

Artigo Original

A saúde mental infantojuvenil sob a ótica de gestores da Atenção Básica à Saúde: possibilidades e desafios¹

Child and adolescent mental health from the perspective of Primary Health Care managers: possibilities and challenges

Mariana Santos De Giorgio Lourenço^a , Thelma Simões Matsukura^a ,
Maria Fernanda Barboza Cid^a 

^aUniversidade Federal de São Carlos – UFSCar, São Carlos, SP, Brasil.

Como citar: Lourenço, M. S. G., Matsukura, T. S., & Cid, M. F. B. (2020). A saúde mental infantojuvenil sob a ótica de gestores da Atenção Básica à Saúde: possibilidades e desafios. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*. 28(3), 809-828. <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO2026>

Resumo

Este estudo objetivou identificar a compreensão de gestores de Unidades de Saúde da Família de municípios que não contam com CAPSij (Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil), sobre saúde mental infantojuvenil, assim como a sua percepção sobre o entendimento que as equipes têm da saúde mental infantojuvenil. Trata-se de pesquisa descritivo-exploratória de caráter qualitativo, aportada no referencial teórico das Políticas Públicas de Saúde, Saúde Mental, Atenção Psicossocial para Infância e Adolescência e Atenção Básica (ABS). Participaram 21 profissionais da ABS, gestores de Unidades de Saúde da Família vinculadas a três municípios do Estado de São Paulo, de diferentes dimensões. Os participantes concederam entrevistas a partir de roteiros semiestruturados. As entrevistas foram gravadas, transcritas e analisadas com a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). Os resultados indicaram, entre outros: (a) a crença dos participantes de que as experiências familiares, econômicas e sociais vivenciadas por crianças e adolescentes em seus contextos de vida têm impacto direto em sua saúde mental; (b) a não identificação de casos de saúde mental infantojuvenil pelos gestores das Unidades participantes; (c) a percepção divergente dos gestores quanto à compreensão das equipes sobre saúde mental infantojuvenil. Com base nos resultados, sinaliza-se que o fortalecimento das

¹Os resultados apresentados neste artigo são parte integrante da dissertação intitulada “Saúde Mental Infantojuvenil: identificando realidades de municípios que não contam com CAPS infantojuvenil, a partir da atenção básica em saúde”, desenvolvida por Mariana Santos De Giorgio Lourenço, orientada pela Dra. Thelma Simões Matsukura, elaborada junto ao Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos. Todos os procedimentos éticos foram cumpridos e o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos – UFSCar, sob parecer substanciado de número 1.484.766.

Recebido em Nov. 13, 2019; 1ª Revisão em Fev. 3, 2020; 2ª Revisão em Jun. 11, 2020; Aceito em Jun. 26, 2020.



Este é um artigo publicado em acesso aberto (*Open Access*) sob a licença *Creative Commons Attribution*, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

estratégias de matriciamento e/ou formação continuada, se planejados de forma contextualizada em função dos territórios, podem ser efetivos para apoiar as ações de cuidado em saúde mental na ABS para aqueles municípios com menos recursos humanos e institucionais.

Palavras-chave: Saúde Mental, Criança, Adolescente, Atenção Básica à Saúde.

Abstract

This study aimed to identify the understanding of managers of family health units that do not count on CAPSij (Child and Youth Psychosocial Care Center), about child and adolescent mental health, and their perception of the understanding of the team about child and adolescent mental health. This is qualitative descriptive-exploratory research, based on the theoretical reference of Public Health Policies, Mental Health, Psychosocial Care for Children and Adolescents, and Primary Health Care (PHC). Twenty-one Primary Care professionals participated, who were managers of Family Health Units linked to three municipalities in the State of São Paulo, of different dimensions. Participants were interviewed based on semi-structured scripts. The interviews were recorded, transcribed, and analyzed with a technique of the Collective Subject Discourse (CSD). Some of the results showed: (a) the belief of the participants that the family, economic and social experiences of children and adolescents in their life contexts directly affected their mental health; (b) the failure to identify cases of child and adolescent mental health by the managers of the participating units; (c) managers' divergent perception of the team's understanding of the child and adolescent mental health. Based on the results, it is suggested that if the strengthening of matriculation and/or continuing education strategies are planned in a contextualized way according to the territories can be effective to support mental health care actions in PHC for those municipalities with less human and institutional resources.

Keywords: Mental Health, Child, Adolescent, Primary Health Care.

1 Introdução

Ao se colocar o foco na população infantojuvenil, nota-se que a primeira legislação brasileira referente aos direitos da criança e do adolescente data da década de 1920, vindo a ser substituída no fim da década de 1970 e, mais recentemente, em 1990, com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (Brasil, 1927, 1979, 1990). Foi a partir desse momento que a população infantojuvenil teve assegurado seu direito à saúde mediante a efetivação de políticas sociais públicas, por intermédio do Sistema Único de Saúde (SUS), o que inclui a atenção e o cuidado a todas as necessidades de saúde da criança e do adolescente (Brasil, 2014, 2017a).

Compreende-se que os cuidados direcionados às crianças nos primeiros anos de vida podem desempenhar função importante no seu desenvolvimento emocional, cognitivo e social e, para isso, as políticas de cuidado são organizadas em eixos estratégicos, a partir de diretrizes específicas para cada fase do desenvolvimento, tendo a Atenção Básica como ordenadora desse cuidado no território. Já para os adolescentes, faz-se necessário estratégias que apresentem um novo modo de produzir saúde, visto toda a complexidade

dessa fase da vida. Assim, é preconizado pelo SUS o acesso a políticas intersetoriais que promovam o bem-estar físico, mental e social, enfatizando a Atenção Básica nas políticas setoriais, com sua capacidade de trabalho nos âmbitos individual e coletivo (Brasil, 2014).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) tem prioritariamente como estratégia de expansão e consolidação da Atenção Básica a Saúde da Família (Brasil, 2013, 2017b). Por se definir como um conjunto de ações e serviços que devem se estruturar baseados nas necessidades da população, a Estratégia Saúde da Família (ESF) tem por princípio levantar tais necessidades a partir da estruturação de um vínculo entre os usuários do serviço e os profissionais de saúde. Para que isso seja possível, os profissionais devem estar em constante contato com o território, priorizando ações de saúde de modo integral e contínuo, em especial ações de promoção, proteção e recuperação da saúde (Oliveira & Pereira, 2013).

Com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações na Atenção Básica, foram criados, ainda, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASFs) (Brasil, 2013), que, no ano de 2017, passou a ser designado como “Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica” (Nasf-AB), devendo ser constituído por uma equipe multiprofissional e interdisciplinar, composta por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, complementares às equipes que atuam na Atenção Básica e que devem atuar de forma integrada para dar suporte a esses profissionais (Brasil, 2017b).

Um dos princípios da Atenção Básica em saúde é possibilitar o primeiro acesso da população ao sistema de saúde, incluindo as pessoas que precisam de cuidados em saúde mental. Sinaliza-se que o cuidado em saúde mental na Atenção Básica é estratégico por permitir que as ações sejam desenvolvidas em um território conhecido, facilitando o acesso das equipes aos usuários e vice-versa. No entanto, nota-se que, para além de sua importância, os profissionais da Atenção Básica apresentam muitas dúvidas, curiosidades e receios acerca das práticas em Saúde Mental no serviço (Brasil, 2013).

O índice de prevalência de problemas de saúde mental na população adulta no mundo gira em torno de 30%. Tal índice corresponde, também, à população infantojuvenil (Lopes, 2020). Com base na literatura, é possível observar que esses índices têm aumentado nos últimos anos (Lopes, 2020; Organização Pan-Americana da Saúde, 2016).

Lopes et al. (2016), em estudo de prevalência realizado entre 2013 e 2014, com adolescentes de 12 a 17 anos, em 124 municípios brasileiros, identificou que 30% da população estudada apresentava transtornos mentais comuns (identificados, principalmente, pela vivência de sintomas de depressão e ansiedade, além de queixas somáticas).

O Ministério da Saúde (Brasil, 2013, p. 103-104) refere que estudos epidemiológicos mais recentes “[...] demonstram haver impactos negativos, advindos de problemas não tratados ou cuidados, na sociabilidade e na escolaridade, que tendem a persistir ao longo dos anos”, e acrescenta que a maior parte da população infantojuvenil com questões de saúde mental não recebe cuidados adequados ou não tem acesso a serviços de saúde que sejam compatíveis com as suas necessidades. Assim, para que a Atenção Básica possa ser resolutiva e contribuir na melhoria do cuidado, “[...] necessita aumentar sua acuidade

para as diferentes e inventivas formas de expressão dos problemas que as crianças e jovens apresentam, e para oferta de suporte a eles e suas famílias” (Brasil, 2013, p. 104).

Assim como as políticas para garantia de direitos, as políticas de saúde mental específicas para crianças e adolescentes ficaram na esteira daquelas direcionadas à população adulta (Couto, 2001). No SUS, o Centro de Atenção Psicossocial para a infância e adolescência (CAPSi) foi instituído com a Portaria nº 336, em 2002 (Brasil, 2002), que estabelece e regulamenta os CAPS, em todas as suas modalidades e reafirmado em 2011, com a publicação da Portaria nº 3.088, que regulamenta a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no Brasil (Brasil, 2011a). Na ocasião da Portaria nº 336, o CAPSi tornou-se o principal responsável pela articulação do cuidado em rede de seus usuários, atendidos em projetos terapêuticos singulares (Taño & Matsukura, 2014).

Ainda que se reconheça o fundamental papel dos CAPSij², identifica-se a relevância da Atenção Básica no cuidado em Saúde Mental e a potência desse cuidado no território, visto que, desde a publicação da RAPS, as UBS fazem parte da rede de cuidado em Saúde Mental (Gryschek & Pinto, 2015; Brasil, 2011a, 2013; Moliner & Lopes, 2013; Minozzo et al., 2012). A PNAB (Brasil, 2017b) define como estratégia para um cuidado integral a organização em Redes de Atenção à Saúde (RAS) que possam direcionar as necessidades de saúde da população, e destaca a Atenção Básica como primeiro ponto de atenção e porta de entrada preferencial do sistema, responsável por ordenar os fluxos e contrafluxos de pessoas.

No entanto, para que a Atenção Básica possa, de fato, ser ordenadora da RAS, é imprescindível que se reconheça as necessidades de saúde da população que está sob sua responsabilidade (Brasil, 2017b) e as necessidades no campo da saúde mental devem estar incluídas.

Dados do Ministério da Saúde (Brasil, 2015) apontam que, no ano de 2015, o Estado de São Paulo contava com 58 CAPSij. Visto que, de acordo com a Rede de Atenção Psicossocial – RAPS (Brasil, 2011a), este equipamento é destinado a municípios com população acima de 70.000 habitantes, acredita-se que nas cidades que não contam com o CAPSij, como os municípios menores do interior do Estado de São Paulo e a maioria das cidades do país, o cuidado em saúde mental infantojuvenil pode estar comprometido e/ou pouco sistematizado, o que reforça a necessidade de ações desse campo na Atenção Básica.

Ainda que não específicos do campo da saúde mental infantojuvenil, alguns estudos se preocuparam em abordar as práticas de saúde mental na Atenção Básica, assim como as ações intersetoriais como estratégias de ação. Frateschi & Cardoso (2016) mapearam a produção científica sobre as práticas em saúde mental desenvolvidas no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) a partir do ano de 2008 e analisaram 54 artigos.

As autoras encontraram relatos de ações que se destacam desde aquelas centradas no preparo da equipe e no cuidado pautado em uma perspectiva médico centrada, até estudos que enfocam estratégias dialógicas e coletivas, com ênfase em recursos

²Ainda que se reconheça, nos documentos oficiais, a sigla “CAPSi” para os Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis, neste estudo foi utilizada a sigla “CAPSij”, a partir da Portaria da Secretaria Municipal da Saúde do Município de São Paulo, Portaria nº 2.375, de 27 de dezembro de 2016 (São Paulo, 2017), como justificado por Taño & Matsukura (2019).

psicossociais na descrição do cuidado em saúde mental ofertado. No que diz respeito às práticas específicas de saúde mental na APS, algumas produções relatam práticas grupais e oficinas, medicalização, visitas domiciliares, terapias individuais e outros. Com base no estudo, as autoras concluíram que, ainda que usuários, profissionais e gestores considerem a Atenção Básica como um espaço que deva ofertar ações de saúde mental, “[...] este nível de atenção, frequentemente, não é reconhecido como referência para esta demanda” (Frateschi & Cardoso, 2016, p. 165).

Prata et al. (2017) discutiram os desafios para a implementação das ações de saúde mental na Estratégia Saúde da Família, sob a perspectiva da desinstitucionalização e territorialização do cuidado por meio de entrevista semiestruturada com gestores em um primeiro momento, e entrevistas em grupo com equipes da Saúde da Família, em um segundo momento, além do acompanhamento de ações de cuidado em rede a partir de visitas regulares ao território, em duas comunidades na cidade do Rio de Janeiro. Nos resultados, os autores identificaram a dificuldade de ações territoriais por características advindas da localização periférica da comunidade e das situações de violência nesses espaços e discutem sobre os processos de adoecimento com as características sociais e de vulnerabilidade de grupos e comunidades dos territórios estudados.

Fernandes et al. (2018), em revisão de literatura que considerou as publicações nacionais no período de 2010 a 2015 e objetivou identificar o que tem sido produzido na literatura científica nacional sobre as práticas de cuidado em saúde mental na Atenção Básica à Saúde, revelaram que as práticas de cuidado em Saúde Mental estão limitadas pela falta de conhecimento e aproximação dos profissionais com o campo e há relevante necessidade de investimentos em formação continuada. As autoras identificaram, ainda, que as práticas de cuidado em saúde mental desenvolvidas na Atenção Básica continuavam voltadas para o modelo biomédico, medicalizante e excludente.

Dentre os estudos analisados na revisão de Fernandes et al. (2018), destaca-se a pesquisa de Moliner & Lopes (2013), que objetivou conhecer a configuração das práticas de cuidado em saúde mental na Atenção Básica, pela ótica de uma equipe de Estratégia Saúde da Família. Tal estudo revelou que a compreensão de saúde mental pelos profissionais decorre do conceito de saúde como ausência de doença, ou seja, um conceito biologista, que não olha para as questões subjetivas e para a dimensão social dos sujeitos e que, além da compreensão, é preciso alterar a prática do serviço para que esta passe a responder a uma nova forma de cuidar.

Sobre as concepções e conceitos envolvendo o campo da saúde mental e a Atenção Básica, Oliveira et al. (2017), em estudo recente que objetivou analisar as concepções que norteavam a prática dos profissionais da Atenção Básica em relação aos cuidados em saúde mental no município de João Pessoa, na Paraíba, utilizaram entrevista semiestruturada com 16 profissionais, de diferentes categorias (enfermeira, médica, dentista, técnica de enfermagem, auxiliar de saúde bucal e agentes comunitários de saúde) e concluíram que as concepções dos profissionais acerca da saúde mental ainda se concentram na ideia de ausência de doença/ transtorno mental grave, ou seja, uma ideia que fica na dimensão biológica em detrimento da complexidade e da multiplicidade de fatores relacionados ao sofrimento psíquico.

No campo específico da saúde mental infantojuvenil, um número menor e recente de estudos procura abordar a realidade do cuidado voltado a essa população, tendo como foco ou tangenciando a perspectiva da Atenção Básica, e revela diversas lacunas a serem abordadas em pesquisas futuras. Por exemplo, o estudo de Nogueira & Campos (2017), que trata de um relato de experiência desenvolvido em município do interior do estado de Minas Gerais, que não contava com CAPSij, abordou a construção das políticas e equipamentos de Saúde Mental da região e das ações de cuidado à população infantojuvenil. As autoras identificaram que a demanda em saúde mental dessa população não é compreendida como legítima e que o cuidado se resume à assistência médica e medicamentosa com psiquiatra e/ou neurologista por meio de encaminhamentos realizados pela Atenção Básica.

Já Teixeira et al. (2017) apresentam os resultados do estudo que analisou as barreiras e os facilitadores para o cuidado colaborativo entre a Atenção Básica, por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF) e um CAPSij da cidade do Rio de Janeiro. Tais resultados apontam para a compreensão ampliada dos profissionais da Atenção Básica em relação aos determinantes do sofrimento psíquico pela população infantojuvenil, além do entendimento da complexidade que envolve as questões de Saúde Mental, como sendo facilitadores. No que diz respeito às barreiras, os autores apresentam: a hesitação dos profissionais frente às questões de saúde mental de crianças e adolescentes; a demanda por especialistas vinda dos profissionais da ESF, cujo atendimento, apesar de uma compreensão mais abrangente sobre o sofrimento, restringe-se a estratégias de assistências conservadoras que mantêm a fragmentação do cuidado; o desconhecimento dos recursos existentes no território, dos modos de funcionamento desses recursos e dos atores-chave, entre outros. Tais barreiras reforçam as lacunas no campo da saúde mental infantojuvenil e devem servir como sugestão para estudos futuros.

Nessa direção, compreende-se que, na ausência desses equipamentos estratégicos (CAPSij), o papel e os desafios para o cuidado em saúde mental infantojuvenil vinculam-se ou dependem fortemente da Atenção Básica em Saúde, a qual, ao mesmo tempo que não pode contar com referência e colaboração importante que poderia advir dos CAPSij, precisa aprimorar e responder, como já apresentado aqui, pelos desafios de implementar o cuidado em saúde mental de forma articulada e territorial, tanto para adultos como para crianças e adolescentes.

Compreendendo a necessidade de ampliação de estudos que se debruçam sobre a saúde mental na Atenção Básica e da lacuna no que se refere, especificamente, ao campo da Saúde Mental Infantojuvenil e, considerando ainda a realidade da maior parte dos municípios paulistas e brasileiros, onde não existem os equipamentos estratégicos em saúde mental que respondam pela infância e adolescência, é que se coloca o presente estudo.

Assim, este estudo tem por objetivo identificar a compreensão de gestores de Unidades de Saúde da Família de municípios que não contam com CAPSij, sobre saúde mental infantojuvenil, assim como a percepção destes sobre o entendimento que as equipes têm da saúde mental infantojuvenil.

2 Metodologia

Trata-se de uma pesquisa descritivo-exploratória, de caráter qualitativo, que se aporta no referencial teórico das Políticas Públicas de Saúde, de Saúde Mental, de Atenção Psicossocial para a Infância e Adolescência e de Atenção Básica.

2.1 Participantes

Foram participantes do estudo 21 profissionais da Atenção Básica, gestores de USFs³, todos com formação em enfermagem, de três municípios que não contam com equipamento estratégico em saúde mental infantojuvenil. Como critério de inclusão, considerou-se trabalhar há pelo menos seis meses na unidade e aceitar participar do estudo. O número de gestores participantes de cada município está discriminado na Tabela 1:

Tabela 1. Distribuição dos gestores participantes nos municípios focalizados.

	Total de USFs no município	USFs Participantes	Participantes do estudo
Município A	13	10	12
Município B	5	5	7
Município C	3	2	2

A discrepância no número de unidades com o número dos participantes do estudo se deve ao fato de algumas unidades contarem com mais de uma equipe de Saúde da Família.

2.2 Local

O estudo foi realizado em três municípios, de diferentes dimensões, que não contam com o equipamento estratégico CAPSij e são integrantes de uma Rede Regional de Atenção à Saúde (RRAS), de um determinado Departamento Regional de Saúde (DRS) do Estado de São Paulo. Esta DRS, localizada no interior do Estado, conta com 68 municípios que possuem, ao todo, apenas três CAPSij, um deles para álcool e drogas.

Para responder aos objetivos do estudo, foi critério de inclusão para a escolha dos municípios que nenhum deles possuísse CAPSij como parte de sua rede de atenção, mas contasse com serviços de Atenção Básica – Unidade Básica de Saúde (UBS) com ou sem ESF – que serão designadas neste estudo como Unidades de Saúde da Família (USF).

³Desde 2017, com a aprovação da Portaria nº 2436/2017, todos os estabelecimentos de saúde que prestam ações e serviços da Atenção Básica passaram a ser denominados Unidade Básica de Saúde (UBS). No entanto, como o estudo foi realizado anteriormente, optou-se por manter as denominações para que o leitor possa compreender a organização e escolha da pesquisadora no momento.

A fim de garantir o sigilo, principalmente aos profissionais participantes, os municípios foram identificados como Município A, Município B e Município C, os quais serão caracterizados a seguir, conforme dados da Tabela 2:

Tabela 2. Caracterização dos municípios quanto ao número de habitantes e serviços AB.

	Habitantes (Estimativa Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2015)	UBS	USF	Policlínica
Município A	139.483	5	13	2
Município B	40.367	2	5	0
Município C	9.299	0	3	0

Importa destacar que, como já mencionado anteriormente, de acordo com a Portaria nº 3088/2011 (RAPS), os CAPSij são destinados a municípios com população acima de 70.000 habitantes. Tal situação se apresenta como fator relevante, pois, como na maioria das cidades brasileiras, não é esperado, nos municípios B e C, a existência de um CAPSij, o que torna ainda mais importante o papel da Atenção Básica em Saúde na atenção à Saúde Mental e ordenação do cuidado, assim como a articulação de ações regionais. No entanto, o Município A poderia contar com a cobertura do CAPSij em função do tamanho populacional, ainda que isso não ocorra.

Tal município conta com uma Rede de Saúde Mental que possui Hospital Psiquiátrico, Ambulatórios de Saúde Mental, CAPS I, CAPS II e CAPSad II, Oficinas e Residências Terapêuticas, Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB), Ambulatório de Saúde Mental Infantojuvenil, serviço de internação para álcool e drogas, Hospital-Dia e Enfermaria de Psiquiatria. No entanto, somente os serviços de CAPS I, Ambulatório de Saúde Mental Infantojuvenil e o serviço de internação para álcool e drogas atendem crianças e adolescentes, sendo o primeiro no âmbito municipal. O Município B possui uma Equipe de Saúde Mental, única referência para os profissionais de saúde na cidade que atende somente adultos e adolescentes a partir dos 16 anos. Já o município C não conta com nenhum serviço de saúde mental.

2.3 Instrumentos e materiais

Para a coleta de dados, foram utilizados: 1) uma ficha de caracterização do serviço na qual constavam informações como: tempo de funcionamento do serviço, área de abrangência, população atendida e proporção de casos de saúde mental de referência da Unidade, a fim de se compreender a estruturação e organização de cada serviço contatado; 2) uma ficha de identificação do participante com informações, como formação profissional, tempo de experiência na Atenção Básica, experiência com saúde mental de crianças e adolescentes, entre outros; e 3) um roteiro de entrevista semiestruturada que versava, entre outras questões, sobre a compreensão do profissional em relação à saúde mental infantojuvenil.

2.4 Procedimentos

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e todos os procedimentos éticos foram assegurados. A princípio, foi solicitada autorização das Secretarias Municipais de Saúde (SMS) dos municípios selecionados e realizado levantamento das Unidades por meio de *website* ou contato telefônico com as SMS. Todas as unidades de cada município foram convidadas a participar. Os acertos para as entrevistas foram estabelecidos para aquelas que aceitaram o convite de participação.

As entrevistas foram agendadas com os gestores – das unidades e/ou das equipes de saúde da família, visto que em unidades com mais de uma equipe cada uma conta com uma gestão. Após o aceite, todas as entrevistas foram realizadas presencialmente, em dia, horário e local determinado pelo participante. Todas as entrevistas foram registradas em áudio e, posteriormente, transcritas.

Para a análise dos dados foi utilizada a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), a qual “[...] 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).

3 Resultados e Discussão

Os resultados advindos das entrevistas apontam para algumas convergências e, também, especificidades na compreensão dos profissionais das Unidades de Saúde da Família sobre Saúde Mental Infantojuvenil.

Primeiramente, serão apresentados os resultados que foram identificados como convergentes entre os gestores e que foram reunidos sob a denominação “A relação entre a saúde mental infantojuvenil e os contextos de vulnerabilidade social”. Posteriormente, sob a denominação “Outras compreensões sobre saúde mental infantojuvenil”, são apresentados os resultados que também tratam da compreensão sobre saúde mental infantojuvenil, porém, verificados de forma mais pontual. Finalmente, sob a denominação “Percepção dos gestores quanto à compreensão da equipe sobre saúde mental infantojuvenil”, apresentam-se os resultados sobre a compreensão das equipes, ainda que sob a ótica dos gestores.

3.1 A relação entre a saúde mental infantojuvenil e os contextos de vulnerabilidade social

Nos três municípios, os participantes acreditam que as vivências e experiências de crianças e adolescentes em seus contextos de vida, em especial nas relações familiares, têm impacto direto na saúde mental, tanto na infância quanto na vida futura, assim como há a compreensão de que a saúde mental de crianças e adolescentes está diretamente relacionada às oportunidades, ou à falta delas, no contexto em que vivem. Além disso, os participantes acreditam que as experiências, em especial as familiares, impactam na saúde mental não somente na infância, mas em toda vida futura. O DSC, a seguir, ilustra sobre esta compreensão compartilhada por alguns gestores dos três municípios.

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 (DSC Município A).

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 à 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).

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 vêm 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 (DSC Município C).

Além disso, profissionais de dois municípios também apresentam mais claramente uma compreensão que relaciona a fragilidade econômica e social às questões de saúde mental infantojuvenil.

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).

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? (DSC Município B).

A perspectiva de relacionar a saúde mental com fatores ambientais e relacionais, conforme compartilhada por alguns participantes, encontra eco em algumas abordagens sobre o desenvolvimento (Reppold et al., 2002; Maia & Williams, 2005; Paula et al., 2008) e, dentre elas, a abordagem sobre risco e proteção, apresentada por Rutter (1999), na qual o autor discorre sobre vulnerabilidade e resiliência de crianças em ambientes propensos a riscos psicossociais. Considerar tais fatores e compreender sobre esses rebatimentos na saúde do indivíduo vai além de relacioná-los a um prognóstico negativo, tornando possível uma intervenção pautada no investimento do que pode ser considerado protetivo na interligação desses diferentes aspectos.

Importa ressaltar que, neste estudo, a complexidade da experiência do sofrimento psíquico é reconhecida pelos gestores, o que contrasta com os estudos apresentados anteriormente, como o estudo de Moliner & Lopes (2013). Tal estudo destacou a compreensão de saúde mental pelos profissionais como um conceito biologista que percebe a saúde como ausência de doença, não conseguindo olhar para a subjetividade e para a dimensão social dos sujeitos. Do mesmo modo, Nogueira & Campos (2017) apresentaram que a equipe da Atenção Básica do município estudado não compreendia a demanda de saúde mental da população infantojuvenil como legítima e resumia o cuidado à assistência médica e medicamentosa.

Cabe a reflexão de que o presente estudo aponta para um avanço significativo na compreensão dos profissionais da atenção Básica para as questões de saúde mental e de saúde mental infantojuvenil e que tais mudanças fazem forte diálogo com os preceitos da atenção psicossocial. Para além, entrevê as demandas de saúde mental como legítimas e contextualizadas de forma mais ampla, distanciando-se dos resultados do estudo relativamente recente de Nogueira & Campos (2017).

Compreende-se que tal avanço na concepção sobre saúde mental revelada neste estudo está apoiado no investimento e na consolidação qualitativa das políticas públicas de saúde e saúde mental.

Assim, é possível considerar que essa mudança positiva no discurso dos profissionais está relacionada aos avanços das políticas públicas de saúde mental ou, de modo mais amplo, à educação permanente, à participação e formação de Agentes Comunitários em Saúde, à maior compreensão sobre os processos de cidadania, dentre outras.

Ainda que alguns discursos apontem as questões familiares como um fator de impacto importante na saúde mental infantojuvenil, não faz parte do escopo deste estudo focar sobre essas possíveis relações, mas se faz importante destacar a necessidade de não manter um caminho comum, que é o da culpabilização das famílias, e assumir, de fato, que estas devem ser inseridas no processo de cuidado, além do desenvolvimento de ações que considerem e potencializem o suporte vindo desse grupo e considerado essencial no rebatimento ao cuidado de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico.

Compreende-se que o desafio está em assumir que este conjunto de vulnerabilidades está presente e que é neste cenário que as demandas por atenção em saúde mental se colocam, não apenas para as crianças, adolescentes e suas famílias, mas para toda a comunidade do território.

Assim, a partir das ações cotidianas da unidade, o fato de os profissionais da Atenção Básica se depararem com as dificuldades socioeconômicas da população atendida deve somar na percepção ampliada da situação e possibilitar uma análise das condições de vida dos usuários implicadas no processo saúde-doença. Como já destacado e em

concordância com Vecchia & Martins (2009), é preciso estar atento para que, em regiões de abrangência mais periféricas, esse tipo de constatação não corrobore aos profissionais a ideia de que tais circunstâncias são impossíveis de mudar.

3.2 Outras compreensões sobre saúde mental infantojuvenil

Outras formas de compreender a saúde mental infantojuvenil foram manifestadas e, em um mesmo município, concepções divergentes foram expressas pelos participantes. Em um primeiro momento, a compreensão se relaciona ao cumprimento de regras sociais determinadas pela família e/ou pela escola e o descumprimento destas como aborda o DSC a seguir:

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).

Já em um segundo momento, há um discurso que apresenta uma concepção mais ampliada, que coloca a criança e o adolescente no lugar de sujeitos de direitos, como ilustra o DSC a seguir:

É um bem-estar. Seria a criança ter direito à 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, [...]. 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).

Acredita-se que a compreensão mais ampliada, que remete às concepções de autonomia, convivência e cidadania, é reverberação da Reforma Psiquiátrica Brasileira, que teve como foco a Reabilitação Psicossocial. Tal discurso se difundiu na Atenção Básica após a aproximação dos profissionais das equipes de referência em saúde mental, por meio do Apoio Matricial (Figueiredo & Onocko-Campos, 2009).

Estudos apontam que é possível identificar, na Atenção Básica, o confronto entre os paradigmas Biomédico e a Clínica ampliada, e afirmam que a mudança de um para o outro é possível, mas difícil, caso não haja investimento tanto nos profissionais como nos processos de transformação das práticas de saúde e complementam que, sem isso, os avanços alcançados até o momento poderão ser revertidos (Onocko-Campos et al., 2011).

Profissionais dos Municípios A e B referiram também certa dificuldade em responder sobre sua compreensão de saúde mental de crianças e adolescentes, definindo a pergunta como “complexa” ou “complicada”. Tais adjetivações não se apresentaram de forma esclarecida ou aprofundada e compreende-se que, de fato, a definição é difícil, inclusive para profissionais do campo da saúde mental. Prova disso está no fato de que não há uma definição comum a todos e que esta é discutida por estudiosos de diferentes culturas, mas que apresentam como ponto comum que, assim como a saúde não é apenas

a ausência de doença, a saúde mental vai além da ausência de transtornos mentais. Ela está ligada, entre outros aspectos, à autonomia, à competência e à auto-realização do potencial intelectual e emocional do indivíduo (Organização Mundial da Saúde, 2001). Esses resultados certificam a importância e a necessidade de qualificar e problematizar o campo da saúde mental infantojuvenil com os profissionais da Atenção Básica a fim de que novas possibilidades de atenção possam ser criadas.

Não obstante, vale ressaltar que, ainda que ocupem esse lugar ao se expressarem sobre a saúde mental infantojuvenil, os profissionais não preencheram a lacuna com um discurso biologizante bastante presente no senso comum. Encontra-se na literatura a ancoragem de profissionais da Atenção Básica em concepções biológicas aos problemas de saúde, visto que são mais familiares à equipe e, dessa forma, podem apresentar mais possibilidades de intervenção (Tanaka & Lauridsen-Ribeiro, 2009). Dessa forma, aponta-se que os resultados do presente estudo relativos a um possível distanciamento do paradigma biologizante pode representar um avanço importante e que deve repercutir nas ações desenvolvidas nas unidades de saúde.

Por outro lado, de forma preocupante, identificou-se junto a participantes vinculados aos Municípios B e C a afirmação de gestores de que não há casos relacionados à saúde mental de crianças e adolescentes na área de abrangência das unidades. Tal discurso pode representar a dificuldade que alguns profissionais encontram na compreensão sobre saúde mental infantojuvenil, o que faz com que haja uma limitação na identificação dos casos que chegam à unidade ou, ainda, desperta para a necessidade de reflexão sobre o real motivo pelo qual crianças ou adolescentes em sofrimento psíquico não chegam à unidade.

A prevalência de transtornos mentais na população infantojuvenil, conforme apontado pela Organização Mundial da Saúde (2001), associada a situações de vulnerabilidade social, como discutido anteriormente, são questões a se considerar, principalmente nas Unidades de Saúde localizadas em regiões com alto índice de violência e situação econômica precária.

Importa ressaltar que todos os participantes deste estudo foram enfermeiros – gestores das USFs – que se declararam como os principais responsáveis no acolhimento de crianças e adolescentes com demandas de saúde mental que chegam às Unidades. Assim, ao serem responsáveis tanto pela assistência quanto pela gestão, a qual dita a dinâmica de trabalho do serviço e das equipes, faz-se necessário pensar e discutir sobre a formação desses profissionais para a Saúde Mental na medida em que estudos apontam uma fragilidade neste campo (Neves et al., 2012). No entanto, o resultado obtido neste estudo pode e deve ser ampliado à formação em saúde mental de outros profissionais de saúde que atuam na Atenção Básica.

De qualquer forma, para além da formação graduada, há que se considerar a relevância de um trabalho de formação continuada junto às equipes da Atenção Básica, na direção de contribuir para a ampliação da compreensão do campo da saúde mental infantojuvenil e, conseqüentemente, para a ampliação de ações de acolhimento, cuidado e de promoção e prevenção no território.

Ainda que os enfermeiros se coloquem como os principais responsáveis pelo acolhimento dessa população, cabe ressaltar que, de acordo com as diretrizes de cuidado em Saúde Mental na Atenção Básica, as práticas nesse campo podem e devem ser realizadas por todos os profissionais de saúde (Brasil, 2013). Da mesma forma, a PNAB

estabelece que o acolhimento ao usuário é uma atribuição comum a todos os membros das equipes que atuam na Atenção Básica (Brasil, 2017b).

Ampliar a compreensão dos profissionais sobre o tema tende a facilitar a identificação de casos de saúde mental no território, em especial aqueles que não chegam aos serviços de saúde espontaneamente, além de expandir as ações de promoção e cuidado, estendendo-as à família e à comunidade.

3.3 Percepção dos gestores quanto à compreensão da equipe sobre saúde mental infantojuvenil

Considerando que o cuidado realizado nas Unidades de Saúde representa o trabalho de uma equipe e que o presente estudo contou apenas com a participação de gestores, buscou-se entender se os participantes acreditavam que a sua compreensão sobre a Saúde Mental Infantojuvenil também representava o entendimento de sua equipe e este questionamento integrou o roteiro de entrevista.

Sobre essa indagação, alguns profissionais responderam afirmativamente, justificando o fato de as ações de cuidado em saúde mental para o público infantojuvenil serem discutidas com frequência nas reuniões de equipe, como revelado nos seguintes DSCs:

Sim, com certeza! [...] 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. 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 (DSC Município A).

Com certeza! [...] A gente discute isso na reunião de equipe e eles se mobilizam bastante. Mesmo as ACSs, quando estão em visitas, se verem 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).

Como se verifica, os discursos dos profissionais fazem referência às discussões em equipe, ainda que deixem entrever que a centralidade da atenção em Saúde Mental Infantojuvenil se coloca para médicos e enfermeiros.

No entanto, com base nos DSCs, compreende-se que as questões relacionadas ao cuidado em saúde mental infantojuvenil ficam pautadas nas discussões dos casos que chegam à unidade e que as políticas do campo da saúde mental parecem não ser discutidas, assim como ações de cuidado que deveriam ser efetivadas por toda equipe da Atenção Básica, como a escuta qualificada, as reuniões de equipe para discussão de casos, as visitas domiciliares, a elaboração de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) e o matriciamento, por exemplo.

O matriciamento se constitui como uma importante ferramenta, na qual duas ou mais equipes criam uma proposta de intervenção, em um processo de construção

compartilhada. Esse modelo tem sido utilizado no processo de integração entre a saúde mental e a atenção primária desde sua formulação, no fim da década de 1990. Tal proposta teve por objetivo transformar a lógica tradicional dos serviços de saúde, organizados de modo vertical, por uma organização horizontal, na qual há a integração de saberes, nos diferentes níveis assistenciais (Brasil, 2011b).

Assim, o matriciamento pode ser entendido como “[...] um suporte técnico especializado que é ofertado a uma equipe interdisciplinar em saúde a fim de ampliar seu campo de atuação e qualificar suas ações” (Figueiredo & Onocko-Campos, 2009, p. 130).

Outros profissionais, também dos Municípios A e B, acreditam que o compartilhamento das ideias é de apenas parte da equipe e sugerem, em seus discursos, que as ações de cuidado estão centradas no médico, no enfermeiro e, apenas no Município A, na equipe de apoio matricial. Importa retomar que apenas o Município A conta com CAPS e estima-se que esse fator esteja implicado na indicação do apoio matricial apenas por esse município, já que os demais não contam com a oportunidade desta experiência.

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. 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).

Assim, nota-se que, de acordo com os gestores das equipes, o que sobressai na compreensão dos profissionais é a questão da queixa-conduta, o que parece reforçar a hipótese de que a saúde mental não é debatida com as equipes das unidades e/ou, quando se discute em equipe, possivelmente, adota-se a mesma perspectiva.

No Município B, os profissionais referem, ainda, o compartilhamento por parte da equipe, de que a saúde mental infantojuvenil é de difícil compreensão e justificam que este é um dos fatores pelos quais os casos que chegam à unidade não são acompanhados pela equipe, sendo encaminhados a outros serviços, como revelado 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).

Faz-se necessário refletir, como apontam as diretrizes de cuidado em Saúde Mental na Atenção Básica, sobre as necessidades de intervenções cotidianas em Saúde Mental pela equipe da Atenção Básica e as inúmeras dúvidas e inseguranças que afligem esses profissionais. Nota-se que, muitas vezes, o profissional não conta com recursos suficientes ou com uma rede que se corresponsabilize pelo trabalho interdisciplinar e

territorializado, que, por sua vez, permitiriam ações de cuidado partilhado e contextualizado ao identificarem uma demanda de saúde mental (Brasil, 2013).

Nesse sentido, para que a equipe consiga se aproximar mais das possibilidades de cuidado em saúde mental, “[...] é necessário refletir sobre o que já se realiza cotidianamente e o que o território tem a oferecer como recurso aos profissionais de Saúde para contribuir no manejo dessas questões” (Brasil, 2013, p. 22).

Percebe-se nas respostas dos gestores que, somente no Município A há o discurso do compartilhamento dos casos com questões de saúde mental, com o Nasf-AB. Tal discurso é compreensível, visto que os municípios B e C não possuem experiências de compartilhamento, ainda que o Município B conte com uma Equipe de Saúde Mental. A diferença da rede de apoio dos três municípios merece destaque e traz à tona uma reflexão necessária sobre o cuidado nos municípios B e C ficarem centrados na figura do médico e do enfermeiro, visto que esta parece ser a única possibilidade de cuidado, vislumbrada pelos profissionais, nos próprios serviços. Apesar disso, os municípios, em especial esses com menos recursos, deveriam articular a rede possível para cada um deles, seja na Assistência Social, Cultura, Esporte e/ou Educação. Também deveriam ser levadas em consideração as articulações possíveis na região, com municípios maiores e com mais possibilidades de recurso. Tal articulação encontra-se no escopo de funções da Atenção Básica em Saúde, como já apresentado anteriormente.

Já no Município C, há relato de profissionais que consideram que a equipe não compartilha de sua compreensão, justificando uma sobrecarga de trabalho, o que causa um desinteresse dos profissionais em realizar suas ações da melhor forma possível, como elucida o DSC a seguir:

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).

No Município C a questão parece ser ainda mais grave pelo fato de o município não contar com nenhum equipamento de saúde mental e, conseqüentemente, nenhuma equipe de suporte para as ações nas unidades. Esse cenário certamente implica o fato deste tema não ser debatido por nenhum profissional da equipe, inclusive pelo médico e pelo enfermeiro, como apontado em outros discursos.

Verificou-se neste estudo que, ainda que o município A conte com maior quantidade de recursos relativos à saúde mental, há semelhanças em relação às fragilidades no cuidado em saúde mental infantojuvenil oferecido na Atenção Básica, como aqui apresentado. Além disso, cabe ressaltar que a existência de recursos na região não é condição suficiente para a efetivação da expansão e da compreensão de questões relativas à saúde mental infantojuvenil pela equipe da Atenção Básica como tem sido apontado por alguns estudos da área (Fernandes et al., 2018; Silva et al., 2018).

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

de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico. Relativamente à realidade dos municípios focalizados no presente estudo, reforçar equipamentos e estruturas já existentes – como o Nasf-AB no município A e a Equipe de Saúde Mental no município B – tende a ser menos oneroso ao Estado e, ao mesmo tempo, possibilitaria alcançar estratégias de cuidado mais articuladas e territoriais.

4 Considerações Finais

Este estudo objetivou identificar a compreensão de gestores de Unidades de Saúde da Família de municípios que não contam com CAPSij, sobre saúde mental infantojuvenil, assim como a percepção destes sobre o entendimento que as equipes têm sobre a saúde mental infanto-juvenil. Para tanto, este estudo envolveu a participação de gestores de Unidades de Saúde da Família e Estratégia Saúde da Família, de três municípios de diferentes dimensões do interior do Estado de São Paulo que não contam com CAPSij.

Os resultados indicaram que a compreensão dos profissionais relaciona as questões de saúde mental diretamente às questões de cunho econômico e social vivenciadas por crianças e adolescentes. Não obstante, os resultados deixam entrever que o cuidado com as crianças e os adolescentes em sofrimento psíquico, quando ocorre, parece centrado nas figuras do médico e enfermeiro, em uma perspectiva de queixa-conduta. Adjetivos como “complexo” e “complicado” também foram utilizados para definir a saúde mental infantojuvenil, além de se revelar dificuldades na identificação de casos de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico nos territórios que abrigam as Unidades envolvidas neste estudo.

Com base nos resultados revelados, é possível sinalizar a necessidade de fortalecimento e ampliação da estratégia do matriciamento junto às equipes da Atenção Básica daqueles municípios que contam com equipamentos capazes de realizar tal ação, como é o caso do Município A. Para as realidades de municípios com menos recursos humanos e institucionais, como o B e o C, apresentados neste estudo, o desenvolvimento de processos de formação continuada pode ser um caminho potente, assim como a efetivação de pactuações regionais pelos municípios, de modo que ações estratégicas possam qualificar o cuidado nesse nível de atenção.

Compreende-se que o estudo contribui para o fomento e a ampliação da compreensão e discussão sobre a saúde mental infantojuvenil junto à Atenção Básica. No entanto, os resultados aqui apresentados devem ser considerados à luz das limitações deste estudo, dentre elas, a participação, que foi limitada a gestores da Atenção Básica.

Ainda que todos os participantes fossem enfermeiros, considera-se que os resultados do estudo podem e devem ser ampliados aos profissionais de saúde que atuam na Atenção Primária, pois a compreensão em relação à saúde mental infantojuvenil de modo ampliado e em toda sua complexidade deve ser debatida por toda a equipe multiprofissional, incluindo terapeutas ocupacionais.

Aponta-se, ainda, a necessidade de estudos futuros que possam tratar da compreensão e do cuidado realizado em saúde mental infantojuvenil pela Atenção Básica sob a perspectiva de profissionais, familiares e outros membros envolvidos nesse processo.

Agradecimentos

À CAPES, pela bolsa concedida para a finalização deste estudo.

Referências

- Brasil. (1927, 12 de outubro). Decreto nº 17.943-A de 12 de outubro de 1927. Consolida as leis de assistência e proteção a menores. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília.
- Brasil. (1979, 11 de outubro). Lei nº 6.697, de 10 de outubro de 1979. Institui o Código de Menores. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, seção 1, p. 14945.
- Brasil. (1990, 16 de julho). Lei nº 8.069 de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, seção 1, p. 13563.
- Brasil. (2002, 19 de fevereiro). Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece as modalidades de CAPS definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, seção 1, p. 22.
- Brasil. (2011a, 26 de dezembro). Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, seção 1, pp. 230-232.
- Brasil. (2011b). *Guia prático de matriciamento em saúde mental*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2013). *Saúde mental*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2014). *Atenção Psicossocial: as crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2015). *Saúde mental em dados*. Recuperado em 3 de outubro de 2016, de http://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Report_12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf
- Brasil. (2017a). *Proteger e cuidar da saúde de adolescentes da atenção básica*. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado em 15 de julho de 2019, de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/proteger_cuidar_adolescentes_atencao_basica.pdf
- Brasil. (2017b, 22 de setembro). Portaria nº 2436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília.
- Couto, M. C. V. (2001). Novos desafios à reforma psiquiátrica brasileira: necessidade da construção de uma política pública de Saúde Mental para crianças e adolescentes. In *Anais da 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental* (pp. 121-130). Brasília: Ministério da Saúde.
- Fernandes, A. D. A., Matsukura, T. S., & Lourenço, M. S. G. (2018). Práticas de cuidado em saúde mental na Atenção Básica: identificando pesquisas no contexto brasileiro. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 26(4), 904-914. <http://dx.doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAR1162>.
- Figueiredo, M. D., & Onocko-Campos, R. (2009). Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(1), 129-138. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000100018>.
- Frateschi, M. S., & Cardoso, C. L. (2016). Práticas em saúde mental na atenção primária à saúde. *PSICO*, 47(2), 159-168. <http://dx.doi.org/10.15448/1980-8623.2016.2.22024>.
- Gryschek, G., & Pinto, A. A. M. (2015). Saúde Mental: como as equipes de Saúde da Família podem integrar esse cuidado na Atenção Básica? *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(10), 3255-3262. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152010.13572014>.

- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. (2015). Estimativas da População. Recuperado em 22 de julho de 2020, de <https://sidra.ibge.gov.br/tabela/6579#resultado>.
- Lefevre, F., Lefevre, A. M. C., Cornetta, V. K., & Araújo, S. D. T. (2010). O discurso do sujeito coletivo como eu ampliado: aplicando a proposta em pesquisa sobre a pílula do dia seguinte. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 20(3), 91-102. <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.19988>.
- Lopes, C. S. (2020). Como está a saúde mental dos brasileiros? A importância das coortes de nascimento para melhor compreensão do problema. *Cadernos de Saúde Pública*, 36(2), 1-4. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00005020>.
- Lopes, C. S., Abreu, G. A., Santos, D. F., Menezes, P. R., Carvalho, K. M. B., Cunha, C. F., Vasconcellos, M. T. L., Bloch, K. V., & Szklo, M. (2016). Erica: prevalência de transtornos mentais comuns em adolescentes brasileiros. *Revista de Saúde Pública*, 50(Supl. 1), 1s-9s. <http://dx.doi.org/10.1590/s01518-8787.2016050006690>.
- Maia, J. M. D., & Williams, L. C. A. (2005). Fatores de risco e fatores de proteção ao desenvolvimento infantil: uma revisão da área. *Temas em Psicologia*, 13(2), 91-103.
- Minozzo, F., Kammzetsler, C. S., Debastiani, C., Fait, C. S., & Paulon, S. M. (2012). Grupos de saúde mental na atenção primária à saúde. *Fractal: Revista de Psicologia*, 24(2), 323-340.
- Moliner, J., & Lopes, S. M. B. (2013). Saúde Mental na atenção básica: possibilidades para uma prática voltada para a ampliação e integralidade da saúde mental. *Saúde e Sociedade*, 22(4), 1072-1083. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902013000400010>.
- Neves, H. G., Lucchese, R., Munari, D. B., Vera, I., & Santana, F. R. (2012). O processo de formação do enfermeiro em saúde mental para Atenção Primária em Saúde. *Revista Rene*, 13(1), 53-63.
- Nogueira, C. S. S., & Campos, M. G. (2017). O cuidado em saúde mental da criança e do adolescente no município de Itaúna/MG: 1986 a 2012. *Gerais: Revista de Saúde Pública do SUS/MG*, 3(1), 43-51.
- Oliveira, E. C., Medeiros, A. T., Trajano, F. M. P., Chaves Neto, G., Almeida, S. A., & Almeida, L. R. (2017). O cuidado em saúde mental no território: concepções de profissionais da atenção básica. *Escola Anna Nery*, 21(3), 1-7.
- Oliveira, M. A. C., & Pereira, I. C. (2013). Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 66(spe), 158-164. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000700020>.
- Onocko-Campos, R., Gama, C. A., Ferrer, A. L., Santos, D. V. D., Stefanello, S., Trapé, T. L., & Porto, K. (2011). Saúde mental na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em uma grande cidade brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(12), 4643-4652. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011001300013>.
- Organização Mundial da Saúde – OMS. (2001). *Relatório sobre a saúde no mundo 2001*. Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Genebra: Organização Mundial da Saúde.
- Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS. (2016). *Prevención de la conducta suicida*. Washington: OPAS.
- Paula, C. S., Vedovato, M. S., Bordin, I. A. S., Barros, M. G. S. M., D'antino, M. E. F., & Mercadante, M. T. (2008). Saúde mental e violência entre estudantes da sexta série de um município paulista. *Revista de Saúde Pública*, 42(3), 524-528. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102008000300019>.
- Prata, N. I. S. S., Groisman, D., Martins, D. A., Rabello, E. T., Mota, F. S., Jorge, M. A., Nogueira, M. L., Calicchio, R. R., & Vasconcelos, R. V. (2017). Saúde mental e atenção básica: território, violência e o desafio das abordagens psicossociais. *Trabalho, Educação e Saúde*, 15(1), 33-53. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00046>.

- Reppold, C. T., Pacheco, J. T. B., Bardagi, M. P., & Hutz, C. S. (2002). Prevenção de problemas de comportamento e desenvolvimento de competências psicossociais em crianças e adolescentes: uma análise das práticas educativas e dos estilos parentais. In C. S. Hutz (Ed.), *Situações de risco e vulnerabilidade na infância e adolescência: aspectos teóricos e estratégias de intervenção* (pp. 7-51). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Rutter, M. (1999). Resilience concepts and findings: implications for family therapy. *Journal of Family Therapy*, 21(2), 119-144. <http://dx.doi.org/10.1111/1467-6427.00108>.
- São Paulo. (2017, 27 de dezembro). Portaria SMS/SP nº 2.375, de 27 de dezembro de 2017. Denomina as unidades de saúde que especifica. *Diário Oficial do Estado de São Paulo*, São Paulo, p. 31.
- Silva, J. F., Cid, M. F. B., & Matsukura, T. S. (2018). Atenção psicossocial de adolescentes: a percepção de profissionais de um CAPSij. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 26(2), 329-343. <http://dx.doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO1081>.
- Tanaka, O. Y., & Lauridsen-Ribeiro, E. (2009). Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(2), 477-486. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000200016>.
- Taño, B. L., & Matsukura, T. S. (2014). Os centros de atenção psicossocial infantojuvenil: características organizacionais e oferta de cuidados. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, 25(3), 208-216. <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v25i3p208-216>.
- Taño, B. L., & Matsukura, T. S. (2019). Intersetorialidade e cuidado em saúde mental: experiências dos CAPSij da Região Sudeste do Brasil. *Physis*, 29(1), 1-27. <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312019290108>.
- Teixeira, M. R., Couto, M. C. V., & Delgado, P. G. G. (2017). Atenção básica e cuidado colaborativo na atenção psicossocial de crianças e adolescentes: facilitadores e barreiras. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(6), 1933-1942. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017226.06892016>.
- Vecchia, M. D., & Martins, S. T. F. (2009). Concepções dos cuidados em saúde mental por uma equipe de saúde da família, em perspectiva histórico-cultural. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(1), 183-193. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000100024>.

Contribuição dos Autores

Mariana Santos De Giorgio Lourenço contribuiu em todo o processo de elaboração do artigo. Thelma Simões Matsukura contribuiu na escrita, revisão e discussão do artigo. Maria Fernanda Barboza Cid contribuiu na discussão e revisão do artigo. Todos os autores aprovaram a versão final do texto.

Fonte de Financiamento

O estudo completo foi parcialmente financiado pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES – Código 001.

Autor para correspondência

Mariana Santos De Giorgio Lourenço
e-mail: to.marianalourenco@gmail.com