



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO EM SAÚDE

NAYARA RÉGYLA SILVA RIBEIRO

**DESENVOLVIMENTO E VALIDAÇÃO DE MANUAL DE MATRICIAMENTO EM
SAÚDE MENTAL INFANTIL**

FORTALEZA - CEARÁ

2021

NAYARA RÉGYLA SILVA RIBEIRO

DESENVOLVIMENTO E VALIDAÇÃO DE MANUAL DE MATRICIAMENTO EM
SAÚDE MENTAL INFANTIL

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Gestão em Saúde do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Gestão em Saúde. Área de Concentração: Gestão em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Milena Lima de Paula.

FORTALEZA – CEARÁ

2021

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Estadual do Ceará

Sistema de Bibliotecas

Ribeiro, Nayara Régyla Silva.

Desenvolvimento e validação de manual de matriciamento em saúde mental infantil [recurso eletrônico] / Nayara Régyla Silva Ribeiro. - 2021
Um arquivo no formato PDF do trabalho acadêmico com 143 folhas.

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Mestrado Profissional em Gestão em Saúde, Fortaleza, 2021.

Área de concentração: Gestão em Saúde Coletiva.
Orientação: Prof.ª Dra. Milena Lima de Paula.

1. Infância. 2. Saúde Mental. 3. Apoio Matricial.
I. Título.

NAYARA RÉGYLA SILVA RIBEIRO

DESENVOLVIMENTO E VALIDAÇÃO DE MANUAL DE MATRICIAMENTO EM
SAÚDE MENTAL INFANTIL

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Gestão em Saúde do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Gestão em Saúde. Área de Concentração: Saúde Coletiva.

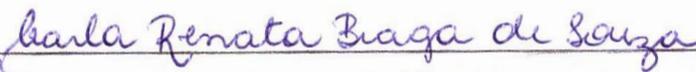
Orientadora: Prof.^a Dr.^a Milena Lima de Paula

Aprovado em: 20 de dezembro de 2021.

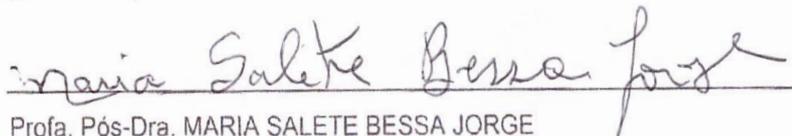
BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. MILENA LIMA DE PAULA
(Orientadora e Presidente da Banca/UECE)



Profa. Dra. CARLA RENATA BRAGA DE SOUZA
(Unicatólica)



Profa. Pós-Dra. MARIA SALETE BESSA JORGE
(UECE)

À minha avó Mirian, que sonhou este sonho antes mesmo de eu imaginar. Vó, eu sou tão grata por ter acreditado em mim e por ter me ajudado a chegar até aqui.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo dom da vida, por me permitir realizar tantos sonhos nesta existência. Obrigada pela saúde e resiliência para superar todos os momentos difíceis com que eu me deparei ao longo de todo o mestrado, inclusive em decorrência da pandemia do Covid-19. Agradeço ainda pela inestimável oportunidade de aprender e crescer mesmo diante das adversidades, sempre com fé e esperança.

À minha mãe Ana Maria, minha avó Mirian, meus irmãos Nayana e Mateus, em especial à minha filha Sofia, por serem essenciais na minha vida e a toda minha família e amigos por me incentivarem a ser uma pessoa melhor e não desistir dos meus sonhos.

À minha grande amiga Caruline Melo pelo apoio e parceria há mais de dez anos, cujos conselhos foram fundamentais, da seleção à defesa.

A todos os professores do MEPGES, pela dedicação, competência, apoio e todo conhecimento compartilhado durante o desenvolvimento das disciplinas e na elaboração desse trabalho. A todos os amigos e amigas que fiz nessa jornada, em especial à Renata, Adriana, Andreia, Dani e Tadeu. Gratidão pelo convívio, amizade e apoio nesses dois anos.

Aos membros da banca examinadora, Prof.^a Dr.^a Maria Salete Bessa Jorge e Prof.^a Dr.^a Carla Renata Braga de Souza, que tão gentilmente aceitaram participar e colaborar com essa dissertação. À minha orientadora Prof.^a Dr.^a Milena Lima, por todo apoio e paciência ao longo da elaboração desse estudo.

À Prefeitura Municipal de Quixeramobim, à Secretaria Municipal de Saúde e toda a equipe do Centro de Atenção Psicossocial Laerson Bezerra de Castro pela inspiração na busca diária pela qualificação do cuidado no SUS, de forma particular, no campo da Atenção Psicossocial.

Por fim, a todos aqueles que contribuíram, direta ou indiretamente, para a realização dessa dissertação, o meu sincero agradecimento.

RESUMO

A Atual Política de Saúde Mental Infantojuvenil objetiva a superação de práticas fundadas em uma lógica institucionalizante, higienista e excludente a qual ficaram submetidos milhares de crianças e adolescentes reclusos em instituições que se diziam protetoras desses sujeitos, como abrigos e hospitais psiquiátricos. Apesar dos notórios avanços nas últimas décadas, com a criação de uma política pública voltada para a saúde mental da infância, o Sistema Único de Saúde ainda carece de maior articulação entre os pontos da Rede de Atenção Psicossocial. Este trabalho intersetorial e multiprofissional entre os diferentes níveis de atenção se faz imprescindível para a garantia do direito à saúde e à cidadania. Nesse sentido, destaca-se o apoio matricial, que pode ser entendido como uma estratégia de trabalho em que se valoriza o processo de saúde-doença, a interdisciplinaridade e a clínica ampliada. O presente estudo se propôs a desenvolver um Manual de Matriciamento em Saúde Mental Infantil para orientação de profissionais de saúde. A pesquisa é de natureza metodológica, tendo como base a pesquisa qualitativa, mediante entrevistas semiestruturadas com profissionais de saúde de um Centro de Atenção Psicossocial e de Equipes de Saúde da Família que serviu de bússola para construção da tecnologia. No caso da validação por experts, estes deveriam possuir conhecimento acerca da temática em estudo para poder avaliar a aparência, representatividade e relevância do conteúdo do material educativo. Durante as entrevistas realizadas com os profissionais da APS e do CAPS foi possível perceber uma visão bastante crítica sobre os obstáculos à efetivação de uma política de saúde mental infantil, os quais perpassam maior investimento em ações de matriciamento e educação permanente das equipes. Destaca-se também a percepção do grande potencial que as ações colaborativas intersetoriais têm para a mudança da realidade da atenção psicossocial infantojuvenil. A avaliação dos juízes especialistas evidenciou que a tecnologia educacional apresentou conteúdo pertinente e válido no que diz respeito aos objetivos, à aparência, à estrutura, à organização e à relevância, atingindo índice de validade de conteúdo global ótimo. Da mesma forma, a avaliação do público-alvo teve um índice de concordância positivo, tornando o instrumento válido para o trabalho das equipes matriciadoras e de referência, bem como de outros profissionais da rede intersetorial.

Palavras-chave: Manual. Matriciamento. Infância.

ABSTRACT

The current Children and Youth Mental Health Policy aims to overcome practices based on an institutionalizing, hygienist and excluding logic to which thousands of children and adolescents incarcerated in institutions that claimed to protect these subjects, such as shelters and psychiatric hospitals, were subjected. Despite the notorious advances in recent decades with the creation of a public policy aimed at mental health in children, the Unified Health System still lacks greater articulation between the points of the Psychosocial Care Network. This intersectoral and multidisciplinary work between the different levels of care is essential to guarantee the right to health and citizenship. In this sense, matrix support stands out, that can be understood as a work strategy in which the health-disease process, interdisciplinarity and extended clinic. The present study proposed to develop a Manual on Matrix Support in Children's Mental Health for the guidance of health professionals. The research is methodological in nature, based on qualitative research, through semi-structured interviews with health professionals from a Psychosocial Care Center and Family Health Teams that served as a compass for the construction of the technology. In the case of validation by experts, they should have knowledge about the topic under study to be able to assess the appearance, representativeness and relevance of content in the educational material. During the interviews carried out with professionals from both the APS and the CAPS, it was possible to perceive a very critical view of the obstacles to the implementation of a child mental health policy, which permeate greater investment in matrix support actions and continuing education of professionals. Also noteworthy is the perception of the great potential that intersectoral collaborative actions have for changing the reality of psychosocial care for children and adolescents. The expert judges' evaluation showed that educational technology presented relevant and valid content, with regard to objectives, appearance, structure, organization and relevance, reaching an optimal global content validity index. The assessment of the target audience also had a positive Agreement Index, making the instrument valid for the work of matrix and reference teams, as well as other professionals in the intersectorial network.

Keywords: Manual. Matrix Support. Childhood.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 –	Número de municípios com CAPS no Brasil.....	17
Figura 1 –	Mapa Quixeramobim.....	26
Figura 2 –	Passos para Construção do Manual Adaptado de Echer (2005).....	30
Figura 3 –	Capa e diagramação do manual.....	31
Quadro 1 –	Rede de Saúde do Município de Quixeramobim, 2021.....	26
Quadro 2 –	Participantes da Pesquisa.....	28
Quadro 3 –	Achados do benchmarking.....	90
Quadro 4 –	Pontuação e conjunto de requisitos para definição de juízes experts adaptado de Fehring (1994).....	93

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AM	Apoio Matricial
APS	Atenção primária à Saúde
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CAPSi	Centros de Atenção Psicossocial Infantil
CAPSij	Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IVC	Índice de Validade de Conteúdo
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PSE	Programa Saúde na Escola
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RPB	Reforma Psiquiátrica Brasileira
SAM	Suitability Assessment of Materials
SISNAD	Sistema Nacional de Políticas públicas sobre Drogas
SMCA	Saúde Mental de Crianças e Adolescentes
SMI	Saúde Mental Infantil
SUS	Sistema Único de Saúde
SUS	<i>System Usability Scale</i>
TCLE	Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UECE	Universidade Estadual do Ceará
UPA	Unidade Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	13
1.1	Interesse da pesquisadora pelo tema.....	13
2	OBJETIVO.....	24
2.1	Geral.....	24
2.2	Específicos.....	24
3	METODOLOGIA.....	25
3.1	Tipo de estudo.....	25
3.2	Local e período do estudo.....	25
3.3	Participantes da pesquisa.....	28
3.3.1	Critérios de inclusão e exclusão.....	28
3.4	Técnicas, instrumentos e procedimentos de coleta de dados.....	28
3.5	Processo de construção do manual.....	29
3.5.1	Fase 1 – Revisão integrativa sobre matriciamento em saúde mental e Benchmarking.....	30
3.5.2	Fase 2 – exploração do território.....	31
3.5.3	Fase 3 – construção do manual.....	31
3.5.4	Fase 4 – validação do manual por juízes.....	32
3.6	Análise e interpretação dos dados.....	32
3.7	Aspectos éticos.....	33
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	34
4.1	Artigo 1 – Matriciamento em saúde mental infantil: uma revisão integrativa da literatura.....	34
4.2	Artigo 2 – saúde mental infantil e apoio matricial: desafios e potencialidades.....	60
4.3	Benchmarking.....	89
5	VALIDAÇÃO.....	93
5.1	Adequações do manual após a correção dos juízes.....	98
5.2	Análise da usabilidade.....	99
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	102
	REFERÊNCIAS.....	104
	APÊNDICE A – ROTEIRO PARA ENTREVISTA	

SEMIESTRUTURADA.....	108
APÊNDICE B – ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO SISTEMÁTICA.....	109
APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PROFISSIONAIS DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	110
APÊNDICE D – CARTA DE ANUÊNCIA DA INSTITUIÇÃO.....	113
APÊNDICE E – CARTA CONVITE PARA OS JUÍZES (ESPECIALISTAS).....	114
APÊNDICE F – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA JUÍZES.....	115
APÊNDICE G – QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DOS AVALIADORES DE CONTEÚDO E APARÊNCIA.....	117
APÊNDICE H – VERSÃO FINAL DO MANUAL.....	118
ANEXO A – INSTRUMENTO DE VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO E CONCORDÂNCIA ENTRE JUÍZES (IVC).....	131
ANEXO B – SUITABILITY ASSESSMENT OF MATERIALS (SAM) (DOAK; DOAK;ROOT, 1996).....	133
ANEXO C – QUESTIONÁRIO SYSTEM USABILITY SCALE TRADUZIDO PARA O PORTUGUÊS.....	135
ANEXO D – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....	136

1 INTRODUÇÃO

1.1 Interesse da pesquisadora pelo tema

A aproximação com o campo da saúde mental remonta à formação profissional em psicologia da pesquisadora, há mais de dez anos. Desde a graduação, as disciplinas relacionadas à psicopatologia, teorias e técnicas psicoterápicas, como também à atenção psicossocial sempre despertaram fascínio.

Mais adiante, o ingresso no serviço público significou uma grande oportunidade para a autora, profissional recém-formada, colocar em prática todos os conhecimentos construídos após cinco anos de estudo na academia. A escolha pelo Centro de Atenção Psicossocial, local de referência para o cuidado em saúde mental no município de Quixeramobim, sempre foi muito clara desde a inscrição no concurso público.

A partir da vivência cotidiana nesse dispositivo foi-se percebendo que a atuação do profissional de saúde na atenção psicossocial é permeada por muitos desafios e responsabilidades. Após cinco anos militando em defesa da causa antimanicomial, fica cada vez mais evidente a necessidade de melhoria da atenção prestada aos usuários e suas famílias.

Nesse contexto, percebe-se a ineficiente comunicação entre atenção básica e o CAPS; como se o sujeito inserido no acompanhamento do CAPS não fosse de responsabilidade também da atenção básica, contribuindo para a ineficiência da assistência. Na prática, essa rede repleta de “furos” acaba convergindo em uma desassistência às pessoas em sofrimento psíquico ou um atendimento de baixa qualidade devido à superlotação dos CAPS, consequência da desresponsabilização da atenção primária diante de demandas relacionadas à saúde mental, a qual muitas vezes ocupa apenas o papel de fonte encaminhadora de casos.

Na busca por respostas ou saídas para garantir aos usuários um atendimento mais adequado, a pesquisadora retomou a leitura de um material sobre apoio matricial que havia conhecido ainda na graduação em 2012, quando participou do III Congresso Brasileiro de Saúde Mental organizado pela Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME). O Guia Prático de Matriciamento Organizado por Dulce Helena Chiaverini (2011) se mostrou como principal referência de ação colaborativa dentro da rede de atenção psicossocial.

A ausência da aplicabilidade e de conhecimento sobre o matriciamento de alguns profissionais instigou a autora a pesquisar mais sobre o assunto, almejando produzir um

instrumento facilitador do processo com destaque para a assistência em saúde mental ao público infantil, haja vista que os manuais de apoio matricial disponíveis contemplam a saúde mental infantil de forma superficial ou limitada a informações gerais.

Ademais, o atendimento infantil em saúde mental paulatinamente se apresentou como um terreno fértil de admiração e desafios em virtude de sua complexidade. Além disso, por não haver um CAPS direcionado especificamente a esse público na região do sertão central, toda a demanda de sofrimento psíquico, atraso no desenvolvimento ou alterações de comportamento têm sido encaminhados ao CAPS tipo II do território. A falta de organização do fluxo dessa demanda apontava para uma lacuna da rede de saúde e impulsionou à criação de algum instrumento voltado a orientação dos profissionais da Estratégia Saúde da Família ao assistir uma criança com demanda de saúde mental.

Por conseguinte, quando surgiu a oportunidade de cursar o Mestrado em Gestão em Saúde, ofertado pela Universidade Estadual do Ceará, a autora vislumbrou uma possibilidade de qualificação profissional, bem como de transformação do cenário de prática mediante elaboração de uma tecnologia que facilite a comunicação entre CAPS e Atenção Primária e que fosse voltado à infância.

Dessa forma, compreendendo a necessidade de ampliação de estudos que se debrucem sobre a saúde mental na Atenção Básica e da lacuna no que se refere 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), são as forças que motivaram a pesquisa aqui descrita.

1.2 Contextualização do objeto de pesquisa

A Política de Saúde Mental Infanto-Juvenil brasileira é resultado de um esforço no sentido de vencer a histórica lacuna assistencial nesse campo, quando o Estado delegava às instituições filantrópicas ou a associações de pais e familiares o cuidado de crianças e adolescentes com diversas deficiências, dentre elas os transtornos mentais (AMSTALDEN; HOFFMANN; MONTEIRO, 2016). A Atual Política objetiva ainda a superação de práticas fundadas em uma lógica institucionalizante, higienista e excludente, a qual ficaram submetidos milhares de crianças e adolescentes reclusos em instituições que se diziam protetoras desses sujeitos, como abrigos e hospitais psiquiátricos.

Antes de serem apresentados os princípios e diretrizes dessa política, é relevante lembrar que sua organização se inscreve em um contexto e percurso histórico contemporâneo ao movimento de redemocratização do país. Este processo culminou com a aprovação da Constituição de 1988, conhecida como Constituição Cidadã, que, em seu artigo 227 assegura, com absoluta prioridade, “o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária” de crianças e adolescentes (BRASIL, 1988).

Outro marco legal importante, o Estatuto da Criança e do Adolescente (1990) prescreve no artigo 3º que a criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sendo obrigação do Estado assegurar facilidades e oportunidades para que toda criança e adolescente tenha desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade.

Faz-se fundamental ainda ressaltar a relevância de outros dois movimentos sociopolíticos envolvidos. A Reforma Sanitária, que culminaria com a criação do Sistema Único de Saúde e a Reforma Psiquiátrica, que modificaria o modelo de assistência à saúde mental no Brasil, assegurando os direitos das pessoas com transtornos mentais, com a promulgação da Lei 10.216 de 2001. Esse novo paradigma de cuidado se caracteriza pela mudança de um modelo de tratamento asilar, centrado nos hospitais psiquiátricos para um modelo de atenção aberto e comunitário que privilegia a inserção social, evitando a segregação (AMSTALDEN *et al.*, 2016).

A Reforma Psiquiátrica no Brasil foi um movimento histórico, político, ideológico, cultural e social. Entretanto, a redução do número de hospitais e asilos psiquiátricos não significou que sua substituição tenha eliminado as relações de poder, pois não existe instituição que se constitua por práticas sociais neutras ou imunes ao jogo entre sujeição e empoderamento (CORREIA, L. C. E PASSOS; PERRUSI, 2017).

No Brasil, a política pública voltada especificamente para crianças e adolescentes começou a ser estabelecida entre os anos de 2002 e 2004, com a criação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) específicos para a infância (Portaria MS nº336/2002) e a implantação do Fórum Nacional de Saúde Mental Infanto-Juvenil em 2003 (BRASIL, 2004).

Os Centros de Atenção Psicossocial são pontos de atenção estratégicos da Rede de Atenção Psicossocial, serviços de saúde de caráter aberto e comunitário, constituído por equipe multiprofissional, que atua sobre a ótica interdisciplinar, realizando prioritariamente atendimento às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Nas suas diferentes modalidades

estes dispositivos atuam tanto em situações de crise como nos processos de reabilitação psicossocial (BRASIL, 2013).

Após essa breve retrospectiva sobre os marcos históricos que possibilitaram a emergência de uma Política de Saúde Mental Infanto-Juvenil, agora serão apresentados os seus princípios e conceitos fundamentais.

O primeiro aspecto a considerar é da ética e da lógica do cuidado que entende a criança enquanto sujeito, o que implica a noção de singularidade e de direitos, que inclui o direito ao cuidado. Essa noção de sujeito pressupõe ainda a importância de dar voz às crianças e adolescentes tratados (BRASIL, 2005).

O segundo princípio versa sobre o chamado acolhimento universal, que assegura que todo aquele que chega a um serviço de saúde mental deve ser acolhido. Após essa acolhida, a equipe de saúde deve decidir se assumirá o tratamento desse sujeito, se encaminhará de forma assistida e implicada a outro serviço, ou se trabalhará na desconstrução da demanda de atendimento ao perceber que não há necessidade de tratamento em saúde mental (BRASIL, 2005).

A ação de cuidado deve incluir os demais serviços e equipamentos disponíveis no território, uma vez que nenhuma unidade ou serviço de saúde tem, por si só, capacidade de responder a toda a gama de demandas e/ou necessidades de saúde da população (LAURIDSEN-RIBEIRO; TANAKA, 2016). Nesse sentido, a construção da rede é uma tarefa constante e dinâmica, resultado também das demandas singulares e específicas de cada sujeito.

Mais que uma organização de prédios públicos, a construção permanente da rede deve ser entendida como uma postura metodológica em que toda ação de cuidado no campo da saúde mental deve ser atravessada pelo princípio da intersetorialidade. A assistência à saúde mental desse público, mais do que dos adultos, exige ações intersetoriais, pois crianças e adolescentes precisam, além do serviço de saúde mental, de outras formas de assistência à saúde como também de escola, esporte, lazer, cultura, de instâncias jurídico-legais que garantam seus direitos, entre outras (BRASIL, 2005).

Por último, a política reforça um dos princípios mais caros à saúde mental, a noção de território. Este é aqui entendido como o lugar psicossocial do sujeito, atravessado em sua experiência pelas instâncias pessoais e institucionais nas quais ele está inserido.

Esses princípios devem estar presentes na prática cotidiana dos serviços que compõem a rede de saúde mental para crianças e adolescentes. Fazem parte dessa rede os Centros de Atenção Psicossocial específicos para a população infanto-juvenil, os CAPSi. Para

a implantação de um CAPSi utilizava-se o parâmetro populacional de 150 mil habitantes, conforme Portaria nº 3.088/2011. Todavia, essa portaria foi atualizada em 2013, instituindo o parâmetro de 70 mil habitantes para sua implantação.

Os CAPSi possuem uma função estratégica na organização da rede, funcionando como agenciadores do cuidado, tendo o sujeito como seu foco central, por meio de ações como discussões de caso e construção coletiva de projetos terapêuticos singulares pela equipe multiprofissional.

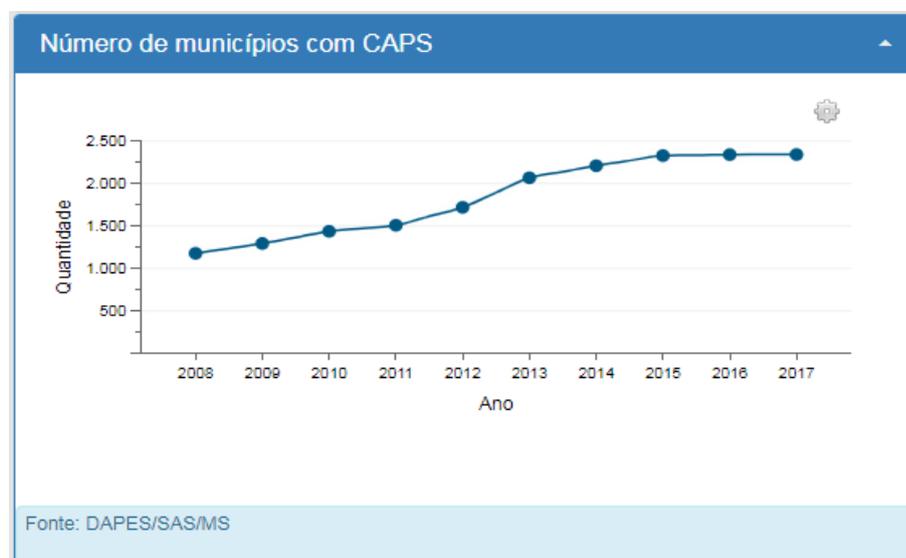
Segundo o Ministério da Saúde, o SUS, em 2020, contava com 1398 CAPS distribuídos por todo o país. No Ceará existem 167 CAPS habilitados e em funcionamento, e destes apenas sete são voltados ao público Infanto-juvenil (BRASIL, 2020).

O estudo de Garcia *et al.* (2015) sobre a distribuição dos CAPSi no Brasil revelou que até abril de 2014, os CAPSi representavam 7,8% do total de 2.128 Centros de Atendimento Psicossocial (CAPS) brasileiros na época, com 52,9% localizados no Sudeste.

Apesar de não haver estudos mais recentes que atualizem esses dados, pode-se inferir que tal realidade não se modificou muito com o passar dos anos, indicando um número muito reduzido de serviços especializados voltados exclusivamente para o público infantil e a grande maioria está concentrada na região sudeste.

O gráfico a seguir apresenta o crescimento do número de municípios com CAPS e a estabilização desse quantitativo a partir de 2015, o que sugere um desinvestimento por parte do poder público na instalação de novos serviços de base territorial e comunitária de atenção à saúde mental no Brasil.

Gráfico 1 – Número de municípios com CAPS no Brasil



Fonte: Ministério da Saúde, SAGE - Sala de Apoio à Gestão Estratégica (2017).

Quando não há CAPSi no município é importante identificar ou construir uma equipe especializada em saúde mental infantil para dar retaguarda às ações voltadas a esta faixa etária. Os CAPS I, II ou III (modalidades dos CAPS Adulto), quando único serviço de saúde mental no município, devem contar com profissionais capacitados para atender crianças e adolescentes (BRASIL, 2011).

Fazem parte da rede de atenção à saúde mental infanto-juvenil ainda os leitos psiquiátricos em hospital geral e os serviços de urgência e emergência que devem oferecer assistência às situações de crise garantindo o acompanhamento de familiar ou responsável.

Mais recentemente, o Governo Federal promulgou a portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017, que institui o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas do Tipo IV (CAPS AD IV).

Este Ponto de Atenção Especializada que integra a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) é destinado à atenção integral e contínua a pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool, crack e outras drogas, com funcionamento 24 (vinte e quatro) horas por dia e em todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados. Entretanto, seu grande diferencial é que este serviço, segundo a referida portaria, poderá se destinar a atender adultos, crianças e adolescentes, conjunta ou separadamente.

A Portaria faz a ressalva de que nos casos de atendimento a crianças e adolescentes, o CAPS AD IV deverá se adequar ao que prevê o Estatuto da Criança e do Adolescente. No entanto, não esclarece esse ponto de forma clara e objetiva em como será realizada essa adequação.

Em 2019, a Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde emitiu a Nota Técnica 11/ 2019, intitulada “Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas”. Em suma, o documento anuncia “mudanças” que representam, na verdade, o retrocesso a um cenário que o país vem se esforçando para superar. A Nota Técnica tem como mote principal a inclusão do hospital psiquiátrico na Rede de Atenção Psicossocial. Chama a atenção que o único tópico no qual a saúde mental infanto-juvenil é abordada especificamente se refira à internação de crianças e adolescentes em hospitais psiquiátricos (LIMA, 2019). Tal tentativa de retroceder a um modelo manicomial gerou muitas críticas por diversos setores da sociedade, levando a um recuo do governo federal nesse aspecto após a repercussão negativa.

Porém, essa tendência nas políticas públicas à internação de crianças e adolescentes em instituições de características asilares teve continuidade com a resolução do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas nº 3, de 24 de julho de 2020, a qual regulamenta, no âmbito do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (Sisnad), o acolhimento de adolescentes com problemas decorrentes do uso, abuso ou dependência do álcool e outras drogas em comunidades terapêuticas.

Outro ponto fundamental e estratégico é como a articulação com a atenção primária se efetiva principalmente pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), atuando em parceria com as equipes da Estratégia Saúde da Família desenvolvendo ações de promoção de saúde mental no território e possibilitando a continuidade do cuidado.

Amstalden, Hoffmann e Monteiro (2016) destacam que a superação da cultura manicomial de crianças e adolescentes com transtornos mentais perpassa a constituição da rede no território, o que implica, para além da implantação de serviços, a articulação ente eles e a construção de um cuidado compartilhado.

Mais do que isso, se faz necessário agregar também a rede ampliada, envolvendo as demais políticas públicas voltadas às crianças e adolescentes como escolas, conselhos tutelares, assistência social, dispositivos de cultura, esporte e lazer. Tal premissa reforça a importância da rede e do reconhecimento de que nenhum serviço, instituição ou ação de forma isolada pode responder integralmente à complexidade dos fenômenos envolvidos no campo da saúde mental e às necessidades de cada indivíduo (LAURIDSEN-RIBEIRO; TANAKA, 2016).

Construir redes de atenção é uma das principais estratégias da política de saúde mental para atingir a qualidade do cuidado que contemple os princípios da inclusão social, resgate da cidadania e respeito aos direitos humanos (BRASIL, 2007).

Historicamente, a organização dos serviços de saúde adotou um modelo hierarquizado semelhante a uma pirâmide de complexidade crescente, dividido em níveis (primário, secundário e terciário) e funcionando por meio de fluxos de referência e contrarreferência. A implantação desta organização piramidal mostrou-se problemática para o campo da saúde mental uma vez que não dá conta de suas especificidades e por não ser compatível com os princípios da reforma psiquiátrica (LAURIDSEN-RIBEIRO; TANAKA, 2016).

É nesse contexto de busca por um novo padrão organizacional que surge a proposta do modelo de redes de serviços. Nessa nova configuração não há hierarquia entre os

serviços, cada um possui suas características e funções próprias muito bem definidas e a comunicação se dá de forma horizontal, não autoritária.

A RAPS (Rede de Atenção Psicossocial), instituída pela Portaria MS/GM nº 3.088, preconiza os parâmetros para a implantação desta rede de acordo com o aporte populacional e deve ser constituída por vários serviços que de forma conjunta ofereçam assistência em saúde mental para as diversas necessidades e demandas de crianças e adolescentes de determinado território.

A rede específica de atenção em saúde mental conta com dois pontos de coordenação, as UBS e os CAPS, que devem funcionar em cogestão para organizar e integrar a assistência no território de abrangência (LAURIDSEN-RIBEIRO; TANAKA, 2016).

Ranña (2016) refere que o atual cenário da Estratégia Saúde da Família e as novas demandas de saúde mental infantil têm exigido dos profissionais a detecção e intervenção precoce nos problemas de desenvolvimento e de saúde mental da criança ainda nos seus primeiros anos. Esse novo panorama tem exigido o aprimoramento dos processos de capacitação das equipes da atenção básica no domínio de uma tecnologia que até então não fazia parte de suas intervenções, o conhecimento sobre o desenvolvimento infantil, os fatores associados a esses problemas, sua detecção precoce e seus dispositivos de intervenção.

Outra necessidade que se coloca para as equipes de saúde na atenção básica é o reconhecimento dos problemas de saúde mental da infância e da adolescência, bem como ter o apoio especializado adequado para se responsabilizar pelo acompanhamento longitudinal dos casos detectados.

Nos territórios de atuação das equipes de referência em saúde da família estão as famílias, nas quais se encontram os bebês, as crianças e os adolescentes e seus cuidadores. Daí a importância de se desenvolverem ações de saúde mental dentro dos territórios, e a ESF é peça fundamental nesse processo. Além disso, as ações sobre o desenvolvimento infantil e sobre a saúde mental da criança devem ter como base ações sobre o grupo familiar como um todo, nesse sentido as equipes de saúde da família podem ter relevante papel nessas ações, desde que tenham uma capacitação e uma rede de apoio matricial suficiente (RANÑA, 2016).

Pode-se afirmar que o cuidado em saúde mental na Atenção Básica é bastante estratégico pela facilidade de acesso das equipes aos usuários e vice-versa. É a ela que muitas vezes a família recorre prioritariamente ao identificar uma demanda de saúde mental em um familiar. É comum que os profissionais de saúde se defrontem em seu cotidiano com crianças em situação de sofrimento psíquico.

Outrossim, a atenção básica está presente em todos os municípios do país, e em municípios com menos de quinze mil habitantes se configura como a única possibilidade de assistência em saúde mental para essas populações.

As prevalências brasileiras de problemas de saúde mental em crianças e adolescentes variam entre 7% e 24,6%, com demanda entre 4% e 7,3% para intervenção clínica (PAULA *et al.*, 2007). Contudo, poucos estudos abordam a utilização de serviços de saúde mental nesse grupo populacional. Apesar de bastante prevalentes, a realização de práticas em saúde mental na Atenção Básica suscita muitas dúvidas e receios nos profissionais de Saúde (BRASIL, 2013).

A necessidade de ações intersetoriais no atendimento às demandas de saúde mental do usuário (em especial do público infantil) consiste em uma das peculiaridades do trabalho na rede de atenção psicossocial. Essa ação integrada com os demais pontos da rede está presente entre as dificuldades identificadas no manejo das demandas de saúde mental infantil no contexto da atenção primária à saúde. Estudos como de Gomes e colaboradores (2015) e Vasconcelos e Barbosa (2019) destacam que a formação acadêmica deficitária de gestores e profissionais de saúde influencia negativamente o seu conhecimento conceitual e a sua habilidade de programar ferramentas de matriciamento em saúde mental.

Dessa forma, a ESF se constitui um importante espaço de cuidado psicossocial, ao mesmo tempo em que encontra fragilidades no trabalho intersetorial e necessita de apoio da rede de serviços de saúde mental para o acompanhamento de crianças e famílias (CARVALHO; DUARTE; GLANZNER, 2020).

Como uma estratégia para fazer frente a esse desafio, surge o chamado matriciamento em saúde mental. O apoio matricial destaca-se como uma tentativa de trabalho intersetorial. Campos e Domitti (2007) o definem como uma metodologia de trabalho complementar aos sistemas hierarquizados pautados na lógica do encaminhamento (referência e contrarreferência).

O apoio matricial visa oferecer às equipes de referência tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnico-pedagógico. Depende da construção compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias entre os componentes de uma equipe de referência e os especialistas que oferecem apoio matricial. Essas diretrizes devem prever critérios para acionar o apoio e definir o espectro de responsabilidade tanto dos diferentes integrantes da equipe de referência quanto dos apoiadores matriciais.

Entre as diversas vantagens fomentadas por essa forma de organização para o trabalho em saúde é possível citar: a ajuda na produção de concepções interdisciplinares; o

aumento do vínculo entre equipe; usuários e especialistas; e a possibilidade de promoção de um processo de capacitação permanente, em todos os sentidos, pois da mesma forma que os membros de uma equipe de referência necessitam dos conhecimentos especializados, os especialistas necessitam de capacitação em problemas pertinentes à atenção básica (RANÑA, 2016).

Em síntese, a questão da atenção à saúde mental de crianças e adolescentes no Brasil está sujeita a intempéries que vão desde a inclusão tardia da saúde mental infantil e juvenil na agenda das políticas de saúde mental, nacional e internacionalmente; a escassez de profissionais especializados no atendimento infantil, a dificuldade de estabelecer um diagnóstico precoce; até a falta de serviços que atendam a essa população específica (COUTO; DELGADO, 2015).

Diante desse panorama tão crítico da assistência à saúde mental na atenção primária voltada à infância, a qual tem em seu cerne a falta de preparo dos profissionais, faz-se mister a criação de ferramentas para capacitação dos trabalhadores do SUS, com vistas à melhoria da atenção e garantia de direitos.

Essa qualificação do processo de trabalho perpassa a política de Educação Permanente dos trabalhadores, a qual também emerge entre os principais desafios reconhecidos pela gestão do SUS. Esta se apresenta como recurso indispensável para ampliar a capacidade de autoavaliação e autogestão, que objetiva a reorganização das práticas, partindo das lacunas existentes entre o cenário real e as ideologias do sistema de saúde (MACHADO *et al.*, 2015).

Faz-se urgente um maior investimento, por parte do poder público, em ações de qualificação dos profissionais e trabalhadores da saúde visando à transformação de um modelo que privilegie a reflexão de novas ações em múltiplas dimensões, com ênfase na articulação dos serviços; além do fortalecimento da rede de atenção psicossocial que sirva de retaguarda para a Saúde da Família (CAMPOS; BEZERRA; JORGE, 2020; ESLABÃO *et al.*, 2019).

Conforme nos adverte Machado *et al.* (2014), a capacitação de profissionais permite, por meio de planejamento e de uma metodologia adequada, manejar transtornos mentais infantis de maneira satisfatória. Pode-se, dessa forma, adequar os serviços de acordo com a demanda e intensificar essa nova forma de assistência proposta pela reforma psiquiátrica, sensibilizando os profissionais e a comunidade envolvida nesse processo, o qual se atualiza com a proposta do apoio matricial.

Portanto, a produção de um material informativo como um manual pode servir como meio disseminador dessa informação necessária para a qualificação da atenção psicossocial, desconstruindo estigmas relacionados ao adoecimento psíquico e empoderando os profissionais que prestam essa assistência, demonstrando como a atenção básica e a atenção especializada através do matriciamento, podem contribuir de forma efetiva para o fortalecimento da rede de atenção psicossocial infantil.

Ademais, o conhecimento sobre experiências na atenção à saúde mental de crianças e adolescentes traz a possibilidade de desenvolvimento de programas de intervenção focados em prevenir ou atenuar os efeitos desses transtornos (THIENGO; CAVALCANTE; LOVISI, 2014).

Logo, o presente estudo se propõe a desenvolver um manual no formato digital a ser utilizado pelas equipes da Estratégia Saúde da Família e da Atenção Psicossocial como um instrumento de subsídio ao conhecimento e orientação profissional para a prática do matriciamento em saúde mental infantil.

A relevância desta pesquisa se sustenta no seu potencial de impacto social, levando ao desenvolvimento de uma tecnologia que contribuirá para qualificar a assistência à saúde de crianças com transtorno mental.

Salienta-se ainda que a criação de ferramentas que possibilitem a superação dos obstáculos ao atendimento desse público específico, os quais perpassam o desconhecimento de grande parte dos profissionais sobre o tema, pode dar resolutividade a essas demandas que fazem parte do cotidiano das equipes de saúde da família, por meio de ações efetivas de corresponsabilização e articulação dos pontos da rede de atenção psicossocial, contribuindo para o desenvolvimento desses sujeitos.

2 OBJETIVO

2.1 Geral

Desenvolver um Manual de Matriciamento em Saúde Mental Infantil para orientação de profissionais de saúde.

2.2 Específicos

- a) Realizar revisão integrativa da produção científica dos últimos dez anos sobre matriciamento em saúde mental dirigido ao público infantil;
- b) Realizar o Benchmarking sobre os manuais de matriciamento em saúde mental infantil existentes na literatura mundial;
- c) Analisar os cuidados em saúde mental infantil prestados pelos profissionais da atenção especializada e da atenção básica;
- d) Elaborar um manual com estratégias efetivas no contexto de cuidados colaborativos em saúde mental infantil na Atenção Primária;
- e) Validar o conteúdo e a aparência do manual com juízes e população alvo.
- f) Analisar a usabilidade do manual com juízes e população alvo.

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo

O estudo é de natureza metodológica, tendo como base a pesquisa qualitativa. O Estudo metodológico refere-se à elaboração, validação e avaliação de instrumentos e técnicas para a pesquisa e/ou para a prática (POLIT, D.F.; BECK, 2011).

Trata-se de um estudo metodológico, com foco na construção e validação de uma tecnologia, que investiga, organiza e analisa dados para construir, validar e avaliar instrumentos e técnicas de pesquisa, centrada no desenvolvimento de ferramentas específicas de coleta de dados com vistas a melhorar a confiabilidade e validade de instrumentos.

3.2 Local e período do estudo

O presente estudo foi desenvolvido no município de Quixeramobim, que está localizado na região Sertão Central do estado do Ceará, a 230 km de Fortaleza, com uma população estimada em 81.778 habitantes, distribuídos por uma área territorial de 3.324,987 km², segundo o IBGE (2020). Quixeramobim possui a alcunha "Coração do Ceará", por abrigar o ponto de equidistância geodésica do estado. Seus limites geográficos fazem fronteira com os municípios de Boa Viagem, Quixadá, Senador Pompeu, Madalena, Banabuiú, Choró, Solonópole e Pedra Branca.

A vegetação presente em praticamente todo município é a caatinga arbustiva densa ou aberta, caracterizada pela presença de cactos e vegetação rasteira com árvores baixas e cheias de espinho.

As principais atividades econômicas desenvolvidas no município são a pecuária leiteira, a indústria calçadista e o setor de serviços. Apresenta um Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de 0,642 e o salário médio mensal dos trabalhadores formais é de 1,5 salários mínimos (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2020).

A educação tem demonstrado um aumento da qualidade com uma taxa de escolarização de 6 a 14 anos de idade de 96,7 % (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2020). A rede municipal de educação, em 2019, contava com 13.713 estudantes matriculados em 83 escolas, assistidos por 747 professores. Além da

Centro de Atenção Psicossocial Tipo II	01
Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas 24h	01
Equipe Multiprofissional/ Academia da saúde	01
Hospital municipal de médio porte com 2 leitos de enfermagem psiquiátrica	01
Hospital regional de alta complexidade	01
Hospital infantil municipal	01
Centro de Atenção Integrada voltado a ações de reabilitação em fisioterapia e fonoaudiologia	01
Unidade de Pronto Atendimento 24h	01
Policlínica Municipal	01
Centro de Especialidades Odontológicas Regional – CEO Regional	01
Centro de Referência em Saúde do Trabalhador Regional (CEREST)	01

Fonte: elaborado pela autora.

O estudo em questão se deu na intersecção entre o CAPS tipo II (atenção especializada em saúde mental) e a atenção primária, célula básica do SUS, no período de junho a dezembro de 2021.

Vale ressaltar que, apesar de ser um estudo dirigido à atenção psicossocial de crianças, essa pesquisa não foi realizada em um CAPSi (CAPS Infantil), haja vista que, como observado no quadro anterior, o município de Quixeramobim não dispõe desse dispositivo. Dessa forma, as demandas relacionadas a essa seara são atendidas pelo CAPS Tipo II (CAPS Geral).

A equipe do CAPS Tipo II de Quixeramobim é composta por um médico psiquiatra, um médico com formação em saúde mental, uma enfermeira, duas assistentes sociais, três psicólogas, duas técnicas de enfermagem, uma terapeuta ocupacional, um psicopedagogo, quatro agentes administrativos, e uma coordenadora de serviço.

3.3 Participantes da pesquisa

Os participantes da pesquisa foram consultados a fim de analisar a realidade do matriciamento em saúde mental infantil. Foram entrevistados cinco profissionais de saúde do CAPS e cinco da Estratégia Saúde da Família. Ademais, os sujeitos contribuíram para o levantamento do conteúdo que está presente no manual.

Quadro 2 – Participantes da Pesquisa

Participantes	Categoria profissional					Psicopedagogo
	Enfermeira	Assistente Social	Médico (a)	Psicóloga	Terapeuta Ocupacional	
Profissionais ESF	01	01	01	01	01	-
Profissionais CAPS	01	01	01	01	-	01

Fonte: elaborado pela autora.

3.3.1 Critérios de inclusão e exclusão

Foram considerados sujeitos desse estudo colaboradores atuando na rede municipal de saúde de Quixeramobim há pelo menos seis meses, alocados em uma unidade de saúde da família ou centro de atenção psicossocial e com formação profissional mínima de ensino superior completo. Foram convidados preferencialmente profissionais de unidades de saúde que participam ou já tenham participado de ações de matriciamento em saúde mental. Foram excluídos profissionais que estavam gozando férias ou em licença maternidade/saúde.

3.4 Técnicas, instrumentos e procedimentos de coleta de dados

Foram realizadas dez entrevistas semiestruturadas sobre as práticas de apoio matricial e cuidados colaborativos, abordando a forma como são realizadas, sua frequência e relevância para a resolução dos problemas de saúde mental infantil, conforme roteiro pré-elaborado (APÊNDICE A).

Além disso, foi abordado como tem se dado as interações estabelecidas entre os níveis de complexidade do sistema local de saúde na atenção à saúde mental, bem como os desafios e potencialidades desse modelo de cuidado compartilhado. As entrevistas foram gravadas com a autorização dos entrevistados e posteriormente transcritas na íntegra após autorização via assinatura do Termo de Consentimento Livre e esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C).

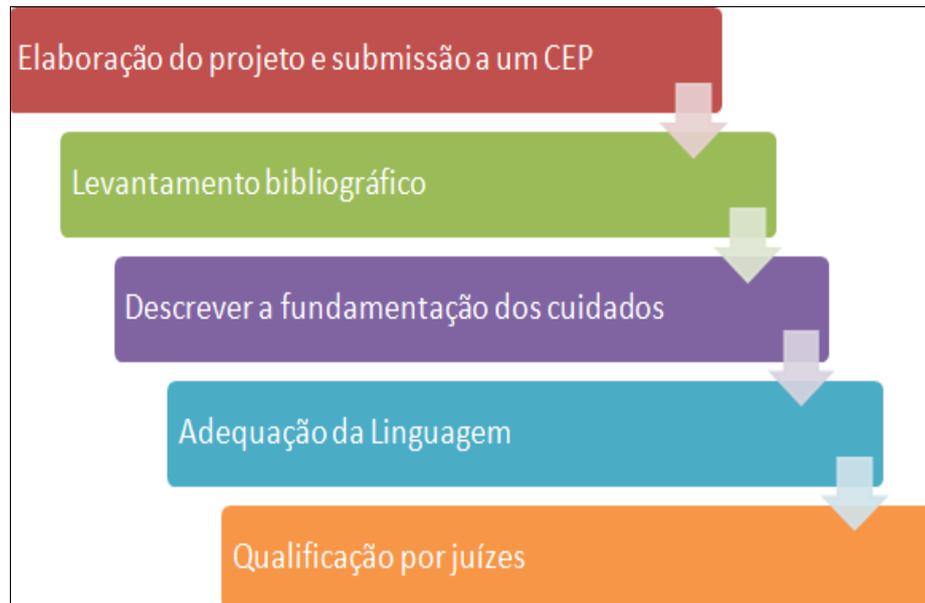
As entrevistas semiestruturadas, conforme Boni e Quaresma (2005), são compostas pela combinação entre perguntas abertas e fechadas, onde o informante é convidado a discorrer sobre o tema proposto. Nesse tipo de entrevista, o pesquisador deve seguir um conjunto de questões previamente definidas, porém, ele o faz em um contexto muito semelhante ao de uma conversa informal.

Foi utilizada ainda a técnica da observação participante, utilizando um roteiro de observação sistemática (APÊNDICE B) como instrumento, a fim de descrever os cenários, as interações dos profissionais durante as ações de matriciamento infantil, a relevância para o cuidado, entre outros aspectos. Ao todo, foram realizadas três observações no período de estudo.

3.5 Processo de construção do manual

Para a construção do manual foram utilizadas as etapas de construção de Echer (2005): elaboração do projeto e submissão a um Comitê de Ética e Pesquisa; levantamento bibliográfico do conhecimento científico sobre o assunto; construção do manual; adequação da linguagem para que a informação seja entendida pelo público-alvo; validação do material por juízes; adequações do manual e disponibilização da versão digital.

Figura 2 – Passos para Construção do Manual Adaptado de Echer (2005)



Fonte: elaborado pela autora.

3.5.1 Fase 1 – Revisão integrativa sobre matriciamento em saúde mental e Benchmarking

A primeira fase do estudo correspondeu ao levantamento bibliográfico de Echer (2005). Nesse primeiro, momento a pesquisa se voltou à busca na literatura de estudos publicados na última década que tiveram como foco o matriciamento em saúde mental infantil, por meio de uma revisão integrativa. Os resultados dessa fase serão apresentados na sessão Resultados e Discussão na forma de artigo científico.

Para a elaboração da revisão integrativa foram percorridas as etapas descritas a seguir. Primeira etapa: identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa para a elaboração da revisão integrativa; Segunda etapa: estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/ amostragem ou busca na literatura; Terceira etapa: avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa; Quarta etapa: interpretação dos resultados; Quinta etapa: apresentação da revisão/síntese do conhecimento (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Realizou-se, ainda nessa fase, o *benchmarking*, com o objetivo de identificar a existência de manuais de orientação sobre o matriciamento em saúde mental infantil na produção científica mundial, o qual apontou a inexistência de manuais específicos para o apoio matricial de crianças e adolescentes.

3.5.2 Fase 2 – exploração do território

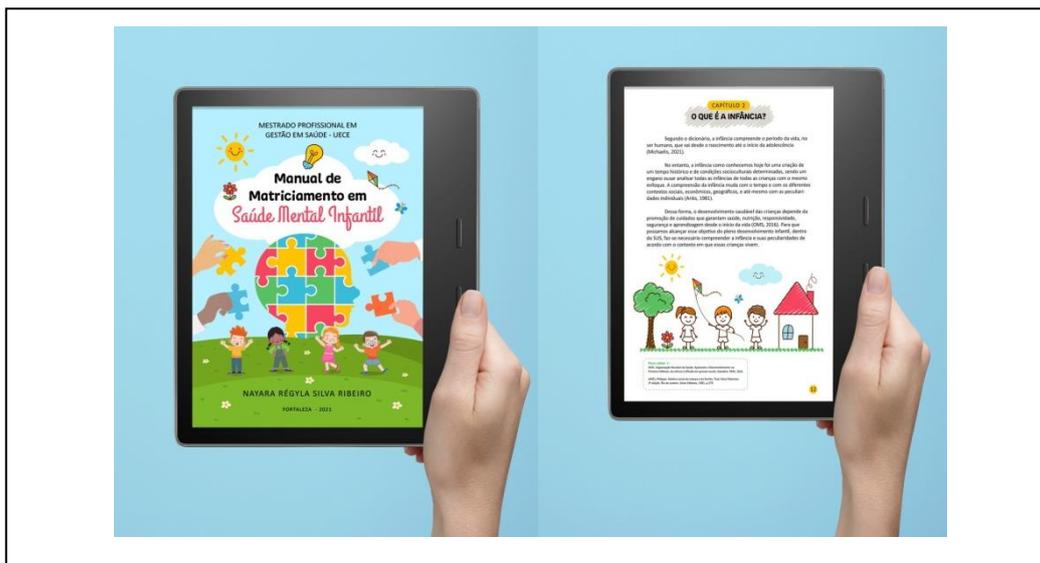
A segunda fase consistiu na pesquisa de campo, que objetivou descrever os desafios e potencialidades da assistência em saúde mental infantil vivenciados pelos profissionais na atenção especializada e na atenção básica de um município de médio porte do estado do Ceará. O material resultante da pesquisa de campo e da revisão integrativa serviu de embasamento para a elaboração do manual.

3.5.3 Fase 3 – construção do manual

Nessa fase foi descrita a fundamentação dos cuidados, ou seja, tendo como base os desafios, potencialidades, sugestão dos entrevistados, bem como os achados da revisão integrativa e do *benchmarking*, foi elaborado o conteúdo do manual.

O manual foi elaborado em tamanho de papel A5 (148x210 mm), constituído em sua versão pré-validação por 50 páginas. Ao concluir a diagramação, a pesquisadora enviou essa versão da cartilha via e-mail aos juízes especialistas, com vistas à validação de aparência e conteúdo. A Figura 4 apresenta a capa e a diagramação do manual.

Figura 3 – Capa e Diagramação do Manual



Fonte: elaborado pela autora.

Quanto ao layout e design das imagens, tanto na capa quanto nas demais figuras que compõem o manual, têm cores e textos atrativos, a fim de motivar o uso deste material pelos profissionais público-alvo.

Com relação à fonte, foi utilizada a de número 14, no mínimo, usando os recursos em tópicos, subtópicos, negritos e marcadores para promover uma leitura agradável e interativa pelos leitores, seguindo o proposto por Moreira, Nóbrega e Silva (2003).

3.5.4 Fase 4 – validação do manual por juízes

A fase de validação foi desenvolvida em duas etapas: a primeira com a construção do manual, cujo suporte teórico teve como alicerce pesquisas na literatura acerca da temática em discussão em bases de dados nacionais, bem como a partir dos dados colhidos no campo por meio das observações e entrevistas. A segunda consistiu na validação de conteúdo, aparência e adequabilidade do material por juízes.

O presente estudo se propõe a desenvolver um manual no formato digital a ser utilizado pelas equipes da Estratégia Saúde da Família e da Atenção Psicossocial como um instrumento de subsídio ao conhecimento e orientação profissional para a prática do matriciamento em saúde mental infantil.

3.6 Análise e interpretação dos dados

A análise dos dados, fruto das entrevistas com os profissionais do CAPS e ESF e das observações coletadas no campo, teve como referencial teórico-metodológico a Análise de Conteúdo Categórica Temática. A Análise de Conteúdo pode ser definida como um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens (BARDIN, 1977).

Os dados foram analisados obedecendo as etapas propostas pela referida autora, as quais compreendem: ordenação; aglutinação e categorização; interpretação dos dados. Após a transcrição e organização das entrevistas, foram criadas as categorias de acordo com a similaridade e relevância das falas. Por fim, foi feita a interpretação dos dados, em diálogo com a literatura.

3.7 Aspectos éticos

O estudo foi submetido à avaliação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Ceará (UECE), por meio da Plataforma Brasil, sendo aprovado de acordo com o parecer de nº4.708.854 (ANEXO D), e obedeceu aos preceitos éticos referentes à Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde - CNS (BRASIL, 2012).

Os benefícios para os integrantes desta pesquisa foram indiretos, pois as informações coletadas forneceram subsídios para construção do manual de matriciamento infantil, bem como para novas pesquisas a serem desenvolvidas sobre essa temática.

De acordo com a Resolução 466/2012, toda pesquisa com seres humanos envolve a possibilidade de risco nos âmbitos físico, psíquico, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano, em qualquer momento da pesquisa. Podendo ser um dano ocasional, imediato ou tardio, afetando o indivíduo ou a sua coletividade. Em respeito à dignidade humana, para minimizar a possibilidade de os riscos ocorrerem, foi utilizado o termo de consentimento livre e esclarecido - TCLE, pedindo a autorização para participação voluntária na pesquisa proposto pela Comissão de Ética Pública – CEP pelo participante.

Há, ainda, a possibilidade de quebra de sigilo dos dados obtidos, podendo gerar constrangimentos ao participante da pesquisa. Salienta-se que, se por ventura o participante da pesquisa se sentisse lesado, dentro dos termos explanados no TCLE, este seria devidamente indenizado caso lhe sobreviesse algum dano decorrente da participação na pesquisa.

A coleta de dados teve início somente após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa. Lembrando que todos os convidados tiveram autonomia e plena liberdade de participar ou não do estudo, sendo-lhes concedida a garantia de anonimato de identidade, não tendo, em nenhuma circunstância, suas identidades divulgadas. Foi assegurada, também, a garantia de que, a qualquer momento, poderia desistir de participar do estudo, não sofrendo prejuízo pessoal ou de qualquer natureza.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Essa sessão ocupa-se em expor os resultados e discussão deste estudo, sendo que inicialmente apresenta a revisão integrativa sobre a temática, em seguida as entrevistas e análise das mesmas, descritas na forma de artigos científicos, os quais serão submetidos às revistas científicas da área da saúde coletiva a fim de contribuir com a disseminação do conhecimento.

4.1 Artigo 1 – Matriciamento em saúde mental infantil: uma revisão integrativa da literatura

RESUMO

A história da Saúde Mental Infantojuvenil no Brasil tem uma trajetória diferente da percorrida pelos adultos. Houve uma inserção tardia da saúde mental infantil e juvenil na agenda da saúde pública brasileira e no processo conhecido como Reforma Psiquiátrica. O presente artigo visa realizar uma revisão integrativa da produção científica dos últimos dez anos sobre matriciamento em saúde mental dirigido ao público infantil. Para atender a esse objetivo, foi realizada a busca de publicações científicas indexadas na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) utilizando as expressões de busca: “Matriciamento em Saúde Mental Infantil”, “Matriciamento em Saúde Mental na Infância”, “Apoio matricial e Infância”, “Apoio Matricial e Saúde Mental” e “Saúde Mental Infantojuvenil”. A combinação dessas palavras foi feita com o operador booleano AND. Após a leitura na íntegra das produções que atenderam aos critérios de inclusão, permaneceram treze artigos que compõem o corpus do estudo, os quais foram avaliados utilizando a Análise de Conteúdo. A leitura e a análise dos artigos selecionados possibilitaram a identificação de três categorias: “Desarticulação da rede intersetorial no atendimento às demandas de saúde mental infantil”; “Uma clínica para as crianças em sofrimento: da psiquiatria tradicional à clínica ampliada” e “Matriciamento, Corresponsabilização e Gestão na Saúde Mental Infantil”. Os resultados encontrados demonstram que ações de apoio matricial constituem estratégias de enfrentamento das realidades marcadas pela fragmentação do trabalho, falta de comunicação, desconhecimento sobre saúde mental em contextos permeados pela vulnerabilidade social. Conclui-se que o matriciamento refere-se substancialmente à construção de um compromisso comum de cuidado, que esteja de fato pautado nas necessidades das crianças e suas famílias.

Palavras-chave: Apoio Matricial; Infância; Saúde Mental.

ABSTRACT

The history of Children and Youth Mental Health in Brazil has a different trajectory than that followed by adults. There was a late insertion of child and youth mental health in the Brazilian public health agenda and in the process known as Psychiatric Reform. This article aims to carry out an integrative review of the scientific production of the last ten years on

matrix support in mental health aimed at children. To meet this objective, the search for scientific publications indexed in the Virtual Health Library (VHL) was carried out using the search expressions: “Matricing in Child Mental Health”, “Matricing in Childhood Mental Health”, “Matrix support and Childhood”, “Matrix Support and Mental Health” and “Child and Youth Mental Health”. The combination of these words was through the Boolean operator: AND. After reading in full the productions that met the inclusion criteria, thirteen articles remained that make up the corpus of the study, which were evaluated using Content Analysis. The reading and analysis of the selected articles allowed the identification of three categories: “Disarticulation of the intersectoral network in meeting the demands of child mental health”; “A clinic for children in distress: from traditional psychiatry to the expanded clinic” and “Matricing, Co-responsibility and Management in Children's Mental Health”. The results found show that matrix support actions constitute coping strategies for realities marked by the fragmentation of work, lack of communication, lack of knowledge about mental health in contexts permeated by social vulnerability. It is concluded that matrix support substantially refers to the construction of a common commitment to care, which is in fact based on the needs of children and their families.

Keywords: Matrix Support; Childhood; Mental Health.

INTRODUÇÃO

A assistência à saúde mental na infância e adolescência tem complexidades próprias em comparação ao atendimento de adultos, por isso requer capacitação profissional e serviços específicos para essa faixa etária, além de ter que contar com a articulação intersetorial de diferentes serviços e envolve diferentes atores no processo de cuidar, como a família e a escola, além dos serviços de saúde (PAULA; MIRANDA; BORDIN, 2016).

Além disso, a história da Saúde Mental Infantojuvenil no Brasil tem uma trajetória diferente da percorrida pelos adultos. A inserção tardia da pauta da saúde mental de crianças e adolescentes na agenda da saúde pública brasileira e no processo conhecido como Reforma Psiquiátrica sinaliza um atraso na criação de políticas públicas voltadas a essa demanda.

Até o final do século XX não havia uma política de saúde mental para esse público no Brasil: o país não dispunha de formulações baseadas em pactos coletivos que orientassem a construção de uma rede de cuidados em saúde mental para crianças e adolescentes (SMCA). O que se via era um cenário geral de desassistência para as crianças e adolescentes com necessidades em saúde mental. As ações existentes eram restritas aos setores da Assistência Social e Educação, com propostas mais reparadoras e disciplinares do que propriamente clínicas e psicossociais (COUTO; DELGADO, 2015).

No Brasil alguns marcos históricos possibilitaram a mudança do paradigma disciplinador e assistencialista ofertado aos meninos e meninas brasileiros para um modelo de atenção psicossocial ou de cuidado em saúde mental. O marco inicial desse percurso histórico de transformações sociais e políticas se dá com a Constituição Federal (1988), ao assegurar a saúde como um direito de todos e dever do Estado. No ano seguinte, é regulamentado o Sistema Único de Saúde (1990) pela Lei 8080/90, que estabelece um novo modelo de saúde universal e descentralizado. Nesse mesmo ano, o Estatuto da Criança e do Adolescente (1990) apresenta um novo olhar para as crianças e adolescentes que passariam a ser vistos como sujeitos de direitos, ou seja, resguardados pelas leis brasileiras e na condição de pessoas em desenvolvimento.

No ano de 2001 é promulgada a Lei 10.216 e ocorre a III Conferência Nacional de Saúde Mental, os quais dispõem sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Em 2002, com a Portaria 336, são criados os Centros de Atenção Psicossocial, com destaque para os CAPSi, voltados para o cuidado de crianças e adolescentes com transtornos mentais.

Em 2005 o governo federal lança um documento oficial intitulado “Caminhos para uma Política de Saúde Mental Infanto-Juvenil”, onde são descritos os fundamentos da Política de Saúde Mental Brasileira para esse público. Mais tarde, em 2011 é criada a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no âmbito do SUS por meio da portaria Nº 3.088, que Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). A infância é vista como grupo vulnerável que necessita de cuidados em saúde de forma prioritária, segundo a portaria.

Apesar dos avanços históricos, a criança ainda tem pouca visibilidade no cenário da saúde e, de forma especial, nas demandas relacionadas à saúde mental. Mesmo em equipamentos que tem como objetivo o trabalho com a família, a criança é pouco lembrada dentro do contexto sociocultural dos adultos (CAVALCANTE; JORGE; DOS SANTOS, 2012).

Tal realidade aponta para imensos desafios para profissionais, usuários e familiares na efetivação do cuidado integral e humanizado ao sofrimento psíquico na infância. Nesse sentido, a qualificação das equipes por meio de um processo de educação permanente com ações de matriciamento, adotando os princípios da intersetorialidade e corresponsabilização

pelo cuidado são algumas alternativas para os grandes desafios da assistência à saúde mental infanto-juvenil no Brasil (CHIAVERINI, 2011).

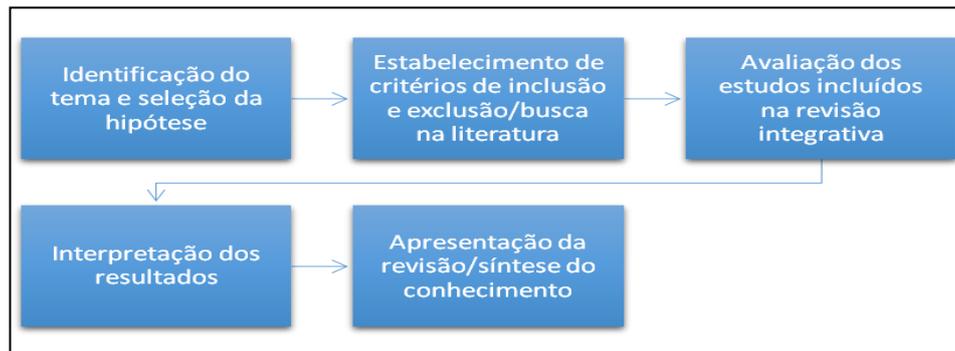
O apoio matricial consiste em um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica. Essa nova proposta integradora objetiva a transformação da lógica tradicional dos sistemas de saúde (referências 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. (CHIAVERINI *et al.*, 2011).

O presente artigo corresponde à execução de um dos objetivos específicos de uma dissertação de mestrado, com vistas a identificar na literatura acadêmica nacional nos últimos dez anos as concepções dos profissionais de saúde sobre o matriciamento em saúde mental voltado à infância e apontar as dificuldades e estratégias utilizadas na assistência à criança em sofrimento mental. Tal pesquisa se justifica pela necessidade de mais estudos sobre esse tema e se faz relevante para uma melhor compreensão sobre o apoio matricial e as idiosincrasias do cuidado à infância, o qual se efetiva fundamentalmente pelo trabalho intersetorial e pela corresponsabilização.

MÉTODO

A revisão integrativa da literatura consiste na construção de uma análise ampla da literatura, contribuindo para discussões sobre métodos e resultados de pesquisas, assim como reflexões sobre a realização de futuros estudos (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008). A pesquisa foi realizada entre maio e julho de 2021, sendo seguidas seis etapas, conforme descrito por Mendes, Silveira e Galvão (2008) sendo elas: a identificação do tema e seleção da questão da pesquisa; estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão dos estudos; definição das informações a serem extraídas; avaliação dos estudos incluídos; interpretação dos resultados; e síntese do conhecimento.

Figura 1 – Revisão Integrativa adaptado de Mendes, Silveira e Galvão (2008)



Fonte: elaborado pela autora.

Para o desenvolvimento da pesquisa foi feita a identificação do tema utilizando a estratégia PICO (População, Intervenção/Interesse, Comparação e Resultado) para montar as equações de busca nas bases de dados.

No segundo momento, foi realizada a busca de publicações científicas indexadas na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), onde foram encontrados trabalhos nas seguintes bases: Bireme (Index Psi, Revistas Técnico-Científicas, PePsic, SciELO, LILACS, Medline), utilizando as expressões de busca: “Matriciamento em Saúde Mental Infantil”, “Matriciamento em Saúde Mental na Infância”, “Apoio matricial e Infância”, “Apoio Matricial e Saúde Mental” e “Saúde Mental Infantojuvenil”. A combinação dessas palavras foi por meio do operador booleano AND.

Em relação aos critérios de inclusão, foram aceitos artigos disponíveis completos, relatos de experiências nos idiomas português e inglês, bem como manuais publicados nos últimos dez anos.

Foram excluídos os artigos com pelo menos uma das seguintes características: trabalhos que não estivessem diretamente relacionados ao matriciamento em saúde mental infantil, textos listados repetidamente, assim como artigos onde a população em estudo tivesse idade superior a 12 anos ou voltado para outros temas como álcool e outras drogas.

Foram encontradas 438 publicações; afunilando com os filtros texto na forma de artigo, disponível completo, em idioma português e inglês, publicado no Brasil e nos últimos 10 anos, emergiram 394 estudos. Depois da análise dos resumos percebeu-se que apenas 21

respondiam à pergunta norteadora do estudo, sendo 08 repetidos, totalizando 13 artigos aptos para a análise na íntegra.

No terceiro momento, com o intuito de sistematizar a informação dos artigos, os dados extraídos foram compilados de forma descritiva em uma tabela previamente elaborada. O instrumento contemplou a identificação do título do artigo original, autoria, periódico e ano de publicação, bem como os principais resultados encontrados, como mostra o Quadro 3. Posteriormente os dados foram analisados à luz do referencial teórico da saúde mental e das políticas públicas de saúde.

Na quarta etapa foi feita análise dos achados de forma crítica, extraíndo dos mesmos as evidências relativas aos modelos de prática profissional em saúde mental infantil utilizando o apoio matricial. Após a leitura na íntegra permaneceram oito artigos para compor o corpus do estudo.

Em seguida, as produções que atenderam aos critérios de inclusão foram avaliadas utilizando a Análise de Conteúdo. Segundo Bardin (2011, p. 15), a análise do conteúdo é um conjunto de instrumentos de cunho metodológico em constante aperfeiçoamento, que se aplicam a discursos (conteúdos e continentes) extremamente diversificados. Os termos mais frequentes foram agrupados conforme suas semelhanças e diferenças que posteriormente deram origem às categorias.

Por último, foi realizada uma comparação entre a literatura pertinente, a identificação das conclusões e implicações resultantes da revisão integrativa. E, por fim, os dados foram apresentados de forma qualitativa, com intuito de permitir os pesquisadores avaliar os resultados encontrados pelas buscas.

Quadro 1 – Instrumento de Coleta

Artigo	Título do artigo	Autores	Periódico/ Ano de publicação	Principais resultados
01	Cuidado em saúde mental infantil no contexto da Estratégia da Saúde da Família: estudo avaliativo	Carvalho J, Duarte MLC, Glanzner CH.	Revista Gaúcha de Enfermagem, 2020.	O serviço de saúde, frente à necessidade de cuidado infantil, deve tomar a responsabilidade sobre buscar estratégias conjuntas que deve ser imperativa aos profissionais da ESF implicados no processo de cuidado. A busca pela atenção integral destinada às crianças com demandas de saúde mental deve ser uma premissa de todos os serviços da rede de saúde mental.

02	Apoio Matricial e Capsi: desafios do cenário na implantação do matriciamento em saúde mental	Salvador, Daniel Barboza; Pio, Danielle Abdel Massih.	Saúde Debate, 2016	Não se chegou a uma definição clara sobre o tema e não se reconheceu uma experiência com AM, dificuldades para implantar esta estratégia dentro das ações de cuidado em saúde mental. Levanta-se a necessidade de articulação de uma rede que realmente consiga contribuir com a mudança.
03	A saúde mental infantojuvenil sob a ótica de gestores da Atenção Básica à Saúde: possibilidades e desafios.	Lourenço, M. S. G.; Matsukura, T. S.; Cid, M. F. B.	Cad. Bras. Ter. Ocup, 2020.	Os resultados indicaram a crença de que as experiências familiares, econômicas e sociais vivenciadas por crianças e adolescentes em seus contextos de vida têm impacto direto em sua saúde mental; a não identificação de casos de saúde mental infantojuvenil pelos gestores das Unidades; a percepção divergente dos gestores quanto à compreensão das equipes sobre saúde mental infantojuvenil.
04	Matriciamento: construção de um novo olhar entre a educação e a saúde.	Zeeberg, A.; Couto, S. C. C. M.; Cardoso, R. E. B.	BIS, Bol. Inst. Saúde (Impr.), 2018.	A partir das reuniões quinzenais entre os profissionais da educação e da saúde foi possível estabelecer um diálogo entre as duas secretarias e nortear os possíveis encaminhamentos, tanto educacionais como clínicos, tendo, assim, reduzido o alto índice de encaminhamentos com demandas equivocadas, evitando-se a patologização precoce da infância.
05	Entre saúde e educação: sobre um ambulatório de saúde mental infantojuvenil	Brandão Junior, Pedro Moacyr Chagas; Canavêz, Fernanda; Ramos, Patricio Lemos.	Interface (Botucatu, Online), 2017.	Baseados na própria definição de matriciamento, de uma proposta pedagógica, na qual os princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica eram transmitidos e na qual os casos que eram ali apresentados e discutidos eram tomados por ambas equipes como sendo de sua responsabilidade.
06	Atenção básica e cuidado colaborativo na atenção psicossocial de crianças e adolescentes: facilitadores e barreiras	Teixeira, Melissa Ribeiro, Couto, Maria Cristina Ventura e Delgado, Pedro Gabriel Godinho	Ciência & Saúde Coletiva [online], 2017.	As principais barreiras para implementação das ações foram: desconhecimento sobre o modo de cuidado; problemas relacionados ao processo de trabalho; e desarticulação da rede. Ainda que os profissionais da ESF consigam identificar os problemas de saúde mental de crianças e adolescentes, as ações de cuidado são frágeis e a articulação da rede praticamente inexistente.
07	Onde está a criança?: Desafios e obstáculos ao apoio matricial de crianças com problemas de saúde mental	Cavalcante, Cinthia Mendonça; Jorge, Maria Salete Bessa; Santos, Danielle Christine Moura dos.	Physis (Rio J.), 2012.	Não somente o tema da saúde mental infantil é ainda pouco estudado, como sua população tem pouca visibilidade no âmbito da ESF. Ademais, a pouca capacitação dos trabalhadores de saúde em saúde mental infantil constitui um obstáculo ao cuidado à infância.
08	Apoio matricial em saúde mental infantojuvenil na Atenção Primária à Saúde: pesquisa intervenção socioclínica institucional.	Oliveira, Poliana Silveira; Santana, Fabiana Ribeiro; Gatto Júnior, José Renato; Santos, Karen da Silva; Araujo, Priscila Noriê de; Fortuna, Cinira Magali.	Rev Esc Enferm USP ; 55: e03731, 2021.	Verificou-se que os trabalhadores da APS ainda se pautam no paradigma da psiquiatria biológica, limitando o cuidado e identificando-o como restrito à atuação de especialistas.

09	Articulação entre serviços públicos de saúde nos cuidados voltados à saúde mental infanto-juvenil	Delfini, Patricia Santos de Souza; Reis, Alberto Olavo Advincula.	Cad. saúde pública; 2012.	Constatou-se que as interações entre a ESF e o CAPSI ocorrem principalmente por meio de encaminhamento de casos, apoio matricial ou parcerias nos casos referentes ao CAPSI. Obstáculos como falta de recursos humanos, metas de produtividade e falta de formação em saúde mental dos profissionais da ESF foram mencionados.
10	Atenção psicossocial infantojuvenil: interfaces com a rede de saúde pelo sistema de referência e contrarreferência	Kantorski LP, Coimbra VCC, Oliveira NA, Nunes CK, Pavani FM, Sperb LCSO	Texto Contexto Enferm, 2017	Existência de sistemas de referência e contrarreferência entre a AB e os CAPSij e uma parceria com os outros serviços de saúde mental e ampliação do cuidado. No entanto, o hospital psiquiátrico ainda é utilizado como referência no tratamento, dentre outras limitações, como dificuldades em lidar com as demandas de saúde mental, devido a encaminhamentos recorrentes e inexperiência neste tipo de acolhimento/tratamento.
11	A produção do cuidado em um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil	Quintanilha, B.C.; Belotti, M.; Tristão, K. G.; Avellar, L. Z.	Mental, 2017	As percepções sobre o cuidado nomeadas pelos profissionais do CAPSi, na sua maioria, estão em consonância com a proposta do Ministério da Saúde. O estudo também aponta a importância de as particularidades da criança e do adolescente serem contempladas e enfatizadas durante o processo do cuidado.
12	Intersetorialidade e cuidado em saúde mental: experiências dos CAPSij da Região Sudeste do Brasil	Tãno, B.L.; Matsukura, T.S.	Physis: Revista de Saúde Coletiva, 2019	A corresponsabilização, enquanto um dos benefícios do trabalho intersetorial, foi afirmada como estratégia para a produção ampliada de saúde e qualificação da rede. Sobre desafios, os participantes apontam a falta de alinhamento em projetos comuns de cuidado, os discursos de medicalização e patologização da vida nas instituições educacionais, e a dificuldade de articulação das demandas relacionadas à Atenção Básica.
13	Concepções de Profissionais de Saúde sobre as Atribuições de um Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil	Belotti, M.; Maia, C.C.; Avellar, L.Z.; Silva, P.O.M.	Psicologia: Teoria e Pesquisa, 2018.	O estudo mostra a importância de compreender melhor as atribuições do CAPSi diante da implantação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Observou-se a dificuldade dos entrevistados em contemplar as particularidades do cuidado em saúde mental infanto-juvenil.

Fonte: elaborado pela autora.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os artigos considerados nessa revisão apresentam uma perspectiva crítica à atenção em saúde mental de crianças e adolescentes. Todavia, o foco aqui será destinado à infância

com vistas a facilitar a compreensão do matriciamento em saúde mental destinado a esse público.

Dentre os textos analisados, dois foram publicados em 2012, um no ano de 2016, quatro em 2017, dois em cada um dos anos de 2018 e 2020. Em 2019 e 2021 houve um artigo em cada ano. Pode-se inferir, com esse dado, um aumento das publicações na última década, com um maior volume de trabalhos nessa temática no ano de 2017. É perceptível que o tema do apoio matricial em saúde mental voltado ao público infanto-juvenil se mostra crescente na literatura, entretanto, necessita de maiores estudos, a fim de apontar saídas para a qualificação da rede de atenção psicossocial tendo o matriciamento como importante estratégia de gestão do cuidado.

No que se refere à metodologia utilizada dos treze trabalhos selecionados, doze se utilizaram do método qualitativo e um de abordagem mista (quanti-qualitativa). Quanto aos objetivos, quatro deles apresentaram características de pesquisa exploratória, seis de cunho mais descritivo, um do tipo avaliativo, um definido como pesquisa intervenção e um como descritivo-exploratório.

Analisando as fontes dos estudos, percebeu-se que sete deles foram publicados em periódicos relacionados ao campo da saúde coletiva, a outra parte foi indexada em revistas da área da enfermagem (três), terapia ocupacional (um), psicologia (um) e saúde mental (um). No que concerne aos instrumentos e técnicas de coleta de dados, cinco estudos utilizaram a entrevista, três optaram pelo grupo focal, um preferiu empregar a análise institucional, dois usaram questionários, um associou observação a entrevistas e dois estudos eram do tipo relato de experiência.

A leitura e a análise dos artigos selecionados possibilitaram a identificação de temas emergentes que deram origem a três categorias, a fim de favorecer a compreensão sobre o fenômeno do apoio matricial em saúde mental infantil na última década. A seguir, são apresentados os resultados e a discussão das três categorias temáticas identificadas.

(Des)articulação da rede intersetorial no atendimento às demandas de saúde mental infantil

Dois termos se destacaram pela sua recorrência na leitura dos artigos selecionados para essa revisão, foram eles: a “articulação” e a “intersetorialidade”. Tal frequência elevada

de menções a esses dois termos indica uma preocupação dos pesquisadores da área sobre os processos de trabalho e a própria organização da Rede de Atenção Psicossocial no nosso país, a qual tem enfrentado desafios históricos na efetivação das políticas públicas voltadas à infância e à adolescência.

A esse respeito, a Política de Saúde Mental Infantojuvenil preconiza, em suas diretrizes operacionais, para os serviços de saúde voltados para crianças e adolescentes, o comprometimento dos responsáveis pela criança ou adolescente, sejam familiares ou agentes institucionais, no processo de atenção e cuidados; a garantia da responsabilidade de agenciamento do cuidado e do encaminhamento responsável; a conservação de vias abertas de articulação com outras equipes do território, a fim de tomar os casos em sua dimensão territorial (BRASIL, 2005).

Entretanto, o que os autores (KANTORSKI et al., 2017; LOURENÇO; MATSUKURA; CID, 2020; OLIVEIRA et al., 2021; TÃNO; MATSUKURA, 2019; TEIXEIRA; COUTO; DELGADO, 2017) incluídos nessa revisão têm percebido em suas pesquisas de campo, principalmente mediante entrevistas com os profissionais envolvidos no cuidado a esse público, é um cenário de desassistência, desarticulação e desresponsabilização, principalmente quando a demanda se relaciona à saúde mental infantil. É frequente entre esses pesquisadores a percepção de que os profissionais não conhecem a rede intersetorial, bem como o papel de alguns serviços, como da assistência social, e desenvolvem uma comunicação ineficiente mesmo dentro da rede de saúde.

As próprias equipes de saúde mental não possuem uma definição clara sobre apoio matricial, apresentando dúvidas referentes ao conceito e dificuldades para empregar a metodologia. Um conceito não compreendido em sua totalidade pelas equipes resulta na criação de obstáculos imaginários, impossibilitando o desenvolvimento de potentes ações de cuidado integral e continuado (SALVADOR; PIO, 2016).

Teixeira, Couto e Delgado (2017) salientam que na política de Saúde Mental de Crianças e Adolescentes (SMCA) a intersetorialidade se mostra fundamental para a organização das redes de atenção e encontra uma via de avanço real na ideia de colaboração e compartilhamento.

Carvalho, Duarte e Glanzner (2020) nos apresenta o conceito de intersetorialidade segundo Nunes, Kantorski e Coimbra (2016), definida como um conceito polissêmico, utilizado no campo da saúde, que representa a forma como os diferentes setores sociais

(educação, assistência social, justiça, cultura, lazer, entre outros) com seus saberes e práticas integram-se e se articulam para orientar e garantir a resolutividade e acompanhamento de casos.

Teixeira, Couto e Delgado (2017) oferecem uma análise importante ao considerar a intersetorialidade como fundamental para organização das redes de atenção, que, por meio da colaboração e do compartilhamento, encontra uma via de avanço real. Além disso, a parceria entre setores públicos, usuários e familiares, requer modos de operação baseados no reconhecimento e na legitimidade de diferentes saberes envolvidos como também da instauração de processos de trabalho inovadores que superem formas tradicionais de articulação, em que serviços dialogam, mas não produzem mudanças expressivas na realidade.

O artigo de Carvalho, Duarte e Glanzner (2020) ressalta ainda que a existência de serviços especializados no nosso país, como o CAPSi, não contempla a maioria dos municípios brasileiros. Dessa forma, é na Atenção Básica (AB), por meio da Estratégia da Saúde da Família (ESF), que ocorre a principal forma de acesso para as diferentes demandas referentes à saúde mental infantil. Tal cenário de desassistência se configura pelo número insuficiente de CAPS, os quais estão desigualmente distribuídos geograficamente no território nacional. Dado esse que também aparece nos trabalhos de Garcia, Santos, Machado (2015) e Macedo, Fontenele, Dimenstein (2018), e aponta para a necessidade de os serviços desenvolverem ações de articulação entre os diversos níveis de atenção em saúde, bem como com a rede intersetorial.

Nessa direção, compreende-se que, na ausência desses equipamentos estratégicos (CAPSi), o papel e a superação dos obstáculos para o cuidado em saúde mental infantojuvenil vinculam-se ou dependem fortemente da Atenção Básica em Saúde, a qual, ao mesmo tempo que não pode contar com referência e colaboração importante que poderia advir dos CAPSi, precisa aprimorar e responder pelas dificuldades de implementar o cuidado em saúde mental de forma articulada e territorial, tanto para adultos como para crianças e adolescentes (LOURENÇO; MATSUKURA; CID, 2020).

Nesse sentido, Kantorski (2017) destaca a importância da articulação entre serviços enquanto um desafio para a construção de redes psicossociais, em um país marcado por diversidades regionais e impasses para consolidação de um cuidado que se pautem pela intersetorialidade e pelo princípio da colaboração.

Assim, o desafio instituído é a operacionalização, instrumentalização e ampliação das ações de intersetorialidade. Com a implantação desse cenário, os CAPS e os CAPSi são configurados como serviços de atenção psicossocial especializada, responsáveis pela realização de estratégias de desinstitucionalização, vinculando os usuários a uma extensa rede que inclui desde a Atenção Básica até a urgência e emergência (BELOTTI et al., 2018).

A esse respeito, Quintanilha et al. (2017) encontraram na fala dos profissionais de saúde a compreensão de que o CAPSi precisa estabelecer parcerias, tanto com outros serviços de saúde quanto com serviços de outros setores. Vale ressaltar que o cuidado em SMCA convoca um modo intersetorial de atuação; portanto, analisar como os setores se comunicam e articulam é necessário. Nos estudos de Oliveira et al. (2021), identifica-se pouca articulação entre os setores, sendo que os profissionais nem mesmo sabem a função de alguns equipamentos sociais do município.

Reconhecer os recursos territoriais como instrumentos importantes na produção do cuidado, realizar parcerias interinstitucionais, bem como mobilizar e incentivar a criação de espaços que atendam às reais necessidades da criança e do adolescente com sofrimento psíquico, são ações a serem desenvolvidas no CAPSi para evitar o seu “encapsulamento” (BELOTTI et al., 2018).

Um ponto importante que emerge desses estudos é a necessidade de transformações de práticas tanto no nível primário quanto secundário da atenção à saúde mental como um todo e em especial na Saúde Mental Infantil (SMI), com vistas ao fomento de ações intersetoriais que respondam às demandas relacionadas a esse público.

Além de um trabalho intersetorial, notamos também que há uma preocupação de se construir um trabalho integrado com as unidades de saúde, para que o cuidado com os usuários não fique restrito ao CAPSi. Com isso, tenta-se garantir que os casos não atendidos pelo CAPSi sejam acompanhados no território em que o usuário habita via matriciamento (QUINTANILHA et al., 2017).

Delfini e Reis (2012) reconhecem o quão complexa pode ser a demanda de cuidados voltada para a população infantojuvenil, uma vez que a condição de criança/adolescente, por si mesma, aciona vários setores, como a educação, a justiça, o lazer, entre outros. Assim, a escola e as equipes de ESF são importantes dispositivos na construção de uma rede ampliada e inclusiva em saúde mental. Dessa forma, a intersetorialidade das ações se impõe como única

possibilidade para construção de uma rede de serviços capaz de responder a essa complexidade.

Em se tratando do setor educação, Tãno e Matsukura (2019) expõem que os processos de patologização da vida são mais intensos e dominam grande parte do discurso educacional hoje. Este entendimento contempla parte importante das dificuldades assinaladas pelos profissionais da saúde mental com relação às escolas, e também estão presentes na categoria a seguir quando tratam dos processos de patologização e medicalização aos quais estão submetidas as populações acompanhadas.

A respeito desse processo de medicalização da educação, Brandão Junior, Canavêz e Ramos (2017) afirmam que fenômenos anteriormente tomados como inerentes ao processo ensino-aprendizagem são elencados como índices de patologias que demandam, quase sempre, uma intervenção medicamentosa, concorrendo para o incremento dos encaminhamentos endereçados à rede de assistência em saúde mental. Os autores acima citam uma experiência de matriciamento realizada entre um ambulatório de saúde mental e agentes pedagógicos da educação especial, demonstrando todo o potencial do apoio matricial que pode e deve extrapolar o setor saúde no desenvolvimento de ações intersetoriais.

Sobre isso, evidencia-se que a lógica de um encaminhamento implicado parece ainda mais importante quando se trata da rede de educação, tendo em vista a necessidade de o sujeito que encaminha tomar sua posição na queixa escolar que constrói. Além disso, a aproximação entre os profissionais de ambas as áreas objetiva facilitar a articulação entre os serviços, não só no que se refere aos atendimentos, mas também para ampliar sua ação na expectativa de promover, por meio do suporte, a discussão de casos clínicos e a problematização da abordagem tradicional de atendimento, comumente marcada pelo reducionismo biológico (BRANDÃO JUNIOR; CANAVÊZ; RAMOS, 2017).

Outra pesquisa que buscou compreender o trabalho intersetorial entre saúde mental e educação de crianças e adolescentes foi o de Zeeberg et al. (2011), a qual conclui que a proposta de apoio matricial na educação constitui-se como uma ação inovadora, pois, originalmente, tal prática se dava apenas dentro da própria rede de saúde. Além do mais, a construção dessa parceria promoveu um novo olhar entre educação e saúde, olhando para a criança de forma integral e singular, com uma nova abordagem de acompanhamento e de suporte à equipe de educação. Consequentemente, permite a ampliação das possibilidades de intervenção com a escola, educadores, relação professor-aluno, pais e o aluno, se necessário.

Por último e talvez mais importante, os pesquisadores trazem a noção do professor como potência de intervenção para ações de promoção da saúde mental.

Com relação às escolas, os autores citados indicam a necessidade de aprimoramento das relações com estas e com suas instâncias gestoras. Defende-se que é a partir do acesso e agenciamento com esta instituição que possivelmente as trajetórias de patologização da vida de crianças e adolescentes poderão ser transformadas, bem como as situações graves de alijamento escolar poderão ser resolvidas.

Outro aspecto importante na abordagem aos problemas de saúde mental, segundo Salvador e Pio (2016), é a grande carga emocional que os trabalhadores vivenciam em sua práxis. O cotidiano das equipes de saúde e saúde mental coloca os trabalhadores em contato com o sofrimento, a vulnerabilidade, a desigualdade social, a marginalização, o desamparo, a desassistência, a exclusão social, a dor e até mesmo a morte. Trabalhar com tais aspectos, especialmente com a população infanto-juvenil, demanda um desgaste emocional que, somado à pressão exercida por esse tipo de trabalho, cria um campo propício para estresse e depressão dos trabalhadores.

Diante dessas circunstâncias, o Apoio Matricial se faz condição essencial como um importante suporte técnico-pedagógico promotor de saúde tanto para usuários e familiares, bem como para os profissionais de saúde envolvidos em uma realidade de sobrecarga de trabalho. Sobre este assunto, as contribuições de Tãno e Matsukura (2019) fazem revelar a importância das ações de apoio matricial enquanto estratégias de enfrentamento das realidades marcadas pela fragmentação do trabalho; falta de comunicação e desconhecimento sobre saúde mental.

Os achados nos trabalhos selecionados nessa revisão corroboram com os estudos de Nunes et. al. (2019), que relatam que embora o CAPSi seja um serviço estratégico no cuidado em saúde mental, este serviço não deve ser reconhecido como o único responsável e nem que deve manter os usuários por longo período em acompanhamento. Com isso, o processo de alta foi citado como alternativa possibilitando o fortalecimento do cuidado em outros pontos da rede.

Para o cuidado infantil e juvenil, além da construção de redes, há que se desenvolver um trabalho que aproxime as políticas à vida comunitária e aos serviços, estendendo-se aos diversos recursos territoriais, de cidadania, lazer e esporte, tais como, centros de convivência, clubes, entre outros.

Dessa forma, pode-se afirmar que a produção científica sobre as ações intersetoriais na Atenção Psicossocial se situa como relevante recurso para o fortalecimento e defesa das práticas realizadas. Os benefícios do contato com a rede não se direcionam apenas à troca de informações, outrossim à elaboração conjunta de outras propostas e estratégias de atenção, incorporando o cuidado com as famílias e comunidades também enquanto prioridades. É necessário, portanto, o reconhecimento de que, no geral, o sofrimento das pessoas está associado também à ausência de redes de suporte, de acesso às políticas sociais e de direitos (TÃNO; MATSUKURA, 2019).

Uma clínica para as crianças em sofrimento: da psiquiatria tradicional à clínica ampliada

A Política Pública de Assistência em Saúde Mental aponta para a necessidade de destituir, do lugar de referência e de modelo de cuidado e assistência, as instituições baseadas na ideologia do reparo, de caráter excludente, isolacionista. O eixo passa a ser definido pelos direitos de cidadania, definindo a esfera pública como um lugar de excelência de ação protetiva, de cuidados éticos emancipatórios das pessoas em situação de risco social (BRASIL, 2005).

Tal excerto aponta para a necessária superação do paradigma biomédico e da psiquiatria tradicional, ainda muito presente nas concepções teórico-práticas dos profissionais da ESF. A esse respeito, Cavalcante, Jorge e Santos (2012) constataram não somente que o tema da saúde mental infantil é ainda pouco estudado, como sua população tem pouca visibilidade no âmbito da saúde da família. Ademais, a pouca capacitação desses trabalhadores em saúde mental infantil constitui um obstáculo ao cuidado à infância.

Além disso, estudos assinalam para a qualificação profissional deficiente, principalmente em relação aos médicos, os quais não se sentem preparados para atender a demanda de saúde mental infantil. Segundo eles, não possuem capacidade técnica, e por isso preferem recorrer à tradicional prática do encaminhamento, delegando-a a outro serviço ou profissional que, para eles, estaria mais qualificado. Ou seja, mesmo em um sistema que deve propor práticas integrais, interdisciplinares e profissionais, as ações em saúde estão compartimentalizadas em intervenções fragmentadas por especialidades e divisão do trabalho (CAVALCANTE; JORGE; DOS SANTOS, 2012).

Muitas vezes a demanda em saúde mental dessa população não é compreendida como legítima e que o cuidado se resume à assistência médica e medicamentosa com psiquiatra e/ou neurologista, por meio de encaminhamentos realizados pela Atenção Básica (LOURENÇO; MATSUKURA; CID, 2020).

Além disso, Tãno e Matsukura (2019) alertam para a institucionalização atrelada ao paradigma psiquiátrico, que transforma relevantes problemas de ordem social em patologias, reafirmando a carga de marginalização e de exclusão a que os jovens tem sido submetidos.

Outro ponto relevante diz respeito às dificuldades de os profissionais da ESF assumirem a escuta, o que explicita o atravessamento da divisão técnica e social do trabalho. Nota-se, também, como no estudo de Oliveira et al. (2021), um cuidado ainda pautado nas tecnologias duras ou na tecnificação de tecnologias leves, na institucionalização de saberes biológicos e de cuidados especialmente curativos, centrados no médico ou no especialista, entendidos como mais resolutivos.

Por conseguinte, observa-se a manutenção de uma lógica fragmentada de cuidado e a superlotação dos serviços especializados com um grande número de casos que não correspondem ao perfil de atendimento pelos CAPS. Ou seja, casos que não se referem a transtornos moderados ou graves, mas a questões passíveis de serem gerenciadas na atenção básica com o auxílio do apoio matricial (CAVALCANTE; JORGE; DOS SANTOS, 2012).

Ainda sobre a questão da capacitação profissional, vale destacar que a origem desse obstáculo remonta à formação acadêmica em saúde. Sabe-se que esses profissionais, em sua maioria, vivenciam currículos que marginalizam a saúde mental e os submetem, quando muito, ao conhecimento sobre a psicopatologia tradicional (CAVALCANTE; JORGE; DOS SANTOS, 2012; TEIXEIRA; COUTO; DELGADO, 2017).

Surpreendentemente, o estudo de Teixeira, Couto e Delgado (2017) nos apresenta uma melhor compreensão sobre os determinantes sociais do adoecimento mental, por parte dos profissionais da ESF considerados sujeitos de seu estudo, relatando que há sensibilidade maior para os problemas da infância que da adolescência. Afirmam ainda que os problemas de SMCA são reconhecidos a partir das mudanças de comportamento situadas em contextos de vulnerabilidade, não ficando restritos à presença de transtornos mentais diagnosticados. A relação entre a saúde mental infantojuvenil e os contextos de vulnerabilidade social também foi identificada em Lourenço, Matsukura e Cid (2020), ao entrevistar gestores de unidades básicas de saúde.

Lourenço, Matsukura e Cid (2020) explicam que essa mudança positiva no discurso dos profissionais está relacionada aos avanços das políticas públicas de saúde mental ou, de modo mais amplo, à educação permanente, à participação e formação de Agentes Comunitários em Saúde, à maior compreensão sobre os processos de cidadania, dentre outras.

No entanto, os autores destacam que ações de cuidado são raras ou inexistentes, tanto no que se refere às que podem ser desenvolvidas na própria ESF, quanto em relação àquelas que dependem do estabelecimento de parcerias com outros serviços do território, o que inviabiliza um efetivo cuidado em SMCA.

Teixeira, Couto e Delgado (2017) acrescentam que dentre as razões para essa escassez de atividades no nível básico de saúde pode ser atribuído, em grande parte, à falta de formação em SMCA, aos impedimentos originados do processo de trabalho (como tempo curto das consultas e metas assistenciais pré-estabelecidas que não incluem a saúde mental, e menos ainda a SMCA) e a alta rotatividade dos profissionais, que dificulta o vínculo com o usuário e a longitudinalidade do cuidado o que corrobora com os estudos de Chazan et al. (2019), Cavalcante, Jorge e Santos (2012), Brandão Junior, Canavêz e Ramos (2017), Salvador e Pio (2016) e Lourenço, Matsukura e Cid (2020).

Ademais, o estudo de Quintanilha et al. (2017) lança luz sobre uma questão importante na assistência à saúde mental infantil, que é a não ocorrência de falas por parte dos profissionais que pontuassem a necessidade de adequação da linguagem, de inserção do lúdico no campo das intervenções e de inclusão da escola e da justiça nas discussões.

A referida autora alerta que tal realidade demonstra a necessidade de os serviços de saúde mental infantojuvenil, e aqui ampliamos para toda a rede de saúde, romperem com o legado histórico em que o cuidado destinado a essa clientela se constitui como a extensão das práticas destinadas ao público adulto. Fernandes et al. (2020) aprofunda a discussão ao evidenciar uma lacuna no processo da Reforma Psiquiátrica a partir da constatação de que os parâmetros para a constituição da RAPS descenderam do modelo e filosofia de cuidado em saúde mental para a população adulta, justamente pelo percurso histórico de transformação da assistência e porque era somente para este segmento que existia algo estruturado, de fato.

Portanto, torna-se necessária a criação de estratégias de cuidado capazes de responder às demandas apresentadas pela criança. Isto é, faz-se imprescindível dar maior visibilidade a tais especificidades nas políticas de saúde mental e, conseqüentemente, no cotidiano dos serviços que proporcionam o cuidado para esse público. O Projeto Terapêutico Singular (PTS)

pode ser um aliado para essas questões, pois tem a singularidade como elemento central (BELOTTI et al., 2018). Esse olhar voltado às particularidades do universo infantil corrobora com os estudos célebres anteriores de Cavalcante, Jorge, dos Santos, (2012) e Couto e Delgado (2015) que questionam o lugar da criança em sofrimento dentro da atenção primária à saúde.

Pode-se afirmar, ainda, que o cuidado em saúde mental infanto-juvenil integra desde questões relacionadas às necessidades básicas da criança e do adolescente até a criação de estratégias que giram em torno do seu processo formativo, entendendo-o como um sujeito de direitos em desenvolvimento. Sobre isso, Belotti et al. (2018) levantam a questão da patologização e medicalização da infância na atualidade. Nesse contexto, muitas vezes o diagnóstico assume a identidade do sujeito, provocando o fenômeno da manicomialização, em que o indivíduo não está mais enclausurado em uma instituição, mas em seu próprio rótulo.

Quando essa lógica se aplica na infância, retira-se da criança e do adolescente o direito de desenvolver seu papel social para assumir a identidade do louco ou do desviante. O grande número de crianças diagnosticadas com algum tipo de sofrimento psíquico, bem como a psiquiatrização do discurso familiar, escolar e judiciário, evidencia que há uma tendência social de enquadrar a criança e o adolescente em rótulos, sem uma análise do que essa situação pode provocar no desenvolvimento desses sujeitos (BELOTTI et al., 2018, p.6).

Diante desse cenário, os pesquisadores supracitados chamam atenção para a importância de se buscar novas formas de atuação no campo da saúde mental infanto-juvenil, alicerçadas na construção e reconstrução de projetos de vida capazes de dar voz às crianças e aos adolescentes com sofrimento psíquico, a fim de que possam circular nos espaços sociais, realizando trocas com a comunidade e com a família, a chamada reinserção social.

Para tanto, os serviços precisam funcionar na lógica da clínica ampliada, não devendo se restringir a realizar atendimentos em consultórios isolados, sem conexão com o lugar e com a comunidade em que estão inseridos. A clínica, nessa perspectiva tem como base o deslocamento do eixo tradicional saúde/doença para a consideração da existência de um sofrimento subjetivo associado a todo o processo de adoecimento. Como resultado, os profissionais passam a lidar com os pacientes também em sua dimensão social, cultural, econômica e subjetiva, e não somente biológica. (BRANDÃO JUNIOR; CANAVÊZ; RAMOS, 2017).

Conforme se percebe a partir da literatura aqui descrita, compreende-se que os profissionais que trabalham com crianças na atenção básica precisam do suporte de uma

equipe especializada para auxílio no manejo dos problemas de saúde mental. Assim, o apoio matricial (AM) se apresenta como uma constatação de que a Reforma Psiquiátrica não poderá avançar se a Atenção Primária não for incorporada ao processo, como se vê a seguir.

Matriciamento, Corresponsabilização e Gestão na Saúde Mental Infantil

Os imensos desafios à efetivação do apoio matricial enquanto ferramenta de cuidado ampliado e compartilhado das crianças com algum sofrimento psíquico são consenso entre os autores listados nesse ensaio. Todavia, é unânime a visão de que o matriciamento constitui uma potente ferramenta para qualificação da assistência em saúde mental infantil e efetivação dos princípios do SUS.

Aborda-se, a seguir, a dimensão cuidadora das práticas de saúde por meio das quais se propõe a transformação dos serviços mediante a incorporação do matriciamento em saúde mental infantil.

O matriciamento proporciona retaguarda especializada do cuidado em saúde mental à criança no contexto da ESF. Refere-se a um suporte técnico-pedagógico que integra saúde mental e AB para uma assistência colaborativa, produzindo trocas entre diferentes áreas de saber para a construção de projetos terapêuticos exitosos (CARVALHO; DUARTE; GLANZNER, 2020).

Foi possível identificar nos textos analisados que os sentidos conferidos às práticas terapêuticas não são homogêneos entre as equipes pesquisadas. Evidencia-se uma contradição nos modelos que norteiam essas estratégias de cuidado. Algumas poucas têm como base a atenção psicossocial e outras ainda estão enraizadas pelo modelo hegemônico biomédico e medicalizante da saúde, como visto na categoria anterior. Tal realidade reitera a afirmação de que para a efetivação do Movimento do Reforma Psiquiátrica torna-se necessária a transformação de saberes e de valores culturais e sociais (BELOTTI et al., 2018; BRASIL, 2005).

Foi muito frequente a percepção da dificuldade das equipes Saúde da Família, em entender o que é matriciamento, acarretando resistências para consultas conjuntas ou apoio. As concepções dos profissionais acerca da saúde mental ainda se concentram na ideia de ausência de doença/transtorno mental grave, ou seja, uma ideia que privilegia a dimensão biológica em detrimento da complexidade e da multiplicidade de fatores relacionados ao

sofrimento psíquico (LOURENÇO; MATSUKURA; CID, 2020). Além disso, o excesso de demandas para ESF, a indisponibilidade para o trabalho conjunto e a ausência de ambulatório de retaguarda foram apontadas por autores como Chazan et al. (2019).

Contudo, os obstáculos ao apoio matricial voltado à infância também se observam no contexto da atenção especializada, como relata Fernandes et al. (2020), ao apontar que o desafio atual é justamente pensar estratégias para ativar nos CAPS, especificamente nos CAPSij, seu potencial para o estabelecimento de laços e parcerias com outros dispositivos e profissionais, a fim de ser capaz de viabilizar a tessitura de uma rede de cuidados. Isso certamente solicita dos profissionais não só disposição e envolvimento, mas também qualificação técnica e mesmo estratégica para conceber e construir um modelo de assistência em saúde mental infantojuvenil em rede.

Nesse sentido, o artigo de Lourenço, Matsukura e Cid (2020) apresenta a saúde mental infantojuvenil sob a ótica de gestores da Atenção Básica à Saúde, o que impele à reflexão sobre o papel da gestão em saúde no fortalecimento da atenção psicossocial infantil.

Sobre isso, Teixeira, Couto e Delgado (2017) alertam para uma ausência de direcionalidade por parte da gestão, para instituir a intersetorialidade e a colaboração como vias de construção da rede ampliada em SMCA. A efetivação desta como política pública exige estratégias formais de difusão, avaliação, acompanhamento e compartilhamento (que incluam usuários e famílias) para que ofereçam respostas verdadeiramente inclusivas. Ademais, Oliveira et al. (2021) reforçam a necessidade de compartilhamento do cuidado, do apoio no desenvolvimento de formas de cuidar que integrem ações de promoção, prevenção e tratamento no âmbito da SMCA.

Portanto, o gestor das unidades assume um papel fundamental para a implementação do matriciamento. Chazan et al. (2019) são categóricos ao afirmar que o gestor que não assume o AM inviabiliza o trabalho. Sabe-se que o apoio da gestão é imprescindível para o trabalho com as resistências dos profissionais, até então habituados ao antigo modelo de trabalho. Essa aversão é fruto do não alinhamento, exemplificado pelo não compromisso com as novas lógicas de cuidado que centralizam a atenção no acolhimento, clínica ampliada e desnaturalização/problematização da lógica de encaminhamento (BRANDÃO JUNIOR; CANAVÊZ; RAMOS, 2017; TÃNO; MATSUKURA, 2019).

Partindo da ideia de que a Reforma Psiquiátrica é um processo social e político, convém destacar a exigência de vontade política para que seja efetivamente implantada, o que

exige um reposicionamento da gestão, ressignificando a lógica que tradicionalmente esteve atrelada a pessoas com sofrimento psíquico, sejam crianças, adolescentes ou adultos (BRANDÃO JUNIOR; CANAVÊZ; RAMOS, 2017). Além disso, tais contextos indicam a necessidade de que se viabilize financiamento e qualificação aos serviços instalados (TÃNO; MATSUKURA, 2019).

Vale salientar ainda que muitos estudos (CARVALHO; DUARTE; GLANZNER, 2020; DELFINI; REIS, 2012; LOURENÇO; MATSUKURA; CID, 2020; OLIVEIRA et al., 2021) destacam o grande potencial do trabalho desenvolvido pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), vistos como peças chave do reconhecimento e acompanhamento das demandas de saúde mental infantil dentro do território da ESF. Eles estão em contato com o contexto domiciliar e familiar das crianças, proporcionando a identificação daquelas que podem demandar algum cuidado em saúde mental.

Ademais, práticas colaborativas como visitas domiciliares, atendimentos conjuntos, interconsultas, discussão de casos, formulação coletiva de PTS e o chamado telessaúde são apontados como ferramentas de identificação de crianças com necessidades de cuidado em saúde mental no território. Ações como essas constituem movimentos de corresponsabilização entre os serviços, bem como estratégias de humanização do atendimento e promoção de vínculos entre usuários, equipes e família (CARVALHO; DUARTE; GLANZNER, 2020; LOURENÇO; MATSUKURA; CID, 2020; OLIVEIRA et al., 2021).

Sobre isso, Tãno e Matsukura (2019) definem a corresponsabilização como a possibilidade deste agenciamento comum entre setores e instituições para o processo de produção de saúde ampliada, em que se afirma a necessidade da garantia de direitos e pactuação. Nesse sentido, a corresponsabilização efetiva a potencialização do trabalho e contribui para a prática da intersetorialidade. As ferramentas que possibilitam a ampliação da comunicação e a troca de saberes, pensamentos e experiências produzem uma sensação de parceria e de contato que alivia a sobrecarga de trabalho e sustenta a duração das intervenções.

Belotti (2018) refere que a corresponsabilização nada mais é que uma postura ética por parte de todos os profissionais envolvidos com um “caso”, uma vez que proporciona a conexão de diversos saberes em diferentes níveis de complexidade e, ao mesmo tempo, proporciona que esses profissionais assumam a responsabilidade sobre o cuidado.

Assim, o apoio matricial, segundo Campos (1999), tem como meta a propagação da clínica ampliada nas equipes interdisciplinares de saúde, proporcionando um tipo de cuidado colaborativo na atenção básica. Elimina a lógica dos encaminhamentos indiscriminados para uma lógica da corresponsabilização, fortalecendo a produção de saúde a partir da resolutividade da assistência em saúde.

Delfini e Reis (2012) elegem a corresponsabilização como principal característica desse arranjo, o qual deve construir ações conjuntas no trabalho prático entre apoiadores matriciais e equipes de referência. A corresponsabilização contribui, assim, para o aumento da participação comum, na superação de disputas de poder, dando lugar a relações mais transversalizadas que possam oferecer chances para a produção de reflexões, articulações e estratégias coletivamente pensadas (TÂNÔ; MATSUKURA, 2019).

Dessa forma, o AM se apresenta como alternativa para além dos já conhecidos cursos de capacitação em saúde mental. O trabalho conjunto entre equipes de saúde mental e saúde da família, compartilhando conhecimento, elaborando estratégias e pensando caminhos coletivamente, auxilia os profissionais a se sentir mais seguros e a perceber que não estão sozinhos para “resolver” os casos. Podem, conseqüentemente, compartilhar responsabilidades e se fortalecer para lidar melhor com situações complexas, sem almejam a rápida solução ou a cura daquele usuário, mas a ampliação de suas possibilidades de vida (DELFINI; REIS, 2012).

De forma similar, Lourenço, Matsukura e Cid (2020) ressaltam que para além da formação graduada, há que se considerar a relevância de um trabalho de formação continuada junto às equipes da Atenção Básica, na direção de contribuir para a ampliação da compreensão do campo da saúde mental infantojuvenil e, conseqüentemente, para a ampliação de ações de acolhimento, cuidado e de promoção e prevenção no território. Torna-se evidente que o cuidado integral e a corresponsabilização das equipes de saúde são necessários e fundamentais nos fluxos de atendimento, pois promovem um cuidado de forma mais digna, no seu território e contexto social (KANTORSKI et al., 2017).

Um último e não menos importante ponto sobre a gestão dos serviços e o matriciamento é o urgente enfrentamento aos retrocessos que a chamada “Nova Política de Saúde Mental” assinala mediante a divulgação da Nota Técnica nº 11/2019 do Ministério da Saúde. Tal documento coloca ênfase na criação de ambulatórios especializados para o tratamento de quadros menos graves, em detrimento do matriciamento das equipes de saúde

da família e estímulo aos Núcleos de Atenção à Saúde da Família (NASF), os quais possibilitam que tais casos sejam atendidos, em sua maioria, na Atenção Básica, que tem alto potencial de resolutividade e grande capilaridade territorial em boa parte do país. Chama também a atenção que o único tópico no qual a saúde mental infanto-juvenil é abordada especificamente se refira à internação de crianças e adolescentes em hospitais psiquiátricos (LIMA, 2014).

É gravíssimo esse movimento que defende a internação de crianças e adolescentes retirando-as do seio familiar e comunitário, por meio da privação de liberdade e supressão de direitos fundamentais como saúde, educação, esporte, lazer (Lei nº 8.069/90 - Estatuto da Criança e do Adolescente). A nota também abre precedente para a permanência conjunta de crianças e adultos a partir de um laudo médico que “justifique” tal necessidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As contribuições dos estudos analisados revelam a importância das ações de apoio matricial enquanto estratégias de enfrentamento das realidades marcadas pela fragmentação do trabalho, falta de comunicação, desconhecimento sobre saúde mental em contextos permeados pela vulnerabilidade social.

Esta revisão atendeu ao seu objetivo de identificar na literatura acadêmica nacional nos últimos dez anos as concepções dos profissionais de saúde sobre o matriciamento em saúde mental voltado à infância e apontar as dificuldades e estratégias utilizadas na assistência à criança em sofrimento mental.

Pode-se afirmar que se faz necessário o reconhecimento de que os saberes e as ações que circulam na atenção psicossocial são complexos e possivelmente de difícil compreensão pelos diferentes atores que circulam nas redes socioassistenciais e intersetoriais de atenção à infância, haja vista de que muitas vezes se colocam como opostas à lógica de produção de doença e de patologização da vida e do social que ainda persiste. Daí a importância do apoio matricial na melhoria da comunicação dentro da RAPS e no compartilhamento de conhecimentos mediante ações coletivas.

No tocante ao trabalho intersetorial, este se mostra como uma possibilidade de tessitura de redes de suporte para usuários e profissionais na medida em que os contatos se estabelecem. Ferramentas como o apoio matricial possibilitam a ampliação da comunicação e

a troca de saberes, pensamentos e experiências, produzindo uma sensação de parceria e de contato que alivia a sobrecarga de trabalho e sustenta a duração das intervenções.

Tal achado pode representar um movimento de evolução na visão da ESF sobre os transtornos mentais na infância, ainda que seja uma melhora tímida, uma vez que esse novo olhar mais contextualizado não se converte em efetivas ações de cuidado. Talvez seja possível vislumbrar com isso uma nova geração de trabalhadores e trabalhadoras das equipes da atenção primária com maior sensibilidade às questões da saúde mental de crianças e adolescentes, o que nos faz questionar se isso é fruto de um maior investimento e interesse da gestão para a educação permanente, ou consequência inicial do próprio processo de matriciamento nesses cenários específicos.

Por fim, conclui-se que o matriciamento refere-se substancialmente à construção de um compromisso comum de cuidado, que esteja de fato pautado nas necessidades das crianças e suas famílias. Seu objetivo se sustenta na superação da tradição assistencialista, que ainda perpetua modelos fragmentados de atenção à saúde mental infantil.

REFERÊNCIAS

- AMSTALDEN, A. L. F.; HOFFMANN, M. C. L.; MONTEIRO, T. P. M. A política de saúde mental infanto-juvenil: seus percursos e desafios. In: **Atenção em Saúde Mental para Crianças e Adolescentes no SUS**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2016. p. 12.
- BELOTTI, M. et al. Concepções de Profissionais de Saúde sobre as Atribuições de um Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 34, p. 1–9, 2018.
- BRAGA, C. P.; D’OLIVEIRA, A. F. P. L. Child and adolescent mental health policy: History and paths to participation. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 24, n. 2, p. 401–410, 2019.
- BRANDÃO JUNIOR, P. M. C.; CANAVÊZ, F.; RAMOS, P. L. Entre saúde e educação: Sobre um ambulatório de saúde mental infantojuvenil. **Interface: Communication, Health, Education**, v. 21, n. 62, p. 699–709, 2017.
- BUSTAMANTE, V.; ONOCKO-CAMPOS, R. Cuidado às famílias no Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil : uma pesquisa- intervenção com trabalhadores. **Saúde Debate**, v. 44, n. 3, p. 156–169, 2020.
- CAMPOS, D. B.; BEZERRA, I. C.; JORGE, M. S. B. Produção Do Cuidado Em Saúde Mental: Práticas Territoriais Na Rede Psicossocial. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, n. 1, p. 1–18, 2020.
- 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.

CARVALHO, J.; DUARTE, M. L. .; GLANZNER, C. H. Cuidado em saúde mental infantil no contexto da Estratégia da Saúde da Família: estudo avaliativo. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 41, n. 0, p. 1–8, 2020.

CAVALCANTE, C. M.; JORGE, M. S. B.; DOS SANTOS, D. C. M. Onde está a criança? Desafios e obstáculos ao apoio matricial de crianças com problemas de saúde mental. **Physis**, v. 22, n. 1, p. 161–178, 2012.

CHAZAN, L. F. et al. O apoio matricial na Atenção Primária em Saúde no município do Rio de Janeiro: uma percepção dos matriciadores com foco na Saúde Mental. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 29, n. 2, p. 1–20, 2019.

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 Clinica**, v. 27, n. 1, p. 17–40, 2015.

DELFINI, P. S. DE S.; REIS, A. O. A. Articulação entre serviços públicos de saúde nos cuidados voltados à saúde mental infantojuvenil. **Cadernos de Saude Publica**, v. 28, n. 2, p. 357–366, 2012.

ECHER, 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.

ESLABÃO, A. D. et al. Saúde mental na estratégia saúde da família: caminhos para uma assistência integral em saúde. **Journal of Nursing and Health**, v. 9, n. 1, 2019.

FERNANDES, A. D. S. A. et al. Reflexões sobre a atenção psicossocial no campo da saúde mental infantojuvenil. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 28, n. 2, p. 725–740, 2020.

GARCIA, G. Y. C.; SANTOS, D. N.; MACHADO, D. B. Centros de atenção psicossocial Infantojuvenil no Brasil: Distribuição geográfica e perfil dos usuários. **Cadernos de Saude Publica**, v. 31, n. 12, p. 2649–2654, 2015.

GOMES, F. M. DE A. et al. Saúde mental infantil na atenção primária à saúde: Discursos de profissionais medicos. **Saude e Sociedade**, v. 24, n. 1, p. 244–258, 2015.

KANTORSKI, L. P. et al. Atenção psicossocial infantojuvenil: Interfaces com a rede de saúde pelo sistema de referência e contrarreferência. **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 26, n. 3, p. 1–10, 2017.

LIMA, R. C. Psiquiátrica no Brasil. v. 29, n. 1, p. 1–5, 2014.

LOURENÇO, M. S. D. G.; MATSUKURA, T. S.; CID, M. F. B. A saúde mental infantojuvenil sob a ótica de gestores da Atenção Básica à Saúde: possibilidades e desafios. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 28, n. 3, p. 809–828, 2020.

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.

- MOURA, T. B. DE; VIANA, F. T.; LOYOLA, V. D. Uma Análise de Concepções Sobre a Criança e a Inserção da Infância no Consumismo. v. 33, n. 2, p. 474–489, 2013.
- MOYSÉS, M. A. A.; COLLARES, C. A. L. Patologização da vida de crianças e adolescentes em tempos sombrios. In: **Patologização e Medicalização da Vida: Epistemologia e Política**. 1. ed. São Paulo: Zagodoni, 2018. p. 151–162.
- NUNES, C. K. et al. Saúde mental infantojuvenil: visão dos profissionais sobre desafios e possibilidades na construção de redes intersetoriais. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 40, n. 0, p. 1–9, 2019.
- NUNES, C. K.; KANTORSKI, L. P.; COIMBRA, V. C. C. Interfaces between services and actions of the psychosocial care network for children and adolescents. **Revista gaucha de enfermagem**, v. 37, n. 3, p. e54858, 2016.
- OLIVEIRA, P. S. DE et al. Apoio matricial em saúde mental infantojuvenil na Atenção Primária à Saúde: pesquisa intervenção socioclínica institucional. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 55, p. 1–8, 2021.
- POLIT, D. F.; BECK, C. T.; OWEN, S. V. Focus on research methods: Is the CVI an acceptable indicator of content validity? Appraisal and recommendations. **Research in Nursing and Health**, v. 30, n. 4, p. 459–467, 2007.
- 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.
- SALVADOR, D. B.; PIO, D. A. M. Apoio Matricial e Capsi: desafios do cenário na implantação do matriciamento em saúde mental. **Saúde em Debate**, v. 40, n. 111, p. 246–256, 2016.
- SAMPAIO, M. L.; BISPO JÚNIOR, J. P. Entre o enclausuramento e a desinstitucionalização: a trajetória da saúde mental no Brasil. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 19, 2021.
- SANTOS, P. et al. Peregrinação familiar : a busca por cuidado em saúde mental infantil Family odysseys : the search for infant mental health care Peregrinación familiar : la búsqueda de cuidado en salud mental infantil. v. 33, n. 12, 2017.
- 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, E. M. V. B. et al. Promoção da saúde mental das crianças: contributos dos enfermeiros. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 33, p. 1–7, 2020.
- SOUSA, F. S. P. DE; JORGE, M. S. B. O Retorno Da Centralidade Do Hospital Psiquiátrico: Retrocessos Recentes Na Política De Saúde Mental. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 17, n. 1, p. 1–19, 2018.
- 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.
- ZEEBERG, A. et al. Matriciamento: construção de um novo olhar entre a educação e a saúde.

p. 23–25, 2011.

4.2 Artigo 2 – saúde mental infantil e apoio matricial: desafios e potencialidades

RESUMO

A inclusão de crianças e adolescentes na agenda das políticas públicas de saúde mental do Brasil é um processo recente e remonta ao início do século XXI. Antes desse momento, o país não dispunha de uma rede de cuidados para esse público com queixas relacionadas a problemas mentais. As ações assistenciais, quando existentes, eram desempenhadas pela assistência social e educação. O presente estudo objetiva descrever as possibilidades e desafios do cuidado em saúde mental prestados a essas crianças e suas famílias pelos profissionais da atenção especializada e da atenção básica de um município brasileiro. Trata-se de uma pesquisa descritivo-analítica, com abordagem qualitativa, utilizando entrevistas semiestruturadas e observação participante. Foram considerados sujeitos desse estudo dez colaboradores atuando na rede municipal de saúde da ESF e do CAPS. A partir da análise dos dados, utilizando a Análise Categórica Temática, emergiram três categorias: 1) desafios e potencialidades do atendimento em saúde mental infantil; 2) ações e estratégias de cuidado em saúde mental infantil e 3) matriciamento em saúde mental. Os entrevistados mencionaram de forma prevalente o apoio matricial como uma importante potencialidade e estratégia de promoção do cuidado através do compartilhamento dos casos. Entre as dificuldades apontadas estão: a falta de participação e integração dos profissionais da APS e do CAPS; o estigma ainda presente no cuidado à criança em sofrimento psíquico; limitações referentes a recursos materiais e humanos; demanda excessiva e falta de preparo dos profissionais para lidar com o público infantil. Considera-se de suma importância um olhar mais sensível às políticas públicas, em especial a rede de cuidados à saúde mental infantil, que carece de estrutura e de formação para os profissionais que nela trabalham. É urgente o fortalecimento de espaços de participação social onde as vozes dos sujeitos e de suas famílias sejam validadas e legitimadas enquanto cidadãos de direitos.

Palavras-chave: Saúde Mental; Infância; Apoio Matricial.

ABSTRACT

The inclusion of children and adolescents in the agenda of public mental health policies in Brazil is a recent process and dates back to the beginning of the 21st century. Before that time, the country did not have a care network for this public with complaints related to mental problems. Assistance actions, if any, were carried out by social assistance and education. This study aims to describe the possibilities and challenges of mental health care provided to these children and their families by professionals in specialized care and primary care in a Brazilian municipality. This is a descriptive-analytical research, with a qualitative approach, using semi-structured interviews and participant observation. Ten collaborators working in the municipal health network of the ESF and CAPS were considered subjects of this study. From the data analysis using the Thematic Categorical Analysis, three categories emerged: 1) challenges and potential of child mental health care; 2) actions and strategies for child mental health care and 3) matrix support for mental health. Respondents mentioned in a prevalent way matrix support as an important potentiality and strategy for promoting care through case

sharing. Among the difficulties pointed out are: the lack of participation and integration of professionals from APS and CAPS; the stigma still present in the care of children in psychological distress; limitations regarding material and human resources; excessive demand and lack of preparation of professionals to deal with children. It is considered of paramount importance to have a more sensitive look at public policies, especially the child mental health care network, which lacks structure and training for the professionals who work in it. It is urgent to strengthen spaces for social participation where the voices of subjects and their families are validated and legitimized as citizens with rights.

Keywords: Mental Health; Childhood; Matrix support.

INTRODUÇÃO

A inclusão de crianças e adolescentes na agenda das políticas públicas de saúde mental do Brasil é um processo recente e remonta ao início do século XXI. Antes desse momento, o país não dispunha de uma rede de cuidados para esse público com queixas relacionadas a problemas mentais, ficando as ações assistenciais, quando existentes, circunscritas aos setores da assistência social e educação, com propostas mais reparadoras e disciplinares do que propriamente clínicas ou psicossociais (COUTO; DELGADO, 2015).

Além disso, alguns autores ressaltam que existe um hiato entre os percursos de constituição da assistência no campo da saúde mental e da própria Reforma Psiquiátrica para o adulto e o de constituição para a infância e adolescência (FERNANDES et al., 2020). Tal cenário sofreu mudança com a III Conferência Nacional de Saúde Mental, convocada logo após a promulgação da Lei Paulo Delgado em 2001, realizada no mesmo ano em Brasília, jogando luz sobre a necessidade de inclusão dos problemas mentais em crianças e adolescentes no campo do cuidado psicossocial, um novo modelo de assistência que se desenhava a partir do território.

Faz-se necessário ainda um alerta para o iminente perigo que vive à espreita, que consiste na volta dos manicômios. Um modelo que vinha paulatinamente sendo superado, com a instituição dos CAPS (Centros de Atenção Psicossocial) mediante a Portaria 336/2002, retorna incluído na Rede de Atenção Psicossocial a partir da Resolução n. 32 (Brasil, 2017), de 14 de dezembro de 2017, e da Portaria n° 3.588 do mesmo ano. Sem nenhum tipo de discussão ou aprovação das instâncias formais de controle social do SUS, tais legislações introduzem na RAPS os ambulatórios de saúde mental e os leitos em hospitais psiquiátricos

(SOUSA; JORGE, 2018), que preveem inclusive a internação de crianças e adolescentes, em um claro desrespeito ao que é preconizado pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).

Logo, inserir o hospital psiquiátrico na RAPS caracteriza-se, na visão dos defensores da Reforma Psiquiátrica, um retrocesso, pois a resolução n. 32 privilegia os serviços de lógica manicomial e segregadora em detrimento de investimentos no modelo de atenção psicossocial (SOUSA; JORGE, 2018). No caso da infância, a clínica é necessariamente ampliada, pois o cuidado em saúde de crianças só é efetuado se desenvolvido de modo interdisciplinar e intersetorial, bem como na mobilização de seu ambiente social e institucional (família e escola) mais próximo (SANTOS et al., 2017).

Nesse sentido, tomando esse breve resgate do percurso histórico da atenção psicossocial para crianças e adolescentes no Brasil, é fundamental elucidar e refletir sobre como o atual modelo de atenção à saúde mental infantojuvenil tem se constituído e se configurado em nosso país, apontando para seus impasses, desafios e capacidade de se reinventar em tempos de retrocessos.

Uma das alternativas que vem sendo adotada desde 2007 para superação das intempéries dentro do campo da saúde mental está o apoio matricial, que, segundo Campos e Domitti (2007), objetiva assegurar retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde. Dessa forma, o apoio matricial pretende oferecer tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnico-pedagógico às equipes de referência.

Entendendo a complexidade envolvida na faixa de desenvolvimento que vai da infância à adolescência, o presente estudo se debruça especificamente sobre o público infantil, a fim de descrever as possibilidades e desafios do cuidado em saúde mental prestados a essas crianças e suas famílias pelos profissionais da atenção especializada e da atenção básica de um município que não dispõe de CAPSi (Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil), um cenário onde o desenvolvimento de ações intersetoriais é condição *sine qua non* para efetivação da política de saúde mental infantojuvenil.

Defende-se que esta análise pode contribuir na discussão mais ampliada sobre o papel dos serviços de saúde mental e demais dispositivos que compõe a rede de cuidado a este público, refletindo sobre as potencialidades e os desafios na construção de ações mais coerentes com as políticas de saúde mental para crianças e adolescentes.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa descritivo-analítica, com abordagem qualitativa. O presente estudo caracteriza-se como um recorte da dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Gestão em Saúde do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará, que recebeu parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa, com o número 4.708.854.

A pesquisa de campo ocorreu em um município de médio porte localizado na região Sertão Central do estado do Ceará, com uma população estimada em 81.778 habitantes (IBGE, 2020), entre julho e setembro de 2021.

O estudo em questão se deu na intersecção entre o CAPS tipo II (atenção especializada em saúde mental) e a atenção primária, célula básica do SUS. Vale ressaltar que, apesar de ser um estudo dirigido à atenção psicossocial de crianças, essa pesquisa não foi realizada em um CAPSi (CAPS Infantojuvenil), haja vista que o referido município não dispõe desse dispositivo. Dessa forma, as demandas relacionadas a essa seara são atendidas pelo CAPS Tipo II (CAPS Geral).

Foram considerados sujeitos desse estudo dez colaboradores atuando na rede municipal de saúde há pelo menos seis meses, alocados em uma unidade de saúde da família ou centro de atenção psicossocial e com formação profissional mínima de ensino superior completo. Foram convidados preferencialmente profissionais de unidades de saúde que participam ou já tenham participado de ações de matriciamento em saúde mental. Foram excluídos profissionais que estavam gozando férias ou em licença maternidade/saúde.

As técnicas de pesquisa utilizadas para a coleta de dados foram entrevistas semiestruturadas e observação participante. As entrevistas semiestruturadas, conforme Boni e Quaresma (2005) são compostas pela combinação entre perguntas abertas e fechadas, onde o informante é convidado a discorrer sobre o tema proposto. Nesse tipo de entrevista o pesquisador deve seguir um conjunto de questões previamente definidas, porém, ele o faz em um contexto muito semelhante ao de uma conversa informal.

Entende-se por observação, conforme Richardson (1999), o exame minucioso e atento sobre um fenômeno ou parte dele. Esta se torna uma técnica científica à medida que serve a um objetivo formulado de pesquisa, é sistematicamente planejada, registrada e ligada a proposições gerais.

Durante as entrevistas foi abordado, mediante roteiro pré-elaborado, como tem se dado as interações estabelecidas entre os níveis de complexidade do sistema local de saúde na atenção à saúde mental de crianças e adolescentes, como também os desafios e potencialidades desse modelo de cuidado compartilhado e a utilização do apoio matricial. As entrevistas foram gravadas com a autorização dos entrevistados e posteriormente transcritas na íntegra após autorização via assinatura do Termo de Consentimento Livre e esclarecido (TCLE).

Após a transcrição do áudio das entrevistas, procedeu-se à apreciação dos dados obtidos utilizando a técnica da Análise de Conteúdo de Bardin. A Análise de Conteúdo pode ser definida como um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens (BARDIN, 1977).

A partir da análise dos dados emergiram três categorias: 1) desafios e potencialidades do atendimento em saúde mental infantil; 2) ações e estratégias de cuidado em saúde mental infantil e 3) matriciamento em saúde mental.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados das entrevistas foram apresentados em três grupos, de acordo com as respostas dos trabalhadores. A primeira dimensão diz respeito à descrição da assistência em saúde mental dirigida para o público infantil segundo a visão de profissionais que compõem a rede de atenção psicossocial do município em estudo. A categoria 2 buscou investigar quais os recursos e atividades são utilizados pelos profissionais no seu cenário de prática ao se depararem com essa demanda. A última dimensão buscou refletir sobre o conhecimento teórico-prático dos participantes sobre o matriciamento em saúde mental.

Desafios e potencialidades do atendimento em saúde mental infantil

A primeira categoria diz respeito à descrição da assistência em saúde mental dirigida para o público infantil segundo a visão de profissionais dos níveis primário e secundário da saúde do município em estudo. As respostas analisadas foram subdivididas em dois grupos

(desafios e potencialidades). Em cada grupo observou-se que elas se relacionavam a três temas: profissionais, rede e criança/família, como se pode observar no Quadro 1 a seguir.

Quadro 1 – Categoria 1 Desafios e Potencialidades do Atendimento em Saúde Mental Infantil

DESAFIOS	POTENCIALIDADES
<u>Profissionais</u> Falta de experiência no atendimento infantil Falta de preparo para o atendimento infantil Não se identifica com o público Baixa quantidade de profissionais	<u>Profissionais</u> Experiência dos psicólogos Troca de informações/diálogo Profissionais capacitados no CAPS Criatividade dos profissionais Disponibilidade dos psicólogos Profissional querer, estar sempre buscando se capacitar
<u>Rede</u> Demanda genérica Falta de um olhar sensível às demandas infantis Rede intersetorial frágil Falta de serviços especializados para o público infantil/ CAPS infantil Falta de recurso/estrutura/ambiente adequado na APS Falta capacitação/treinamento Superlotação do CAPS Geral Não tem um neuropediatra Dificuldade para discutir casos Pouco contato com o CAPS/psiquiatra Atendimento no CAPS só é a partir de 5 anos	<u>Rede</u> Parceria com o MP Formações/matriciamento APS e escola Interação com a equipe
<u>Criança/família</u> Ser em desenvolvimento Dificuldade cognitiva Não sabe explicar a queixa Fragilidade familiar Não aprenderam a cuidar de alguém com	<u>Criança/família</u> Verdadeira/ espontânea Sinceridade e inocência das crianças Rede de apoio

deficiência Não sabem cuidar Problemas sociais Dificuldade cognitiva dos pais Não entendem os sintomas Entender comportamentos normais Falta de limites Demanda do familiar A família tem resistência em relação à medicação Os pais reconhecerem que a criança precisa de ajuda e lidar com naturalidade Tabu de que psicólogo e psiquiatra são “coisas de doido” Não buscar ajuda precocemente	
---	--

Fonte: Elaborado pela autora

Entre os desafios relacionados aos profissionais foi citada a ausência de preparo e de experiência no atendimento infantil. Uma entrevistada relatou não se identificar com esse público, como no trecho a seguir:

“Eu não me identifico. Não costumo me identificar. (...) Então... o fato de eu não ter essa identificação é que acaba que dificulta também porque eu nunca me voltei a isso e o que eu vi sobre isso foi na faculdade, que eu até achei interessante, mas não foi algo assim que depois eu quis me aprofundar” (E5-CAPS).

Essa discussão sobre o cuidado em saúde mental infanto-juvenil, abordada na narrativa acima, é também levantada no trabalho de Cavalcante, Jorge e Dos Santos (2012) ao revelar que ainda que haja certa abertura ao cuidado dos sujeitos com problemas de saúde mental, alguns profissionais afirmam não se sentir à vontade para produzir esse tipo de cuidado em crianças, e preferem delegá-lo a outro profissional, que, para eles, estaria mais qualificado.

No tocante à rede de atenção psicossocial que envolve a saúde e outros serviços intersetoriais que visam atender às dimensões complexas do indivíduo em sofrimento psíquico para além do cuidado no eixo saúde, as dificuldades envolvem a falta de um olhar sensível às demandas infantis, o que parece estar relacionado à carência de ações formativas ou de educação permanente voltada aos trabalhadores da rede pública com a temática da saúde mental, em especial a saúde mental infantil.

“Eu acho que a gente precisa ser treinado, porque a gente atende muito adulto a demanda de criança aqui por ser pequena a gente acaba não tendo muita expertise no atendimento à criança” (E2-CAPS).

Em relação a esse ponto, a portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, que estabelece a RAPS, altera a descrição das modalidades de CAPS como haviam sido descritas na portaria anterior (336/2002), ao acrescentar que é responsabilidade dos CAPS o atendimento de “pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e também com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas *de todas as faixas etárias*”.

Sobre isso, Fernandes et al. (2020) ressaltam que existe um hiato entre os percursos de constituição da assistência no campo da saúde mental para o adulto e o de constituição para a infância e adolescência. Até mesmo os parâmetros para a constituição da RAPS descenderam, em sua maioria ou até integralmente, daquilo que se tinha enquanto modelo e filosofia de cuidado em saúde mental para a população adulta, justamente pelo percurso histórico de transformação da assistência e porque era somente para este segmento que existia algo estruturado, de fato.

Por conseguinte, como vimos na fala anterior, além de termos um ambiente com práticas mais voltadas para o público adulto, temos profissionais que não se sentem preparados adequadamente para atender o público infantil. E nesse sentido, para Salvador e Pio (2016), os profissionais que não possuem formação para atuar com problemas de saúde mental em crianças e adolescentes podem causar um obstáculo à efetivação do cuidado, reduzir a atenção ao tratamento medicamentoso ou ao encaminhamento ao especialista em razão de suas próprias dificuldades em reconhecer os problemas de saúde mental infantil.

É importante ressaltar que o município em estudo não dispõe de CAPS Infantojuvenil, ou seja, a demanda infantil e adulta de saúde mental é atendida num mesmo local, gerando superlotação do CAPS Geral, o que dificulta o desenvolvimento de ações voltadas especificamente para esse público. Os entrevistados apontaram esse aspecto como um desafio importante.

“Também percebo que em relação aos serviços quando é o CAPS Geral então tem uma dificuldade de cuidar do público infantil porque o CAPS Geral tem uma demanda que é muito genérica então a gente acaba não conseguindo assim dedicar um olhar mais específico mais sensível às demandas das crianças então às vezes o público infantil acaba sendo meio que esquecido assim e a gente acaba cuidando mais dos adultos e tudo mais” (E3-CAPS).

“Como nosso município não tem um Capsi e não tem outro serviço que a gente possa destinar ao atendimento infantil a gente acaba retendo esses atendimentos junto com as outras demandas né de atendimento a

adolescentes, adultos e idosos então acaba que fica tudo muito junto no serviço e superlota” (E8- APS).

De acordo com Garcia, Santos e Machado (2015), a rede atual de CAPSi é ainda insuficiente e desigualmente distribuída. Sendo um serviço público predominantemente municipal, pode-se atribuir tal situação à ausência de decisão política e de investimento para ampliação dos serviços. Além disso, há escassez de psiquiatras gerais e de especialistas em psiquiatria infantojuvenil, os quais se situam em grandes centros urbanos.

Tal realidade também foi observada no estudo de Macedo, Fontenele e Dimenstein (2018). Segundo os referidos autores, em razão da especificidade da atenção psicossocial infanto-juvenil, os serviços com possibilidade de retaguarda, como outros CAPS, ambulatorios e outros recursos intersetoriais disponíveis nos territórios dos 275 municípios que não contam com CAPSi, acabam tendo dificuldade de cobrir a demanda, seja por falta de recursos específicos, seja de qualificação técnico-profissional por meio da formação permanente de recursos humanos.

Ademais, em relação à atenção especializada cuja função é desempenhada por um CAPS Tipo II, um dos profissionais também apontou uma dificuldade devido ao serviço só receber crianças a partir de cinco anos de idade. As famílias com filhos com idades menores devem ser assistidas pela Estratégia Saúde da Família.

“A gente vê que eles muitas vezes têm essa necessidade de um atendimento, mas lá (CAPS) só é a partir de 5 anos e a gente sabe que a primeira infância é o uma das principais etapas que a gente pode estar estimulando ali e a gente vai conseguir muito mais coisas” (E9 – APS).

Em consenso com o relato descrito, muitos autores consideram de suma importância a adoção de intervenções precoces diante de casos que envolvem a saúde mental na primeira infância, especialmente no contexto da saúde da família, pela proximidade desta com a população, por ser a porta de entrada do sistema de saúde, pelo caráter menos estigmatizante que representa para as famílias (TEIXEIRA; COUTO; DELGADO, 2017).

Ademais, uma maior integração da saúde mental na atenção primária pode promover acesso a cuidados efetivos por meio de melhor detecção dos casos, menos procedimentos desnecessários, oferta de tratamento a problemas menos severos, promoção da saúde e prevenção de problemas e ainda melhor uso de recursos comunitários (CAVALCANTE; JORGE; DOS SANTOS, 2012; DELFINI; REIS, 2012; SARAIVA; ZEPEDA; LIRIA, 2020).

No município que é cenário dessa pesquisa, caso seja identificada necessidade de estimulação precoce ou alguma intervenção mais especializada para essas crianças menores, existe a oferta de um serviço secundário composto por uma equipe multiprofissional composta por fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo e psicóloga, denominado Centro de Atenção Integrada. No entanto, eles percebem a carência de um neuropediatra, para diagnóstico e acompanhamento dos casos, principalmente relacionados aos Transtornos do Desenvolvimento. Além disso, a comunicação com o CAPS parece deixar a desejar, como se percebe pela fala, a seguir:

“Tem muito paciente que vem para cá que a gente vê que tem a necessidade desse acompanhamento, mas a gente não consegue é manter essa comunicação (...) se eu tivesse contato com o médico seria muito mais fácil. Porque alguns casos realmente precisam de medicação e a gente não consegue dar medicação aqui, até porque a gente não tem médico para isso. Eu acredito que se esses pacientes eles fossem acompanhados (...) e tivesse comunicação maior seria muito mais vantajoso para esse paciente” (E9 – Centro de Atenção Integrada).

Esse trecho revela uma evidente fragmentação do cuidado, onde o indivíduo é compartimentalizado e cada categoria profissional trata uma parte em um serviço separado, os quais não se comunicam de forma eficaz, o que afeta a qualidade da assistência.

Para Macedo, Fontenele e Dimenstein (2018), essa 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 é uma fragilidade histórica. No âmbito da atenção psicossocial infantojuvenil, tais aspectos são ainda mais evidentes.

No contexto da atenção primária essa dificuldade de manejo com o público infantil se intensifica, seja pela falta de estrutura adequada, como também pela ausência de preparo dos profissionais.

“Bem, os desafios são imensos primeiro que nós não temos capacitações nem treinamentos para atuar na saúde mental exceto os conteúdos estudados durante a faculdade então a gente não tem esse treinamento continuado para lidar com a saúde mental e diante disso principalmente para o atendimento infantil os desafios são imensos porque se nós já não temos o treinamento para lidar com um adulto no atendimento em Saúde Mental, com a criança que é um atendimento mais minucioso, que requer um ambiente mais adequado, requer uma prática de cuidado diferenciada para aquele público, se tornar ainda mais difícil” (E6- APS).

Tais dificuldades foram encontradas de forma bem semelhante na pesquisa de Teixeira, Couto e Delgado (2017), onde constataram a falta de um “olhar diferenciado” na estratégia saúde da família para discernir questões próprias ao desenvolvimento infantil e juvenil, daquelas que sugerem necessidade de intervenção, culminando em atitudes de

hesitação frente aos casos e de demanda recorrente por referenciamento para serviços especializados.

Sobre o exposto, Delfini e Reis (2012) referem que entre os obstáculos estruturais e organizacionais presentes no cotidiano dos serviços está a escassez de recursos humanos e de equipamentos de saúde, cobrança por produção, rotatividade de profissionais e falta de capacitação ou disposição para lidar com saúde mental.

Os trechos acima revelam a presença de vazios assistenciais na atenção psicossocial infantil, uma vez que não se enxerga um lugar para a criança, seja no nível primário como no secundário. Em relação a isso, Cavalcante, Jorge e Dos Santos (2012) destacam que a criança parece ter uma invisibilidade aos olhos dos trabalhadores da saúde em geral. Ademais, mesmo tendo na atenção básica um equipamento que se propõe a cuidar da família, percebe-se um trabalho mais direcionado aos membros adultos do núcleo familiar, e certo esquecimento em relação aos seus membros mais jovens.

Essa lacuna na assistência às crianças e adolescentes tem relação com a escassez de políticas públicas direcionadas a esse público e com a desigualdade quanto à distribuição dos serviços de saúde mental. Além disso, outra fragilidade histórica diz respeito à 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).

A fim de superar essa defasagem de equipamentos especializados e o contexto de desassistência, Garcia, Santos e Machado (2015) propõem uma maior articulação entre os serviços especializados de saúde mental infantojuvenil e a atenção básica, pela carência de unidades e de recursos humanos especializados. Segundo esses autores, o treinamento e o suporte contínuo das equipes de saúde mental para profissionais da atenção básica favoreceriam a responsabilidade compartilhada.

Observa-se que o fortalecimento da Atenção primária à Saúde (APS) no âmbito da atenção psicossocial como forma de ampliação do cuidado para acolher crianças e adolescentes em situação de sofrimento psíquico ainda se constitui um grande desafio (TÃNO; MATSUKURA, 2019).

Os entrevistados mencionaram ainda obstáculos relacionados ao núcleo familiar e às características da própria criança que manifesta algum sofrimento psíquico.

“Os pais têm certa dificuldade cognitiva para entender a sintomatologia das crianças, às vezes há dificuldade cognitiva da criança, às vezes do próprio pai

que não entende que o filho tem um retardo, por exemplo, tem um déficit intelectual aí fica dizendo que a criança não aprende a ler porque ela é preguiçosa, mas na verdade ela não consegue entender. É uma dificuldade também a questão de entender que certos comportamentos da criança são normais, tipo a criança... ai eu vim para cá com esse menino que ele é impossível, que ele é muito danado e às vezes é um comportamento natural da criança que às vezes a criança não tem é um limite, a questão comportamental dos pais que não consegue impor limites a certos comportamentos que são disruptivos da criança que na verdade são para ser tolhidos e não medicados” (E4- CAPS).

Pelo relato anterior é possível identificar dois fenômenos cada vez mais comuns, denominados patologização e medicalização da vida. Este último engloba o reducionismo biológico, as explicações sobre a situação e o destino de pessoas e grupos por meio de suas características individuais, ocultando elementos sociais, históricos, políticos e pedagógicos (CHAGAS et. al., 2016). Já o conceito de patologização remete a um processo semelhante ao da medicalização, focando na atribuição de status de doença a problemas da vida cotidiana por meio de discursos científicas (MOYSÉS; COLLARES, 2018).

Os profissionais do presente estudo, como no trabalho de Nunes et al. (2019) também teceram crítica quanto à medicalização e patologização da infância. De maneira semelhante, defendem a utilização dos espaços da comunidade, com vistas à promoção de atividades que reconheça que nem todos os problemas devem ou podem ser reduzidos a questões biológicas ou diagnósticas.

Na Estratégia Saúde da Família percebe-se a persistência de estigmas relacionados ao campo da atenção psicossocial, o que retarda a busca por atendimento para essas crianças que vivenciam algum problema no seu desenvolvimento ou comportamento.

“Ainda existe o tabu de que psicólogo e psiquiatra são ‘coisas de doido’ como eles falam, e acabam impedindo que aqueles pacientes, totalmente dependentes dos cuidadores para ir até a assistência, não busquem ajuda precocemente” (E10 – APS).

Tal achado também está presente no estudo de Cavalcante, Jorge e Dos Santos (2012), em que percebem a presença do tabu associado à loucura, o qual também é existente na população infantil, com a diferença de que este provém, de forma especial, dos familiares que não desejam expor suas crianças a partir de um diagnóstico psiquiátrico.

Dito isso, faz-se mister considerar essa criança dentro de um contexto familiar e comunitário. Logo, os determinantes sociais que interferem no adoecimento mental dessas famílias também têm destaque no relato desses profissionais, como no excerto a seguir:

“Assim, geralmente, assim, a maioria das crianças que a gente atende são crianças com algum problema social e aí tem a questão da família que às

vezes a família não sabe explicar bem direitinho o que é que a criança apresenta acaba sendo uma consulta bem subjetiva e muitas vezes esses problemas são relacionados mais a família do que a própria criança. Então, a questão social da criança também atrapalha muito né, no caso não atrapalha dificulta o atendimento” (E3-CAPS).

O reconhecimento de problemas de saúde mental de crianças e adolescentes a partir de mudanças no comportamento situadas em contextos de violência e vulnerabilidade sugere, assim como no estudo de Teixeira, Couto e Delgado (2017), não haver, por parte dos trabalhadores entrevistados no território estudado, predomínio da racionalidade biomédica para compreensão de fenômenos relacionados a essa seara (TEIXEIRA; COUTO; DELGADO, 2017).

Entretanto, se faz importante destacar a necessidade de não manter um caminho comum, que é o da culpabilização das famílias, e assumir, de fato, que estas devem ser inseridas no processo de cuidado, além do desenvolvimento de ações que considerem e potencializem o suporte vindo desse grupo e considerado essencial no rebatimento ao cuidado de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico (LOURENÇO; MATSUKURA; CID, 2020).

Um dos entrevistados ressaltou a falta de preparo das famílias para lidar com as limitações de seus filhos, o que faz com que se sintam perdidos diante de um diagnóstico de transtorno mental. A falta de assistência aos cuidadores é uma fragilidade muito evidente, uma lacuna que a rede de saúde não tem contemplado.

“Muitas vezes as famílias elas não são formadas, elas não aprenderam a cuidar de alguém com deficiência, com algum sofrimento. Então elas não foram formadas para ser pais, nem foram formadas para ser pais de uma pessoa com transtorno mental. Elas têm dificuldade nesse processo de tratamento e muitas vezes a gente enquanto equipe também não consegue abarcar esse cuidado com os pais. A gente não consegue estar tão próximo assim, então eu vejo como uma dificuldade essa questão dos familiares” (E3-CAPS).

Dessa forma, o cuidado à infância em saúde mental não pode ser desvinculado da família, assim como a ausência de interação familiar interfere no tratamento dessa população. Neste sentido, a família torna-se um elemento imprescindível no cuidado de seus membros, especialmente quando estes indivíduos são crianças dependentes afetiva, social, e economicamente (NUNES et al., 2019).

Contudo, o cuidado em saúde mental infantil também apresenta potencialidades e pontos fortes. No que concerne às questões relativas à família, se por um lado ela constitui um fator dificultante como visto, ela também pode se mostrar elemento protetivo ao infante.

“(…) em relação ao público infantil, um dos fatores potentes, protetivos, é a própria família. A família vem como esse desafio né de muitas vezes não saber cuidar de não ter esse preparo mesmo para lidar com os transtornos mentais das crianças, mas eu também vejo como algo potente, porque o público adulto muitas vezes eles não têm assim uma rede de apoio. O público adulto ele tá ali sozinho, ele chega e é ele e ele para cuidar dele não tem mais ninguém. Já o público infantil eu vejo que geralmente ele vem acompanhado do pai, da mãe, vem acompanhado do núcleo familiar. Então ele tem pessoas ali para cuidar né. Então eu vejo a família como um lado potente desse cuidado com o público infantil” (E3- CAPS).

A respeito da vivência desses familiares, Quintanilha et al. (2017) esclarecem que 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. Desse modo, o diagnóstico e o cuidado dispensado ao filho podem trazer sofrimento e desgaste para a família.

Estudos como o de Delfini (2017) e Bustamante e Onocko-Campos (2020) retratam os desafios que profissionais e familiares cotidianamente enfrentam em sua peregrinação por cuidados. Em seus achados, percebem avanços que caminham na direção da atenção psicossocial e apontam para a utilização de tecnologias relacionais – acolhimento, vínculo, confiança e responsabilização entre os diversos atores envolvidos no cuidado.

Vale lembrar que a própria Portaria nº 336 que institui os CAPS também prevê a atenção ao cuidador. O atendimento à família é descrito como uma atividade assistencial específica, envolvendo também visitas e atendimentos domiciliares (BRASIL, 2002).

Em relação à atuação dos profissionais, destacam-se características individuais desses atores sociais no que diz respeito à sua criatividade, disponibilidade, preparo técnico e experiência, principalmente em relação aos psicólogos da atenção especializada.

“Eu acho que a potencialidade aqui que ajuda é a questão da experiência das psicólogas daqui e do psicopedagogo que sempre quando a gente quando eu tô em dúvida eu peço orientação deles eles me dão orientação sobre como melhor investigar como o que perguntar na hora da triagem entrevista aos pais para poder dar um norte né no que eu vou fazer após a entrevista após a consulta com os pais e com a criança” (E2- CAPS).

“(…) e as potencialidades eu acredito que é a criatividade do profissional, a disponibilidade do profissional psicólogo nesse atendimento e que mesmo com todos os desafios ainda assim se organiza e se disponibiliza a realizar esses tipos de atendimentos” (E8 - ESF).

“Existem profissionais capacitados no município, considero uma potencialidade” (E7- ESF).

Em relação a essa iniciativa individual dos profissionais de buscar se capacitar para esse atendimento voltado à infância, Teixeira, Couto e Delgado (2017) fazem um alerta sobre o risco de que às ações de SMCA dependam da ação voluntária dos trabalhadores e não de um conjunto de pactuações entre a gestão da saúde/saúde mental e os serviços. Sem uma estrutura política e de gestão favoráveis, o cuidado tende a se restringir a experiências pontuais e esporádicas, realizadas unicamente pela boa vontade dos profissionais.

A respeito da rede de atenção psicossocial, foram mencionadas as parcerias com o Ministério Público, ações educativas entre APS e escola, o próprio matriciamento.

“De potencialidade também eu vejo que formações mais voltadas para este cuidado, sensibilização dos próprios profissionais para estarem atentos para saber mesmo como cuidar, a própria capacitação da rede intersetorial, a própria questão do matriciamento mesmo nas redes tanto atenção primária quanto o público escolar eu acho muito potente assim para esse cuidado às crianças, ao público infantil. A parceria também com o Ministério Público eu também considero algo muito potente nesse cuidado à infância” (E3- CAPS).

Nesse sentido, demonstraram a importância de dar atenção às ações intersetoriais realizadas entre o CAPS e os dispositivos que compõem a rede de cuidado que atendem crianças. As possibilidades de construções coletivas, que observam que a criança e o adolescente, precisam ser pensadas em vários aspectos de suas vivências, histórias de vida, necessidades biológicas, sociais, culturais, de lazer, educação e cuidado, convocam todos ao trabalho intersetorial (NUNES et al., 2019).

Outra potencialidade apontada sobre a peculiaridade do atendimento infantil é a espontaneidade da criança.

“A criança ela expressa realmente aquilo que tava se sentindo ela não usa digamos um meio de ti digamos ludibriar vamos dizer assim né para responder alguns determinados sinais e sintomas de digamos dentro de uma avaliação. Então é isso é um ponto positivo na criança porque ela é bem muitas vezes verdadeira e expressiva” (E1- CAPS).

“A maior facilidade é a sinceridade e inocência das crianças que nos ajudam a interpretar e identificar o problema” (E10 – APS).

Sobre as idiosincrasias do atendimento voltado a esse público, pode-se vislumbrar a persistência da concepção de infância relacionada a uma fase caracterizada pela inocência. Segundo Ariès (1973), com o advento da Modernidade no final do século XVI, a figura da criança adquire uma conotação religiosa e casta, e muda-se as percepções sobre a infância, com grande respeito pelas crianças em suas particularidades. Foi construída uma concepção moral de infância que enfatizava as fragilidades da criança, associadas à ideia de inocência.

Essa concepção foi uma reação contra os abusos cometidos pelos adultos e contra certos sentimentos, como a indiferença pela infância (MOURA; VIANA; LOYOLA, 2013).

Ações e estratégias de cuidado em Saúde Mental Infantil

A categoria 2, intitulada “ações e estratégias de cuidado em Saúde Mental Infantil”, buscou investigar quais os recursos e atividades são utilizados pelos profissionais no seu cenário de prática. Tal dimensão possibilitou conhecer como têm se desenvolvido os fluxos intra e intersetoriais da rede de cuidado à infância quando identificada a presença de demandas relacionadas à saúde mental.

Quadro 2 – Categoria 2 Ações e Estratégias de Cuidado em Saúde Mental Infantil

<u>RELAÇÃO COM A CRIANÇA</u>	<u>RELAÇÃO COM A REDE</u>
Aproveitar o potencial da criança	Encaminhamento ao CAPS
Lúdico	Encaminhamento de casos leves a APS
Dar autonomia/ independência	Encaminhamento à rede de proteção em casos de violação de direitos
Brincar	Matriciamento com a APS
Ser receptivo	Encaminhamento ao especialista (psicólogo, psicopedagogo, T.O.)
Demonstrar empatia	Ações em parceria com a residência
Falar sobre as coisas que a criança gosta/ atividades atrativas para a criança	Diálogo com outros profissionais
Conversar sem os pais	Acolhimento das crianças e responsáveis (CAPS)
Estabelecer confiança	Atuação multiprofissional
Acolher a criança	Atendimento compartilhado
Trabalhar as emoções	PTS, estudo de caso
Pintura, escrita, desenho	Atendimentos individuais e grupais
Escuta atenta e sensível	Programa saúde na escola (PSE)
Observar quais são as principais dificuldades que essas crianças encontram	Psicoeducação para professores
	Atendimentos de puericultura (enfermagem e medicina)
	NASF (psicólogo)
	Contato com a equipe (enfermeira e agente de saúde)

<u>RELAÇÃO COM A FAMÍLIA</u>	
Trabalhar a família	
Psicoeducação para cuidadores	
Atendimento familiar na APS	
Orientação de pais	

Fonte: elaborado pela autora.

Observa-se uma ênfase maior no adoecimento, o foco na maioria das vezes é o diagnóstico e o tratamento ambulatorial. Não são percebidas ações de prevenção de agravos ou de promoção da saúde desse público, especialmente na atenção primária, que contraditoriamente deveria ter a infância como prioridade. Também foi possível reconhecer que as intervenções apontadas estão relacionadas à criança, à família ou à rede intersetorial.

“Com relação a potencialidades eu não tenho como citar do meu território. No momento nós temos poucos atendimentos voltados para crianças. O atendimento de saúde mental, ele é mais referenciado para o CAPS” (E6-APS).

“Infelizmente aqui direcionado pra criança eu não consigo enxergar nada” (E2- CAPS).

“É uma demanda muitas vezes mais difícil de ser compreendida de ser percebida às vezes é um pouco deixada de lado, negligenciada, mas elas também adoecem tanto quanto os adultos” (E3- CAPS).

Apreende-se que há uma percepção implícita de que o lugar do adoecimento mental é no CAPS, que não há espaço para esse debate na atenção básica. O que ocorre muitas vezes é a transferência de responsabilidade ao serviço especializado. Sobre isso, percebe-se que as ações desenvolvidas nos serviços ainda têm como foco programas e procedimentos seguindo um modelo ambulatorial, centrado no atendimento clínico e farmacológico. O que vai de encontro aos princípios de saúde alçados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e Diretrizes da Atenção à Saúde Mental da Infância e Adolescência, que direciona a atenção em saúde para além da manifestação clínica da doença, mas a compreensão singular dessa experiência, ou seja, ser criança/adolescente, ter família, morar num território, ter amigos entre outras vivências que a constituem como pessoa (NUNES et al., 2019).

No que concerne à relação estabelecida entre o profissional e a criança alvo da intervenção foram listadas ações voltadas ao lúdico, ao estabelecimento da confiança, a uma postura acolhedora e empática, tendo a escuta atenta do indivíduo como uma ferramenta bastante utilizada.

“Se a gente percebe que ela se desenvolve melhor por meio do lúdico, do brincar, então a gente procura trabalhar dentro desse contexto.” (E1- CAPS).

“O que eu faço é tentar ser bem receptiva, demonstrar assim uma empatia pela criança, tentar puxar conversa com ela de coisas que ela gosta para ver se ela se sente segura em se abrir comigo, quando a criança é maior aí eu pergunto se ela quer que os pais fiquem ou se ela quer que o pai saia para poder conversar melhor, aí vou perguntando se ela assiste desenho, eu vou falando desenhos que eu conheço para ver se ela também gosta e ela se sente à vontade para se abrir comigo” (E2- CAPS).

“Uma das principais estratégias que nesse momento está conseguindo realizar é de acolher a criança, de fazer uma escuta atenta, uma escuta sensível e de fato estar sensível à demanda apresentada pela criança” (E3- CAPS).

Sobre esse assunto, Braga e D’Oliveira (2019) referem que as condições de produção de cuidado e a atenção à criança e ao adolescente com sofrimento psíquico estão relacionadas a uma escuta atenta das necessidades reais dos sujeitos e a garantia de escuta da voz deles, que podem dizer de si e de seu sofrimento.

Houve menção também às atividades que objetivam o desenvolvimento do potencial da criança, dando-lhe autonomia, trabalhando as emoções, o autoconhecimento através de recursos como a pintura, a escrita e o desenho.

“Outra coisa também que a gente tem que ter cuidado, e eu gosto de trabalhar isso, é dar autonomia para criança para ela conseguir ir desenvolvendo o seu potencial e buscar incentivar que ela vai conseguir vencer os desafios que a vida vai proporcionar futuramente” (E1- CAPS).

“(…) pensar, planejar atividades que fossem atrativas pras crianças, trabalhar as emoções através da pintura, da escrita, do desenho, procuro sempre tá selecionando algum conteúdo que possa tá favorecendo de alguma forma esse contato e esse vínculo também” (E5- CAPS).

Ao analisar essas falas evidencia-se que o profissional, ao evocar a autonomia da criança, exercita em sua prática a negação do encarceramento e da tutela, a mudança do olhar da sociedade e da posição ocupada pela pessoa com doença mental, a qual deixa de ser vista como elemento perigoso e paciente para sujeito com autonomia e protagonista da própria saúde (SAMPAIO; BISPO JÚNIOR, 2021).

Além disso, a orientação aos pais foi uma das estratégias mais citadas, tida como fundamental para o atendimento infantil em saúde mental.

“Quando a gente atende crianças a gente atende também a família. Então mesmo independente da dificuldade no desenvolvimento psicossocial a gente sempre vai fazer orientação de pais, orientação com a família” (E8 – APS).

“A gente faz a psicoeducação de entender que certos sentimentos e comportamentos são naturais da criança. E entender que nem tudo é medicalização (...) que os comportamentos são expressões emocionais da criança que ele não consegue traduzir em palavras”. (E4- CAPS).

Para promover a saúde mental das crianças deve-se ajudar os pais a desenvolver um vínculo forte com as crianças e incentivar os cuidados que mantêm as crianças saudáveis e

seguras. Em complemento, importa capacitar os pais a criar uma vida melhor para seus filhos e para si mesmos e apoiar as famílias de baixos recursos econômicos (SILVA et al., 2020).

No tocante à rede de atenção psicossocial, percebe-se o predomínio da cultura do encaminhamento, principalmente da atenção primária para o CAPS. Este equipamento, por sua vez, “devolve” ao nível primário os casos de baixa gravidade, ou crianças abaixo de 5 anos.

“Tanto eu como a médica da área a gente faz o encaminhamento dessas crianças para o CAPS, avisando que lá ela vai ter o atendimento tanto da enfermagem, da psicologia, da terapia ocupacional dentre outros profissionais que se façam necessários” (E6 – APS).

“Quando o caso é mais leve assim que eu não percebo uma dificuldade tão importante nesse desenvolvimento a gente novamente encaminha para atenção primária para que esse processo seja realizado lá que esse cuidado ele seja realizado pelos profissionais que estão na atenção primária” (E3- CAPS).

Tais práticas contribuem para o que Delfini e Reis (2012) chamam de peregrinação familiar. Segundo esses autores, os constantes impasses sobre quais casos devem ser atendidos pelo CAPS podem levar os usuários a peregrinar à procura de atendimento e terminar, muitas vezes, sem assistência. O questionamento que se faz é, sobretudo, acerca do que cabe a cada equipamento. Aqui, como também na pesquisa de Delfini e Reis (2012), houve pouca menção sobre o trabalho em rede e a corresponsabilização pelos casos, o que indica um isolamento dos serviços em si mesmos e uma desarticulação de suas ações.

Além disso, dentro do serviço especializado (CAPS Geral), há um destaque para o diálogo e a atuação multiprofissional, o que, segundo os entrevistados, contribui para o cuidado integral das crianças.

“E a indicação dos outros profissionais, é que eles pensam que o médico é a parte essencial e a gente é só a pontinha do iceberg. Na verdade, o tratamento dos transtornos mentais na infância e na adolescência é muito mais multiprofissional do que médico. Um diagnóstico não muda a vida de ninguém, o que muda é a intervenção, né. Então assim, é mandatório. O médico, assim, ele tem uma parte, não desmerecendo a parte do médico, mas ele dá o diagnóstico, ele ajeita uma medicação ali, mas o maior volume, o preenchimento do tratamento só é o multi” (E4- CAPS).

Estratégias de formação continuada que contemplem um enfoque multiprofissional são fundamentais, pois nesses espaços podem ser estabelecidas conexões entre práticas e a apropriação do saber-fazer das outras profissões com relação à SMI (GOMES et al., 2015).

Em relação às atividades desenvolvidas, é importante observar que a tomada de decisão e escolha do cardápio de oferta de serviços dentro do equipamento secundário se

limita, muitas vezes, a atendimentos individuais, especialmente das categorias da psicologia, psicopedagogia e psiquiatria.

“Quando eu vejo que é um caso mais grave, um adoecimento, uma dificuldade mais grave, então eu encaminho para os profissionais aqui no serviço (CAPS). Então eu encaminho normalmente para a psicologia quando eu identifico essa necessidade para uma avaliação psicológica e um possível acompanhamento. Também costumo encaminhar para o psicopedagogo quando tem uma questão de dificuldade de aprendizagem e também dependendo do caso a gente encaminha também para psiquiatria” (E3 – CAPS).

Nesse sentido, a organização dos processos de trabalho não favorece o cuidado territorial. Essa lógica de atuação do CAPS permanece centrada no modelo asilar, visto que promove práticas de cuidados para população intramuros do serviço, sem se preocupar em adentrar no território e considerar o contexto sociocultural, familiar e político dos usuários (CAMPOS; BEZERRA; JORGE, 2020).

Outro ponto relevante aludido nas falas são as parcerias e os encaminhamentos à rede de proteção em casos de violação de direitos. Houve destaque também para as ações conjuntas com a residência multiprofissional nos territórios.

“E outra estratégia também é de tá encaminhando para rede situações que venham a se caracterizar como violação de direito, negligência seja por parte do núcleo familiar seja por parte por outros meios né que essa criança venha tá sofrendo alguma violação de direito alguma carência né alguma necessidade a gente sempre encaminha. Tem os territórios que tem a residência né aqui no município e que isso é muito potente são equipes multiprofissionais então quando essa criança ela vem de território que tem equipe multiprofissional né que tem equipe de residência torna mais fácil essa corresponsabilização da atenção primária né” (E3 – CAPS).

Considerando a trajetória histórica de violação dos direitos das crianças e adolescentes em território nacional e a necessidade de reordenação das práticas que possam de fato garantir direitos, o trabalho na perspectiva da construção de redes e, tão logo da intersetorialidade, se situa enquanto um posicionamento metodológico e ético, central para a atenção psicossocial, assumindo o papel de protagonista na luta pela garantia e produção de direitos. (BRAGA; D’OLIVEIRA, 2019; TÃNO; MATSUKURA, 2019).

De acordo com Chazan et al. (2019), as residências multiprofissionais mencionadas anteriormente são uma oportunidade de treinamento em serviço para a prática interprofissional. Já para Nunes et al. (2019), a integração entre ensino e serviço, além de qualificar a formação de profissionais, possibilita a construção de ações coletivas que visem à transformação das práticas em saúde, e a troca de conhecimentos e experiências.

No contexto da atenção primária, os sujeitos relataram, enquanto estratégias de cuidado, atendimentos individuais e grupais nas unidades básicas de saúde, com destaque para o grupo de gestantes e o programa saúde na escola (PSE). Outra atividade interessante relatada foi o atendimento compartilhado entre enfermagem e medicina nas consultas de puericultura.

“Aqui na APS a gente realiza atendimentos individuais e grupais, incluindo as Gestantes e tem também o Programa Saúde na Escola, que eu considero muito importante” (E7- APS).

“Na prática, o que torna mais acessível a nós como estratégia são os atendimentos de puericultura (atendimento conjunto da enfermagem e medicina) e orientações aos pais. Após identificar alguma alteração, acionamos o psicólogo do NASF ou até mesmo o CAPS”.

Sobre a comunicação com a escola, houve menção também à psicoeducação dos professores, uma vez que esses muitas vezes são os primeiros a identificar traços, sinais e sintomas de um comportamento desadaptativo e indicar a necessidade de uma avaliação em saúde mental. É importante destacar que tal prática deve se diferenciar do modelo patologizante e manicomial que transforma relevantes problemas de ordem social em patologias.

“(...) a psicoeducação dos professores quando a gente manda uma carta para a escola para perguntar como é o comportamento e dizer que aquilo faz parte do próprio espectro do autismo ou então do déficit intelectual. (...) Eu já encaminho para os profissionais que eu tiver por perto, se possível todos, terapeuta ocupacional, psicólogo, psicopedagogo o próprio AEE, se tiver algum psicopedagogo no AEE que é o atendimento da Educação Especial que é uma parte essencial” (E4- CAPS).

Os dados obtidos corroboram também com outros estudos realizados acerca da articulação dos CAPS com o setor educação. As atividades realizadas em decorrência do Programa de Saúde na Escola (PSE) foram identificadas como meio de cuidado em saúde mental infantil e compõem a rede de cuidados. Essas atividades realizadas junto às escolas da comunidade aproximam os professores do serviço de saúde, promovendo acesso oportuno à atenção psicossocial. Os autores advertem ainda, no âmbito do cuidado à criança, a oportunidade de articular saúde mental ao espaço escolar deve ser incentivada e consolidada por meio de ações que integrem ESF, escola e comunidade (CARVALHO; DUARTE; GLANZNER, 2020).

Por último, os entrevistados da APS e do CAPS mencionaram de forma prevalente o apoio matricial como uma importante estratégia de promoção desse cuidado por meio do compartilhamento dos casos e qualificação da assistência.

“Inclusive essa é a nossa proposta de que diante dessa sensação que nós temos de escassez de treinamento a gente agora com esse matriciamento a gente acha que essa situação vai melhorar, a gente espera ficar mais capacitado e atuar melhor diante dos casos de saúde mental” (E6- APS).

“O matriciamento na atenção primária a gente iniciou agora recente, mas também eu considero como algo que é uma forma de cuidar desse público infantojuvenil porque a atenção primária tem muito essa dificuldade de saber lidar, de saber como é que a gente cuida, por exemplo, de uma ansiedade infantil, o que eu posso fazer e agora né de uma criança que tá mais isoladinha, de uma criança que só fica dentro de casa” (E3 – CAPS).

Como foi percebida nas falas em concordância com a literatura, a realização do apoio matricial pode oferecer subsídios para que os profissionais da APS se tornem capazes de intervir e conduzir os casos mais simples de saúde mental de sua área de cuidado (CAMPOS; BEZERRA; JORGE, 2020).

O Matriciamento em Saúde Mental

A terceira categoria buscou responder a seguinte pergunta: “O que é matriciamento em saúde mental?”. O apoio matricial é usualmente definido a partir de duas dimensões: suporte educacional ou técnico-pedagógico; e suporte assistencial, retaguarda assistencial ou cuidado especializado (CAMPOS E DOMITTI, 2007).

Pode-se observar que os profissionais que participaram do presente estudo possuem um bom conhecimento teórico sobre o tema, não tiveram dificuldade para defini-lo, compreendendo-o como uma importante ferramenta para qualificação da assistência, bem como para uma melhor comunicação entre as equipes.

Quadro 3 – Categoria 3 Matriciamento em Saúde Mental

FERRAMENTA DE CONHECIMENTO/ COMUNICAÇÃO	CONSTRUÇÃO/ COMPARTILHAMENTO
Forma de buscar novos conhecimentos	Construir conhecimento compartilhado
Forma de expandir o cuidado em saúde mental	Construir conjuntamente
Forma de contribuir com o cuidado	Construção coletiva
Forma de contribuir para que outras equipes também se sintam capazes de cuidar da saúde mental em outros espaços	Corresponsabilização
Troca de experiências e informações com outras unidades	Cuidado compartilhado
Troca de aprendizagem	Chamar à coparticipação da saúde mental
Troca de saberes	Serviços trabalhando mais junto
	Pensar coletivo

Sinônimo de comunicação	
Uma conversa entre os serviços	
Comunicação entre PSF e o serviço de saúde mental	
Uma ferramenta da saúde da família	
Atenção diferenciada para o usuário	
Apoio/suporte à ESF	
AÇÕES DO MATRICIAMENTO	OBJETIVOS DO MATRICIAMENTO
Discutir casos	Serve para deixar o fluxo mais visível/ definir a rede
Traçar estratégias	Serve para unir duas pontas
Desenvolver planos terapêuticos	Visa o atendimento integral
Estudar sobre temas diversos	Fortalecimento da rede de atenção
Ações de treinamento de educação em saúde	Visa melhorar a qualidade de vida do paciente
Construir PTS de casos mais complexos	Aproxima a visão do especialista e da equipe multiprofissional para o cuidado
	Melhora da assistência

Fonte: Elaborado pela autora

Como se pode observar pelo quadro resumo das respostas acima, a maioria dos entrevistados percebe o apoio matricial como um instrumento, um meio de buscar novos conhecimentos, de expandir o cuidado, contribuindo para que outras equipes também se sintam capazes de cuidar da saúde mental em outros espaços.

“O matriciamento em Saúde Mental eu vejo como um apoio como um suporte que nós estratégia saúde da família que somos a equipe de referência que nós recebemos dos matriciadores que no caso são os profissionais da Saúde Mental” (E6 – APS).

“Eu acho que o matriciamento é uma forma da gente expandir esse cuidado em saúde mental. Eu acho que o matriciamento é uma forma da gente contribuir para que outras equipes também se sintam capazes de cuidar da saúde mental em outros espaços. Então eu acho que é o momento em que o CAPS ele sai do próprio CAPS e ele vai para rede contribuir com esse cuidado” (E3 – CAPS).

Tais relatos corroboram com a definição de Carvalho, Duarte e Glanzner (2020). Para esses autores, o matriciamento proporciona retaguarda especializada do cuidado em saúde mental à criança no contexto da ESF. Refere-se a um suporte técnico-pedagógico que integra saúde mental e AB para uma assistência colaborativa, produzindo trocas entre diferentes áreas de saber para a construção de projetos terapêuticos exitosos.

Eles ressaltaram também que a comunicação é uma peça chave para o apoio matricial, como vemos nas falas a seguir:

“O matriciamento para mim ele é sinônimo de comunicação” (E8 – APS).

“Matriciamento eu entendo que é uma conversa entre os serviços, que eles trabalhem mais junto” (E9 – CENTRO DE REABILITAÇÃO).

“O matriciamento é uma forma de a gente buscar novos conhecimentos, troca de conhecimento, troca de experiência” (E1 – CAPS).

Sobre este assunto, as contribuições dos participantes fazem revelar a importância das ações de apoio matricial enquanto estratégias de enfrentamento das realidades marcadas pela fragmentação do trabalho; falta de comunicação e desconhecimento sobre saúde mental (TÂNNO; MATSUKURA, 2019).

Outro ponto apresentado diz respeito a um conhecimento que se constrói por muitas mãos, em iniciativas coletivas, mediante compartilhamento de responsabilidades em que os casos são acompanhados tanto pela equipe de referência como pela matriciadora.

“O Matriciamento em Saúde Mental é como a gente chamar à coparticipação da saúde na saúde mental, porque o paciente ele é da rede, ele não é só um paciente de saúde mental”. (E4 – CAPS)

“É esse pensar coletivo, construir conjuntamente essa corresponsabilização. Entender que as coisas elas não funcionam separadas. Então as instituições e as equipes não vão funcionar separadas, elas precisam dessa ligação, dessa conexão para que as coisas aconteçam” (E5 – CAPS).

“Trata-se de uma construção coletiva, na qual saberes são compartilhados visando o atendimento integral da pessoa usuária dos serviços de saúde” (E7 – APS).

O estreitamento da comunicação entre os profissionais pode reduzir a distância entre as equipes, contribuir para o estabelecimento de um cuidado continuado para crianças e adolescentes, e potencializar as ações da atenção psicossocial e intersetorial nos territórios (TEIXEIRA; COUTO; DELGADO, 2017).

Diante da contribuição dos participantes pode-se inferir, semelhante ao encontrado em diversos estudos (LOURENÇO; MATSUKURA; CID, 2020; TÂNNO; MATSUKURA, 2019), a ideia de corresponsabilização como a possibilidade deste agenciamento comum entre setores e instituições para o processo de produção de saúde ampliada, em que se afirma a necessidade da garantia de direitos e pactuação. Dessa forma, compreendem que a criança não é de responsabilidade restrita de somente um serviço. E ainda potencializa o trabalho e contribui para a prática da intersetorialidade.

Ao definir o matriciamento, os profissionais apresentaram em seus relatos também os benefícios ou resultados dessa metodologia e como ela pode auxiliar na condução das demandas de saúde mental do território.

“Eu acho que o matriciamento serve para unir essas duas pontas tanto a ponta inicial que é a entrada pelo PSF, pela escola que já reconhece, ou a ponta do serviço secundário, terciário que é o neurologista, o serviço secundário de uma psicóloga, psiquiatra. Eu acho que o matriciamento serve para deixar que esse fluxo seja mais visível, mais claro” (E4 – CAPS).

“Possibilita um fortalecimento da Rede de Atenção” (E7 – APS).

“(…) consegue aproximar a visão do especialista e da equipe multiprofissional para o cuidado” (E10 – APS).

Para Eslabão et al. (2019), a corresponsabilização possibilita o compartilhamento de problemas vivenciados e a pactuação integrada para a resolução. Os autores acrescentam que a efetivação do cuidado por meio da corresponsabilização entre os profissionais e usuários incorporando a família, o território e as atividades intersetoriais podem ter um aspecto terapêutico.

Além disso, houve menção também a algumas ferramentas e estratégias utilizadas pelo apoio matricial que contribuem para essa construção de saber coletivo e de cuidado compartilhado.

“É um momento que a gente tanto tá lá para contribuir com cuidado, para discutir casos, para traçar estratégias, para desenvolver planos terapêuticos, para estudar sobre temas diversos” (E3 – CAPS).

“A partir desse matriciamento a gente pode discutir casos, construir o projeto terapêutico singular daqueles casos mais complexos do território. A gente pode também receber ações de treinamento de educação em saúde por parte dessa equipe de apoio, tirar dúvidas, ter esse apoio durante a conduta e durante a condução dos casos” (E6 – APS).

Para Chiaverini (2011), o processo de matriciamento requer a estruturação de novas técnicas para sua implementação mediante ações que envolvem tecnologias relacionais ou leves. São instrumentos do apoio matricial: projeto terapêutico singular, interconsulta, consulta conjunta, visita domiciliar conjunta, contato a distância, genograma e ecomapa.

Durante as entrevistas a elaboração do projeto terapêutico singular (PTS) foi o elemento mais citado. Ele é um recurso de clínica ampliada e da humanização em saúde, exige um foco abrangente que inclui o seu entorno familiar e territorial. No tocante à SMI, o PTS pode ser um aliado para promover uma ruptura com a extensão das práticas destinadas ao público adulto e promoção de novas estratégias de cuidado capazes de responder às demandas

apresentadas pela criança e pelo adolescente, pois tem a singularidade como elemento central (BELOTTI et al., 2018).

As reuniões de equipe para discussão de casos também foram bastante referidas, o que sugere a constituição de espaços de diálogo sobre os casos atendidos pela unidade e construção de PTS de acordo com a necessidade de cada usuário e suas famílias, os quais podem ser mais bem aproveitados através do apoio matricial.

Ações como interconsulta e consulta conjunta também foram elencadas, mas parecem ocorrer de forma mais pontual. Ferramentas como o genograma e o ecomapa não foram mencionadas, o que pode indicar o desconhecimento ou a não utilização pelos participantes. Logo, a limitação do uso desses recursos pode ser compreendida pela implementação recente do matriciamento nessa rede de saúde.

Mesmo diante desses desafios, pode-se afirmar que o apoio matricial constitui uma nova proposta integradora que visa transformar a lógica tradicional dos sistemas de saúde. Os efeitos burocráticos e pouco dinâmicos dessa lógica tradicional podem vir a ser atenuados por ações horizontais que integrem os componentes e seus saberes nos diferentes níveis assistenciais (CHIAVERINI, 2011).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pode-se afirmar que as entrevistas se configuraram como espaços de compartilhamento de experiências e de reflexão sobre os desafios colocados, compreendendo a pluralidade de ações desenvolvidas no campo da atenção psicossocial, indicando uma riqueza de ações no cenário da pesquisa aqui descrito.

Foi possível enxergar entraves e possibilidades dentro dos fluxos assistenciais que exigem dos profissionais criatividade e diálogo no cotidiano de trabalho. Além disso, foi apontado nas entrevistas que o matriciamento em saúde mental se encontra em processo de construção, confrontando-se com as dificuldades apresentadas pelos trabalhadores. Entre elas, está a falta de participação e integração dos profissionais da APS e do CAPS; o estigma ainda presente no cuidado à pessoa em sofrimento psíquico; limitações referentes a recursos materiais e humanos; demanda excessiva e falta de preparo dos profissionais para lidar com o público infantil.

É ponto forte deste trabalho a inclusão de trabalhadores com diversas formações e funções em seus serviços (médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, psicopedagogo e terapeuta ocupacional), o que confere um olhar plural a respeito do tema.

Ao mesmo tempo, é uma limitação o fato de a pesquisa ter sido realizada somente com os profissionais em um contexto muito particular de um município do interior do Ceará. Porém, é preciso ter claro que, ainda que a pesquisa tenha sido realizada em um cenário específico, não implica que tais questões sejam restritas a este local. Muitos achados nessa investigação corroboram com pesquisas anteriores, constituindo um reflexo da atenção psicossocial na atualidade.

Com isso, pode-se afirmar a compreensão do cuidado somente a partir dessa perspectiva, não sendo possível analisar qual a percepção dos usuários e familiares do serviço em relação às ações empreendidas. Trata-se de uma limitação do presente estudo, que poderá ser trabalhada em trabalhos futuros.

Por fim, considera-se de suma importância um olhar mais sensível às políticas públicas, em especial a rede de cuidados à saúde mental infantil, que carece de estrutura e de formação para os profissionais que nela trabalham. É urgente o fortalecimento de espaços de participação social onde as vozes dos sujeitos e de suas famílias sejam validadas e legitimadas enquanto cidadãos de direitos.

REFERÊNCIAS

- ARIÈS, P. **História social da criança e da família**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1973.
- AMSTALDEN, A. L. F.; HOFFMANN, M. C. L.; MONTEIRO, T. P. M. A política de saúde mental infanto-juvenil: seus percursos e desafios. In: **Atenção em Saúde Mental para Crianças e Adolescentes no SUS**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2016. p. 12.
- BELOTTI, M. et al. Concepções de Profissionais de Saúde sobre as Atribuições de um Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 34, p. 1–9, 2018.
- BRAGA, C. P.; D’OLIVEIRA, A. F. P. L. Child and adolescent mental health policy: History and paths to participation. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 24, n. 2, p. 401–410, 2019.
- BRANDÃO JUNIOR, P. M. C.; CANAVÊZ, F.; RAMOS, P. L. Entre saúde e educação: Sobre um ambulatório de saúde mental infantojuvenil. **Interface: Communication, Health, Education**, v. 21, n. 62, p. 699–709, 2017.
- BUSTAMANTE, V.; ONOCKO-CAMPOS, R. Cuidado às famílias no Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil : uma pesquisa- intervenção com trabalhadores. **Saúde Debate**, v.

44, n. 3, p. 156–169, 2020.

CAMPOS, D. B.; BEZERRA, I. C.; JORGE, M. S. B. Produção Do Cuidado Em Saúde Mental: Práticas Territoriais Na Rede Psicossocial. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, n. 1, p. 1–18, 2020.

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.

CARVALHO, J.; DUARTE, M. L. .; GLANZNER, C. H. Cuidado em saúde mental infantil no contexto da Estratégia da Saúde da Família: estudo avaliativo. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 41, n. 0, p. 1–8, 2020.

CAVALCANTE, C. M.; JORGE, M. S. B.; DOS SANTOS, D. C. M. Onde está a criança? Desafios e obstáculos ao apoio matricial de crianças com problemas de saúde mental. **Physis**, v. 22, n. 1, p. 161–178, 2012.

CHAZAN, L. F. et al. O apoio matricial na Atenção Primária em Saúde no município do Rio de Janeiro: uma percepção dos matriciadores com foco na Saúde Mental. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 29, n. 2, p. 1–20, 2019.

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 Clinica**, v. 27, n. 1, p. 17–40, 2015.

DELFINI, P. S. DE S.; REIS, A. O. A. Articulação entre serviços públicos de saúde nos cuidados voltados à saúde mental infantojuvenil. **Cadernos de Saude Publica**, v. 28, n. 2, p. 357–366, 2012.

ECHER, 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.

ESLABÃO, A. D. et al. Saúde mental na estratégia saúde da família: caminhos para uma assistência integral em saúde. **Journal of Nursing and Health**, v. 9, n. 1, 2019.

FERNANDES, A. D. S. A. et al. Reflexões sobre a atenção psicossocial no campo da saúde mental infantojuvenil. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 28, n. 2, p. 725–740, 2020.

GARCIA, G. Y. C.; SANTOS, D. N.; MACHADO, D. B. Centros de atenção psicossocial Infantojuvenil no Brasil: Distribuição geográfica e perfil dos usuários. **Cadernos de Saude Publica**, v. 31, n. 12, p. 2649–2654, 2015.

GOMES, F. M. DE A. et al. Saúde mental infantil na atenção primária à saúde: Discursos de profissionais medicos. **Saude e Sociedade**, v. 24, n. 1, p. 244–258, 2015.

KANTORSKI, L. P. et al. Atenção psicossocial infantojuvenil: Interfaces com a rede de saúde

pelo sistema de referência e contrarreferência. **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 26, n. 3, p. 1–10, 2017.

LIMA, R. C. Psiquiátrica no Brasil. v. 29, n. 1, p. 1–5, 2014.

LOURENÇO, M. S. D. G.; MATSUKURA, T. S.; CID, M. F. B. A saúde mental infantojuvenil sob a ótica de gestores da Atenção Básica à Saúde: possibilidades e desafios. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 28, n. 3, p. 809–828, 2020.

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.

MOURA, T. B. DE; VIANA, F. T.; LOYOLA, V. D. Uma Análise de Concepções Sobre a Criança e a Inserção da Infância no Consumismo. v. 33, n. 2, p. 474–489, 2013.

MOYSÉS, M. A. A.; COLLARES, C. A. L. Patologização da vida de crianças e adolescentes em tempos sombrios. In: **Patologização e Medicalização da Vida: Epistemologia e Política**. 1. ed. São Paulo: Zagodoni, 2018. p. 151–162.

NUNES, C. K. et al. Saúde mental infantojuvenil: visão dos profissionais sobre desafios e possibilidades na construção de redes intersetoriais. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 40, n. 0, p. 1–9, 2019.

NUNES, C. K.; KANTORSKI, L. P.; COIMBRA, V. C. C. Interfaces between services and actions of the psychosocial care network for children and adolescents. **Revista gaucha de enfermagem**, v. 37, n. 3, p. e54858, 2016.

OLIVEIRA, P. S. DE et al. Apoio matricial em saúde mental infantojuvenil na Atenção Primária à Saúde: pesquisa intervenção socioclínica institucional. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 55, p. 1–8, 2021.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; OWEN, S. V. Focus on research methods: Is the CVI an acceptable indicator of content validity? Appraisal and recommendations. **Research in Nursing and Health**, v. 30, n. 4, p. 459–467, 2007.

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.

SALVADOR, D. B.; PIO, D. A. M. Apoio Matricial e Capsi: desafios do cenário na implantação do matriciamento em saúde mental. **Saúde em Debate**, v. 40, n. 111, p. 246–256, 2016.

SAMPAIO, M. L.; BISPO JÚNIOR, J. P. Entre o enclausuramento e a desinstitucionalização: a trajetória da saúde mental no Brasil. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 19, 2021.

SANTOS, P. et al. Peregrinação familiar : a busca por cuidado em saúde mental infantil Family odysseys : the search for infant mental health care Peregrinación familiar : la búsqueda de cuidado en salud mental infantil. v. 33, n. 12, 2017.

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, E. M. V. B. et al. Promoção da saúde mental das crianças: contributos dos enfermeiros. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 33, p. 1–7, 2020.

SOUSA, F. S. P. DE; JORGE, M. S. B. O Retorno Da Centralidade Do Hospital Psiquiátrico: Retrocessos Recentes Na Política De Saúde Mental. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 17, n. 1, p. 1–19, 2018.

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.

ZEEBERG, A. et al. **Matriciamento: construção de um novo olhar entre a educação e a saúde**. p. 23–25, 2011.

4.3 Benchmarking

O termo *Benchmarking*, frequentemente utilizado no mundo empresarial, se refere à avaliação permanente de produtos, serviços e processos de trabalho realizados por, e entre, instituições reconhecidas no mercado por suas práticas de excelência com o propósito de fortalecer continuamente suas políticas e promover a ascensão da instituição (SPENDOLINI, 1994).

No presente texto a realização do *benchmarking* surge como meio para a identificação de tecnologias existentes. Assim, tal recurso foi utilizado como instrumento para o levantamento de informações sobre a disponibilidade de guias ou manuais sobre matriciamento e saúde mental na infância.

Primeiramente, foi realizada uma busca na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), a qual contempla diferentes bases de dados na área, tomando como descritores os termos “manual”, “saúde mental”, “criança”. Os idiomas utilizados foram o inglês, espanhol e português, com o operador booleano AND. Foram localizados, em uma primeira busca, 381 resultados. Entretanto, após a aplicação dos critérios de inclusão/filtros (texto completo disponível, idioma português e publicações dos últimos cinco anos) e exclusão (publicações repetidas e que não atendam ao objeto da pesquisa), chegou-se a 22 produções, das quais duas eram repetidas.

Seguindo com a leitura dos títulos, foram excluídas 16 publicações, pois não atendiam ao interesse da pesquisa, restando cinco produções. Observada a lacuna existente sobre guias e manuais em saúde mental infantil com foco no apoio matricial nas produções acessadas, recorreu-se a uma pesquisa ampliada na internet. Foram consultados sites oficiais do Ministério da Saúde, Instituições hospitalares, Secretarias de Saúde Estadual e Municipal, da Organização Mundial de Saúde, sendo identificadas mais nove publicações que diziam respeito às práticas de apoio matricial e/ou à saúde mental dirigidas ao público infantil. O escopo final obtido na busca resultou em 14 produtos, os quais foram organizados por título, ano de publicação, autor e temas abordados no Quadro 3.

Quadro 3 – Achados do Benchmarking

Nº	Título	Ano	Fonte/autor	Temas abordados
01	MI-mhGAP Manual de Intervenções para transtornos mentais, neurológicos e por uso de álcool e outras drogas na rede de atenção básica à saúde. Versão 2.0	2010	Organização Pan-Americana da Saúde	Avaliação e o manejo de transtornos do desenvolvimento, transtornos de comportamento e transtornos emocionais em crianças e adolescentes.
02	Sinto, Logo Penso: Promoção da Saúde Mental Infantil	2019	Universidade Federal do Amapá	Oficinas para estimular o gerenciamento e enfrentamento emocional nas diversas situações vivenciadas no cotidiano, por meio de estratégias que englobam os conceitos da Inteligência Emocional.
03	Manejo Clínico de Condições Mentais, Neurológicas e por Uso de Substâncias em Emergências Humanitárias Guia de Intervenção Humanitária mhGAP (GIH-mhGAP)	2015	Organização Pan-Americana da Saúde	Recomendações para o manejo de primeira linha das condições mentais, neurológicas e por uso de substâncias, destinadas a profissionais de saúde da atenção primária em emergências humanitárias, quando o acesso a especialistas e opções de tratamento é limitado.
04	Manual del facilitador en primeros auxilios psicológicos	2019	Ministerio de Salud Peru	Conteúdos e metodologias para treinar profissionais de saúde em primeiros socorros psicológicos na primeira resposta em contextos de emergência.
05	We can talk: Children and Young People's Mental Health	2017	Barts Health NHS Trust, Inglaterra	Componentes da intervenção, mecanismos de mudança e barreiras à implementação de uma intervenção para melhorar o comportamento comunicacional do pessoal hospitalar em saúde mental com crianças e adolescentes.
06	Saúde Mental em Saúde Escolar: Manual para a Promoção de Aprendizagens Socioemocionais	2019	Ministério da Saúde Portugal	Recurso pedagógico para facilitar a implementação de projetos locais da promoção de bem-estar e saúde mental em

	em Meio Escolar.			meio escolar, e oferece uma orientação nas áreas da promoção da saúde e bem-estar, bem como do desenvolvimento das relações interpessoais.
07	Treinamento de Primeiros Socorros Psicológicos Manual para Cuidadores de Crianças	2013	Save the Children	Um conjunto de habilidades e competências que auxiliam os colaboradores a reduzir o sofrimento inicial das crianças causado por acidentes, desastres naturais, conflitos e outros incidentes críticos.
08	Primeiros cuidados psicológicos: guia para trabalhadores de campo.	2015	OPAS	Os Primeiros Cuidados Psicológicos (PCP) descrevem uma resposta de apoio humano a uma pessoa que esteja sofrendo e que possa precisar de apoio.
09	Guia Estratégico para o Cuidado de Pessoas com Necessidades Relacionadas ao Consumo de Álcool e Outras Drogas: Guia AD	2015	Ministério da Saúde Brasil	O Guia AD é uma ferramenta potencialmente prática para instrumentalizar processos de trabalho, favorecer as análises e intervenções dos trabalhadores.
10	Guia prático de matriciamento em saúde mental.	2011	Ministério da saúde Brasil	Definição e instrumentos do processo de matriciamento, intervenções em saúde mental na atenção primária, problemas da infância e da adolescência.
11	Diretrizes do Matriciamento no Município de Vitória	2019	Secretaria Municipal de Saúde de Vitória	Definição, instrumentos e organização do matriciamento no município de Vitória.
12	Manual de Orientações para o Apoio Matricial – Campinas	2018	Secretaria Municipal de Saúde Campinas	Aspectos clínicos, protocolos, fluxos e orientações para condução dos casos no contexto da família, ambiente social e de trabalho, território.
13	Cadernos de Atenção Básica: Saúde Mental (Caderno 34)	2013	Ministério da Saúde Brasil	Valores e princípios do atendimento em saúde mental de crianças e adolescentes. Diretrizes gerais e intervenções para a identificação de problemas de saúde mental de crianças e adolescentes.
14	Manual do Agente Comunitário de Saúde da Atenção Primária à Saúde de Belo Horizonte: Diretrizes técnicas para o trabalho	2019	Prefeitura de Belo Horizonte	Vigilância à saúde da criança e do adolescente, vigilância em saúde mental e matriciamento.

Fonte: elaborado pela autora.

Dentre as publicações encontradas, nenhuma delas se assemelhou à proposta do manual aqui desenvolvido, quer seja em conteúdo, aparência ou público a ser atingido. Tal achado corrobora com o ineditismo, que consiste na criação de um material informativo que tenha como foco o apoio matricial em saúde mental infantil. Ora vê-se que existem na

literatura mundial produções que tratam da saúde mental de forma genérica, muitas vezes dirigida apenas aos adultos, negligenciando o público infantil ou o próprio matriciamento.

5 VALIDAÇÃO

A validade de um instrumento pode ser definida como sua capacidade de realmente medir aquilo a que se propõe a medir. A validação dos instrumentos de uma pesquisa qualitativa se dá em função da mesma atender o que o pesquisador se propõe a desvendar e ter como cautela a coerência dos processos metodológicos e a consistência dos resultados (OLLAIK; ZILLER, 2011; HERMINDA, 2005), e permite analisar a existência de uma lógica entre os instrumentos propostos e os objetivos da pesquisa.

A fase de validação foi desenvolvida em duas etapas: a primeira com a construção do manual, cujo suporte teórico teve como alicerce pesquisas na literatura acerca da temática em discussão em bases de dados nacionais e internacionais, bem como a partir dos dados colhidos no campo através das observações e entrevistas. A segunda consistiu na validação de conteúdo, aparência e adequabilidade do material por juízes.

A etapa de seleção dos juízes foi feita por meio da técnica de amostragem do tipo bola de neve, que consiste em uma forma de amostra não probabilística, que utiliza cadeias de referência (VINUTO, 2014). No tocante ao número de juízes que devem participar do processo de validação, não existe um padrão amplamente aceito na literatura que indique a quantidade correta. Pasquali (1997) propõe que esse número pode variar entre seis e vinte sujeitos. O presente estudo conta com sete juízes, entre profissionais e docentes com experiência na atuação ou pesquisa em saúde mental e saúde da família.

Os critérios para escolha dos especialistas devem considerar a experiência e qualificação dos membros do comitê. Para seleção dos especialistas foi desenvolvida uma adaptação do sistema de pontuação de Fehring (1994), utilizada para seleção de enfermeiros para validação de diagnósticos de enfermagem.

Quadro 4 – Pontuação e conjunto de requisitos para definição de juízes experts adaptado de Fehring (1994)

Critérios Adaptados	Pontos Adaptados
Especialista em Saúde Mental ou Saúde da Família e Comunidade	3
Pesquisa em saúde mental, atenção psicossocial infantil ou saúde da criança.	2
Prática clínica de, pelo menos um ano na atenção psicossocial ou atenção primária.	5

Pontuação Máxima	10
-------------------------	----

Fonte: adaptado pela autora de Fehring (1994).

Os especialistas foram selecionados considerando uma pontuação mínima de cinco pontos, de acordo com critérios adaptados, que incluem produção acadêmica, pesquisa na área, experiência clínica relacionada com os temas envolvidos no manual.

Assim, aos juízes que preencheram os critérios de inclusão, foi enviada uma carta-convite (APÊNDICE E) via e-mail, contendo a apresentação do estudo e explicitando a importância da colaboração do juiz na pesquisa. Após o aceite em participar da pesquisa, foi enviado por e-mail o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para aceite do juiz (APÊNDICE F), contendo as informações específicas para a validação de conteúdo e aparência do manual.

Foram construídos e enviados por e-mail dois instrumentos no Google Forms contendo os itens para validação de conteúdo e aparência, acrescido de explicações para seu preenchimento, espaço para inserir observações, correções e sugestões (ANEXOS A e B). Os instrumentos eram compostos por duas seções: a primeira continha os dados de identificação do participante, que deveria inserir informações sobre sua atividade profissional (formação/profissão, área de atuação e titulação profissional) (APÊNDICE G); a segunda seção expunha os instrumentos de validação. Juntamente com o link do referido formulário eletrônico foi enviado o manual digital na versão PDF para leitura e apreciação de cada juiz.

Os juízes precisaram, inicialmente, avaliar o instrumento como um todo, determinando sua abrangência, ou seja, se cada domínio ou conceito foi adequadamente coberto pelo conjunto de itens ou capítulos e se todas as dimensões foram incluídas. Nesta fase, poderiam sugerir a inclusão ou a eliminação de itens/tópicos. Precisaram também analisar os tópicos individualmente, verificando sua clareza e pertinência. Em relação à clareza, devia-se avaliar a redação dos capítulos, se eles foram redigidos de forma que o conceito esteja compreensível e se expressa adequadamente o que se espera medir. Pertinência ou representatividade significa notar se os itens realmente refletem os conceitos envolvidos, se são relevantes e, se são adequados para atingir os objetivos propostos (ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

Inicialmente foram selecionados sete juízes, sendo duas enfermeiras, duas psicólogas, um assistente social e uma fisioterapeuta, todos possuíam o título de especialista. Sobre as instituições em que trabalhavam, foram citados: Centros de Atenção Psicossocial (42,9%), Unidades Básicas de Saúde (28,6%), Secretaria municipal de saúde (14,3%) e Escola

de Saúde Pública do Ceará (14,3%). Dentre os cargos desempenhados, relataram desde atuação na assistência (psicólogos da saúde, assistente social, enfermeira) até atribuições relacionadas à gestão (coordenadoras de CAPS), além de uma professora visitante de instituição de ensino superior.

Em relação ao tempo de experiência na Saúde Mental ou Atenção Primária, as respostas variaram entre 1 e 10 anos correspondendo a uma amostra bem diversa, com uma média de 4,14 anos de atuação.

Para avaliação do material educativo pelos juízes de conteúdo foi utilizado o cálculo do índice de validade de conteúdo (IVC) (ANEXO A). Ele mede a proporção ou porcentagem de juízes que estão em concordância sobre determinados aspectos do instrumento e de seus itens. Permite inicialmente analisar cada item individualmente e depois o instrumento como um todo (ALEXANDRE; COLUCI, 2011). O instrumento de validação para o grupo de participantes que fez a análise de conteúdo possuía frases afirmativas relacionadas aos objetivos (cinco questões), à aparência, à estrutura e organização (dez questões) e à relevância (três questões) da tecnologia educacional em avaliação. Após cada afirmativa, o avaliador tinha um espaço para comentários e sugestões.

Para o cálculo do IVC os respondentes deveriam indicar se o item representa ou não a dimensão indicada, a partir de uma escala do tipo Likert de concordância, contendo quatro pontos: 1 “Inadequado”, 2 “Parcialmente adequado”, 3 “Adequado” e 4 “Totalmente Adequado”. O índice é calculado por meio do somatório de concordância dos itens marcados como “3” e “4” pelos especialistas divididos pelo total de respostas (ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

$$\text{Fórmula para o cálculo do IVC} = \frac{\text{Número de respostas 3 ou 4}}{\text{Número total de respostas}}$$

Após a avaliação dos especialistas, foi calculado o Índice de Validade de Conteúdo (IVC) para cada um dos itens, com objetivo de determinar o nível de concordância entre os especialistas. Para que o IVC das definições constitutivas e operacionais, dos itens e do produto fosse considerado excelente, estes deveriam atingir $\text{IVC} \geq 0,75$ individualmente. Quando analisado de forma conjunta, a média de IVC deveria ser $\geq 0,90$ ou superior. Considerou-se o seguinte padrão de avaliação: $\text{IVC} \geq 0,75$ excelente; IVC entre 0,72 e 0,74 bom; entre 0,60 e 0,71 regular e $\text{IVC} < 0,59$ ruim (POLIT; BECK; OWEN, 2007). Todos os itens do instrumento obtiveram avaliação satisfatória, $\text{IVC} \geq 0,75$ de aceitação.

Em se tratando do julgamento dos itens que compõem o manual, nenhum deles foi avaliado como inadequado. Todos obtiveram concordância dentro do nível estabelecido (IVC ≥ 75). O IVC geral do manual foi de 0,992, considerado excelente. Os itens com sugestões foram revistos e, conforme a análise, modificados. (Tabela 1).

Tabela 1 – Respostas dos juízes especialistas para o instrumento de avaliação contendo os itens objetivos, aparência, estrutura, organização e relevância. Fortaleza, CE, Brasil, 2021.

Itens	Inadequado	Parcialmente adequado	Adequado	Totalmente Adequado	IVC
1. Objetivos	0	0	3	4	1,00
1.1. Os objetivos são coerentes com as necessidades dos profissionais.					
1.2. Os objetivos são coerentes com a temática do Matriciamento em Saúde Mental na infância.	0	0	2	5	1,00
1.3. Promove mudança de comportamento e atitude	0	0	2	5	1,00
1.4. Pode circular no meio científico na área da saúde.	0	0	0	7	1,00
1.5. Atende aos objetivos das unidades de saúde que trabalham com crianças.	0	0	2	5	1,00
2. Estrutura e Apresentação	0	0	1	6	1,00
2.1. O instrumento é apropriado para orientação dos profissionais.					
2.2. As mensagens estão apresentadas de forma clara e objetiva.	0	0	2	5	1,00
2.3. As informações apresentadas estão cientificamente corretas.	0	0	1	6	1,00
2.4. O material está apropriado ao nível sociocultural do público-alvo proposto (profissionais de ESF e CAPS).	0	0	1	6	1,00
2.5. Sequência lógica do conteúdo proposto.	0	0	1	6	1,00
2.6. As informações estão bem estruturadas.	0	1	1	5	0,85
2.7. O estilo de redação corresponde com o nível de conhecimento do público-alvo.	0	0	2	5	1,00
2.8. O nome do título e dos tópicos está adequado.	0	0	1	6	1,00
2.9. As informações apresentadas são coerentes.	0	0	1	6	1,00

2.10. As ilustrações são expressivas e suficientes.	0	0	3	4	1,00
3. Relevância	0	0	2	5	1,00
3.1. O material permite a transferência e generalização do aprendizado em diferentes contextos.					
3.2. O manual propõe ao profissional adquirir conhecimento quanto ao matriciamento em saúde mental.	0	0	2	5	1,00
3.3. Está adequado para ser usado por qualquer profissional do público-alvo.	0	0	2	5	1,00

Fonte: elaborado pela autora.

Uma segunda ferramenta foi utilizada, tendo como base o instrumento americano para avaliação da dificuldade e conveniência dos materiais educativos, denominado *Suitability Assessment of Materials - SAM* (ANEXO B), traduzido para a língua portuguesa (SOUSA; TURRINI; POVEDA, 2015). O instrumento SAM é composto por 13 itens e utilizado para avaliar a compreensão de material educativo.

No instrumento *Suitability Assessment of Materials* (SAM) há uma lista para checar atributos relacionados a conteúdo, estilo de escrita, aparência, motivação e adequação cultural do material educativo. Também é composto por uma escala Likert, na qual para cada item da lista há opções de escores: 2 – adequado, 1 – parcialmente adequado e 0 – inadequado. O cálculo do escore total de adequação é feito a partir da soma dos escores obtidos, dividido pelo total máximo de escores (13 itens=26 escores) e multiplicado por 100, para transformar em percentual e a interpretação se dá da seguinte forma: 70-100% (Material superior), 40-69% (Material adequado) ou 0-39% (Material inadequado).

A tabela 2 a seguir apresenta os resultados da avaliação dos juízes ao responderem o SAM e avaliarem o manual:

Tabela 2 – Respostas quanto à avaliação dos juízes da aparência, da estrutura e da organização. Fortaleza, CE, Brasil, 2021.

Itens	0- Inadequado	1- Parcialmente Adequado	2-Adequado
1. Conteúdo	0	0	7
1.1 O objetivo é evidente, facilitando a pronta compreensão do material.			
1.2 O conteúdo aborda informações relacionadas a comportamentos que ajudem no matriciamento em saúde mental infantil	0	0	7

1.3 A proposta do material é limitada aos objetivos, para que o leitor possa razoavelmente compreender no tempo permitido.	0	1	6
2. Linguagem			
2.1 O nível de leitura é adequado para a compreensão do público-alvo.	0	0	7
2.2 O estilo de conversação facilita o entendimento do texto.	0	1	6
2.3 O vocabulário utiliza palavras comuns.	0	0	7
3. Ilustrações Gráficas			
3.1 A capa atrai a atenção e retrata o propósito do material.	0	0	7
3.2 As ilustrações apresentam mensagens visuais fundamentais para que o leitor possa compreender os pontos principais sozinho, sem distrações.	0	0	7
4. Motivação			
4.1 Ocorre interação do texto e/ou das figuras com o leitor. Levando-os a resolver problemas, fazer escolhas e/ou demonstrar habilidades.	0	0	7
4.2 Os padrões de comportamento desejados são modelados ou bem demonstrados.	0	0	7
4.3 Existe a motivação à autoeficácia, ou seja, as pessoas são motivadas a aprender por acreditarem que as tarefas e comportamentos são factíveis.	0	0	7
5. Adequação Cultural			
5.1 O material é culturalmente adequado à lógica, linguagem e experiência do público-alvo.	0	0	7
5.2 Apresenta imagens e exemplos adequados culturalmente.	0	0	7

Fonte: elaborado pela autora.

De posse dos resultados, pode-se observar que 71,4% dos juízes atribuíram um escore total de adequação de 100%, o que pode ser interpretado como “Material Superior”, conforme as instruções do instrumento. Os outros dois juízes atribuíram escores de 96,15% cada um, o que também corresponde a uma avaliação superior do produto. Nenhum item foi considerado inadequado.

A validação realizada permite evidenciar que o material usado é válido, visto a obtenção de resultados significativos nos instrumentos aplicados junto aos especialistas. O material teve boa compreensão pelos participantes, podendo-se inferir que o conceito de matriciamento em saúde mental infantil foi compreendido, assim como as estratégias de articulação dos serviços dentro da rede de atenção.

5.1 Adequações do manual após a correção dos juízes

Os comentários e sugestões dos juízes na fase de validação conduziram a ajustes em vários aspectos. Incluíram sugestões para o manual 6 participantes, totalizando 30 apontamentos, todos referentes aos itens linguagem, estrutura, apresentação e organização.

Os avaliadores consideraram o manual um excelente produto, bem organizado e ilustrado. Apresenta uma boa delimitação do conteúdo abordado, com um vocabulário claro e de fácil compreensão.

Um dos jurados considerou o texto muito extenso, contendo muita informação teórica, porém, não sugeriu qual tópico/tema deveria ser suprimido ou resumido dentro do conteúdo. Por essa informação inespecífica, optou-se por não retirar nenhum tema, não acatando essa sugestão. Outro especialista sugeriu a adição de indicações de livros que abordem a temática de atendimento com crianças, como uma possibilidade de aprofundamento no conteúdo, algo que foi acatado na versão final (APÊNDICE H). Um dos juízes recomendou ainda a publicização e divulgação do material pós-defesa nas redes de assistência.

Outra sugestão versou sobre o aumento do tamanho da fonte para facilitar a leitura por meio de telas, trazendo maior acessibilidade. Os demais comentários estavam relacionados à melhoria na diagramação, formatação e correções ortográficas no texto, todos aceitos e revisados pela autora.

5.2 Análise da usabilidade

Realizadas as correções sugeridas pelos juízes especialistas, o manual foi submetido à avaliação junto à população-alvo, composta por dez profissionais atuando na assistência à saúde mental infantil, do município pesquisado. Para tanto, foi construído e enviado por e-mail o link de um instrumento do Google Forms contendo itens para julgar basicamente três aspectos: efetividade, eficiência e satisfação ao utilizar o material (ANEXO C). O questionário eletrônico era composto de tela única, dividido em duas partes. Na primeira, os entrevistados preencheram uma ficha de identificação com as seguintes variáveis: sexo, idade, escolaridade, profissão, tempo de atuação profissional; a segunda seção expunha o instrumento em sua totalidade. Juntamente com o link do referido formulário eletrônico foi enviado o manual digital na versão PDF para leitura e apreciação de cada avaliador do público-alvo.

O instrumento utilizado foi o *System Usability Scale* (SUS) desenvolvido por Brooke em 1986, que contém dez questões que visam medir a usabilidade de diversos produtos e serviços. Comparados a outros instrumentos de avaliação, o SUS é tecnologicamente agnóstico, podendo ser utilizado para avaliar diversos produtos e serviços (KORTUM; BANGOR, 2013).

As dez questões pertencentes ao SUS foram graduadas em escala tipo Likert, com valores de um a cinco, classificadas respectivamente como: “discordo fortemente”, “discordo”, “não concordo nem discordo”, “concordo” e “concordo fortemente”. Apenas a última questão, incluída pelo pesquisador, foi dissertativa e não obrigatória. Após o preenchimento do SUS, calculou-se a pontuação total, que gerou um número único. Para calcular o escore, primeiro é somado o escore de cada item que contribui em uma escala de 1 a 5. Para os itens 1, 3, 5, 7 e 9, o escore individual é a nota recebida menos 1. Para os itens 2, 4, 6, 8 e 10, a contribuição é 5 menos a nota recebida. Multiplica-se a soma de todos os escores por 2,5 e assim é obtido o valor total do SUS. Após a pontuação e o cálculo do escore, é possível fazer a classificação do material avaliado: $\leq 20,5$ (pior imaginável); 21 a 38,5 (pobre); 39 a 52,5 (mediano); 53 a 73,5 (bom); 74 a 85,5 (excelente); e 86 a 100 (melhor imaginável) (BROOKE, 1996).

De acordo com os valores relativos obtidos nas questões do instrumento (SUS), a estrutura das questões pares destaca pontos positivos do sistema, apresenta maior número de respostas “concordo” e “concordo plenamente”, enquanto as questões ímpares apresentam mais registros relativos em “discordo” e “discordo plenamente”. Isso sugere que os participantes conseguem, por meio das questões, avaliar as características do produto de forma fidedigna (PADRINI-ANDRADE, 2019). Todos os profissionais que participaram atribuíram escores correspondentes com os conceitos “excelente” e “melhor imaginável” com uma pontuação média de 88,5. Tal resultado pode ser interpretado, ainda que com essa amostra limitada, como uma avaliação inicial bastante promissora da aplicabilidade do material educativo e que este veio a cumprir com o seu objetivo, atendendo as necessidades de quem fará uso.

No presente estudo foi adicionado, ao final do instrumento, uma questão não obrigatória, na qual o participante poderia incluir comentários sobre o produto. Esse tópico dissertativo obteve 5 comentários entre os 10 participantes. A maior parte das respostas foram observações quanto às ilustrações e relevância do conteúdo. Foram citados pontos como, a necessidade de aumento da fonte do texto e a disponibilização do material na rede assistencial. Um profissional destacou que necessitará de ajuda de outros profissionais para a

condução dos casos de saúde mental e que o manual pode auxiliá-lo nesse intento, apontando passos a serem seguidos.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

É importante frisar que uma das limitações deste estudo se deve ao fato de a pesquisa ter sido realizada somente com os profissionais de CAPS tipo II e da ESF. Com isso, pode-se afirmar a compreensão do cuidado somente a partir dessa perspectiva, não sendo possível analisar qual a percepção dos usuários do serviço, bem como de seus familiares em relação às ações empreendidas. Ainda, a descrição do fluxo na rede de saúde mental de um município do interior do nordeste do Brasil, com características sociais de extrema vulnerabilidade, e o uso de uma amostra não probabilística, tendem a limitar a generalização da tecnologia.

Todavia, ao realizar a consulta às bases de dados, foi possível extrapolar os resultados obtidos para a realidade de boa parte dos profissionais do nosso país, um cenário muitas vezes de carência de ações de educação permanente no tocante aos temas de saúde mental. É algo que tem suas origens no próprio processo formativo desde a academia, que continua formando trabalhadores para uma clínica biomédica, individual, curativa, voltado para o indivíduo adulto adoecido.

Por conseguinte, vislumbra-se um panorama de desassistência aos meninos e meninas com alguma necessidade em saúde mental. Tal realidade tem gerado a peregrinação de famílias em busca do atendimento adequado para suas crianças, que não dispõem de serviços preparados para receber esse público, sempre se valendo da política da referência-contrarreferência, numa tentativa de delegar a responsabilidade sobre o caso para outro equipamento ou profissional que teoricamente estaria mais qualificado para recebê-lo.

Durante as entrevistas realizadas com os profissionais da APS e do CAPS foi possível perceber uma visão bastante crítica sobre os obstáculos à efetivação de uma política de saúde mental infantil, os quais perpassam maior investimento em ações de matriciamento e educação permanente dos profissionais. Destaca-se também a percepção do grande potencial que as ações colaborativas intersetoriais têm para a mudança da realidade da atenção psicossocial infantojuvenil.

De posse desse conhecimento teórico-prático, buscou-se nessa dissertação construir e validar uma tecnologia educativa voltada para profissionais da rede de atenção psicossocial que abordasse a questão do matriciamento infantil em saúde mental. Pode-se afirmar que os objetivos aqui propostos foram alcançados, uma vez que o Manual de Matriciamento em Saúde Mental Infantil foi submetido à avaliação de juízes especialistas

obtendo parecer favorável no tocante à aparência e conteúdo com o grau de confiança entre os especialistas de 99%. Outrossim, a inclusão de profissionais de diferentes categorias para compor o quadro de juízes especialistas do manual, como enfermagem, psicologia e serviço social, permitiu que o estudo tivesse importante contribuição multidisciplinar, reforçando a ideia de uma tecnologia que fortalecesse a prática crítico-reflexiva por parte dos profissionais.

A avaliação dos juízes especialistas evidenciou que a tecnologia educacional apresentou conteúdo pertinente e válido no que diz respeito aos objetivos, à aparência, à estrutura, à organização e à relevância atingindo Índice de Validade de Conteúdo global ótimo. Também a avaliação do público-alvo teve um Índice de Concordância positivo, tornando o instrumento válido para o trabalho das equipes matriciadoras e de referência, bem como de outros profissionais da rede intersetorial.

Espera-se que o produto resultado dessa dissertação seja um eficaz instrumento para facilitar a disseminação do conhecimento sobre saúde mental, auxiliando os profissionais de saúde na tomada de decisão e na qualificação do cuidado às crianças e suas famílias, de modo implicado e ético.

REFERÊNCIAS

- AMSTALDEN, A. L. F.; HOFFMANN, M. C. L.; MONTEIRO, T. P. M. A política de saúde mental infanto-juvenil: seus percursos e desafios. *In: LAURIDSEN-RIBEIRO, E. (Org.). Atenção em Saúde Mental para Crianças e Adolescentes no SUS*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2016. cap. 1, p. 12-22.
- BELOTTI, M. *et al.* Concepções de Profissionais de Saúde sobre as Atribuições de um Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 34, n. 1, p. 1-9, jan. 2018.
- BRAGA, C. P.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L. Child and adolescent mental health policy: History and paths to participation. **Ciencia e Saude Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 401-410, fev. 2019.
- BRANDÃO JUNIOR, P. M. C.; CANAVÊZ, F.; RAMOS, P. L. Entre saúde e educação: Sobre um ambulatório de saúde mental infantojuvenil. **Interface: Communication, Health, Education**, Botucatu, v. 21, n. 62, p. 699-709, jan. 2017.
- BROOKE, J. SUS: a quick and dirty usability scale. **Usability Eval Ind.**, [s. l], v. 189, n. 1, p. 4-7, jan. 1996.
- BUSTAMANTE, V.; ONOCKO-CAMPOS, R. Cuidado às famílias no Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil : uma pesquisa- intervenção com trabalhadores. **Saúde Debate**, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 156-169, mar. 2020.
- CAMPOS, D. B.; BEZERRA, I. C.; JORGE, M. S. B. Produção do cuidado em saúde mental: práticas territoriais na rede psicossocial. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 1-18, jan. 2020.
- CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência : uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, fev. 2007.
- CARVALHO, J.; DUARTE, M. L.; GLANZNER, C. H. Cuidado em saúde mental infantil no contexto da Estratégia da Saúde da Família: estudo avaliativo. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 41, n. 1, p. 1-8, jan. 2020.
- CAVALCANTE, C. M.; JORGE, M. S. B.; DOS SANTOS, D. C. M. Onde está a criança? Desafios e obstáculos ao apoio matricial de crianças com problemas de saúde mental. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 161-178, jan. 2012.
- CHAZAN, L. F. *et al.* O apoio matricial na Atenção Primária em Saúde no município do Rio de Janeiro: uma percepção dos matriciadores com foco na Saúde Mental. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, p. 1-20, fev. 2019.
- 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 Clinica**, [s. l.], v. 27, n. 1, p. 17-40, jan. 2015.

DELFINI, P. S. S.; REIS, A. O. A. Articulação entre serviços públicos de saúde nos cuidados voltados à saúde mental infantojuvenil. **Cadernos de Saude Publica**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. 357-366, fev. 2012.

ECHER, I. C. Elaboração de manuais de orientação para o cuidado em saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 5, p. 754-757, maio 2005.

ESLABÃO, A. D. *et al.* Saúde mental na estratégia saúde da família: caminhos para uma assistência integral em saúde. **Journal of Nursing and Health**, [s. l.], v. 9, n. 1, p. 1-12, jan. 2019.

FERNANDES, A. D. S. A. *et al.* Reflexões sobre a atenção psicossocial no campo da saúde mental infantojuvenil. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, São Carlos, v. 28, n. 2, p. 725-740, fev. 2020.

GARCIA, G. Y. C.; SANTOS, D. N.; MACHADO, D. B. Centros de atenção psicossocial Infantojuvenil no Brasil: distribuição geográfica e perfil dos usuários. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 12, p. 2649-2654, dez. 2015.

GOMES, F. M. A. *et al.* Saúde mental infantil na atenção primária à saúde: Discursos de profissionais medicos. **Saude e Sociedade**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 244-258, jan. 2015.

KANTORSKI, L. P. *et al.* Atenção psicossocial infantojuvenil: Interfaces com a rede de saúde pelo sistema de referência e contrarreferência. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 26, n. 3, p. 1-10, mar. 2017.

KORTUM, P..T; BANGOR, A. **Usability ratings for everyday products measured with the System Usability Scale**. *Int J Hum Comput Interact*. 2013;29:67-76.

LIMA, R. C. O avanço da contrarreforma psiquiátrica no Brasil. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 1, p. 1-5, jan. 2014.

LOURENÇO, M. S. D. G.; MATSUKURA, T. S.; CID, M. F. B. A saúde mental infantojuvenil sob a ótica de gestores da Atenção Básica à Saúde: possibilidades e desafios. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, São Carlos, v. 28, n. 3, p. 809-828, mar. 2020.

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

MOURA, T. B.; VIANA, F. T.; LOYOLA, V. D. Uma análise de concepções sobre a criança e a inserção da infância no consumismo. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 33, n. 2, p. 474-489, fev. 2013.

MOYSÉS, M. A. A.; COLLARES, C. A. L. Patologização da vida de crianças e adolescentes em tempos sombrios. In: AMARANTE, P. **Patologização e Medicalização da Vida**: epistemologia e política. São Paulo: Zagodoni, 2018. cap. 9, p. 151-162.

- NUNES, C. K. *et al.* Saúde mental infantojuvenil: visão dos profissionais sobre desafios e possibilidades na construção de redes intersetoriais. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 40, n. 1, p. 1-9, jan. 2019.
- NUNES, C. K.; KANTORSKI, L. P.; COIMBRA, V. C. C. Interfaces between services and actions of the psychosocial care network for children and adolescents. **Revista gaucha de enfermagem**, Porto Alegre, v. 37, n. 3, p. 1-7, mar. 2016.
- OLIVEIRA, P. S. *et al.* Apoio matricial em saúde mental infantojuvenil na Atenção Primária à Saúde: pesquisa intervenção socioclínica institucional. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 55, n. 1, p. 1-8, jan. 2021.
- PADRINI-ANDRADE, Lucio *et al.* Evaluation of usability of a neonatal health information system according to the user's perception. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 37, n. 1, p. 90-96, jan. 2019.
- POLIT, D. F.; BECK, C. T.; OWEN, S. V. Focus on research methods: Is the CVI an acceptable indicator of content validity? Appraisal and recommendations. **Research in Nursing and Health**, [s. l.], v. 30, n. 4, p. 459-467, abr. 2007.
- QUINTANILHA, B. C. *et al.* A produção do cuidado em um centro de atenção psicossocial infantojuvenil. **Mental**, [s. l.], v. 11, n. 20, p. 261-278, jan. 2017.
- SALVADOR, D. B.; PIO, D. A. M. Apoio Matricial e Capsi: desafios do cenário na implantação do matriciamento em saúde mental. **Saúde em Debate**, São Paulo, v. 40, n. 111, p. 246-256, jan. 2016.
- SAMPAIO, M. L.; BISPO JÚNIOR, J. P. Entre o enclausuramento e a desinstitucionalização: a trajetória da saúde mental no Brasil. **Trabalho, Educação e Saúde**, Brasília, v. 19, n. 1, p. 1-11, jan. 2021.
- SANTOS, P. *et al.* Peregrinação familiar : a busca por cuidado em saúde mental infantil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 12, p. 1-10, dez. 2017.
- 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**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 553-565, fev. 2020.
- SILVA, E. M. V. B. *et al.* Promoção da saúde mental das crianças: contributos dos enfermeiros. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 33, n. 1, p. 1-7, jan. 2020.
- SOUSA, F. S. P.; JORGE, M. S. B. O retorno da centralidade do hospital psiquiátrico: retrocessos recentes na política de saúde mental. **Trabalho, Educação e Saúde**, Brasília, v. 17, n. 1, p. 1-19, jan. 2018.
- 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**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 1, p. 1-3, jan. 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, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1933-1942, jun. 2017.

ZEEBERG, A. *et al.* Matriciamento: construção de um novo olhar entre a educação e a saúde.
BIS, São Paulo, v. 19, n. 32, p. 23-25, jan. 2011.

APÊNDICE A – ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Data: ___/___/___ Código de identificação: E_____

Unidade de saúde: _____

Profissão: _____

1. Comente quais os desafios e potencialidades do atendimento infantil em saúde mental?
2. Quais ações ou estratégias de cuidado você realiza para a promoção da saúde mental das crianças em seu cenário de prática?
3. O que costuma fazer quando atende crianças com dificuldade no seu desenvolvimento psicossocial?
4. O que é matriciamento em saúde mental?
5. Na sua opinião, o que deve conter em um manual de Matriciamento em saúde mental infantil (quais temas, ações, orientações devem ser abordadas nesse material informativo)?

APÊNDICE B – ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO SISTEMÁTICA

1. Local/ Unidade de Saúde: _____
2. Data: ___/___/___ Horário: _____
3. Profissionais presentes durante a observação:

4. Familiares e/ou acompanhantes presentes? () Sim () Não Quantos? _____
5. Usuários presentes? () Sim () Não Quantos? _____
6. Instrumentos do processo de matriciamento:
() Projeto terapêutico singular no apoio matricial de saúde mental.
() Interconsulta.
() Consulta conjunta de saúde mental na atenção primária.
() Visita domiciliar conjunta.
() Contato a distância: uso do telefone e de outras tecnologias de comunicação.
() Genograma.
() Ecomapa
() Outro _____
7. Descrição do Ambiente:

8. Comportamentos e expressões observados durante a atividade de matriciamento em saúde mental:

**APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA
PROFISSIONAIS DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E
DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ – UECE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
CURSO DE MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO EM SAÚDE**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Desenvolvimento e Validação de Manual de Matriciamento em Saúde Mental Infantil

Nayara Régyla Silva Ribeiro

Você está sendo convidado a participar como voluntário de uma pesquisa. Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, visa assegurar seus direitos como participante e é elaborado em duas vias, uma que deverá ficar com você e outra com o pesquisador.

Por favor, leia com atenção e calma, aproveitando para esclarecer suas dúvidas. Se houver perguntas antes ou mesmo depois de assiná-lo, você poderá esclarecê-las com o pesquisador. Se preferir, pode levar este Termo para casa e consultar seus familiares ou outras pessoas antes de decidir participar. Não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo se você não aceitar participar ou retirar sua autorização em qualquer momento.

Justificativa e objetivos:

A produção de um material informativo como um manual pode servir como meio disseminador de informações necessárias para a qualificação da atenção psicossocial, desconstruindo estigmas relacionados ao adoecimento psíquico, empoderando os profissionais da atenção básica e da atenção especializada através do matriciamento visando o fortalecimento da rede de atenção psicossocial infantil.

O presente estudo objetiva desenvolver um Manual de Matriciamento em Saúde Mental Infantil para orientação nos serviços de saúde mental de profissionais de saúde.

Procedimentos:

Participando do estudo você está sendo convidado a conceder entrevista com gravação de áudio à pesquisadora. A sua participação consistirá em responder perguntas de um roteiro de entrevista. O tempo de duração da entrevista será de aproximadamente 30 minutos. A entrevista será transcrita e armazenada, em arquivos digitais, somente terão acesso à mesma a pesquisadora e sua orientadora. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo,

por pelo menos cinco anos, conforme Resolução 466/12 e orientações do CEP/ENSP e com o fim deste prazo, será descartado.

Desconfortos e riscos:

De acordo com a Resolução 466/2012, toda pesquisa com seres humanos envolve a possibilidade de risco nos âmbitos físico, psicológico, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano, em qualquer momento da pesquisa. Podendo ser um dano ocasional, imediato ou tardio, afetando o indivíduo ou a sua coletividade. Em respeito à dignidade humana, para minimizar a possibilidade dos riscos ocorrerem, utilizaremos o termo de consentimento livre e esclarecido - TCLE, pedindo a autorização para participação voluntária na pesquisa proposto pela Comissão de Ética Pública – CEP pelo participante e/ou seu responsável legal.

Há ainda, a possibilidade de quebra de sigilo dos dados obtidos, podendo gerar constrangimentos ao participante da pesquisa e/ou seu responsável legal. Salientamos que se por ventura o participante da pesquisa sentir-se lesado, dentro dos termos explanados no TCLE, este será devidamente indenizado caso lhe sobrevenha algum dano decorrente da participação na pesquisa.

Benefícios:

O produto pretende trazer benefícios ao serviço público de saúde mediante a construção de mais uma ferramenta que poderá auxiliar os profissionais do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e da Estratégia Saúde da Família (ESF) na condução terapêuticas de crianças com demandas de saúde mental. Portanto, sua participação irá colaborar com o desenvolvimento científico.

Sigilo e privacidade:

Você tem a garantia de que sua identidade será mantida em sigilo e nenhuma informação será dada a outras pessoas que não façam parte da equipe de pesquisadores. Na divulgação dos resultados desse estudo, seu nome não será citado.

Ressarcimento e Indenização:

Você terá direito ao ressarcimento das despesas diretamente decorrentes de sua participação na pesquisa e à indenização pelos danos resultantes desta, nos termos da Lei.

Contato:

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato a qualquer momento que julgar necessário com a pesquisadora Nayara Régyla Silva Ribeiro, Rua Pedro Barbosa da Silva, 122, Antônio Sisnando - Quixeramobim-Ce, telefone nº (88) 94055733 ou pelo e-mail naypsique@gmail.com.

Consentimento livre e esclarecido:

Após ter recebido esclarecimentos sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar, aceito participar e declaro estar recebendo uma via original deste documento assinada pelo pesquisador e por mim, tendo todas as folhas por nós rubricadas:

Nome do(a) participante: _____

Contato telefônico (opcional): _____

E-mail (opcional): _____

(Assinatura do participante)

Data: ____/____/____.

Responsabilidade do Pesquisador:

Asseguro ter cumprido as exigências da resolução 466/2012 CNS/MS e complementares na elaboração do protocolo e na obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Asseguro, também, ter explicado e fornecido uma via deste documento ao participante. Informo que o estudo foi aprovado pelo CEP perante o qual o projeto foi apresentado e pela CONEP, quando pertinente. Comprometo-me a utilizar o material e os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento ou conforme o consentimento dado pelo participante.

Nome do(a) pesquisador(a): Nayara Régyla Silva Ribeiro

Nayara Régyla Silva Ribeiro

Data: ____/____/____.

APÊNDICE D – CARTA DE ANUÊNCIA DA INSTITUIÇÃO**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ – UECE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
CURSO DE MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO EM SAÚDE****SOLICITAÇÃO DE CARTA DE ANUÊNCIA**

Prezado Sr. Charles Pierry Nobre Ferreira, Secretário Municipal de Saúde do município de Quixeramobim, eu, Nayara Régyla Silva Ribeiro, mestranda do Curso de Mestrado em Gestão em Saúde do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará - UECE, juntamente com a orientadora Dra. Milena Lima de Paula, estamos realizando a pesquisa intitulada: Desenvolvimento e Validação de Manual Ilustrado de Matriciamento em Saúde Mental Infantil, cujo projeto encontra-se em anexo, vimos através desta solicitar sua autorização para a coleta de dados em sua instituição. Informamos que não haverá custos para a instituição e, na medida do possível, não iremos interferir na operacionalização e/ou nas atividades cotidianas da mesma. Esclarecemos que tal autorização é uma pré-condição bioética para execução de qualquer estudo envolvendo seres humanos, sob qualquer forma ou dimensão, em consonância com a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Agradecemos antecipadamente seu apoio e compreensão.

Certos de sua colaboração para o desenvolvimento da pesquisa científica em nossa região.

Fortaleza: ____ de _____ de 2021.

Nayara Régyla Silva Ribeiro
Pesquisadora

Dra. Milena Lima de Paula
Orientadora

APÊNDICE E – CARTA CONVITE PARA OS JUÍZES (ESPECIALISTAS)**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ – UECE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PRGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
CURSO DE MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO EM SAÚDE****CARTA CONVITE JUÍZES**

Fortaleza (CE), ____ de _____ de 2021.

Prezado (a) Sr (a): _____

Eu, Nayara Régylla Silva Ribeiro, mestranda do Curso de Mestrado em Gestão em Saúde do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará-UECE, juntamente com a orientadora Dra. Milena Lima de Paula, gostaríamos de convidá-lo (a) a fazer parte da banca de juízes para validação de conteúdo e aparência de um produto tecnológico intitulado: Desenvolvimento e Validação de Manual de Matriciamento em Saúde Mental Infantil. Trata-se de um manual para ajudar profissionais de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e da Estratégia Saúde da Família (ESF) no processo de matriciamento em saúde mental infantil. Sabendo das inúmeras responsabilidades de sua vida profissional, todavia considerando sua expertise e saberes práticos nesta área do conhecimento científico, sua participação é imprescindível para o engrandecimento deste estudo. Seguindo as orientações metodológicas, estipula-se um prazo de 20 dias para o julgamento do produto.

Agradecemos sua participação.

Nayara Régylla Silva Ribeiro
Pesquisadora

Dra. Milena Lima de Paula
Orientadora

**APÊNDICE F – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA
JUÍZES**



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ – UECE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
CURSO DE MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO EM SAÚDE**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA JUÍZES

Desenvolvimento e Validação de Manual de Matriciamento em Saúde Mental Infantil.

Eu, Nayara Régylla Silva Ribeiro, Psicóloga, Mestranda do Curso de Mestrado em Gestão em Saúde, autora da pesquisa, gostaria de convidá-lo (a) a ser um dos juízes na validação de conteúdo e aparência do manual ilustrado de matriciamento em saúde mental infantil.

O interesse é desenvolver um manual ilustrado para ajudar profissionais de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e Estratégia Saúde da Família (ESF) no processo de matriciamento em saúde mental infantil. Após sua aceitação em participar deste estudo, iremos enviar uma cópia do produto que pretendemos validar, juntamente com um instrumento avaliativo, a fim de ser validado em seu conteúdo e aparência.

O instrumento deverá ser preenchido após sua leitura e avaliação do manual, para que seja considerado um produto tecnológico e que os recursos deste estejam apropriados para utilização pelo público a que se destina. Caso 80% dos juízes não concordarem com o conteúdo apresentando e desvalidando a proposta, o mesmo será reconstruído a partir das sugestões e reencaminhada para nova validação. Será assegurado aos experts:

- O direito de não participar desta pesquisa, a qualquer tempo, sem que isso onere qualquer prejuízo;
- Os pesquisadores estarão disponíveis, sempre que os juízes acharem necessário, para esclarecimentos relacionados à pesquisa;
- Será garantido o sigilo e anonimatos dos participantes;
- A liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento, durante o andamento da pesquisa, sem que isto lhe traga prejuízo na instituição.
- O estudo oferece riscos mínimos aos participantes. O produto pretende trazer benefícios ao serviço público de saúde. Portanto, sua participação irá colaborar com o desenvolvimento científico;
- Em caso de dúvidas, os pesquisadores estarão disponíveis nos seguintes contatos:

Nayara Régylla Silva Ribeiro: (88) 994055733. E-mail: naypsique@gmail.com

Milena Lima de Paula: (85) 9856-7788 ou e-mail psicoim@hotmail.com.

Certos de sua colaboração, aproveitamos a oportunidade para apresentar a Vossa Senhoria os protestos de nossa estima e consideração.

Atenciosamente.

Nayara Régyla Silva Ribeiro
Pesquisadora

Dra. Milena Lima de Paula
Orientadora

**APÊNDICE G – QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DOS AVALIADORES
DE CONTEÚDO E APARÊNCIA**

IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____

E-mail: _____

Profissão: _____

Instituição em que trabalha: _____

Cargo atual: _____

Tempo no Trabalho Atual: _____

Experiência na atenção psicossocial/ saúde mental (em anos): _____

Experiência com saúde da criança (em anos): _____

Titulação: () Especialização () Mestrado () Doutorado

APÊNDICE H – VERSÃO FINAL DO MANUAL



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, cogerência 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 compõem 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.

2

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

3

SUMÁRIO

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

CAPÍTULO 1

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.

5

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 resolubilidade 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.

6

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: delimitação 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.

7

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.

8

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!

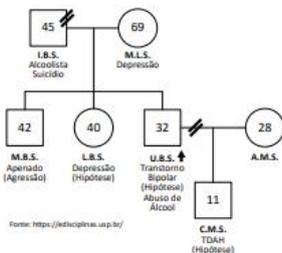
Genograma

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.

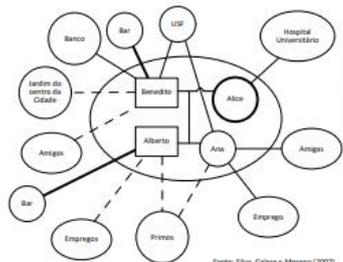
O genograma usa símbolos gráficos universalmente aceitos, o que facilita sua compreensão por qualquer profissional de saúde familiarizado com o sistema.

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 +:
CHAVARRIN, O. et al (Org.). Guia prático de matriciamento em saúde mental. Brasília, DF: Instituto de Saúde, Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.

**CAPÍTULO 2
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, responsividade, 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. Geneva: OMS, 2016.
ARIÈS, Philippe. História social da criança e da família. Trad. Dora Florenson. 2ª edição. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1981. p.279.

CAPÍTULO 3

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.

13

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.

14

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-operatória (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).

15

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 "mãe, 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.

16

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". Sobem 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 sozinho. 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 +:

Bea, Helen. A criança em desenvolvimento [recurso eletrônico] / Helen Bea, Denise Boyd. Tradução: Cristina Monteiro ; revisão técnica: Antonio Carlos Amador Pereira. -- 12. ed. -- Dados Eletrônicos. -- Porto Alegre : Artmed, 2013.

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

CAPÍTULO 4

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.

CAPÍTULO 5

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 alterçam 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 à 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.

Fonte: InformaSUS-UFSCar, 2020.

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.

21

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.

22

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;

23

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, competem 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;

24

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.

25

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 (TÁNO; 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).

26

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.

27

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"
(APRIL, 2007).

Para saber +:

- Lei Federal nº 10.216 de 2001, disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2001/10216.htm.
- Portaria Nº 3.088, de 25 de dezembro de 2011, disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/pr13088_23_12_2011_res.html.
- Portaria GM/MS nº 3.288, de 21 de dezembro de 2017, disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/pr13288_22_12_2017.html.

28

CAPÍTULO 6

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.

29

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?

30

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.

31

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 DESOBEDIÊNCIA É INDICATIVA DE TRANSTORNO DE CONDUTA.

32

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, desobedece 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.

Melo 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.

33

- Tem muitas preocupações ou frequentemente parece preocupado.
- Tem muitos medos 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.



Melo 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).

34

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.

35

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.

36

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 incoerente 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.

37

Caso identifique situação de violência:

- Garanta a segurança da criança ou do adolescente como prioridade máxima.
- Tranquile 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 o 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 +:

ADRI Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância curso de capacitação: Introdução: módulo 1. Ministério da Saúde, Organização Mundial da Saúde, Organização Pan-Americana de Saúde - 2. ed. rev. - Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ADRI_modulo_1.pdf.
Manual de Intervenções mGAP (M-INTGAP) 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/10665.2/49094/9789275719572_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y

38

CAPÍTULO 7**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.

39

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.

40

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 psicológica, 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.

41

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.

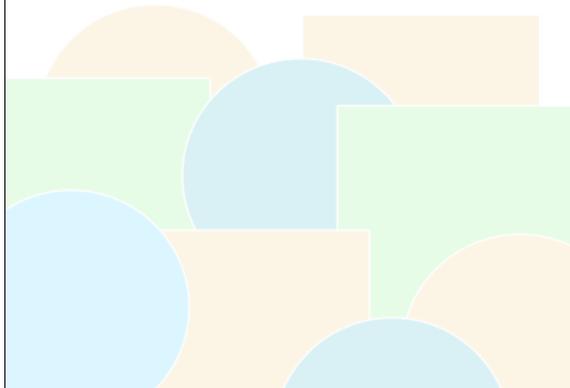
42

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, sentar, sentar-se, interagir com outras pessoas, compartilhar a atenção, andar, falar e treinamento do controle e efferctiano). 	<ul style="list-style-type: none"> Choro excessivo, agarramento a um cuidador, mobilização (caracterizada por rigidez do corpo e silêncio) ou ataques de raiva. Tímidez 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. 	<p>4 a 18 anos de idade</p> <ul style="list-style-type: none"> Hiperatividade: movimentação excessiva pelo ambiente, dificuldade extrema para permanecer sentado, falar excessivamente ou movimentação constante. Distração 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). Mudanças súbitas no comportamento ou nas relações com colegas, inclusive retraimento e ira.
Méio da infância (6 a 12 anos)	<ul style="list-style-type: none"> Atraso da leitura e da escrita. Atraso no autocalcador 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). Inutilidade ou recusa a ir para a escola. Tímidez extrema ou mudanças no funcionamento (por exemplo, novos comportamentos de incontinência urinária ou fecal ou de sucção do polegar). 	
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). 	
Todos 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. 	

Fonte: OMS, 2016.

44

CAPÍTULO 8

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).



45

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.

46

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 fomente os momentos de matriciamento.

47

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.

48

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.

ARIES, Philippe. *História social da criança e da família*. Trad. Dora Flakoman. 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. D. 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 12/10/2021). Disponível em: http://189.28.128.100/sab/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://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gm/2017/pr3588_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, 2000. Disponível em: https://bvms.saude.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.

CHAVERINE, D. H. *Guia prático de matriciamento em saúde mental*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

COUJO, M. C. V.; DELGADO, P. G. G. Crianças e adolescentes na agenda política da saúde mental brasileira: Início tardio, desafios atuais. *Psicologia Clínica*, v. 27, n. 1, p. 17-40, 2015.

ECHER, 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/infancia?>. 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/NEPOSIP/312027/1/Oliveira_GustavoNuneida_M.pdf Acesso em: 12/10/2021.

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?.](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_crianca_de_0_a_2_>. Acesso em: 13 outubro de 2021.

PEREIRA, A. DE A. D. 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.

RANHA, 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.

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

SILVA, Lucia, GALERA, Susli 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>>.

TANO, B. L.; MATSUKURA, T. S. Intersubjetividade 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.; COUJO, M. C. V.; DELGADO, P. G. G. Atenção básica e cuidado colaborativo na atenção psicossocial de crianças e adolescentes: Facilitadores e barreiras. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 22, n. 6, p. 1933-1942, 2017.

49

50

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" (GRUPSE) desde 2011. Atua principalmente nas áreas de psicologia da educação e saúde.

Contato: naysique@gmail.com

**ANEXO A – INSTRUMENTO DE VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO E
CONCORDÂNCIA ENTRE JUÍZES (IVC)**



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ – UECE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
CURSO DE MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO EM SAÚDE**

**INSTRUMENTO DE VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO E CONCORDÂNCIA ENTRE
JUÍZES (IVC)**

INSTRUÇÕES

Por gentileza, leia minuciosamente o instrumento. Em seguida, analise, marcando um dos números que estão na frente de cada afirmação. Dê sua opinião de acordo com a abreviação que melhor represente seu grau de concordância em cada critério abaixo:

Valoração:

1. Inadequado 2. Parcialmente Adequado 3. Adequado 4. Totalmente Adequado

1. OBJETIVO	1	2	3	4
1.1. Os objetivos são coerentes com as necessidades dos profissionais.				
1.2. Os objetivos são coerentes com a temática do Matriciamento em Saúde Mental na infância.				
1.3. Promove mudança de comportamento e atitude				
1.4. Pode circular no meio científico na área da saúde.				
1.5. Atende aos objetivos das unidades de saúde que trabalham com crianças.				
2. ESTRUTURA E APRESENTAÇÃO	1	2	3	4
2.1. O instrumento é apropriado para orientação dos profissionais.				
2.2. As mensagens estão apresentadas de forma clara e objetiva.				
2.3. As informações apresentadas estão cientificamente corretas.				
2.4. O material está apropriado ao nível sociocultural do público-alvo proposto (profissionais de ESF e CAPS).				
2.5. Sequência lógica do conteúdo proposto.				
2.6. As informações estão bem estruturadas.				
2.7. O estilo de redação corresponde com o nível de conhecimento do público-alvo.				

2.8. O nome do título e dos tópicos está adequado.				
2.9. As informações apresentadas são coerentes.				
2.10. As ilustrações são expressivas e suficientes.				
3. RELEVÂNCIA	1	2	3	4
3.1. O material permite a transferência e generalização do aprendizado em diferentes contextos.				
3.2. O manual propõe ao profissional adquirir conhecimento quanto ao matriciamento em saúde mental.				
3.3. Está adequado para ser usado por qualquer profissional do público-alvo.				

Sugestões:

**ANEXO B – SUITABILITY ASSESSMENT OF MATERIALS (SAM) (DOAK; DOAK;
ROOT, 1996)**



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ – UECE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
CURSO DE MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO EM SAÚDE**

**SUITABILITY ASSESSMENT OF MATERIALS (SAM)
(DOAK; DOAK; ROOT, 1996)**

Material a ser avaliado: _____

DATA: ___/___/___

Nº: _____

INSTRUÇÕES

Leia atentamente o manual. Em seguida, analise o instrumento educativo, marcando um “X” em um dos números que estão na frente de cada afirmação. Dê sua opinião de acordo com a abreviação que melhor represente seu grau de concordância em cada critério abaixo.

0- Inadequado, 1- Parcialmente Adequado, 2- Adequado

1. Conteúdo

O objetivo é evidente, facilitando a pronta compreensão do material.	0	1	2
O conteúdo aborda informações relacionadas a comportamentos que ajudem no matriciamento em saúde mental infantil	0	1	2
A proposta do material é limitada aos objetivos, para que o leitor possa razoavelmente compreender no tempo permitido.	0	1	2

2. Linguagem

O nível de leitura é adequado para a compreensão do público-alvo.	0	1	2
O estilo de conversação facilita o entendimento do texto.	0	1	2
O vocabulário utiliza palavras comuns.	0	1	2

3. Ilustrações Gráficas

A capa atrai a atenção e retrata o propósito do material.	0	1	2
As ilustrações apresentam mensagens visuais fundamentais para que o leitor possa compreender os pontos principais sozinho, sem distrações.	0	1	2

4. Motivação

Ocorre interação do texto e/ou das figuras com o leitor. Levando-os a resolver problemas, fazer escolhas e/ou demonstrar habilidades.	0	1	2
---	---	---	---

Os padrões de comportamento desejados são modelados ou bem demonstrados.	0	1	2
Existe a motivação à autoeficácia, ou seja, as pessoas são motivadas a aprender por acreditarem que as tarefas e comportamentos são factíveis.	0	1	2

5. Adequação Cultural

O material é culturalmente adequado à lógica, linguagem e experiência do público-alvo.	0	1	2
Apresenta imagens e exemplos adequados culturalmente.	0	1	2

Possibilidade Total de Escores: 26

Total de escores obtidos: _____. Porcentagem de escore: _____

Sugestões:

ANEXO C – QUESTIONÁRIO SYSTEM USABILITY SCALE TRADUZIDO PARA O PORTUGUÊS

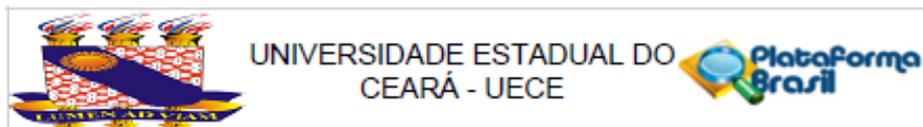
INSTRUÇÕES

Leia atentamente o manual. Em seguida, analise o instrumento educativo, marcando um “X” em um dos números que estão na frente de cada afirmação. Dê sua opinião de acordo com a abreviação que melhor represente seu grau de concordância em cada critério abaixo:

1- Discordo fortemente, 2- Discordo, 3- Não concordo nem discordo, 4- Concordo, 5- Concordo fortemente.

Item	Item correspondente em português	1- Discordo fortemente	2- Discordo	3- Não concordo nem discordo	4- Concordo	5- Concordo fortemente
1	Acho que gostaria de utilizar este produto com frequência.					
2	Considere o produto mais complexo do que o necessário.					
3	Achei o produto fácil de utilizar.					
4	Acho que necessitaria de ajuda de um técnico para conseguir utilizar este produto.					
5	Considere que as várias funcionalidades deste produto estavam bem integradas.					
6	Achei que este produto tinha muitas inconsistências					
7	Suponho que a maioria das pessoas aprenderia a utilizar rapidamente este produto.					
8	Considere o produto muito complicado de utilizar.					
9	Senti-me muito confiante ao utilizar este produto.					
10	Tive que aprender muito antes de conseguir lidar com este produto.					
<p>Não obrigatório Você tem alguma crítica e/ou sugestão referente ao produto?</p>						

ANEXO D – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Desenvolvimento e Validação de Manual de Matriciamento em Saúde Mental Infantil

Pesquisador: Nayara Régyla Silva Ribeiro

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 43704721.0.0000.5534

Instituição Proponente: CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.708.854

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo metodológico que pretende desenvolver e validar um manual de matriciamento em saúde mental infantil, de modo a qualificar a atuação profissional e fortalecer a rede de atenção psicossocial infantil. O estudo será desenvolvido em fases: levantamento bibliográfico, construção do manual, adequação da linguagem, validação por juízes e elaboração da versão digital. Para a construção do manual, a pesquisadora fará entrevista semiestruturada com profissionais da área de saúde, vinculados ao Centro de Atenção Psicossocial II, do município de Quixeramobim/CE.

Objetivo da Pesquisa:

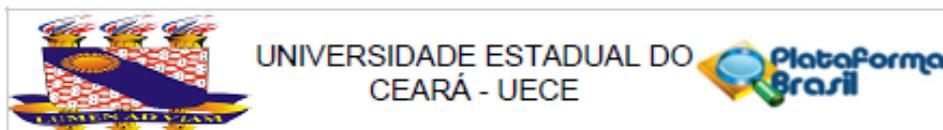
Objetivo Geral:

Desenvolver um Manual de Matriciamento em Saúde Mental Infantil para orientação de profissionais de saúde.

Objetivos Específicos:

- Realizar revisão integrativa da produção científica dos últimos cinco anos sobre cuidado colaborativo em saúde mental dirigido ao público infantil;

Endereço: Av. Sítas Munguba, 1700
 Bairro: Itaperi CEP: 60.714-903
 UF: CE Município: FORTALEZA
 Telefone: (85)3101-9890 Fax: (85)3101-9906 E-mail: cep@uece.br



Continuação do Parecer: 4.708.854

- Realizar Benchmarking sobre os manuais de matriciamento em saúde mental infantil existentes na literatura mundial;
- Descrever os cuidados colaborativos em saúde mental infantil prestados pelos profissionais na atenção especializada e na atenção básica;
- Elaborar um manual com estratégias efetivas no contexto de cuidados colaborativos em saúde mental infantil na Atenção Primária;
- Validar o conteúdo e a aparência do manual com juízes.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Como riscos, a pesquisadora aponta a possibilidade de quebra de sigilo dos dados obtidos, podendo gerar constrangimentos aos participantes da pesquisa. A pesquisadora destaca que se o participante sentir-se lesado, será devidamente indenizado caso lhe sobrevenha algum dano decorrente da participação na pesquisa.

Benefícios:

Como benefício, a pesquisadora afirma a possibilidade de oferecer um manual que poderá trazer benefícios ao serviço público de saúde, mediante a construção de mais uma ferramenta para auxiliar os profissionais do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e da Estratégia Saúde da Família (ESF) na condução terapêutica de crianças com demandas de saúde mental.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo possui relevância e aplicação social. Com o desenvolvimento do manual proposto, os profissionais da área de saúde mental infantil poderão usufruir de um instrumento com validação. Afora a possibilidade de fortalecer as ações voltadas à atenção psicossocial de crianças, com a disseminação de informações, que visem o conhecimento e a desconstrução de estigmas.

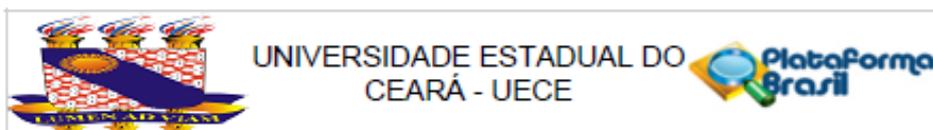
Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A Folha de Rosto, a Carta de Anuência e o TCLE estão de acordo com as resoluções 466/2012 e 510/2016 da CONEP.

Recomendações:

Incluir no TCLE os dados e contatos do CEP/UECE.

Endereço: Av. Sítios Munguba, 1700
 Bairro: Itaperi CEP: 60.714-903
 UF: CE Município: FORTALEZA
 Telefone: (85)3101-9890 Fax: (85)3101-9906 E-mail: cep@uece.br



Continuação do Parecer: 4.708.854

Anexar relatório final da pesquisa ao seu término.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1697249.pdf	20/04/2021 08:34:12		Aceito
Outros	anuenciacaps.pdf	20/04/2021 08:32:12	Nayara Régyla Silva Ribeiro	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	06/02/2021 11:44:58	Nayara Régyla Silva Ribeiro	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	06/02/2021 11:43:26	Nayara Régyla Silva Ribeiro	Aceito
Folha de Rosto	nayara.pdf	06/02/2021 11:39:29	Nayara Régyla Silva Ribeiro	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FORTALEZA, 13 de Maio de 2021

Assinado por:
ISAAC NETO GOES DA SILVA
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Sillas Munguba, 1700
 Bairro: Itaperi CEP: 60.714-903
 UF: CE Município: FORTALEZA
 Telefone: (85)3101-9890 Fax: (85)3101-9906 E-mail: cep@uece.br