. 98-103, 2013. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S141320871300006X>>. Acesso em: 14 Dez. 2016.

SOUZA, C. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, Porto Alegre, v. 8, n. 16, p. 20-45, jul/dez 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/soc/n16/a03n16>>. Acesso em: 03 Out. 2014.

SOUZA, I.P.M.A.; JACOBINA, R.R. Educação em saúde e suas versões na história brasileira. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 33, n. 4, p. 618-627, out-dez. 2009. Disponível em: <inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/view/293/pdf_106>. Acesso em: 21 Set. 2016.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <<http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001308/130805por.pdf>>. Acesso em: 09 Jan. 2017.

TANAKA, O.Y.; LAURIDSEN-RIBEIRO, E. Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 2, p. 477-486, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n2/a16v14n2.pdf>>. Acesso em: 10 Dez. 2016.

TAÑO, B.L. **Os centros de atenção psicossocial (CAPSi) e as práticas de cuidado para as crianças e adolescentes em intenso sofrimento psíquico**. Dissertação de mestrado do Programa Pós-Graduação em Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). São Carlos: UFSCar, 2014.

TAÑO, B.L. **A constituição de ações intersetoriais de atenção às crianças e adolescentes em sofrimento psíquico**. Tese de Doutorado do Programa Pós-Graduação em Educação Especial da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). São Carlos: UFSCar, 2017.

TAÑO, B.L.; MATSUKURA, T.S. Os centros de atenção psicossocial infantojuvenis: características organizacionais e oferta de cuidados. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**. v. 25, n. 3, p.208-216, set./dez. 2014. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/63805>>. Acesso em: 21 Set. 2016.

TAÑO, B.L.; MATSUKURA, T.S. Saúde mental infantojuvenil e desafios do campo: reflexões a partir do percurso histórico. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, São Carlos, v. 23, n. 2, p. 439-447, 2015. Disponível em: <<http://doi.editoracubo.com.br/10.4322/0104-4931.ctoAR0479>>. Acesso em 10 set 2015.

TEIXEIRA, M.R.; COUTO, M.C.V.; DELGADO, P.G.G. Repercussões do processo de reestruturação dos serviços de saúde mental para crianças e adolescentes na cidade de Campinas, São Paulo (2006-2011). **Estudos de psicologia**. Campinas, v. 32, n. 4, p. 695-703, out.-dez. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v32n4/0103-166X-estpsi-32-04-00695.pdf>>. Acesso em: 04 Dez. 2016.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**. Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 25-59, jan/abr, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v9n1/a03v9n1.pdf>>. Acesso em: 08 Ago. 2011.

TSZENIOSKI, L.C.; NÓBREGA, K.B.G.; LIMA, M.L.L.T.; FACUNDES, V.L.D. Construindo a rede de cuidados em saúde mental infantojuvenil: intervenções no território. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 2, p. 363-370, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n2/1413-8123-csc-20-02-0363.pdf>>. Acesso em: 04 Dez. 2016.

TURATO, E.R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 507-514. 2005. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v39n3/24808.pdf>>. Acesso em: 09 Ago. 2016.

VECCHIA, M.D; MARTINS, S.T.F. Concepções dos cuidados em saúde mental por uma equipe de saúde da família, em perspectiva histórico-cultural. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 183-193, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n1/a24v14n1.pdf>>. Acesso em: 10 Dez. 2016.

VIEIRA, P.M. **Educação sexual na adolescência: práticas intersetoriais entre a Saúde e a Educação**. Dissertação de mestrado do Programa Pós-Graduação em Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). São Carlos: UFSCar, 2015.

VITOLO, Y.L.C.; FLEITLICH-BILYK, B.; GOODMAN, R.; BORDIN, I.A.S. Crenças e atitudes educativas dos pais e problemas de saúde mental em escolares. **Rev. Saúde Pública**, v. 39, n. 5, p. 716-724, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n5/26290.pdf>>. Acesso em: 16 Dez. 2016.

VOLTOLINI, R. Saúde mental e escola. In: SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Educação. Coordenadoria Pedagógica. Núcleo de Apoio e Acompanhamento para Aprendizagem. **Caderno de debates do NAAPA: questões do cotidiano escolar**. São Paulo: SME/COPED, 2016. Disponível em: <<http://portal.sme.prefeitura.sp.gov.br/Portals/1/Files/27154.pdf>>. Acesso em: 27 Dez 2016.

WACHHOLZ, S.M.S.; MARIOTTI, M.C. A participação do terapeuta ocupacional na reforma psiquiátrica e nos novos serviços de saúde mental. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, São Carlos, v. 17, n. 2, p. 147-159, jul./dez. 2009. Disponível em: <<http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/104/6>>. Acesso em: 19 mai. 2010.

WENCESLAU, L.D.; ORTEGA, F. Saúde mental na atenção primária e Saúde Mental Global: perspectivas internacionais e cenário brasileiro. **Interface** – Comunicação, Saúde, Educação, v, 19, n. 55, p. 1121-1132, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v19n55/1807-5762-icse-1807-576220141152.pdf>>. Acesso em: 09 Dez. 2016.

WETZEL, C.; PINHO, L.B.; OLSCHOWSKY, A.; GUEDES, A.C.; CAMATTA, M.W.; SCHNEIDER, J.F. A rede de atenção à saúde mental a partir da Estratégia Saúde da Família. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 35, n. 2, p. 27-32, jun, 2014. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/130030/000921437.pdf?sequence=1>>. Acesso em 14 Dez. 2016.

YASUI, S. **Rupturas e encontros**: desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Tese de Doutorado. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

APÊNDICES

APÊNDICE - A**CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO**

1. Nome do serviço:

2. Tempo de funcionamento:

3. Tipo de Administração:

() Prefeitura

() Fundação _____

() Outro _____

- Coordenador atual (técnico e/ou administrativo):

4. Sobre a UBS:

a) Qual a área de abrangência da Unidade (população/habitantes)?

b) Qual o total de usuários do serviço?

c) Quantos prontuários ativos? Se houver informações acerca dos usuários, registre: sexo, faixa etária e necessidades de saúde.

d) Do total de usuários do serviço, na sua opinião, qual a proporção aproximada de casos do campo da saúde mental (incluindo crianças e adolescentes)?

5. Sobre a Equipe:

a) Indicar as a quantidade de profissionais e as especialidades.

b) Há técnicos respondendo pela gestão ou em outras funções? Indique.

c) São realizadas reuniões com a equipe? Qual é a frequência? Como é a participação?

d) Há algum tipo de supervisão institucional?

e) Há o trabalho de matriciamento? Quem realiza?

6. Quais os programas que funcionam atualmente na Unidade (Ex.: Hipertensão, Diabetes e outros)?

APÊNDICE – B**IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE**

1. Nome:
2. Data de Nascimento:
3. Gênero: () Masculino () Feminino
4. Curso de graduação: Ano de conclusão:
5. Função no serviço:
6. Vínculo empregatício:
7. Formação Complementar (Pós-Graduação, Cursos, apoio recebido):
8. Tempo de atuação neste serviço:
9. Tempo de experiência na atenção básica:
10. Você tem ou teve experiências em saúde mental com crianças e adolescentes? Onde?
11. Atualmente você trabalha em outro local? Qual (is)?

APÊNDICE – C

ROTEIRO DE ENTREVISTA

1. Neste serviço, existe alguma ação que você considera de promoção, prevenção e/ou tratamento à saúde, destinada a crianças e adolescentes? Quais? Fale sobre elas (quem faz, como, com que frequência...).
2. Em relação a estas ações que você acabou de citar, você identifica a intersetorialidade presente em alguma delas? Fale sobre isso (com quais setores, frequência...).
3. a) Como você compreende a Saúde Mental Infantojuvenil?
b) Você acha que a sua compreensão é compartilhada pelos profissionais desta Unidade? Fale sobre isso.
4. a) Em relação às necessidades de saúde dos usuários desta unidade, qual a proporção que você julga ser relativa à Saúde Mental?
b) Dentre elas, qual a proporção que você julga ser relativa à Saúde Mental de Crianças e Adolescentes?
5. Quais os principais problemas de Saúde Mental Infantojuvenil que você acha que esta Unidade recebe? (Que casos que aparecem aqui que você acha que são da saúde mental)
6. Você poderia me dar exemplos de crianças e/ou adolescentes que o serviço recebeu e que você considere que apresentem questões/problemas relacionados à saúde mental? (Pedir mais até três)
7. Como os casos de crianças e adolescentes com problemas de saúde mental chegam à unidade (demanda espontânea, agentes comunitários, encaminhamentos)? Fale sobre isso.
8. Há profissionais da equipe que respondem ou que são referência no acolhimento de crianças e adolescentes que têm problemas de saúde mental ou sofrimento psíquico? Quais?
9. De que forma é feito o acolhimento a esta população?
10. Depois de identificado o caso como sendo de saúde mental, como este é acompanhado na Unidade? (tipos de atendimento, ações no território, intersetorialidade, matriciamento etc.)
11. a) Os familiares/cuidadores também são acolhidos?
b) Há profissionais na equipe ou algum trabalho desenvolvido especificamente com familiares/cuidadores?
12. Quais as potencialidades que você considera que este serviço tem para atender crianças e adolescentes em sofrimento psíquico?
13. Quais são as principais dificuldades que você e/ou a Unidade encontra no trabalho com crianças e adolescentes em sofrimento psíquico? (Entrevistador pode colocar questões que diferenciem o olhar do entrevistado e da Unidade)

14. Considerando que esta é uma unidade de saúde da família, vinculada a atenção básica, são esperadas ações relativas à promoção, prevenção e cuidados em saúde. Se pensarmos nas crianças e adolescentes do campo da saúde mental que chegam aqui, o que você acha que poderia ser oferecido como ações de cuidado no próprio serviço?

15. Na sua opinião, quais as estratégias utilizadas neste serviço frente a realidade do município não contar com CAPSi? (no próprio serviço, encaminhamentos, convênios)

16. Considerando a população de crianças e adolescentes que apresentam problemas/questões de saúde mental, quais os recursos e ofertas disponíveis:

- a) No território;
- b) No município/região;
- c) Outros (locais e/ou tipos de recurso)

17. Considerando os recursos disponíveis que você acabou de citar, na sua opinião, a sua equipe costuma fazer articulação com estes recursos? Fale sobre isso.

18. Que outros recursos das áreas da Saúde, Educação, Assistência Social, Judiciário, Cultura ou outra área, você considera que seja importante envolver no cuidado às crianças e adolescentes em sofrimento psíquico?

19. Considerando a atenção básica com suas propostas e objetivos, você acha que esta Unidade poderia buscar por estas parcerias (interinstitucionais)? Fale sobre isso.

20. Há matriciamento no seu serviço?

(se sim) Quem realiza e com que frequência? Fale sobre isso (é efetivo, contribui...)

(se não) Como você acha que poderia contribuir para qualificar as ações de cuidado?

21. Sobre o trabalho da equipe do NASF nesta unidade...

a) Todas as crianças e adolescentes que vocês identificam neste serviço como sendo da saúde mental infantojuvenil são encaminhados para o NASF? Fale sobre isso.

b) Os profissionais do NASF estão presentes neste serviço? O que eles fazem? Fale sobre isso. (Quem são e o que eles fazem)

c) Como é feito esse acompanhamento?

d) No acompanhamento desta população, há alguma ação em parceria entre a USF e o NASF?

e) Há situações onde o NASF pode não responder à demanda ou não acompanha o caso? Fale sobre isso. (Quais situações e o que acontece)

f) Você tem sugestões sobre como a equipe do NASF poderia multiplicar o trabalho que fazem aqui, promovendo um envolvimento e uma participação mais efetiva de vocês?

Finalizando.

22. Sobre as Políticas de Saúde Mental para Crianças e Adolescentes:

a) Elas são conhecidas por você?

(Se sim) Como você teve informações sobre elas?

b) Elas são conhecidas ou debatidas nesta unidade?

c) Como você acha que seu município poderia avançar para que atenda as atuais Políticas de Atenção Psicossocial para crianças e adolescentes? Comente.

d) O que você acha que poderia contribuir na qualificação da equipe e do serviço de atenção básica para o acesso assistência à saúde mental infantojuvenil?

e) Especificamente em relação à Atenção Básica, você tem sugestões para avançar no cuidado oferecido para crianças e adolescentes com questões/problemas de saúde mental? Fale sobre isso.

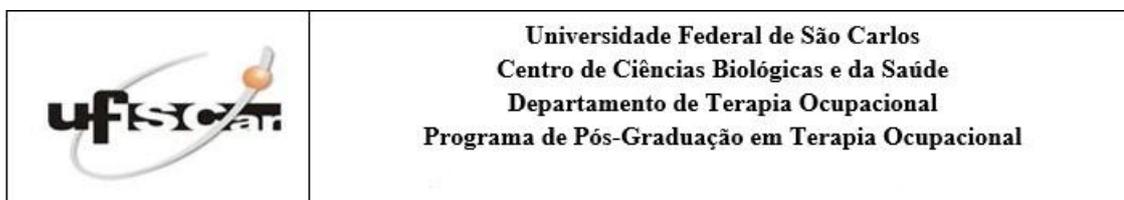
f) Você gostaria de acrescentar ou fazer algum comentário?

g) O que você achou desta entrevista e da abordagem proposta neste estudo?

h) Tem alguma sugestão para que possamos aprimorar este debate?

APÊNDICE – D

CARTA CONVITE ENVIADA AOS MUNICÍPIOS



Local, data.

Ilmo(a) Sr(a).

XXXXXXXX XXXXX XXXXXXXX

Secretário(a) de Saúde de nome do município

Venho, por meio deste, solicitar autorização da Secretaria Municipal de Saúde do município de _____ para efetivação do projeto de mestrado intitulado: “Políticas e ações para a atenção psicossocial de crianças e adolescentes: identificando realidades”, sob a orientação da Prof. Dra. Thelma Simões Matsukura.

Como a pesquisa será realizada com seres humanos faz-se necessário submeter o projeto ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), seguindo a Resolução nº466/12. A autorização formal dos órgãos referidos no projeto é documento obrigatório solicitado pelo CEP da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), conforme informa o documento em anexo “Erros mais comuns na submissão de projeto à Plataforma Brasil”.

Para seguir o cronograma previsto pelo programa de pós-graduação em Terapia Ocupacional da UFSCar a coleta de dados deve ser realizada no segundo semestre de 2015, após aprovação do CEP.

Em anexo, consta:

- O projeto de mestrado;
- O documento “Erros mais comuns na submissão de projeto à Plataforma Brasil”;
- Resolução nº 466/12.

Fico à disposição para maiores esclarecimentos.

Atenciosamente,

Mariana Santos De Giorgio Lourenço
 Terapeuta Ocupacional – CREFITO-3/8114-TO
 Mestranda do Programa de Pós Graduação em Terapia Ocupacional- UFSCar

APÊNDICE – E

PARECER CONSUBSTANCIADO EMITIDO PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO CARLOS/UFSCAR



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Políticas e ações para a atenção psicossocial de crianças e adolescentes: identificando realidades

Pesquisador: MARIANA SANTOS DE GIORGIO LOURENÇO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 50814515.5.0000.5504

Instituição Proponente: Departamento de Terapia Ocupacional

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.484.766

Apresentação do Projeto:

O estudo propõe compreender como ocorre a atenção psicossocial para crianças e adolescentes, em três municípios com diferentes dimensões e recursos localizados na área de abrangência de um Departamento Regional de Saúde do Estado de São Paulo (DRS). Trata-se de pesquisa descritivo-exploratória, de abordagem qualitativa, que fará uso de entrevistas com profissionais da Atenção Básica de Saúde envolvidos no acolhimento e no cuidado voltado às crianças e adolescentes em sofrimento psíquico, de cada uma das três cidades envolvidas.

Objetivo da Pesquisa:

- Compreender desafios e perspectivas acerca da atenção efetivada na Atenção Básica de saúde de cada município em relação às articulações com as Políticas Públicas de Saúde Mental Infantojuvenil.
- Identificar, sob a ótica dos técnicos das Unidades Básicas de Saúde, os desafios e perspectivas relativos à concretização das políticas e ações de Saúde Mental Infantojuvenil em cada município.
- Sistematizar aspectos relacionados ao cuidado em Saúde Mental de crianças e adolescentes, presentes nos diferentes municípios focalizados.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Adequados e descritos no projeto e no TCLE.

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

UF: SP

Telefone: (16)3351-9683

CEP: 13.565-905

Município: SAO CARLOS

E-mail: cephumanos@ufscar.br

Continuação do Parecer: 1.484.766

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de uma pesquisa com relevância científica e social e respeita os preceitos éticos estabelecidos pela Resolução CNS 466/2012 e suas complementares.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Devidamente apresentados.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pendências resolvidas.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_597654.pdf	11/12/2015 17:02:47		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TermoDeAssentimento_████████.pdf	11/12/2015 17:01:15	MARIANA SANTOS DE GIORGIO LOURENÇO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TermoDeAssentimento_████████.pdf	11/12/2015 16:58:14	MARIANA SANTOS DE GIORGIO LOURENÇO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	MarianaLourencoProjeto_PPGTO.pdf	19/10/2015 18:12:56	MARIANA SANTOS DE GIORGIO LOURENÇO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TermoDeAssentimento.pdf	19/10/2015 17:49:37	MARIANA SANTOS DE GIORGIO LOURENÇO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TermoDeConsentimento.pdf	19/10/2015 17:46:09	MARIANA SANTOS DE GIORGIO LOURENÇO	Aceito
Folha de Rosto	FolhaDeRosto_Assinada.pdf	19/10/2015 17:40:21	MARIANA SANTOS DE GIORGIO LOURENÇO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-9683

E-mail: cephumanos@ufscar.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO CARLOS/UFSCAR



Continuação do Parecer: 1.484.766

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO CARLOS, 06 de Abril de 2016

Assinado por:
Ricardo Carneiro Borra
(Coordenador)

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

UF: SP

Telefone: (16)3351-9683

Município: SAO CARLOS

CEP: 13.565-905

E-mail: cephumanos@ufscar.br

APÊNDICE – F

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TERAPIA OCUPACIONAL – PPGTO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA

NOME:
DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº SEXO: M F
DATA DE NASCIMENTO:/...../.....
ENDEREÇO: Nº
COMPLEMENTO:
BAIRRO: CIDADE:
CEP: TELEFONE (DDD):-

DADOS SOBRE A PESQUISA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA: “Políticas e ações para a atenção psicossocial de crianças e adolescentes: identificando realidades através da perspectiva de profissionais da Atenção Básica em Saúde”.

2. PESQUISADORES: Mariana Santos De Giorgio Lourenço, Terapeuta Ocupacional inscrita no conselho regional CREFITO-3/8114-TO, mestranda no programa de pós-graduação em Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos - UFSCar, sob orientação da Prof. Dra. Thelma Simões Matsukura.

3. RISCO DA PESQUISA:

Risco mínimo: X

Risco baixo:

Risco médio:

Risco maior:

4. TEMPO DE DURAÇÃO DA PESQUISA: 18 meses.

Você está sendo convidado(a) para participar da pesquisa intitulada **POLÍTICAS E AÇÕES PARA A ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES: IDENTIFICANDO REALIDADES ATRAVÉS DA PERSPECTIVA DE PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE**.

O objetivo principal deste estudo é compreender, sob a ótica dos profissionais dos serviços, como se dá a atenção psicossocial para crianças e adolescentes na Atenção Básica, em municípios onde os CAPSij não integram a Rede de Atenção Psicossocial.

Entendemos que esta pesquisa poderá contribuir com um aprofundamento da compreensão das políticas públicas de atenção psicossocial à crianças e adolescentes, como também poderá contribuir com a manutenção, melhoria e criação de estratégias em saúde mental infantojuvenil.

Os dados serão coletados a partir de entrevistas com profissionais de saúde das UBS/ESF, de nível superior, indicados pelos gestores das Unidades e que respondam pelo acolhimento e cuidado voltado a crianças e adolescentes em sofrimento psíquico. No caso de não haver um profissional a ser indicado, o próprio gestor pode responder à entrevista. A duração prevista para a realização das entrevistas é de cerca de uma hora. As entrevistas serão realizadas pela mestrandia Mariana Santos De Giorgio Lourenço.

Desta forma, gostaríamos de convidá-lo(la) a participar desta entrevista e pedir sua permissão para a gravação da mesma, nos comprometendo a manter total sigilo em relação à sua identidade, inclusive no modo de informar os dados.

Todos os procedimentos adotados no estudo obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos, conforme a Resolução 466/12 do Ministério da Saúde. O estudo também foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos sob o Parecer nº 1.484.766.

Ressaltamos que sua participação neste estudo não é obrigatória e a desistência na participação poderá ocorrer a qualquer momento. Sua recusa em participar desta pesquisa não acarretará em nenhum prejuízo pessoal ou profissional. Ressaltamos ainda que você não terá nenhuma despesa ao participar da pesquisa, além de não haver pagamento ou outro benefício em forma de dinheiro ou bonificação pela participação.

A sua participação é muito importante para que se conheça melhor a realidade de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico em locais que não possuem serviços estratégicos de saúde mental infantojuvenil.

Você receberá uma cópia deste termo de consentimento e ficamos à disposição para esclarecê-lo, a qualquer momento, sobre dúvidas em relação ao presente estudo. A principal pesquisadora é Mariana Santos De Giorgio Lourenço, que poderá ser encontrada no seguinte endereço: Rua Lincoln Vaz, 105, Vila Nossa Senhora de Fátima, Botucatu-SP. Telefone para contato: (14) 981178586 – TIM ou (14) 99610-5284 – VIVO. E-mail: ma_giorgio@yahoo.com.br

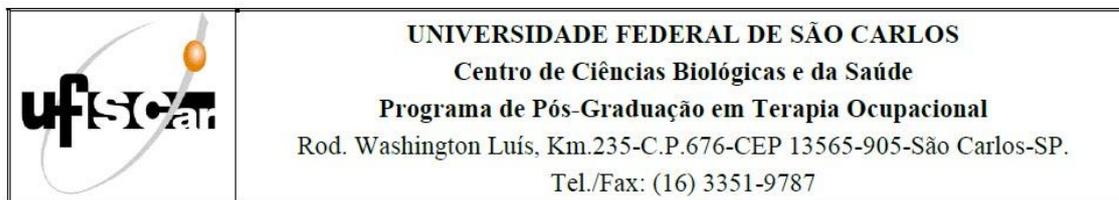
Mariana Santos De Giorgio Lourenço

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP – Brasil. Fone (16) 3351- 8110. Endereço eletrônico: cephumanos@power.ufscar.br

Local e data

Nome:

APÊNDICE – G**CARTA CONVITE PARA O COMITÊ DE JUÍZES ESPECIALISTAS**

Boa tarde, como vai?

Gostaria de convidá-lo(a) a participar do Comitê de Juízes Especialistas para avaliar o roteiro de entrevista semiestruturada que estou desenvolvendo em parceria com a minha orientadora Professora Dra. Thelma Simões Matsukura, que será utilizado na coleta de dados do nosso estudo de Mestrado intitulado "Políticas e ações para a atenção psicossocial de crianças e adolescentes: identificando realidades". Em linhas gerais, o estudo objetiva compreender, sob a ótica dos profissionais dos serviços, como se dá a atenção psicossocial para crianças e adolescentes na Atenção Básica, em municípios onde os CAPSij não integram a Rede de Atenção Psicossocial.

No caso de seu aceite enviaremos maior detalhamento sobre o estudo e o referido roteiro para a avaliação.

Desde já, nos desculpamos pela época em que fazemos esta solicitação, porém, com o cronograma que precisamos cumprir e a demora que tivemos para que os municípios aceitassem a participação não nos restou alternativa. De qualquer modo, esta etapa de finalização da instrumentação deve ser concluída até 20 de janeiro e temos a nosso favor tratar-se de um roteiro bastante enxuto, com poucas questões. Agradecemos muitíssimo sua compreensão e reforçamos que sua participação muito contribuirá para a qualidade e pertinência do trabalho.

Encaminho em anexo este convite e, caso você possa participar e contribuir nesta etapa, por favor, nos retorne este e-mail em até 10 dias.

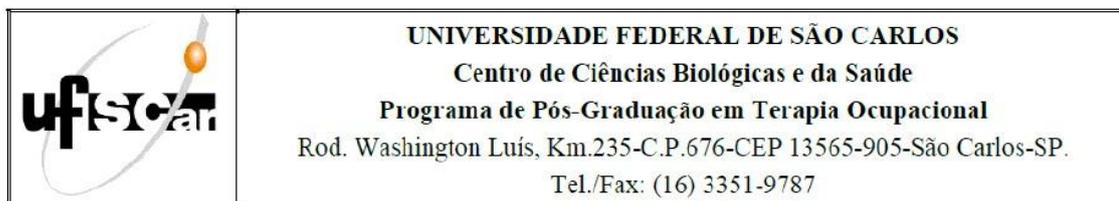
Coloco-me à disposição para possíveis dúvidas. Desde já agradeço a atenção.

Mariana Santos De Giorgio Lourenço
Terapeuta Ocupacional

Mestranda do Programa de Pós Graduação em Terapia Ocupacional Universidade Federal de
São Carlos

APÊNDICE – H

CARTA DE ORIENTAÇÃO AOS JUÍZES ESPECIALISTAS



São Carlos, 15 de dezembro de 2015.

Prezados colegas

Vimos através desta, convidá-la a contribuir para a adequação do questionário a ser aplicado pela pesquisadora Mariana Santos De Giorgio Lourenço, em sua pesquisa intitulada “Políticas e ações para a atenção psicossocial de crianças e adolescentes: identificando realidades”, sob a orientação da Profa. Dra. Thelma Simões Matsukura.

O estudo tem como objetivo compreender, sob a ótica dos profissionais dos serviços, como se dá a atenção psicossocial para crianças e adolescentes na Atenção Básica, em municípios onde os CAPSi não integram a Rede de Atenção Psicossocial. Pretende-se, com esta pesquisa, realizar uma investigação sobre como tem sido ofertado – e se tem sido ofertado – o cuidado na atenção psicossocial infantojuvenil em realidades onde o CAPSi não faz parte da Rede de Atenção Psicossocial, uma vez que o número de equipamentos para atender às demandas do Estado é ainda insuficiente.

Solicitamos que você, como conhecedora da área, julgue a pertinência das perguntas que compõem o Formulário de Identificação e o Roteiro de Entrevista que será apresentado aos profissionais de nível superior das Estratégias Saúde da Família, na Atenção Básica, que serão participantes da pesquisa. Estes profissionais serão indicados pelos coordenadores dos serviços selecionados. A pertinência deverá ser julgada tanto no que se refere ao conteúdo e abordagem quanto a forma de apresentação (redação, ordem etc.)

Sua contribuição será valiosa para o desenvolvimento e adequação do instrumento a ser utilizado na pesquisa. Dessa forma, fique a vontade para acrescentar questões e/ou sugerir temas para serem abordados, caso observe que os mesmos não se encontram no rol de perguntas do questionário e seria importante para integrar esta investigação. Fique a vontade ainda para modificar ou sugerir termos, assim como acrescentar e/ou modificar palavras.

Pedimos, por gentileza, para que o retorne até 20/01/2016. Comprometemo-nos lembrá-la deste prazo no dia 13/01/2016.

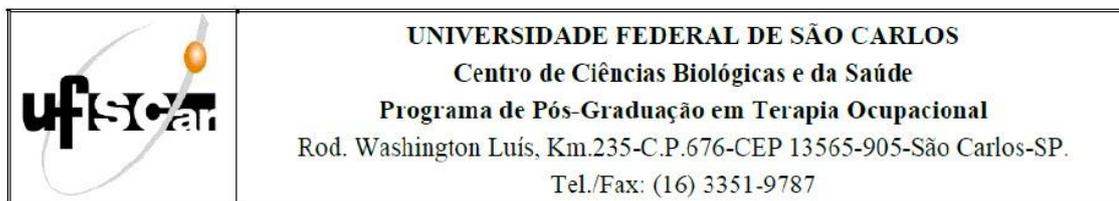
Colocamo-nos à disposição para esclarecimento de qualquer dúvida através do e-mail ma_giorgio@yahoo.com.br ou pelos telefones (14) 98117-8586 (TIM) e (14) 99610-5284 (VIVO).

Desde já, agradecemos sua compreensão e atenção para com o estudo.

Mariana Santos De Giorgio Lourenço
 Profa. Dra. Thelma Simões Matsukura

APÊNDICE – I

CARTA CONVITE AOS PARTICIPANTES DO ESTUDO



Olá _____, como vai?

Me chamo Mariana, sou terapeuta ocupacional e mestranda do Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos – UFSCar.

Meu estudo é sobre a atenção psicossocial de crianças e adolescentes através da perspectiva de profissionais da Atenção Básica em Saúde a ser realizado em três municípios, entre eles _____, sob a orientação da Prof. Dra. Thelma Simões Matsukura.

O objetivo principal deste estudo é compreender, sob a ótica dos profissionais dos serviços, como se dá a atenção psicossocial para crianças e adolescentes na Atenção Básica, em municípios onde os CAPS infantojuvenis não integram a Rede de Atenção Psicossocial.

Entendemos que esta pesquisa poderá contribuir com um aprofundamento da compreensão das políticas públicas de atenção psicossocial a crianças e adolescentes, como também poderá contribuir com a manutenção, melhoria e criação de estratégias em saúde mental infantojuvenil.

Os dados serão coletados a partir de entrevistas com profissionais de saúde das USF/ESF, de nível superior, indicados pelos gestores das Unidades e que respondam pelo acolhimento e cuidado voltado a crianças e adolescentes em sofrimento psíquico. A duração prevista para a realização das entrevistas é de cerca de uma hora e os participantes não serão identificados. As entrevistas serão realizadas por mim.

Todos os procedimentos adotados no estudo obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos, conforme a resolução 466/12 do Ministério da Saúde. O estudo também foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos, sob parecer número 1.484.766. Além disso, também já obtive a autorização dos municípios através de contato realizado com as Secretarias Municipais de Saúde.

Desta forma, gostaria de convidá-la(lo) para participar do meu estudo como gestor, respondendo algumas questões referentes à organização do serviço, além de me indicar um profissional de nível superior, que atue no acolhimento de crianças e adolescentes com problemas de saúde mental e trabalhe na Unidade há, pelo menos, seis meses e que aceite participar da coleta de dados através da entrevista semi-estruturada.

Agradecemos muitíssimo sua compreensão e reforço que sua participação muito contribuirá para a qualidade e pertinência do trabalho.

Aguardo um retorno e fico à disposição para outros esclarecimentos.

Obrigada!

Mariana Santos De Giorgio Lourenço

ANEXO

ANEXO – 1

