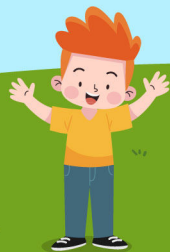


MESTRADO PROFISSIONAL EM
GESTÃO EM SAÚDE - UECE



Manual de Matriciamento em Saúde Mental Infantil



NAYARA RÉGYLA SILVA RIBEIRO

FORTALEZA - 2021

Este Manual de Matriciamento em Saúde Mental Infantil foi criado como produto da Dissertação intitulada: Desenvolvimento e Validação de Manual de Matriciamento em Saúde Mental Infantil, aprovada por uma banca examinadora, para o Mestrado Profissional em Gestão em Saúde da Universidade Estadual do Ceará – MEPGES - UECE.

Ano: 2021

Autor(a): Nayara Régyla Silva Ribeiro

Orientador(a): Dr.^a Milena Lima de Paula

APRESENTAÇÃO

Olá profissional de saúde!

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 cearenses e brasileiros, onde não existem os equipamentos estratégicos em saúde mental que respondam pela infância e adolescência (CAPSi), é o que motivou a elaboração desse manual.

O manual significa um guia de instruções que serve para o uso de um dispositivo, para correção de problemas ou para o estabelecimento de procedimentos de trabalho. Neste caso, o manual serve para o técnico como um processo de compreensão para fazer bom uso do sistema. A construção de manuais de orientação ao cuidado traz contribuições importantes para o pesquisador, acadêmicos, equipe profissional, pacientes e familiares (ECHER, 2005).

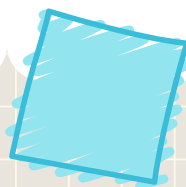
No Brasil, a principal estratégia de integração de saúde mental na Atenção Primária é o apoio matricial, um modelo de organização do trabalho interprofissional com objetivos e conteúdo semelhantes aos cuidados colaborativos. O apoio matricial busca superar a fragmentação dos mecanismos de referência e contrarreferência por meio de personalização das relações profissionais, cuidado interdisciplinar, cogestão e corresponsabilização (SARAIVA; ZEPEDA; LIRIA, 2020).

O presente material informativo é fruto da pesquisa de dissertação de Mestrado Profissional em Gestão em Saúde do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará e foi construído a partir de entrevistas com uma amostra de profissionais que compõem a Rede de Atenção Psicossocial de um município cearense.

Espera-se que este material possa contribuir com a discussão mais ampliada sobre o papel dos serviços de saúde mental e demais dispositivos que compõe a rede de cuidado deste público, refletindo sobre as possibilidades e os desafios na construção de ações mais coerentes com as políticas de saúde mental infantil, utilizando a metodologia do apoio matricial.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AB	Atenção Básica
AM	Apoio Matricial
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CAPSI	Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RPB	Reforma Psiquiátrica Brasileira
SMCA	Saúde Mental de Crianças e Adolescentes
SMI	Saúde Mental Infantil
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade Pronto Atendimento





APRESENTAÇÃO	02
CAPÍTULO 1	
O QUE É MATRICIAMENTO EM SAÚDE MENTAL?	05
CAPÍTULO 2	
O QUE É A INFÂNCIA?	11
CAPÍTULO 3	
FASES DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL	12
CAPÍTULO 4	
SAÚDE MENTAL E INFÂNCIA	16
CAPÍTULO 5	
5.1 A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	17
5.2 A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES	23
CAPÍTULO 6	
AVALIAÇÃO EM SAÚDE MENTAL NA INFÂNCIA	26
CAPÍTULO 7	
TRANSTORNOS MENTAIS NA INFÂNCIA	37
CAPÍTULO 8	
8.1 A FAMÍLIA E A COMUNIDADE	42
8.2 ORIENTAÇÃO AOS PAIS/CUIDADORES	43
PARA (NÃO) CONCLUIR	44
REFERÊNCIAS	45

O QUE É O MATRICIAMENTO EM SAÚDE MENTAL?

O matriciamento ou apoio matricial é o modelo brasileiro de cuidados colaborativos, formulado por Gastão Wagner Campos e colaboradores em Campinas, no final do século XX (CAMPOS, 1999). É um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica (CHIAVERINI et al., 2011).

Em contraposição a um modelo de atenção burocratizado e centrado na doença, surge o Apoio Matricial (AM). Tradicionalmente, os sistemas de saúde se organizam de forma vertical (hierárquica), com diferença de autoridade entre quem encaminha e quem recebe um caso, bem como transferência de responsabilidade. A comunicação entre os níveis hierárquicos costuma ser precária, irregular e pouco eficaz, geralmente por meio de informes escritos, como pedidos de parecer e formulários de contrarreferência que não oferecem uma boa resolubilidade (CHIAVERINI, 2011).

Essa nova proposta integradora objetiva a transformação da lógica tradicional dos sistemas de saúde (referências e contrarreferências). Dessa forma, mediante ações horizontais que integrem os componentes e seus saberes nos diferentes níveis assistenciais podem ser atenuados os efeitos burocráticos e pouco dinâmicos dessa lógica tradicional.

No processo de matriciamento existem dois tipos de equipes:



As equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) desempenham o papel de equipes de referências interdisciplinares, atuando com responsabilidade sanitária o que inclui o cuidado longitudinal. Já a equipe de apoio matricial, nesse caso, é a equipe de saúde mental.

O apoiador matricial é um profissional especializado em alguma área de conhecimento (saúde mental, educação física, nutrição, fisioterapia etc.), que pode garantir suporte assistencial e técnico-pedagógico à equipe de referência com informações e intervenções, a fim de ampliar a resolutividade de suas ações. Isso contribui para ampliar o vínculo entre profissionais e usuários, e reforçar o poder de gestão da equipe interdisciplinar (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Apoio matricial e equipe de referência são, ao mesmo tempo, arranjos organizacionais e uma metodologia para a gestão do trabalho em saúde, objetivando ampliar as possibilidades de realizar-se clínica ampliada e integração dialógica entre distintas especialidades e profissões (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

EM RESUMO...

MATRICIAMENTO É

- ✓ Suporte técnico-pedagógico
- ✓ Apoio institucional no processo de construção coletiva de projetos terapêuticos junto à população
- ✓ Retaguarda especializada e capacitação da assistência
- ✓ Vínculo interpessoal e apoio institucional.

MATRICIAMENTO NÃO É

- ✗ Encaminhamento ao especialista
- ✗ Atendimento individual pelo profissional de saúde mental
- ✗ Intervenção psicossocial coletiva realizado apenas pelo profissional de saúde mental
- ✗ Supervisão

Quando solicitar um matriciamento?

1. Preciso de um apoio aqui!

Nos casos em que a equipe de referência sente necessidade de apoio da saúde mental para abordar e conduzir um caso que exige, por exemplo, esclarecimento diagnóstico, estruturação de um projeto terapêutico e abordagem da família.

2. Suporte Especial!

Quando se necessita de suporte para realizar intervenções psicossociais específicas da atenção primária, tais como grupos de pacientes com transtornos mentais.

3. Vamos fazer juntos?

- Para integração do nível especializado com a atenção primária no tratamento de pacientes com transtorno mental, como, por exemplo, para apoiar na adesão ao projeto terapêutico de pacientes com transtornos mentais graves e persistentes em atendimento especializado em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).
- Quando a equipe de referência sente necessidade de apoio para resolver problemas relativos ao desempenho de suas tarefas, como, por exemplo, dificuldades nas relações pessoais ou nas situações especialmente difíceis encontradas na realidade do trabalho diário.

INSTRUMENTOS DO MATRICIAMENTO EM SAÚDE MENTAL

Projeto Terapêutico Singular (PTS)

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é um recurso de clínica ampliada e da humanização em saúde. Consiste em um trabalho realizado pela equipe interdisciplinar de saúde com vistas ao acompanhamento de um caso específico que envolve um sujeito, uma família ou, até mesmo, uma comunidade.

O caso trabalhado em um PTS deve ser eleito pela equipe considerando a necessidade de atenção ampliada à situação. Geralmente, são situações onde já foram tentadas ações pontuais e não se atingiu o resultado esperado devido a certa dificuldade em sua condução. Também são trabalhadas as vulnerabilidades e potencialidades do indivíduo, família ou comunidade.

Para o sucesso do PTS é importante que a equipe interdisciplinar construa um vínculo com o sujeito do projeto, além de envolvê-lo nas decisões sobre as ações a serem realizadas (princípio da clínica ampliada).

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) pode ser realizado conforme os passos a seguir (OLIVEIRA, 2007; BRASIL, 2012):

1 – Diagnóstico: delineamento da situação problema, identificando os aspectos sociais, psicológicos e orgânicos que influenciam no caso. É importante, nessa etapa, identificar os sujeitos envolvidos, as vulnerabilidades e a rede de apoio existente, e não apenas os aspectos clínicos do caso. A elaboração de um genograma e ecomapa mostra-se como

uma boa ferramenta para registro gráfico da situação problema quando esta se tratar de um caso individual e não comunitário.

2 – Definição de metas: após a descrição do caso e levantamento dos pontos a serem trabalhados, é importante que a equipe trabalhe com metas a serem alcançadas a curto, médio e longo prazo. Essas metas devem ser negociadas com o sujeito do PTS e demais pessoas envolvidas.

3 – Divisão de responsabilidades: as tarefas de cada um devem ser claras, incluindo do sujeito do PTS. Definir também um profissional que será responsável pelo maior contato entre o caso e a equipe de saúde é uma estratégia que pode facilitar a continuidade da assistência, além da reavaliação e reformulação de ações do PTS.

4 – Reavaliação: momento onde a equipe fará a discussão do caso, verificando o que teve êxito e o que precisa ser reformulado para ter melhor resposta. A periodicidade da reavaliação deve ser definida pela equipe interdisciplinar no planejamento das ações.

Interconsulta

A interconsulta caracteriza-se por uma ação colaborativa entre profissionais de diferentes áreas. Existem diversas modalidades de interconsulta, que vão desde uma discussão de caso por parte da equipe ou por toda ela até as intervenções, como consultas conjuntas e visitas domiciliares conjuntas. Esse encontro de profissionais de distintas áreas, saberes e visões permite que se construa uma compreensão integral do processo de saúde e doença, ampliando e estruturando a abordagem psicossocial e a construção de projetos terapêuticos, além de facilitar a troca de conhecimentos, sendo assim um instrumento potente de educação permanente. Porém, dentro da prática do matriciamento, a interconsulta tem como objetivo específico a estruturação do projeto terapêutico no caso.

Interconsulta é o principal instrumento do apoio matricial na atenção primária sendo, por definição, uma prática interdisciplinar para a construção do modelo integral do cuidado.

Consulta conjunta

Uma consulta conjunta, para receber este nome, necessita de pelo menos um matriciador (profissional de saúde mental) e um matriciando (profissional da atenção primária).

É uma técnica de aprendizagem em serviço voltada a dar respostas resolutivas a demandas da assistência à saúde que reúne, na mesma cena, profissionais de saúde de diferentes categorias, o paciente e, se necessário, a família deste.

No contexto do apoio matricial e, em especial, do apoio matricial em saúde mental, a consulta conjunta deve combinar elementos de atenção com características pedagógicas. O desenvolvimento de matriciadores e matriciandos na consulta conjunta se dá principalmente por meio da troca de questionamentos, dúvidas, informações e apoio entre as partes: uma troca catalisada pela presença real e instigante do caso a ser abordado e da família a receber atenção.

O bom matriciador dialoga, solicita informações da equipe de referência do caso e, principalmente, pergunta a opinião sobre condutas, instigando a equipe a raciocinar. Com isso, ele ensina e aprende, além de colocar os matriciandos em posição ativa, fazendo da consulta conjunta um espaço de estímulo ao crescimento das competências da ESF relacionadas à saúde mental.

Visita Domiciliar Conjunta

O recurso da visita domiciliar faz parte do arsenal terapêutico dos serviços de saúde de base territorial. Supõe-se que centros de atenção psicossocial e equipes de saúde da família competentes realizem, com regularidade, visitas domiciliares a usuários que, por diversas razões – em especial, dificuldade de deambulação ou recusa –, não podem ser atendidos nas unidades de saúde.

É importante refletir coletivamente sobre quais tipos de casos para visita domiciliar precisam ser priorizados no território específico em questão. E como as necessidades de visitas domiciliares conjuntas são mais díspares de um território para o outro, é preciso traçar um planejamento para elas, que deve ser revisto periodicamente.

A presença concomitante de variadas ideias e visões facilita o surgimento de percepções e de ações que podem vir a ser bem-sucedidas. Aqui vale lembrar sobre a importância da participação de profissionais da saúde mental e da atenção primária, e que o papel dos agentes comunitários de saúde é, muitas vezes, fundamental.

Contato à distância

O contato entre o matriciador em saúde mental e a equipe da atenção primária pode ser otimizado com o uso das tecnologias de informação e comunicação. O meio mais simples e tradicional é o telefone que, com a redução de custos e abrangência das redes de telefonia móvel, tornou-se mais acessível para as equipes de saúde.

Mais recentemente, com a popularização dos aplicativos de mensagem, como o WhatsApp, podemos vislumbrar um universo de possibilidades com fácil acesso entre os profissionais envolvidos no acompanhamento dos casos.

Como em qualquer relação de trabalho, se as equipes optarem pela comunicação à distância, ela deverá ser regulada pelo vínculo e disponibilidade dos profissionais. Inclusive os registros, necessários para a assistência em saúde e preservação dos direitos de usuários e trabalhadores, devem ser adaptados a esse tipo de comunicação.

ATENÇÃO

O uso do celular ou de qualquer outro meio não significa que um matriciador estará sempre on-line!

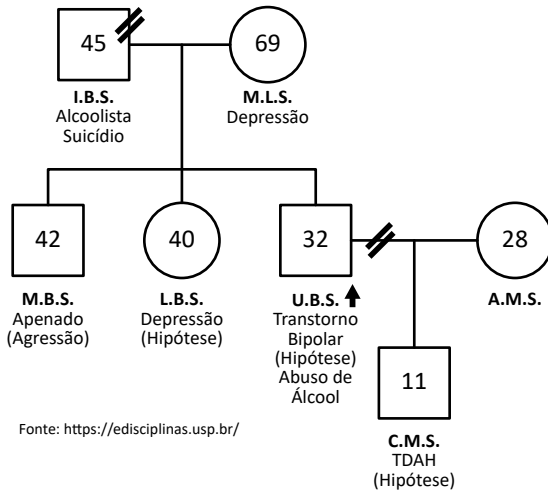
Genograma

O genograma ou genetograma ou ainda familiograma é um instrumento essencial para o profissional de saúde que trabalha com famílias, pois permite descrever e ver como uma família funciona e interage.

A família pode ser crucial na prevenção de doenças, na recuperação de um paciente ou ser parte da origem e da manutenção da patologia. Como veremos mais adiante não é possível ofertar cuidado a uma criança sem considerar seu contexto familiar.

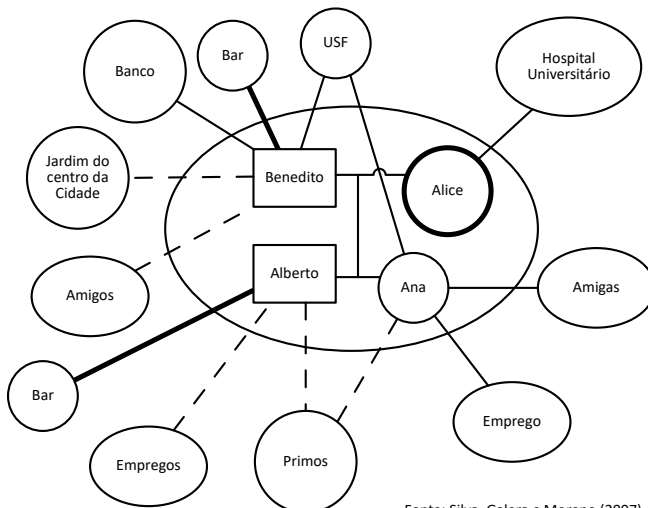
O genograma usa símbolos gráficos universalmente aceitos, o que facilita sua compreensão por qualquer profissional de saúde familiarizado com o sistema.

EXEMPLO DE GENOGRAMA SIMPLES:



Ecomapa

É importante lembrar que a criança está inserida em uma comunidade e tem ligações com o território onde vive. O ecomapa é um instrumento útil para avaliar as relações familiares com o meio social. Complementa o genograma, que avalia as relações intrafamiliares. Pode ser definido como uma visão gráfica do sistema ecológico de uma determinada família, permitindo que os padrões organizacionais e suas relações com o meio sejam avaliados. Com esse conhecimento podemos avaliar os recursos e as necessidades.



Para saber +:

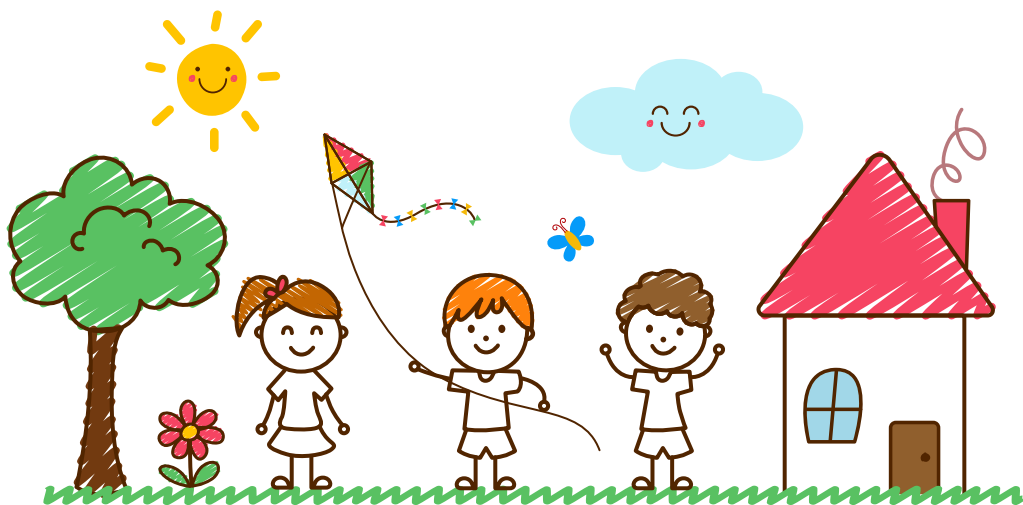
CHIAVERINI, D. et al (Org.). Guia prático de matriciamento em saúde mental, Brasília, DF: Ministério da Saúde, Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.

O QUE É A INFÂNCIA?

Segundo o dicionário, a infância compreende o período da vida, no ser humano, que vai desde o nascimento até o início da adolescência (Michaelis, 2021).

No entanto, a infância como conhecemos hoje foi uma criação de um tempo histórico e de condições socioculturais determinadas, sendo um engano ousar analisar todas as infâncias de todas as crianças com o mesmo enfoque. A compreensão da infância muda com o tempo e com os diferentes contextos sociais, econômicos, geográficos, e até mesmo com as peculiaridades individuais (Ariès, 1981).

Dessa forma, o desenvolvimento saudável das crianças depende da promoção de cuidados que garantam saúde, nutrição, responsabilidade, segurança e aprendizagem desde o início da vida (OMS, 2016). Para que possamos alcançar esse objetivo do pleno desenvolvimento infantil, dentro do SUS, faz-se necessário compreender a infância e suas peculiaridades de acordo com o contexto em que essas crianças vivem.



Para saber +:

OMS. Organização Mundial de Saúde. Apoiando o Desenvolvimento na Primeira Infância: da ciência à difusão em grande escala. Genebra: OMS, 2016.

ARIÈS, Philippe. História social da criança e da família. Trad. Dora Flaksman. 2ª edição. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1981. p.279.

FASES DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL

Diversos autores se dedicaram a estudar o desenvolvimento infantil e, a partir de suas pesquisas, criaram teorias para compreender a infância. Algumas dessas teorias dividem o processo de desenvolvimento em fases ou estágios.

Teorias psicanalíticas

A suposição mais característica e central das teorias psicanalíticas é que o comportamento é governado por processos inconscientes e conscientes. Os teóricos psicanalíticos também veem o desenvolvimento como fundamentalmente constituído de estágios, com cada estágio centrado em uma forma particular de tensão ou em uma determinada tarefa.

A criança passa por esses estágios, resolvendo cada tarefa ou reduzindo cada tensão da melhor maneira possível. Essa ênfase no papel formativo da experiência inicial – particularmente, a primeira experiência familiar – é uma marca registrada das teorias psicanalíticas. Nesse ponto de vista, os primeiros 5 ou 6 anos de vida constituem um tipo de período sensível para a criação da personalidade do indivíduo.

Teoria de Freud

Freud propôs a existência de uma pulsão sexual básica, inconsciente, instintiva, que chamou de libido. Ele afirmava que essa energia é a força motivadora atrás de, virtualmente, todo comportamento humano. Freud acreditava que os estágios do desenvolvimento da personalidade eram fortemente influenciados pelo amadurecimento. Em cada um dos cinco estágios psicosssexuais de Freud, a libido está centrada na parte do corpo que é mais sensível naquela idade. Em um recém-nascido, a boca é a parte mais sensível do corpo, portanto a energia libidinal é focalizada lá. O estágio é chamado de **fase oral**. À medida que o desenvolvimento neurológico progride, o bebê tem mais sensação no ânus (**fase anal**) e posteriormente nos órgãos genitais (**fase fálica** e, eventualmente, **genital**).

Teoria de Erikson

Os estágios que Erikson propôs, chamados estágios psicossociais, são influenciados muito menos pelo amadurecimento e muito mais por demandas culturais comuns para crianças de uma determinada idade.

Na visão de Erikson, toda criança passa por uma sequência fixa de tarefas, cada uma centrada no desenvolvimento de uma determinada faceta da identidade. Por exemplo, a primeira tarefa, central aos primeiros 12 a 18 meses de vida, é desenvolver um senso de confiança básica. Se os cuidadores da criança não são responsivos e amorosos, entretanto, a criança pode desenvolver um senso de desconfiança básica, que afetará suas respostas em todos os estágios posteriores.

Os estágios do desenvolvimento da personalidade sugeridos por Erikson, envolvem os conceitos de confiança básica, autonomia, iniciativa, diligência, identidade, intimidade, generatividade e integridade do ego.

Nas teorias tanto de Freud como de Erikson, o ponto crítico é que o grau de sucesso que uma criança experimenta em satisfazer as demandas desses vários estágios dependerá muito fortemente das interações que ela tem com pessoas e objetos em seu mundo. Esse elemento interativo na teoria de Freud e em todas as teorias psicanalíticas subsequentes é absolutamente central.

Teorias cognitivas

As teorias cognitivo-desenvolvimentais, enfatizam primariamente mais o desenvolvimento cognitivo do que a personalidade, destacando a centralidade das ações da criança no ambiente e seu processamento cognitivo das experiências.

Teoria de Piaget

Piaget acreditava que a criança desenvolve uma série de “entendimentos” ou “teorias” razoavelmente distintos sobre a forma como o mundo funciona, baseado em sua exploração ativa do ambiente. Cada uma dessas “teorias” corresponde a um estágio específico. Piaget acreditava que virtualmente todos os bebês começam com as mesmas habilidades e estratégias incorporadas e, visto que os ambientes que as crianças encontram são altamente semelhantes em aspectos importantes, ele acreditava que os estágios pelos quais o pensamento das crianças passa também são semelhantes.

Piaget propôs uma sequência fixa de quatro estágios principais, cada um originando-se daquele que o precedeu, e cada um consistindo de um sistema ou uma organização mais ou menos completa de conceitos, estratégias e suposições.

ESTÁGIOS DO DESENVOLVIMENTO DE PIAGET



1ª fase: sensório-motor (0-2 anos)

Caracterizado pela forma como a criança entende o mundo, reunindo a experiência sensorial com o movimento corporal. Este é o período em que a criança melhora reflexos inatos.



2ª fase: pré-operatório (2-7 anos de idade)

A escolaridade geralmente começa aos 3 anos de idade, o que traz uma mudança social importante e causa um desenvolvimento social significativo. A criança começará a se relacionar com outras crianças e pessoas, especialmente colegas. Antes dessa idade, a interação era geralmente com a família. Amplia seu vocabulário, curiosidade, é a idade dos “porquês”.



3ª fase: operacional concreto (7-11 anos)

Quando as crianças começam a usar o pensamento lógico, mas apenas em situações concretas. É nesta fase que a criança será capaz de fazer tarefas mais difíceis e complexas que requerem lógica, como problemas de matemática.



4ª fase: operacional formal (11 anos e mais)

Caracterizado pela aquisição do raciocínio lógico em todas as circunstâncias, incluindo o raciocínio abstrato. O novo aspecto deste último período em relação à inteligência é a capacidade de formular uma hipótese sobre algo que eles não aprenderam especificamente.

Fonte: OPAS, 2017.

Será que todo estágio de desenvolvimento acontecerá exatamente no mesmo tempo?

- Não, nem todas as crianças atingem os mesmos estágios exatamente da mesma idade, mas há “períodos sensíveis” para todas as idades, onde é mais provável que uma criança desenvolva certas habilidades cognitivas (BEE; BOYD; MONTEIRO, 2011).

DESENVOLVIMENTO INFANTIL - O QUE É ESPERADO PARA CADA IDADE

Desde o nascimento até 2 meses de idade

O bebê reconhece e acalma-se com a voz da mãe.
Olha o rosto das pessoas que estão próximas.
Presta atenção quando ouve sons e assusta-se com ruídos inesperados e altos.
Responde ao sorriso com um sorriso.

2 a 4 meses

O bebê está mais ativo.
Quando colocado de bruços, levanta a cabeça e os ombros.
Segue com os olhos pessoas e objetos que estão perto dele.
Brinca com a voz e tenta “conversar”, falando aaa, ggg, rrr.
Descobre as mãos, começa a brincar com elas e gosta de levá-las à boca.

4 a 6 meses

O bebê está mais firme e já senta com apoio.
Vira-se sozinho e rola de um lado para o outro.
Agarra brinquedos como argolas e chocalhos, segurando firme e resistindo se alguém tenta tirá-los de sua mão.
Quando escuta algum barulho, vira a cabeça para achar de onde vem.

6 a 9 meses

O bebê fica sentado sem apoio.
Precisa de espaço no chão, pois começa a se arrastar ou engatinhar.
Passa objetos de uma mão para a outra.
Gosta de ficar com quem conhece e pode estranhar pessoas desconhecidas.
Repete sons como “pa-pa”, “ma-ma”, “ba-ba”.

9 a 12 meses

O bebê pode ficar em pé, apoiando-se em móveis ou com ajuda de uma pessoa.
Bate palmas, pode apontar com o dedo o que deseja pegar e diverte-se dando adeus.
Pode estar falando uma ou duas palavras como “mãemã, papa, dá”.

1 ano a 1 ano e 6 meses

A criança anda sozinha.
Compreende bem o que lhe dizem, mas fala poucas palavras.
Entende ordens simples como “dá um beijo na mamãe”.
Quer comer sozinha.
Gosta de escutar pequenas histórias, músicas e de dançar.
Começa a fazer birra quando contrariada.

1 ano e 6 meses a 2 anos

Começa a juntar duas palavras e a falar frases simples como “gato cadê?” ou “leite não”. Demonstra ter vontade própria, testa limites e fala muito a palavra “não”. Sobe em cadeiras e sofás. Corre, sobe e desce escadas, em pé, com auxílio de um adulto.

Pode ajudar a se vestir.

Pode começar a aprender a controlar o xixi e o cocô.

2 a 3 anos

É capaz de correr e subir escadas, com apoio do corrimão.

Idade: Descobre que cada coisa tem um nome e pergunta o nome de tudo.

Idade: Gosta de brincar com outras crianças.

3 a 6 anos

Veste-se sozinha.

Fala de forma clara e compreensível.

Pergunta muito “por quê?”.

6 a 10 anos

Deve estar na escola, aprendendo a ler e a escrever.

A criança tem interesse por grupos de amigos e por atividades independentes da família.

Fonte: BRASIL, 2013.

Assim, esteja atento nas consultas de rotina (na clínica médica ou da enfermagem), quando um relato de saúde envolver o sofrimento/ questões de saúde mental desse público, ou se achar que a criança não está se desenvolvendo como esperado. Fale sobre isso com outro profissional de saúde. Se precisar, solicite o **apoio matricial**.

Para saber +:

Bee, Helen. A criança em desenvolvimento [recurso eletrônico] / Helen Bee, Denise Boyd ; tradução: Cristina Monteiro ; revisão técnica: Antonio Carlos Amador Pereira. - 12. ed. - Dados Eletrônicos. - Porto Alegre : Artmed, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderneta de saúde da criança - menino. 8 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 92p.

SAÚDE MENTAL NA INFÂNCIA

É notório no cotidiano das equipes da Estratégia Saúde da Família e até mesmo via demanda espontânea nos CAPS o contato com as queixas trazidas por pais ou escolas. São corriqueiras falas como: “Esse menino não para quieto”, “A escola está pedindo um laudo”, “a professora falou que este menino precisa de atendimento psicológico ou de tomar um remédio para os nervos”.

Diante desse panorama e da complexidade envolvida no esclarecimento de situações que podem afetar crianças e adolescentes e fazê-los manifestar sofrimento por meio de formas diversas, como também da inoperância de recursos tecnológicos em elucidar problemas de saúde mental (por exemplo, o eletroencefalograma ou a tomografia computadorizada praticamente não têm valor elucidativo no que se refere ao comportamento ou ao sofrimento de uma pessoa), uma vez que o diagnóstico de transtornos mentais na infância é basicamente clínico. Por isso, entender noções básicas sobre a saúde mental infantil tende a ajudar o profissional na condução desses casos.

Além disso, fazem parte desse cenário os mitos e crenças que envolvem o adoecimento psíquico e que são transmitidos geração após geração é que vamos apontar alguns princípios e reflexões sobre diferentes maneiras de cuidar de crianças e de suas famílias quando problemas comportamentais são motivos de busca por serviços de saúde.

É recente o reconhecimento de que crianças e adolescentes apresentam problemas de saúde mental e de que esses problemas podem ser tratados e cuidados. Em função disso, tem havido esforços no sentido de ampliar o conhecimento sobre tais problemas e sobre suas diversas formas de manifestação, assim como tem sido consenso a necessidade de ser construída uma rede de serviços e de ações, capazes de responder pela complexidade de questões envolvidas na saúde mental infantil e juvenil (BRASIL, 2013).

Os estudos epidemiológicos também demonstram haver impactos negativos, advindos de problemas não tratados ou cuidados, na sociabilidade e na escolaridade, que tendem a persistir ao longo dos anos. A maioria dessas crianças e adolescentes não recebem cuidados adequados, ou mesmo não tem acesso a qualquer serviço ou ação de saúde compatível com suas necessidades (BRASIL, 2013).

A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Nos últimos 40 anos o Brasil tem construído um modelo assistencial baseado na desinstitucionalização das pessoas com transtornos mentais, antes asilados em hospitais psiquiátricos. Nesse processo, os movimentos da Reforma Sanitária e da Reforma da Assistência Psiquiátrica têm sido determinantes na modificação das políticas que alicerçam os paradigmas da assistência psiquiátrica no Brasil (PEREIRA et al., 2020).

Mais recentemente com a portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, instituiu-se 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). Tal legislação considera e reitera as determinações da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Em 2017, uma nova portaria foi lançada, complementando a anterior e propondo novos pontos de atenção, dentre eles a Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental/Unidades Ambulatoriais Especializadas, no componente de atenção psicossocial especializada.



A construção da Rede de Atenção Psicossocial apresenta possibilidades e desafios que devem ser assumidos não só em ações de saúde, mas também no âmbito de construções coletivas entre o poder público, os trabalhadores e as instâncias de controle social. A gestão, orientada pelos princípios do Sistema Único de Saúde e pelas diretrizes da Reforma da Assistência Psiquiátrica, tem como eixo estratégico o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) com a meta de oferecer e prestar atendimento clínico a pessoa com transtorno mental em crise, atenção diária, evitando internações desnecessárias em hospitais psiquiátricos. Esse dispositivo de atenção tem valor estratégico para a Reforma da Assistência Psiquiátrica Brasileira e hoje se configura como espaço central na assistência a pessoa com transtorno mental em crise (PEREIRA et al., 2020).

Outros dispositivos assistenciais se apresentam como eixos complementares para efetivar o cuidado, como a articulação necessária com as Unidades Básicas de Saúde, os Centros de Convivência e Grupos de Produção e Geração de Renda, as Residências Terapêuticas, a retaguarda em Hospitais Gerais (noturna, feriados e finais de semana), a implantação do Programa de Volta Para Casa e a construção de ações intersetoriais que têm se revelado como algo de grande valia no fortalecimento dessa rede.

A RAPS ESTÁ PRESENTE:

NA ATENÇÃO BÁSICA

- Unidade Básica de Saúde;
- Núcleo de Apoio a Saúde da Família;
- Consultório de Rua;
- Apoio aos serviços da Atenção Residencial de Caráter Transitório;
- Centros de Convivência e Cultura.

ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ESTRATÉGICA

- Centros de Atenção Psicossocial nas suas diferentes modalidades.

ATENÇÃO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

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

ATENÇÃO RESIDENCIAL DE CARÁTER TRANSITÓRIO

- Unidade de Acolhimento;
- Serviço de Atenção em Regime Residencial.

ATENÇÃO HOSPITALAR

- Enfermaria especializada em hospital geral;
- Serviço Hospitalar de Referência (SHR) para atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

ESTRATÉGIA DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO

- Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT);
- Programa De Volta para Casa (PVC).

ESTRATÉGIA DE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL

- Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda;
- Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais.

Esta rede de serviços articulados entre si segue uma lógica diversa do que é usada no hospital psiquiátrico, buscando a liberdade, a participação social e a cidadania das pessoas.

- COMO ORGANIZAR O CUIDADO?

A relação entre os profissionais de Saúde Mental e da Atenção Básica deve ser pautada pelo cuidado compartilhado à pessoa com transtorno mental. O plano terapêutico deve ser definido de acordo com o grau de complexidade do caso e não pela conduta burocratizada da referência e da contrarreferência, quando quem encaminha “se sente aliviado” e quem recebe “arca com o ônus” do encaminhamento. Lembre-se de que a pessoa não pertence a esse ou àquele serviço da rede de saúde, mas que o local e a definição do atendimento irão depender da situação específica de cada caso, respeitando-se os parâmetros de acessibilidade, equidade e resolubilidade. Assim, todos nós somos responsáveis! (PEREIRA et al., 2020)

O PAPEL DA APS

A APS é lugar privilegiado para as ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, respondendo pela resolução de pelo menos 80% dos agravos da população adstrita, incluindo problemas de saúde mental. Os agravos mais prevalentes nessa área são representados pelo uso problemático de álcool (10% a 12% dos adultos) e pelo transtorno depressivo ansioso, com somatizações que atingem cerca de 15% a 20% da população brasileira adulta e estão fortemente associados com estresse socioeconômico. Na faixa etária de crianças e adolescentes, destacam-se as dificuldades de aprendizado (ANDRADE; LIMA, 2021).

Os referidos autores acrescentam que dentre as ações de primeira linha de ação da APS, estão as de prevenção em saúde mental, que devem possuir um caráter prioritariamente intersetorial, contemplar os ciclos de vida humana e estar integradas a ações de outras condições crônicas, por suas semelhanças em curso e duração.

Além disso, na realidade brasileira também podemos mencionar a identificação de casos de saúde mental na população adstrita, ofertando acesso, escalonamento do cuidado, coordenação do cuidado, reabilitação e acompanhamento longitudinal, além do acompanhamento compartilhado do cuidado do usuário com transtorno mental grave e persistente.

No que se refere aos pacientes com qualquer grau de sofrimento psíquico, os profissionais de saúde da família devem compreender que o acolhimento já é uma intervenção em saúde mental. Nesses casos, mesmo os portadores de transtorno mental grave devem ter seu espaço de cuidado e de atenção na APS. Intervenções mais intensas, como processos psicoterapêuticos e/ou intervenções medicamentosas, podem ser de responsabilidade de centros especializados como os CAPS, mas o apoio à adesão ao tratamento, os cuidados clínicos a esses usuários e a inserção na comunidade podem (e devem) ser realizados pela equipe da ESF.

Também os portadores de transtornos leves, como os transtornos de ajustamento, e os portadores de transtornos mentais comuns devem ser acolhidos pelos profissionais de saúde da família com o devido suporte, incluindo a educação em saúde mental.

A educação em saúde mental deve ocorrer de forma longitudinal no processo de matriciamento com base nas questões e problemáticas cotidianas e utilizando métodos variados. A reunião de equipe da ESF é um espaço precioso para a discussão de temas relacionados à promoção de saúde e à desconstrução dos preconceitos relacionados ao adoecimento psíquico, por meio, por exemplo, de leitura de textos, discussão de casos e planejamento conjunto de atividades de grupos variados.

ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM SAÚDE MENTAL

A Atenção especializada ou secundária em saúde mental se desdobra em dois pontos específicos: os Centros de Atenção Psicossocial e as equipes multiprofissionais especializadas.

Centros de Atenção Psicossocial

O atendimento especializado em saúde mental no Brasil adota um modelo centrado nos CAPS, que são equipamentos desenhados para atendimento dos transtornos mentais “severos e persistentes”, estratégicos e articuladores da rede de saúde mental em seus respectivos territórios. São centrais no caminho seguido pela reforma do modelo de assistência psiquiátrica brasileira, que preconiza um cuidado focado na assistência de base territorial e na reabilitação psicossocial, deslocando o foco do modelo centrado na perspectiva hospitalar.

Apenas no ano de 2002 os CAPS foram regulamentados, por meio da portaria 336, de 19 de fevereiro de 2002, e, posteriormente, pelas portarias de consolidação nº 3 de 28 de setembro de 2017 e pela portaria 3.588 de 21 de dezembro de 2017. Os CAPS estão organizados da seguinte forma:

CAPS I: atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para Municípios ou regiões de saúde com população acima de quinze mil habitantes;

CAPS II: atende prioritariamente pessoas em intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para Municípios ou regiões de saúde com população acima de setenta mil habitantes;

CAPS III: atende prioritariamente pessoas em intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Proporcionam serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS AD. Indicado para Municípios ou regiões de saúde com população acima de cento e cinquenta mil habitantes;

CAPS AD: atende pessoas de todas as faixas etárias, que apresentam intenso sofrimento psíquico decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas. Indicado para Municípios ou regiões de saúde com população acima de setenta mil habitantes;

CAPS AD III: atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam intenso sofrimento psíquico decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno. Indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de cento e cinquenta mil habitantes;

CAPS I: atende crianças e adolescentes que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para municípios ou regiões com população acima de setenta mil habitantes.

CAPS AD IV: atende pessoas com quadros graves e intenso sofrimento decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Sua implantação deve ser planejada junto a cenários de uso em municípios com mais de 500.000 habitantes e capitais de Estado, de forma a maximizar a assistência a essa parcela da população. Tem como objetivos atender pessoas de todas as faixas etárias; proporcionar serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana; e ofertar assistência a urgências e emergências, contando com leitos de observação.

Os CAPS são serviços de base comunitária, constituídos por equipe multiprofissional, cujo foco principal é o atendimento às pessoas com transtorno mental grave e persistentes e as iniciativas de reabilitação psicossocial em regime intensivo, semi-intensivo e não intensivo.

Equipe Multiprofissional Especializada em Saúde Mental

A portaria 3.588 de setembro de 2017, que altera a portaria de consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, instituiu as equipes multiprofissionais especializadas em saúde mental para desenvolver ações ambulatoriais às pessoas com transtornos mentais moderados, com o propósito de dar retaguarda em saúde mental para as equipes da APS e promover a integralidade do cuidado. Para tanto, essas equipes devem se articular com os demais pontos da rede, podendo funcionar dentro de unidades interdisciplinares de atendimento ambulatorial, como os centros de saúde, as policlínicas, os ambulatórios de hospitais gerais e os centros de especialidades. Segundo Art. 50-K. da portaria, compete às equipes:

I - ampliar o acesso à assistência em saúde mental para pessoas de todas as faixas etárias com transtornos mentais mais prevalentes, como transtornos de humor, dependência química e transtornos de ansiedade;

II - prestar assistência multiprofissional às pessoas com transtornos mentais moderados, encaminhados pela Atenção Básica;

III - constituir preferencialmente referência regional para assistência ambulatorial especializada em saúde mental;

IV - trabalhar de maneira integrada com outros pontos de atenção das redes do SUS;

V - estabelecer articulação com demais serviços do SUS e com o Sistema Único de Assistência Social, de forma a garantir direitos de cidadania, cuidado transdisciplinar e ação intersetorial.

A inclusão das equipes multiprofissionais especializadas em saúde mental na RAPS, desde que alinhada ao paradigma da atenção psicossocial, propicia mais uma ferramenta de cuidado e apoio para a APS. Há a possibilidade de inclusão dos usuários que não apresentam o perfil de necessidade com maior intensidade de cuidado especializado, como o ofertado pelo CAPS, porém extrapolam o escopo de ação da APS (ANDRADE; LIMA, 2021).

Os casos que devem ser absorvidos para a continuidade do tratamento pelas equipes multiprofissionais especializadas em saúde mental são aqueles que se enquadram como casos moderados a graves e que não necessitam de cuidados com a intensidade que o CAPS oferece, ou seja, casos que precisam do olhar da equipe especializada em saúde mental e cujos diagnósticos e manejo não estão na competência da equipe de APS, porém não requerem uma abordagem de atenção à crise e/ou de um processo de reabilitação psicossocial mais intenso.

O matriciamento é o regulador por excelência desse processo de compartilhamento do cuidado. A APS identifica o caso em que apresenta dificuldades no manejo e o discute conjuntamente com a equipe de apoio matricial oriunda dos diversos serviços especializados de saúde mental, para, então, definir o plano de cuidado. A partir disso, o usuário pode permanecer sob os cuidados da equipe da APS ou ser encaminhado para unidades especializadas, dentro da perspectiva do cuidado compartilhado.

Nesse formato, o compartilhamento do cuidado envolve não só a equipe da ESF e o NASF, mas também as equipes multiprofissionais especializadas em saúde mental, os CAPS e os demais pontos da rede, visando construir uma rede integrada.

A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Até o final do século XX, não era possível afirmar a existência, no contexto brasileiro, de uma política de saúde mental para crianças e adolescentes (SMCA), ficando as ações assistenciais, quando existentes, circunscritas à agenda dos setores da assistência social e educação, com propostas mais reparadoras e disciplinares do que propriamente clínicas ou psicossociais. A política atual de SMCA está voltada para a construção de redes ampliadas e intersetoriais de atenção, de base comunitária, com ênfase na articulação entre serviços de diferentes níveis de complexidades e tendo como ações estratégicas iniciais a oferta de Centros de Atenção Psicossocial Infantis e Juvenis (CAPSi) e a articulação intersetorial (COUTO; DELGADO, 2015).

Dito isso, a constituição das redes assinala como elemento prioritário para a consolidação de uma atenção em saúde mental para crianças e adolescentes, mesmo em territórios dos quais os próprios CAPSi ainda não fazem parte. A rede então assume a centralidade do cuidado, possibilitando que os recursos e dispositivos locais sejam potencializados ainda que um ou outro serviço falte a esse agenciamento (TÂNIO; MATSUKURA, 2019).

A concretização dessa política vislumbra um cenário repleto de obstáculos que incluem desde a distribuição desigual dos serviços de saúde mental até a histórica fragmentação e dificuldade de integração das ações entre os serviços e seus respectivos pontos de atenção em um mesmo território e/ou região de saúde (MACEDO; FONTENELE; DIMENSTEIN, 2018).

Dessa forma, a efetivação da SMCA como política pública exige estratégias formais de difusão, avaliação, acompanhamento e compartilhamento (que incluam usuários e famílias) para que responda pelo mandato da inclusão (TEIXEIRA; COUTO; DELGADO, 2017).

Antes e primeiro de tudo é preciso adotar como princípio a ideia de que a criança ou o adolescente a cuidar é um sujeito. É preciso respeitar a subjetividade desse ser único, localizar tanto o sujeito no seu sofrimento, quanto sua implicação nos eventos psíquicos de que se queixa. Incluir, no centro das montagens institucionais, a criança ou o adolescente como sujeitos, com suas peculiaridades e responsabilidades sobre o curso de sua existência (BRASIL, 2005).

Nesse sentido, a equipe da atenção básica pode ser essencial na minimização, resolução e promoção da saúde mental da criança logo no início da sua evolução, pois pode colocar o núcleo familiar como referência para compreender os problemas de saúde mental, visto que as relações primárias são fundamentais na formação do sujeito (RANÑA, 2016).

No contexto da atenção primária, especificamente, é preciso superar a visão da puericultura tradicional, restrita à criança menor de dois anos e limitada às orientações de alimentação, higiene, vacinas e controle do crescimento e do desenvolvimento, para uma puericultura que incorpore conceitos de risco e vulnerabilidade e entenda a criança na sua dimensão psíquica e nas relações com a família e com a comunidade que a cerca (GUSSO et al., 2019).

São muitas as possibilidades de trabalho quando o público é a criança e o adolescente na estratégia saúde da família. É fundamental que envolvamos a família e a escola na avaliação, manejo e acompanhamento das crianças e adolescentes com condições de saúde mental, seja a partir da solicitação de relatórios escolares, contatos com os professores e/ou conferências familiares.

Rodas de conversa, palestras na escola e treinamento parental (conforme a disponibilidade e aptidões da equipe) são possibilidades que podem ser tentadas, discutindo questões como o que é ser pai e mãe na atualidade, quais os desafios que percebem na educação dos filhos, como tem regulado o uso de equipamentos tecnológicos em casa, como tem sido o diálogo dentro da família, entre diversas outras questões.

AÇÕES CONTÍNUAS NAS UBS

- Acompanhamento do cuidado (mesmo das crianças referenciadas para outros pontos de assistência da rede), encaminhamento implicado;
- Registro (em prontuário e de produção) de todos os casos;
- Visitas programadas da equipe nas instituições que fazem parte da RAPS;
- Ações de promoção de saúde e prevenção de agravos (saúde sexual, prevenção de ISTs e Gravidez, álcool e outras drogas, cultura da paz);
- Formação de grupos de apoio a pais e cuidadores, entre outros.

AÇÕES CONTÍNUAS NOS CAPS

- No contexto da saúde mental infantojuvenil, compreender que o cuidado é singular, ou seja, que se faz de forma única para cada ser;
- Auxiliar na efetivação do cuidado em liberdade evitando relações tutelares;
- Utilizar algumas ferramentas, como o Projeto Terapêutico Singular (PTS);
- Adequar linguagem e métodos ao universo infantil, reorganizar a dinâmica do serviço para melhor acolher as crianças;
- Apostar em ações externas: a clínica extrapola as paredes do consultório, das salas e, por vezes, do próprio serviço;
- Incentivo à corresponsabilização de familiares na atenção a essas crianças;
- Apoio às ações intersetoriais e coletivas.

AÇÕES DE MATRICIAMENTO EM SAÚDE MENTAL INFANTIL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

O Matriciamento de equipes na Atenção Básica supõe o trabalho compartilhado, que se realiza através da conexão e fluxos entre os próprios trabalhadores, como uma diretriz estruturante do seu processo de trabalho. Nesse sentido, as redes que se formam no cotidiano dos serviços são fundamentais para viabilizar o apoio institucional e de gestão da clínica a ser realizado pela equipe matricial (FRANCO, 2018).

- Acompanhamento conjunto dos casos já atendidos no CAPS, através da montagem de uma planilha eletrônica virtual, de acesso comum entre a ESF e o CAPS, e de uma agenda mensal de encontros entre os serviços;
- Construção de projetos colaborativos para os casos identificados pela ESF que não demandam inserção no CAPS, mas não podem ser bem atendidos unicamente com recursos tradicionais da ESF, precisando do apoio da saúde mental para ampliação das possibilidades de cuidado.
- Troca de saberes e construção de diretrizes entre equipe de referência e apoiador; procedimentos e intervenções paralelas entre profissional de referência e apoiador; e atendimentos ou condutas suplementares especializadas do próprio apoiador.

ATENÇÃO GESTORES!

Maior apoio organizacional à colaboração, por meio de envolvimento sistemático dos profissionais, apoio para resolução de problemas, monitoramento e discussão de resultados, pode levar a uma melhor integração e melhores resultados de saúde. A colaboração interprofissional não pode depender do esforço pessoal dos trabalhadores em saúde, devendo contar com recursos organizacionais de apoio ao trabalho compartilhado, geralmente insuficientes no SUS.

“É na experiência do encontro que o cuidado será configurado e formado”

(Ayres, 2007).

Para saber +:

- Lei Federal n. 10.216 de 2001, disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LEIS_2001/L10216.htm.
- Portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html.
- Portaria GM/MS nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017, disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html.

AVALIAÇÃO EM SAÚDE MENTAL NA INFÂNCIA

QUANDO REALIZAR UMA AVALIAÇÃO EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA?

- **Criança ou adolescente, atendido em razão de queixas físicas ou para avaliação geral de saúde, que tem:**

- Qualquer uma das manifestações iniciais típicas de transtornos emocionais, comportamentais ou do desenvolvimento.

- Fatores de risco, como: má nutrição, maus-tratos, abuso ou negligência, doenças frequentes ou doenças crônicas (por exemplo, infecção pelo HIV/Aids ou história de parto difícil).

- **Cuidador preocupado com criança ou adolescente em razão de:**

- Dificuldade para acompanhar os colegas ou realizar as atividades diárias consideradas normais para a idade.

- Comportamento (por exemplo, atividade excessiva, agressividade, ataques de raiva frequentes ou intensos, desejo excessivo de estar sozinho, recusa a fazer as atividades regulares ou ir para a escola).

- **Professor preocupado com criança ou adolescente porque:**

- por exemplo, se distrai facilmente, tem comportamento inconveniente em sala de aula, envolve-se em problemas com frequência, tem dificuldade para terminar o trabalho escolar.

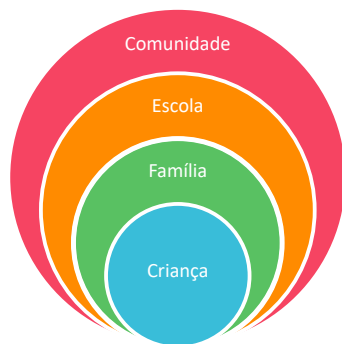
- **Agente comunitário de saúde ou assistente social preocupado com criança ou adolescente porque:**

- por exemplo, transgredir as normas ou a lei, agredir fisicamente outras pessoas em casa ou na comunidade.

PRINCÍPIOS E DIRETRIZES GERAIS PARA IDENTIFICAÇÃO DE PROBLEMAS DE SMC: O QUE FAZER?

O princípio básico quando se trata da avaliação de crianças é que elas não crescem e se desenvolvem isoladamente. Seu ambiente imediato e amplo desempenham um papel importante.

Sugere-se, nesse Manual, a adoção do MI-GAP Manual de Intervenções, da Organização Mundial da Saúde (OMS), a fim de facilitar a compreensão do nível de resolutividade do cuidado de saúde mental na APS, permitindo o alinhamento entre os diferentes profissionais nos diversos pontos da RAPS. Quando associado ao apoio matricial, é de grande valia para a qualificação do processo de trabalho em rede e compartilhamento do cuidado (ANDRADE; LIMA, 2021).



Fique atento aos seguintes pontos que devem ser avaliados ao realizar o atendimento à criança, obviamente na companhia do pai ou responsável:

AVALIAÇÃO

- ✓ 1. Verifique se há problemas do desenvolvimento.
- ✓ 2. Verifique se há problemas de desatenção ou hiperatividade.
- ✓ 3. Verifique se há comportamento desafiante, desobediente e agressivo.
- ✓ 4. Verifique se há problemas emocionais.
- ✓ 5. Verifique se há Transtornos Mentais, Neurológicos e por uso de álcool e outras drogas (condições MNS prioritárias).
- ✓ 6. Avalie o ambiente doméstico.
- ✓ 7. Avalie o ambiente escolar.

1. Avalie se há transtornos do desenvolvimento

Avalie todos os domínios – motor, cognitivo, social, de comunicação e adaptativo.

Crianças que estão aprendendo a andar e em idade pré-escolar:

A criança teve alguma dificuldade para alcançar marcos apropriados para a idade em todas as áreas do desenvolvimento?

Crianças maiores:

Há dificuldades na escola (aprendizagem, leitura e escrita), de comunicação e interação com outras pessoas, no autocuidado e nas atividades domésticas diárias?

Exemplos de perguntas:

- Como foi a gestação e o parto?
- Mamou? Por quanto tempo?
- Começou a andar e falar mais ou menos com que idade? Ainda tem dificuldade na fala?
- Como é o sono? Acorda a noite? Demora a dormir?
- Tem ou teve dificuldade para se alimentar?
- Já passou por alguma internação hospitalar? Por qual motivo?
- Com que idade ocorreu o desfralde? Como foi? Encontra-se nesse processo? Apresenta incontinência urinária ou fecal incompatível com a idade?
- Já sofreu algum acidente doméstico?

Suspeite de atraso/transtorno do desenvolvimento também caso observe sinais ou sintomas sugestivos de alguma dessas condições:

- Carência nutricional, inclusive de iodo;
- Anemia;
- Má nutrição;
- Doença infecciosa aguda ou crônica, inclusive infecção de ouvido e infecção por HIV/Aids.

Nesses casos, a equipe de referência deve controlar as condições usando as diretrizes de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI).

Avalie a criança para verificar se existe alguma deficiência visual ou auditiva: Para avaliar a visão, verifique se a criança:

- Olha em seus olhos (atenção para sinais de transtorno do espectro do autismo).
 - Acompanha um objeto em movimento com a cabeça e os olhos.
 - Pega um objeto.
 - Reconhece pessoas familiares.
- Para avaliar a audição, verifique se a criança:
- Gira a cabeça quando escuta uma voz atrás dela para ver a pessoa.
 - Reage a ruídos fortes (Crianças neurodivergentes costumam apresentar hipersensibilidade a ruídos).
 - Emite muitos sons diferentes (tata, dada, baba), se for um lactente.

CASO IDENTIFIQUE SINAIS DE DEFICIÊNCIA, PEÇA O APOIO DA EQUIPE MATRICIADORA.

2. Avalie se há problemas de Desatenção ou Hiperatividade

Pergunte e observe se a criança:

- é demasiado ativo?
- é incapaz de ficar quieto por muito tempo?
- é facilmente distraído, tem dificuldade para terminar as tarefas?
- move-se inquietamente?

Verifique ainda se os sintomas são persistentes, intensos e causam dificuldade considerável no funcionamento diário

- Os sintomas estão presentes em várias situações?
- A duração é de pelo menos 6 meses?
- São impróprios para o nível de desenvolvimento da criança?
- Há dificuldade considerável de funcionamento diário nas áreas pessoal, familiar, social, educacional ou em outras áreas?

As respostas a TODAS essas perguntas são afirmativas?

- Se SIM, CONSIDERE A POSSIBILIDADE DE TDAH.
- Se NÃO, É improvável que seja TDAH -> CONSIDERE A POSSIBILIDADE DE PROBLEMAS COMPORTAMENTAIS.

3. Avalie se há Transtornos de Conduta

A criança apresenta comportamento agressivo, desobediente ou desafiante repetidamente, por exemplo:

- Questiona os adultos.
- Desafia ou se recusa a respeitar regras ou pedidos dos adultos.
- Irritabilidade ou ira extrema.
- Ataques de raiva frequentes e intensos.
- Dificuldade de relacionamento com outras pessoas.
- Comportamento provocativo.
- Níveis excessivos de belicosidade ou intimidação vexatória (bullying).
- Crueldade com animais ou pessoas.
- Destruição grave de propriedade, provocação de incêndios.
- Roubo, mentiras repetidas, absenteísmo escolar, fuga de casa.



CUIDADO, NEM TODA DESOBEDENCIA É INDICATIVA DE TRANSTORNO DE CONDUTA.

COMPORTAMENTOS DESAFIADORES APROPRIADOS PARA A IDADE EM CRIANÇAS – **NÃO** SÃO CONSIDERADOS TRANSTORNOS MENTAIS

Crianças que estão aprendendo a andar e em idade pré-escolar (18 meses a 5 anos)

– Recusam-se a fazer o que lhes dizem, desobedecem às regras, questionam, fazem birra, exageram, dizem coisas que não são verdade, negam ter feito algo errado, são fisicamente agressivas e culpam outros por seu mau comportamento.

– Ataques de raiva de curta duração (explosões emocionais com choro, gritos, golpes, etc.), que costumam durar menos de 5 minutos e não mais de 25 minutos, geralmente menos de 3 vezes por semana. Os ataques de raiva típicos do desenvolvimento não devem acarretar autoagressão nem agressão física frequente de outras pessoas, e a criança costuma se acalmar sozinha depois.

Meio da infância (6 a 12 anos)

Evitam cumprir instruções ou atrasam seu cumprimento, queixam-se ou discutem com adultos ou outras crianças, às vezes perdem a calma.

Sintomas persistentes, graves e impróprios para o nível de desenvolvimento da criança:

- Os sintomas estão presentes em diferentes situações (por exemplo, em casa, na escola e em outras circunstâncias sociais)?
- Os sintomas estão presentes há pelo menos 6 meses?
- São mais graves que as travessuras infantis?
- Há dificuldade considerável de funcionamento diário nas áreas pessoal, familiar, social, educacional ou em outras áreas?
- Se **SIM** para todas as respostas, considere a possibilidade de um **TRANSTORNO DE CONDUTA**.
- Se **NÃO**, considere a possibilidade de **PROBLEMAS DE COMPORTAMENTO**.







4. Avalie se há Transtornos Emocionais (sofrimento prolongado e incapacitante, com tristeza, medo, ansiedade ou irritabilidade).

Pergunte se a criança:

- Frequentemente se sente irritável, facilmente incomodado, desanimado ou triste.
- Perdeu o interesse ou o prazer nas atividades.

- Tem muitas preocupações ou frequentemente parece preocupado.
- Tem muitos temores ou se assusta com facilidade.
- Frequentemente se queixa de cefaleias, dor no estômago ou náuseas.
- Frequentemente se sente infeliz, abatido ou choroso.
- Evita determinadas situações ou tem forte aversão a elas (por exemplo, separação de seus cuidadores, encontro com novas pessoas ou espaços fechados).

ATENÇÃO! Antes de suspeitar de um transtorno de ansiedade na infância, lembre-se que alguns medos são esperados para a idade.

MEDOS E ANSIEDADES APROPRIADOS PARA A IDADE EM CRIANÇAS	
Bebês e crianças de colo (9 meses a 2 anos)	Medo de desconhecidos, sofrimento quando se separam dos cuidadores. 
Crianças pequenas (2 a 5 anos)	Medo de tempestades, fogo, água, escuro, pesadelos e animais.  
Meio da infância (6 a 12 anos)	- Medo de monstros, fantasmas, germes, catástrofes naturais, doenças físicas e acidentes graves. - Ansiedade em relação à escola ou ao desempenho diante de outras pessoas.   

Descarte condições físicas que podem se assemelhar aos transtornos emocionais ou exacerbá-los.

Verifique se há sinais ou sintomas sugestivos de:

- Doenças da tireoide
- Doenças infecciosas, inclusive infecção pelo HIV/Aids
- Anemia
- Obesidade
- Má nutrição
- Asma
- Efeitos colaterais de medicamentos (por exemplo, de corticosteroides ou medicamentos inalatórios para tratamento da asma).

A depressão na infância assim como o suicídio não é comum. Porém, é importante avaliar se a criança apresenta:

- Perturbação do sono ou dorme demais.
- Alteração importante do apetite ou do peso (diminuição ou aumento).
- Crenças de inutilidade ou culpa excessiva.
- Fadiga ou perda de energia.
- Concentração reduzida.
- Indecisão.
- Agitação ou inquietação física observável.
- Fala ou movimentação mais lenta que o habitual.
- Desesperança.
- Pensamentos ou atos suicidas.

Há dificuldade considerável de funcionamento diário nas áreas pessoal, familiar, social, educacional ou em outras áreas?

- Se SIM, considere a possibilidade de DEPRESSÃO.
- Se NÃO, considere a possibilidade de PROBLEMAS EMOCIONAIS.

DICA

Descarte a possibilidade de reação normal a uma perda recente importante. O luto é uma resposta natural, não deve ser patologizado.

5. Avalie se há outras condições MNS prioritárias





As condições MNS envolvem transtornos Mentais, Neurológicos e por uso de Substâncias (álcool e outras drogas).

- Em crianças maiores, próximas à adolescência, avaliar se há transtornos por uso de substâncias.
- No caso de crianças com atraso ou transtornos do desenvolvimento, não se esqueça de avaliar se há epilepsia.
- AVALIE E TRATE as condições MNS concomitantes.

6. Avaliando o ambiente doméstico

O objetivo da avaliação do ambiente doméstico é entender se os problemas emocionais, comportamentais ou de desenvolvimento são uma reação ou agravamento de uma situação angustiante ou assustadora em casa.

Avalie se há:




-  Características clínicas ou qualquer elemento na história pessoal sugestivo de maus-tratos ou exposição à violência.
-  Qualquer estressor grave recente ou atual (por exemplo, doença ou morte de um parente, condições de vida e circunstâncias financeiras difíceis, ser vítima de intimidação vexatória ou agressão).
-  Pergunte diretamente à criança sobre a exposição a essas situações quando for apropriado para o nível de desenvolvimento e seguro (por exemplo, não na presença de um cuidador que possa ser responsável pelos maus-tratos).
-  Sempre se deve dar às crianças maiores próximas da fase da adolescência a oportunidade de estar sozinho com os profissionais de saúde, sem a presença de cuidadores.

Exemplos de perguntas para a criança:

- Como vão as coisas em casa?
- Tem alguma coisa estressante ou difícil acontecendo recentemente?
- Alguém em casa ou fora de casa magoou ou chateou você?
- O que acontece quando você faz algo que seus pais/cuidadores não gostam?
- O que acontece em sua casa quando as pessoas ficam com raiva?

*Caso ela se sinta a vontade, peça que desenhe sua família em uma folha de papel.

Avalie também aspectos da interação do cuidador com a criança:

-  Comportamento persistente de indiferença, sobretudo em relação a um lactente (por exemplo, não oferecer consolo ou atenção quando a criança está assustada, ferido ou doente).
-  Comportamento hostil ou de rejeição.
-  Uso de ameaças impróprias (por exemplo, abandono da criança) ou de métodos muito severos de disciplina.

Exemplos de perguntas para cuidadores:

- Quando iniciaram os sintomas?
- Existe alguma situação difícil ou dolorosa em casa que possa estar afetando a maneira como sua criança se sente ou se comporta? Isso inclui situações acontecendo agora ou que tenham acontecido no passado.
- Alguém em casa ficou magoado ou incomodado com alguma coisa recentemente? Passou por alguma situação traumática?
- As dificuldades da criança começaram após uma situação nova ou estressante?
- Como você disciplina seu filho? O que você faz quando ele faz algo errado?
- Como os outros membros da família disciplinam seu filho?
- Há outras crianças com quem ele/ela brinca? Como são essas brincadeiras?

ATENÇÃO!

SINAIS DE ALERTA DE MAUS-TRATOS A CRIANÇAS

Maus-tratos físicos

- Lesões (por exemplo, equimoses, queimaduras, marcas de estrangulamento ou de cinto, chicote, vara ou outro objeto).
- Qualquer lesão grave ou estranha inexplicada ou cuja explicação seja inadequada.

Abuso sexual

- Lesões genitais ou anais ou sintomas sem explicação médica.
- Infecções sexualmente transmissíveis ou gravidez.
- Comportamentos sexualizados (por exemplo, indicação de um conhecimento sexual impróprio para a idade).

Negligência

- Sujeira excessiva e roupas inadequadas.
- Sinais de má nutrição, saúde dentária muito ruim.

Maus-tratos emocionais e todas as outras formas de maus-tratos

Qualquer mudança súbita ou significativa no comportamento ou estado emocional da criança sem outra causa como:

- Medo incomum ou sofrimento intenso (por exemplo, choro inconsolável).
- Autoagressão ou retraimento social.
- Agressão ou fuga de casa.
- Busca indiscriminada de afeto de adultos.
- Surgimento de comportamentos novos de incontinência fecal e urinária ou de sucção do polegar.

Caso identifique situação de violência:

- Garanta a segurança da criança ou do adolescente como prioridade máxima.
- Tranquelize a criança ou o adolescente, afirmando que todas as crianças e adolescentes precisam ser protegidos contra maus-tratos.
- Procure assistência jurídica e recursos comunitários, conforme apropriado e previsto (Ação e Conselho Tutelar e o CREAS).
- Garanta o seguimento apropriado do caso.

Se o ambiente doméstico não estiver agravando ou causando os problemas, então:

- Certifique-se de que a criança possa receber apoio adequado em casa. O cuidador tem transtornos mentais, neurológicos ou uso de álcool/ outras drogas? Eles podem cuidar da criança/adolescente?
- A criança está recebendo oportunidades adequadas para brincar/interação social/comunicação?

Pergunte:

- Com quem a criança passa a maior parte do tempo?
- Como você ou eles brincam com a criança? Com que frequência?
- Como você ou eles se comunicam com a criança? Com que frequência?

DICA CLÍNICA:

O transtorno depressivo em cuidadores pode agravar transtornos emocionais, comportamentais ou do desenvolvimento em crianças sob seus cuidados.

7. Avaliando o ambiente escolar

- A criança está frequentando a escola/creche? Se não, por quê?
- A criança está sofrendo ou já sofreu bullying, não é capaz de participar da aprendizagem, recusando-se a comparecer?
- Se a resposta for sim, então (com consentimento) fale com os professores ou solicite relatório escolar.
- Tem algum problema de aprendizagem?

Descubra o que está acontecendo. Apoie a equipe para ajudar a manejar a criança.

Para saber +:

AIDPI Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância: curso de capacitação: introdução: módulo 1. Ministério da Saúde, Organização Mundial da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. - 2. ed. rev. - Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: https://bvsm.saude.gov.br/bvs/publicacoes/AIDPI_modulo_1.pdf.
Manual de intervenções mhGAP (MI-mhGAP) para transtornos mentais, neurológicos e por uso de álcool e outras drogas na rede de atenção básica à saúde. Versão 2.0. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49096/9789275719572-por.pdf?sequence=181&isAllowed=y>

TRANSTORNOS MENTAIS NA INFÂNCIA

Quando um comportamento pode ser considerado indicativo de um problema de saúde mental na infância?

Lembre sempre de considerar a INTENSIDADE, a FREQUÊNCIA DOS SINTOMAS e o nível de COMPROMETIMENTO DA VIDA DIÁRIA da criança.

Em resumo: Verifique se os sintomas são persistentes, intensos e causam dificuldade considerável no funcionamento diário.

De forma geral, pode-se dividir os transtornos mentais em crianças e adolescentes em 3 tipos:

TRANSTORNOS DO
DESENVOLVIMENTO

TRANSTORNOS
COMPORTAMENTAIS

TRANSTORNOS
EMOCIONAIS

O termo **Transtorno do Desenvolvimento** é amplo e abrange transtornos como a **deficiência intelectual e os transtornos do espectro autista**. Em geral, esses transtornos surgem na infância, com comprometimento ou atraso de funções relacionadas ao amadurecimento do sistema nervoso central, e têm cursos constantes em vez das remissões e recaídas que tendem a caracterizar muitos outros transtornos mentais.

Deficiência Intelectual

Pessoas com deficiência intelectual ou cognitiva costumam apresentar dificuldades para resolver problemas, compreender ideias abstratas (como as metáforas, a noção de tempo e os valores monetários), estabelecer relações sociais, compreender e obedecer a regras, e realizar atividades cotidianas - como, por exemplo, as ações de autocuidado.

As causas são variadas e complexas, sendo a genética a mais comum, assim como as complicações perinatais, a má-formação fetal ou problemas durante a gravidez. A desnutrição severa e o envenenamento por metais pesados durante a infância também podem acarretar problemas graves para o desenvolvimento intelectual.

O diagnóstico é realizado por profissional da área da saúde, mas o tratamento necessita de uma equipe multidisciplinar, ou seja, de várias áreas: psicologia, fonoaudiologia, pedagogia, psicopedagogia, terapia ocupacional e muito mais.

Transtornos do Espectro Autista

O transtorno do espectro autista (TEA) se refere a uma série de condições caracterizadas por algum grau de comprometimento no comportamento social, na comunicação e na linguagem, e por uma gama estreita de interesses e atividades que são únicas para o indivíduo e realizadas de forma repetitiva.

O TEA começa na infância e tende a persistir na adolescência e na idade adulta. **Sinais de alerta no neurodesenvolvimento** da criança podem ser percebidos nos primeiros meses de vida, sendo o diagnóstico estabelecido por volta dos 2 a 3 anos de idade. A prevalência é maior no sexo masculino.

A identificação de atrasos no desenvolvimento, o diagnóstico oportuno de TEA e encaminhamento para intervenções comportamentais e apoio educacional na idade mais precoce possível, pode levar a melhores resultados a longo prazo, considerando a neuroplasticidade cerebral.

Ressalta-se que o **tratamento** oportuno com **estimulação precoce** deve ser preconizado em qualquer caso de suspeita de TEA ou desenvolvimento atípico da criança, **independentemente de confirmação diagnóstica**.

A **etiologia** do transtorno do espectro autista ainda **permanece desconhecida**. Evidências científicas apontam que não há uma causa única, mas sim a interação de **fatores genéticos e ambientais**.

ATENÇÃO: VACINAS NÃO SÃO FATORES DE RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO DO TEA.

O **diagnóstico** de TEA é essencialmente clínico, feito a partir das observações da criança, entrevistas com os pais e aplicação de instrumentos específicos. Instrumentos de vigilância do desenvolvimento infantil (Caderneta da criança) são sensíveis para detecção de alterações sugestivas de TEA, devendo ser devidamente aplicados durante as consultas de puericultura na Atenção Primária à Saúde. O relato/queixa da família acerca de alterações no desenvolvimento ou comportamento da criança tem correlação positiva com confirmação diagnóstica posterior, por isso, **valorizar o relato/queixa da família é fundamental** durante o atendimento da criança.

Indivíduos com transtorno do espectro autista frequentemente apresentam outras condições concomitantes, incluindo epilepsia, depressão, ansiedade e transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH). O nível de funcionamento intelectual em indivíduos com TEA é extremamente variável, estendendo-se de comprometimento profundo até níveis superiores.

As intervenções psicossociais baseadas em evidências, como o tratamento comportamental e os programas de treinamento de habilidades para os pais, desenvolvidos por equipes multidisciplinares podem reduzir as dificuldades de comunicação e comportamento social, com impacto positivo no bem-estar e qualidade de vida das pessoas com TEA e seus cuidadores.

O termo **Transtornos Comportamentais** é amplo e compreende transtornos específicos como o **transtorno de déficit de atenção/ hiperatividade (TDAH) e transtornos da conduta**. Os sintomas comportamentais de intensidade variável são muito comuns na população geral. O diagnóstico de transtornos comportamentais só deve ser realizado em crianças e adolescentes com *grau moderado ou intenso de prejuízo psicológico, social, educacional ou ocupacional em múltiplos ambientes*.

Transtorno de Déficit de Atenção/ Hiperatividade (TDAH)

É um transtorno neurobiológico de causas genéticas, caracterizado por sintomas como **falta de atenção, inquietação e impulsividade**. Aparece na infância e pode acompanhar o indivíduo por toda a vida.

Agitação, inquietação, movimentação pelo ambiente, mexem mãos e pés, mexem em vários objetos, não conseguem ficar quietas (sentadas numa cadeira, por exemplo), falam muito, têm dificuldade de permanecer atentos em atividades longas, repetitivas ou que não lhes sejam interessantes, são facilmente distraídas por estímulos do ambiente ou se distraem com seus próprios pensamentos.

O esquecimento é uma das principais queixas dos pais, pois as crianças “esquecem” o material escolar, os recados, o que estudaram para a prova. A impulsividade é também um sintoma comum e apresenta-se em situações, como: não conseguir esperar sua vez, não ler a pergunta até o final e responder, interromper os outros, agir sem pensar. Apresentam com frequência dificuldade em se organizar e planejar o que precisam fazer. Seu desempenho escolar parece inferior ao esperado para a sua capacidade intelectual, embora seja comum que os problemas escolares estejam mais ligados ao comportamento do que ao rendimento. Meninas têm menos sintomas de hiperatividade e impulsividade, mas são igualmente desatentas.

O TDAH deve ser tratado de modo múltiplo, combinando medicamentos, psicoterapia e fonoaudiologia (quando houver também transtornos de fala e ou de escrita); orientação aos pais e professores e ensino de técnicas específicas para o paciente compõem o tratamento.

Os **Transtornos Emocionais** estão entre as principais causas relacionadas com a saúde mental da carga global de doença em jovens. Os transtornos emocionais são caracterizados por aumento dos níveis de **ansiedade, depressão, medo e sintomas somáticos**.

Ansiedade

O principal fator de risco para um transtorno ansioso de início na infância é ter pais com algum transtorno de ansiedade ou depressão. Assim, como a maior parte das doenças psiquiátricas, os transtornos ansiosos são considerados como condições associadas ao neurodesenvolvimento, com influência genética.

Em crianças, o desenvolvimento emocional influi sobre as causas e a maneira como se manifestam os medos e as preocupações, sejam normais ou patológicas. Tanto a ansiedade quanto o medo são considerados patológicos quando exagerados, desproporcionais em relação ao estímulo ou qualitativamente diversos do que se observa como norma nessa faixa etária, e também quando interferem na qualidade de vida, conforto emocional ou desempenho diário da criança.

De modo geral, o tratamento é constituído por uma abordagem multiprofissional, que inclui orientação aos pais e à criança, tratamento psicoterápico e em alguns casos, uso de psicofármacos.

Depressão

Tal como a depressão em adultos, é caracterizada por sentimentos persistentes de baixa autoestima, tristeza e desesperança, durando semanas ou meses. É mais comum na adolescência. Sinais de depressão em crianças e adolescentes incluem irritabilidade, perda de interesse e isolamento social. Estes sinais podem ser acompanhados por sintomas físicos como dificuldade para dormir, problemas digestivos, alterações no apetite e cansaço. A depressão não tratada em crianças e adolescentes pode ter consequências para toda a vida.

As causas da depressão envolvem uma combinação de vários fatores. Estes incluem eventos estressantes na vida, falta de apoio social, alterações na química do cérebro e situações familiares ou sociais instáveis. As crianças que têm um parente próximo com depressão são mais propensas a desenvolver depressão.

O tratamento da depressão em crianças depende da gravidade dos sintomas e das circunstâncias da criança e sua família. O tratamento em geral envolve psicoterapia e, por vezes, medicação. A terapêutica muitas vezes envolve a família, e com frequência procura ajudar a criança a aprender a reconhecer e controlar seus pensamentos e sentimentos, e ensiná-lo habilidades saudáveis para enfrentá-los.

ATENÇÃO!

Com frequência, as crianças e os adolescentes apresentam sintomas de mais de uma condição; às vezes, há superposição de sintomas. A qualidade dos ambientes educacionais, domésticos e sociais influencia o bem-estar e o funcionamento das crianças e dos adolescentes.

A exploração e a abordagem de estressores psicossociais junto com oportunidades de ativar apoios são cruciais para o plano de avaliação e manejo.

MANIFESTAÇÕES COMUNS DE TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES POR FAIXA ETÁRIA

Podem ser informadas pelo cuidador ou pelo próprio paciente ou ainda observadas durante o processo de avaliação.

	Transtornos do desenvolvimento	Transtornos emocionais	Transtornos comportamentais
Lactentes e crianças pequenas (< 5 anos)	<ul style="list-style-type: none"> – Alimentação insuficiente, atraso do crescimento, hipotonia motora, atraso dos marcos de desenvolvimento esperados para a idade (por exemplo, sorrir, sentar-se, interagir com outras pessoas, compartilhar a atenção, andar, falar e treinamento do controle esfinteriano). 	<ul style="list-style-type: none"> – Choro excessivo, agarramento a um cuidador, imobilização (caracterizada por rigidez do corpo e silêncio) ou ataques de raiva. – Timidez extrema ou mudanças no funcionamento (por exemplo, novos comportamentos de incontinência urinária ou fecal ou de sucção do polegar). – Diminuição do início de brincadeiras e interações sociais. – Dificuldade para dormir e comer. 	4 a 18 anos de idade
Meio da infância (6 a 12 anos)	<ul style="list-style-type: none"> – Atraso da leitura e da escrita. Atraso no autocuidado como se vestir, tomar banho e escovar os dentes sozinho. 	<ul style="list-style-type: none"> – Sintomas físicos recorrentes e inexplicados (por exemplo, dor no estômago, cefaleia, náusea). – Relutância ou recusa a ir para a escola. – Timidez extrema ou mudanças no funcionamento (por exemplo, novos comportamentos de incontinência urinária ou fecal ou de sucção do polegar). 	<ul style="list-style-type: none"> – Hiperatividade: movimentação excessiva pelo ambiente, dificuldade extrema para permanecer sentado, falar excessivamente ou movimentação constante. – Desatenção excessiva, distração, frequentemente interrompe as tarefas antes do término e passa a outras atividades. – Impulsividade excessiva: frequentemente faz coisas sem antes refletir. – Comportamento repetido e continuado que perturba outras pessoas (por exemplo, ataques de raiva excepcionalmente frequentes e intensos, comportamento cruel, desobediência grave e persistente, roubos ou furtos).
Adolescentes (13 a 18 anos)	<ul style="list-style-type: none"> – Baixo rendimento escolar. – Dificuldade para compreender instruções. – Dificuldade de interação social e adaptação a mudanças. 	<ul style="list-style-type: none"> – Problemas de humor, ansiedade ou preocupação (por exemplo, humor irritável, facilmente incomodado, frustrado ou deprimido, mudanças extremas ou rápidas e inesperadas do humor, explosões emocionais), sofrimento excessivo. – Mudanças no funcionamento (por exemplo, dificuldade de concentração, baixo rendimento escolar, desejo frequente de estar só ou ficar em casa). 	<ul style="list-style-type: none"> – Mudanças súbitas no comportamento ou nas relações com colegas, inclusive retraimento e ira.
Todas as idades	<ul style="list-style-type: none"> – Dificuldade para realizar atividades diárias consideradas normais para a idade da pessoa; dificuldade para compreender instruções; dificuldade de interação social e adaptação às mudanças; dificuldades ou peculiaridades na comunicação; padrões restritivos ou repetitivos de comportamento, interesses e atividades. 	<ul style="list-style-type: none"> – Temor excessivo, ansiedade ou esquiva de situações ou objetos específicos (por exemplo, separação de cuidadores, situações sociais, determinados animais ou insetos, altura, espaços fechados, visão de sangue ou feridas). – Mudanças de hábitos de sono e alimentares. – Diminuição de interesse ou participação em atividades. – Comportamento de oposição ou de busca de atenção. 	

A FAMÍLIA E A COMUNIDADE

A corresponsabilização de familiares na atenção a crianças e adolescentes se apresenta como uma das diretrizes nas políticas de saúde mental infantojuvenil (BRASIL, 2005). Desse modo, os familiares possuem um papel fundamental na vida dessas crianças e adolescentes. Entretanto, ao cuidar de uma criança ou adolescente em sofrimento psíquico, os familiares passam a lidar com a diversidade de encargos relacionados aos cuidados dos filhos, o que se reflete nas relações familiares (QUINTANILHA et al., 2017). Assim, entende-se que, além de aliados no processo de cuidar, os familiares também necessitam de cuidados. A seguir algumas orientações que os profissionais de saúde podem oferecer aos cuidadores com crianças que apresentam alguma demanda relacionada à saúde mental.

Além disso, os serviços de saúde mental infanto-juvenil, dentro da perspectiva que hoje rege as políticas de saúde mental no setor, devem assumir uma função social que extrapola o afazer meramente técnico do tratar, e que se traduz em ações, tais como acolher, escutar, cuidar, possibilitar ações emancipatórias, melhorar a qualidade de vida da pessoa portadora de sofrimento mental, tendo-a como um ser integral com direito a plena participação e inclusão em sua comunidade, partindo de uma rede de cuidados que leve em conta as singularidades de cada um e as construções que cada sujeito faz a partir de seu território (BRASIL, 2005).



ORIENTAÇÃO AOS PAIS/CUIDADORES

- ✓ Enfatize fortemente que a criança não deve ser culpada por seu transtorno e/ou comportamento;
- ✓ Não é culpa da criança, muito menos eles são amaldiçoados ou malignos;
- ✓ Reconheça quão difícil e estressante é para o cuidador esse papel de cuidar, mas enfatize que a criança precisa de bondade, paciência, amor e apoio;
- ✓ Esclareça a importância do engajamento da família no processo;
- ✓ Orientação sobre a promoção do bem-estar, ou seja, como melhorar o comportamento infantil (psicoeducação);
- ✓ Conectar-se com os recursos da comunidade, estabelecer contato com os professores, líderes comunitários, projetos sociais, culturais ou esportivos;
- ✓ Organização de uma rotina que equilibre horários de estudos e tempo de brincar, evitando excessos de eletrônicos e internet.

- A psicoeducação pode ser oferecida a todos os cuidadores, mesmo que suas crianças/adolescentes não tenham transtornos mentais e comportamentais.
- Orientação sobre a melhoria do comportamento pode ser dada a todos os cuidadores.
- Quanto mais pessoas conscientes da importância do desenvolvimento saudável da infância, melhores serão os resultados para crianças e adolescentes.

8 PASSOS PARA IMPLANTAR O MATRICIAMENTO EM SAÚDE MENTAL NA SUA UNIDADE DE SAÚDE

- 1.** Faça um levantamento sobre os casos de saúde mental no seu território. Reúna sua equipe e liste todos os usuários que são atendidos na atenção especializada (CAPS/Ambulatório de Saúde Mental). Para isso, você pode pedir a ajuda desses profissionais para realizar essa listagem.
- 2.** Observe quem são os pacientes que estão fora da lista, mas deveriam receber uma maior atenção seja da equipe de referência como também da matriciadora.
- 3.** Quais são os casos mais desafiadores? Que tal elaborar um PTS? Marcar um estudo de caso ou uma visita compartilhada com a equipe do CAPS?
- 4.** Avalie o preparo dos profissionais para manejar as queixas relacionadas à saúde mental. Caso seja preciso, peça o reforço do apoio matricial.
- 5.** Em relação às crianças, que tal incluir nas consultas de puericultura a investigação sobre sinais indicativos de transtornos do desenvolvimento ou problemas emocionais/comportamentais? Aproveite o final de cada consulta para realizar orientações aos pais para promoção da saúde mental dos pequenos.
- 6.** Outra possibilidade é a criação de grupos interprofissionais, em parceria com a equipe matriciadora para abordagem de temas relacionados à saúde mental infantojuvenil.
- 7.** Que tal instituir o turno ou o dia da saúde mental na UBS? Sabe-se que o adoecimento psíquico não escolhe dia nem hora para emergir. Porém, ao reservar um espaço na agenda do serviço para as questões da saúde mental os profissionais e a comunidade passam a ter um olhar mais empático para a atenção psicossocial, combatendo estigmas, facilitando o acesso aos serviços de saúde, além de promover bem-estar e prevenir agravos.
- 8.** Reavalie constantemente os casos. Procure superar a lógica da referência-contrarreferência, supere-a com a instituição do encaminhamento implicado e fomenta os momentos de matriciamento.

PARA (NÃO) CONCLUIR...

O manual que você acabou de ler teve como objetivos contribuir com a discussão sobre o papel dos serviços de saúde mental e demais dispositivos que compõem a rede de cuidado à criança, refletindo sobre as possibilidades e os desafios na construção de ações mais coerentes com as políticas de saúde mental infantil, utilizando a metodologia do apoio matricial.

Sabe-se que são imensos os obstáculos para a execução de uma política pública voltada ao atendimento das necessidades de saúde mental desse público que, muitas vezes, fica invisível aos olhos dos profissionais. Entre as principais causas desse cenário de desassistência às crianças com demandas relacionadas ao sofrimento mental está a falta de preparo dos trabalhadores da saúde para lidar com as especificidades do atendimento infantil em saúde mental.

Diante disso, esse manual se propõe a ser uma ferramenta que pode ser utilizada para preencher a lacuna do conhecimento a respeito do desenvolvimento infantil, avaliação e manejo dos problemas de saúde mental. Para a efetivação dessa proposta é preciso destacar a necessidade de construção e implantação de projetos terapêuticos capazes de romper com a desinformação; de desenvolver ações de intersetorialidade coerentes com essa etapa de vida; de promover o resgate do direito da criança como cidadão; de dar voz a esse público e de incluir a família em seu processo de elaboração, além de inserir o lúdico no campo das intervenções. Vale ressaltar que esse longo caminho se constrói no cotidiano do encontro entre saberes e subjetividades e nunca no fazer isolado, mecânico e alienado.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, A. T. DE; LIMA, A. F. **Nota Técnica para Organização da Rede de Atenção à Saúde com foco na Atenção Primária à Saúde e na Atenção Ambulatorial Especializada – Saúde Mental**. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. São Paulo: [s.n.].
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-V)**. Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013.
- ARIÈS, Philippe. **História social da criança e da família**. Trad. Dora Flaksman. 2ª edição. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1981. p.279.
- AYRES, J. R. Uma concepção hermenêutica de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 43-62, jan./abr. 2007.
- BEE, H.; BOYD, D.; MONTEIRO, C. **A criança em desenvolvimento**. p. 567, 2000.
- BRASIL, M. DA S. **Saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. v. 20
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação-Geral de Atenção Domiciliar. **Melhor em casa – a segurança do hospital no conforto do seu lar**. Caderno de Atenção Domiciliar Volume 2. Brasília-DF; 2012:14p. (Acesso em 11/10/2021). Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/geral/CAD_VOL2_CAP1.pdf.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta de saúde da criança - menino**. 8 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 92p.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 2. ed. rev. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Brasília, DF: **Diário Oficial da União**; 2017. Disponível em: http://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/sau.delegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html
- Brasil. Ministério da Saúde. **AIDPI Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância: curso de capacitação: introdução: módulo 1**. Ministério da Saúde, Organização Mundial da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. – 2. ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: https://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/publicacoes/AIDPI_modulo_1.pdf.
- CAMPOS, G. W. DE S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência : uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde Matrix support and reference team : a methodology for interdisciplinary health work management. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 2, p. 399–407, 2007.
- CHIAVERINI, D. H. **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- COUTO, M. C. V.; DELGADO, P. G. G. Crianças e adolescentes na agenda política da saúde mental brasileira: Inclusão tardia, desafios atuais. **Psicologia Clínica**, v. 27, n. 1, p. 17–40, 2015.
- ECHE, I. C. Elaboração de manuais de orientação para o cuidado em saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 13, n. 5, p. 754–757, 2005.

FRANCO, T. B. Apoio Matricial e a Atenção Básica. In: **Dispositivo do Cuidado no Contexto do Matriciamento em Saúde Mental na Atenção Primária: Articulações entre Saberes e Práticas**. Fortaleza: EdUECE, 2018. p. 20.

GUSSO, G. et al. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática**. 2a ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

INFÂNCIA. In: DICIO, Michaelis: **Dicionário Brasileiro da Língua Portuguesa**. Melhoramentos, 2021. Disponível em: <<https://michaelis.uol.com.br/moderno-portugues/busca/portugues-brasileiro/inf%C3%A2ncia/>>. Acesso em: 12/10/2021.

MACEDO, J. P.; FONTENELE, M. G.; DIMENSTEIN, M. Saúde Mental Infantojuvenil : Desafios da Regionalização da Assistência no Brasil. **Rev. Polis e Psique**, v. 8, n. 1, p. 112–131, 2018.

OLIVEIRA, G. N. O Projeto terapêutico como contribuição para a mudança das práticas de saúde. **Dissertação (Mestrado)**. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. Campinas, SP: [s.n.], 2007:176p. Disponível em: http://repositorio.unicamp.br/jspui/bitstream/REPOSIP/312027/1/Oliveira_GustavoNunesde_M.pdf. Acesso em: 11/10/2021.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Apoiando o Desenvolvimento na Primeira Infância: da ciência à difusão em grande escala**. Genebra: OMS, 2016. Disponível em: <https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/ecd-lancet-exec-summary-pr.pdf>. Acesso em 12/10/2021.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. **Desenvolvimento Infantil: O Que é? Conheça as 4 Fases de Jean Piaget**. OPAS, 2017. Disponível em: <https://opas.org.br/desenvolvimento-infantil-o-que-e-e-as-4-fases-de-jean-piaget/#Teoria_1-Piaget_estagio_senso_rimotor_crianças_de_0_a_2>. Acesso em: 13 outubro de 2021.

PEREIRA, A. DE A. O. et al. **Rede de atenção : saúde mental Rede de atenção** : Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2020.

QUINTANILHA, B. C. et al. A produção do cuidado em um centro de atenção psicossocial infantojuvenil. **Mental**, v. 11, n. 20, p. 261–278, 2017.

RANÑA, W. A Saúde Mental da Criança na Atenção Básica. Detecção e Intervenção a partir do Programa de Saúde da Família e do Apoio Matricial. In: **Atenção em Saúde Mental para Crianças e Adolescentes no SUS**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2016. p. 15.

SARAIVA, S. A. L.; ZEPEDA, J.; LIRIA, A. F. Components of matrix support and collaborative mental health care: A narrative review. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 25, n. 2, p. 553–565, 2020.

SILVA, Lucía, GALERA, Sueli Aparecida Frari; MORENO, Vânia. Encontrando-se em casa: uma proposta de atendimento domiciliar para famílias de idosos dependentes. **Acta Paulista de Enfermagem [online]**. 2007, v. 20, n. 4 [Acessado 11 Outubro 2021], pp. 397-403. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-21002007000400002>>.


TÃNO, B. L.; MATSUKURA, T. S. Intersetorialidade e cuidado em saúde mental: experiências dos CAPSij da Região Sudeste do Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 29, n. 1, p. 0–3, 2019.

TEIXEIRA, M. R.; COUTO, M. C. V.; DELGADO, P. G. G. Atenção básica e cuidado colaborativo na atenção psicossocial de crianças e adolescentes: Facilitadores e barreiras. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 22, n. 6, p. 1933–1942, 2017.



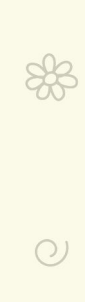
Manual de Matriciamento em Saúde Mental Infantil

Autora: Nayara Régyla Silva Ribeiro



Possui graduação em psicologia pelo Centro Universitário Católica de Quixadá (2013), Especialista em Saúde Mental pela Faculdade Stella Maris (2013), Especialista em Psicopedagogia pelo Centro Universitário Farias Brito (2015), Especialista em Gestão em Saúde pela Universidade Estadual do Ceará (2018) e Mestre em Gestão em Saúde pela Universidade Estadual do Ceará-UECE (2021). Tem experiência na área de Psicologia, com ênfase em Saúde Mental atuando principalmente nos seguintes temas: desenvolvimento humano, saúde coletiva e políticas públicas na atenção psicossocial. É servidora pública municipal. Supervisora de campo da ênfase saúde mental coletiva do componente comunitário do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde pela Escola de Saúde Pública do Ceará.

Orientadora: Milena Lima de Paula



Pós-doutora em saúde coletiva pela Universidade Estadual do Ceará. Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará. Mestre em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará, especialista em Terapia Cognitivo-Comportamental pela Faculdade Christus (2012), graduada em psicologia pela Universidade de Fortaleza (2007), membro do "grupo de pesquisa em saúde mental, família, práticas em Saúde mental e enfermagem" (GRUPSFE) desde 2011. Atua principalmente nas áreas de psicologia da educação e saúde.

Contato: naypsique@gmail.com



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DO CEARÁ



MESTRADO PROFISSIONAL EM
GESTÃO EM SAÚDE



CERTIFICADO DE REGISTRO DE DIREITO AUTORAL

A Câmara Brasileira do Livro certifica que a obra intelectual descrita abaixo, encontra-se registrada nos termos e normas legais da Lei nº 9.610/1998 dos Direitos Autorais do Brasil. Conforme determinação legal, a obra aqui registrada não pode ser plagiada, utilizada, reproduzida ou divulgada sem a autorização de seu(s) autor(es).

Responsável pela Solicitação:

Nayara Ribeiro

Participante(s):

Nayara Régyla Silva Ribeiro (Autor) | Milena Lima de Paula (Supervisor)

Título:

Manual de Matriciamento em Saúde Mental Infantil

Data do Registro:

17/12/2021 15:10:28

Hash da transação:

0xffcb52961f213951cf955375d4b1d6b6936a0fd11fb12d770106506ee8134e32

Hash do documento:

dc3ecef533d511c0d5cc14e88db698a5f476e359c23a995a5ca556aea843e8e0

Compartilhe nas redes sociais



[clique para acessar
a versão online](#)

