

SAÚDE MENTAL INFANTIL NA ATENÇÃO BÁSICA: CONCEPÇÕES E PRÁTICAS DE PROFISSIONAIS MÉDICOS E ENFERMEIROS

Child mental health in basic care: conceptions and practices of medical professionals and nurses

Monica Cibelex Felix da Silva¹
Wellington Bruno Araujo Duarte²
Moab Duarte Acioli³

Artigo encaminhado: 12/04/2019
Aceito para publicação: 21/02/2020

RESUMO: Introdução: O movimento da reforma psiquiátrica tem lutado pela implementação de uma Rede de Atenção Psicossocial que dê atenção também ao público infantil. Na Atenção Primária à Saúde, a Estratégia Saúde da Família é a principal porta de entrada para estes usuários, realizando articulações com outras equipes de saúde, outros setores e com os demais níveis de atenção. **Objetivo:** Conhecer o entendimento e a prática de profissionais médicos e enfermeiros de Unidades de Saúde da Família dos Distritos Sanitários III e VII da cidade do Recife – PE, sobre o cuidado com a saúde mental infantil. **Percursos metodológicos:** Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, de caráter exploratório, utilizando para análise dos dados a metodologia do Discurso do Sujeito Coletivo. **Resultados e Discussão:** Foram entrevistados oito profissionais de quatro equipes de saúde da família. Identificou-se que a abordagem realizada pelos profissionais da Estratégia de Saúde da Família diante sofrimento mental das crianças ainda é influenciada predominantemente pelo modelo biomédico, com práticas curativas e individuais, o que fragiliza as articulações com a Rede de Atenção Psicossocial, tornando-se um desafio para concretização do cuidado, apesar disso, valorizam o apoio do Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Considerações Finais:** É necessário oferecer educação permanente para os profissionais da Atenção Primária à Saúde, possibilitar apoio matricial, bem como estimular participação de médicos e enfermeiros em Fóruns de saúde mental, além de oferecer suporte da gestão de saúde mental dos Distritos Sanitários nas Unidades de saúde.

Palavras-chave: Criança. Saúde mental. Atenção primária à saúde.

ABSTRACT: Introduction: The psychiatric reform movement has been fighting for the implementation of a Psychosocial Care Network that also pays attention

¹ Terapeuta ocupacional. Especialista em saúde da família pela Residência Multiprofissional em Saúde Mental da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Pernambuco. monica-cibelex@hotmail.com

² Sanitarista. Mestrando em saúde coletiva pelo Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco. wellington_b@hotmail.com

³ Médico Psiquiatra. Doutor em Saúde Pública pela Universidade Estadual de Campinas. moabacioli@gmail.com

to children. In Primary Health Care, the Family Health Strategy is the main gateway for these users, articulating with other health teams, other sectors and with other levels of care. **Objective:** To understand the understanding and practice of medical professionals and nurses from Family Health Units in Sanitary Districts III and VII in the city of Recife - PE, regarding child mental health care. **Methodological path:** This is a qualitative study, with an exploratory character, using the methodology of the Collective Subject Discourse for data analysis. **Results and Discussion:** Eight professionals from four family health teams were interviewed. It was identified that the approach taken by the professionals of the Family Health Strategy in the face of children's mental suffering is still predominantly influenced by the biomedical model, with individual and healing practices, which weakens the articulations with the Psychosocial Care Network, becoming a challenge to achieve care, despite this, they value the support of the Family Health Support Center. **Final Considerations:** It is necessary to carry out permanent education for the professionals of the Primary Health Care, to enable matrix support, as well as to encourage the participation of doctors and nurses in mental health Forums, in addition to offering support for the mental health management of the Health Districts in the Health Units. **Keywords:** Child. Mental health. Primary health care.

1 INTRODUÇÃO

A infância é um período da vida marcado por um importante desenvolvimento físico, emocional e intelectual, e tudo que acontece nessa etapa adquire papel essencial na formação do futuro adulto. Pensar em saúde mental infantojuvenil é compreender que esses sujeitos estão em constante crescimento e que é nesse processo que se estrutura e se edifica sua personalidade, instituindo os elementos necessários para sua evolução. Nessa fase, problemas relacionados à saúde mental podem trazer grande prejuízo para o desenvolvimento psicossocial, progredindo para vida adulta quando não tratados precocemente (SINIBALDI, 2013).

Há estudos epidemiológicos realizados no período entre 1980 e 2006 que registraram taxas de prevalência de adoecimento mental infantil de 12,6 a 35,2% quando os informantes foram os pais ou a criança, e entre sete e 12,7%, quando utilizada uma entrevista diagnóstica (COUTO; DUARTE; DELGADO, 2008).

O conceito de saúde mental é tão amplo quanto o conceito de saúde, e assim como este último não se define à mera ausência de doença, a saúde mental também não se reduz à ausência de perturbações mentais, tendo

sido cada vez mais entendida como o produto de múltiplas e complexas interações, incluindo fatores biológicos, psicológicos e também sociais (ALVES; RODRIGUES, 2010). O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) reconhece as crianças e adolescentes como cidadãos e pessoas em especial desenvolvimento, assegurando-lhes que tenham acesso ao desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, com liberdade e dignidade, e estabelecendo ainda que a sociedade em geral e o poder público devem assegurar a efetivação dos seus direitos, conferindo ao Sistema Único de Saúde (SUS) a responsabilidade pelo direito à saúde e à vida mediante políticas públicas e sociais, de forma integral, universal e equânime, e nos âmbitos da promoção, prevenção e recuperação da saúde (BRASIL, 1990).

No Brasil, em 2005, começaram a ser traçados caminhos para uma política de saúde mental infantojuvenil, tendo como princípios o acolhimento universal, o encaminhamento implicado, a construção permanente de uma rede, a valorização de territorialidade e a intersetorialidade na ação do cuidado (BRASIL, 2005).

Porém, mesmo diante do aparato legal, notam-se dificuldades na execução dos atendimentos integrais às necessidades das crianças e adolescentes, além da fragmentação das ações intersetoriais, bem como dificuldades que perpassam além das suas responsabilidades específicas (TANAKA; RIBEIRO, 2009).

Segundo Sinibaldi (2013) a Política Nacional de Saúde Mental tem definido diretrizes importantes para a assistência à criança e ao adolescente, destacando-se a implantação pelo SUS de serviços de saúde mental para crianças e adolescentes, como os Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi) e a construção de estratégias para articulação intersetorial. Entre essas articulações, a Atenção Básica, a educação e a assistência social são consideradas programas estratégicos para acesso de crianças e adolescentes ao cuidado em Saúde Mental porque são mais acessíveis à população e tendem a gerar menos estigma.

A Atenção Primária à Saúde (APS), conhecida como Atenção Básica no país, tem um potencial de detectar as primeiras queixas referentes ao sofrimento psíquico infantojuvenil e deve prover uma escuta qualificada, oferecer um

tratamento no território, além de encaminhar os usuários para os demais serviços especializados (TANAKA; RIBEIRO, 2009).

Dentro da APS, a Estratégia Saúde da Família (ESF) se constitui como o primeiro nível de atenção à saúde, voltada para ações e serviços no âmbito individual e coletivo, com objetivo de desenvolver a promoção da saúde, prevenção dos agravos, o tratamento e a reabilitação. Dessa forma, a ESF é coordenadora e organizadora do cuidado dentro de um território definido, integrando os recursos existentes na comunidade e abordando a família como sua principal unidade de cuidado (BRASIL, 2017).

A Portaria MS/GM nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011² cria a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS. Nela estão previstas diretrizes e objetivos em relação ao seu funcionamento, além dos seus elementos constitutivos. São estes: Atenção Básica, Atenção Psicossocial, Atenção de urgência e emergência, Atenção residencial de caráter transitório, Atenção hospitalar, Estratégias de Desinstitucionalização e Estratégias de Reabilitação Psicossocial (BRASIL, 2011).

Com o objetivo de superar os desafios da integração à rede assistencial, aumentar a resolutividade e a capacidade de compartilhar e fazer a coordenação do cuidado na ESF, o Ministério da Saúde criou em 2008 os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), renomeados em 2017 como Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB). Por serem dispositivos mais próximos do território, ajudam na articulação com diversos equipamentos da rede, com o objetivo de prevenir doenças e promover saúde, prestando um serviço técnico-pedagógico e clínico-assistencial às equipes de saúde da família (eSF) e à população (BRASIL, 2017).

Com a publicação da Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019, que altera a forma de financiamento federal para Atenção Básica, estes Núcleos

²Revogada pela Portaria de consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017 e alterada posteriormente por outras portarias. Porém, segue como normativa reconhecida no campo das práticas por pautar-se nas proposições das Conferências Nacionais de Saúde Mental.

foram diretamente atingidos e perderam seu financiamento específico, o que pode levar a extinção dessas equipes em muitos municípios (BRASIL, 2019).

Recife é a capital do Estado de Pernambuco, com uma densidade demográfica de 7.037,61 habitantes/km² e população estimada de 1.633.697 habitantes no ano de 2017. A cidade tem 94 bairros distribuídos em seis Regiões Político – Administrativas (RPA), e organizados em oito Distritos Sanitários (DS) que realizam a gestão dos serviços de saúde (PREFEITURA MUNICIPAL DO RECIFE, 2017).

Em relação à RAPS, Recife conta com uma cobertura de Atenção Básica de 66,10% e, considerando apenas a Estratégia Saúde da Família (ESF), uma cobertura de 55,96% da população total. As equipes das ESF são compostas por médico, enfermeiro, um técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo possuir ainda cirurgião-dentista. Há 20 equipes NASF-AB atuantes no município que possuem profissionais de psicologia, fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, nutrição e serviço social (BRASIL, 2018).

Além disso, a RAPS do Recife é composta por serviços e equipamentos variados, tais como: 17 Centros de Atenção Psicossocial, sendo destes, quatro CAPS Tipo II, quatro CAPS Tipo III 24H, quatro CAPS Álcool e outras Drogas, dois CAPS Álcool e outras Drogas Tipo III 24H e três CAPS Infantojuvenis; 52 Serviços Residenciais Terapêuticos; três Unidades de Acolhimento; 24 leitos de atenção integral em hospitais conveniados; seis Equipes de Consultório de Rua e duas Equipes de Consultório na Rua (PREFEITURA MUNICIPAL DO RECIFE, 2017).

No entanto, vale ressaltar que dos CAPS existentes na cidade, apenas quatro são voltados para o atendimento de crianças e adolescentes: o CAPSi Professor Zaldo Rocha, CAPSi Clea Lacet, o CAPSi Centro Médico Psicopedagógico Infantil e o CAPS AD Luiz Cerqueira (PREFEITURA DO RECIFE, 2017). Porém, nos DS onde se desenvolveu esta pesquisa não existe nenhum CAPSi, sendo os usuários referenciados para os DS I e II, onde há presença destes serviços.

A elaboração deste estudo faz parte da conclusão da Residência Multiprofissional em Saúde Mental da Universidade de Pernambuco (UPE), partindo das práticas desenvolvidas nos Distritos Sanitários III e VII.

2 OBJETIVO

Conhecer o entendimento e a prática de profissionais médicos e enfermeiros de Unidades de Saúde da Família dos Distritos Sanitários III e VII na cidade do Recife – PE sobre a saúde mental infantil.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

É um estudo qualitativo, de caráter exploratório e utilizando para análise das entrevistas semiestruturadas, a metodologia do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), elaborada por Lefèvre e Lefèvre no fim da década de 90, que consiste de um discurso síntese, produto da fragmentação de discursos individuais agrupados por similaridade de sentidos. Portanto, essa técnica se distingue da Análise do Discurso Tradicional porque se apoia na teoria das Representações Sociais, que está intensamente integrada à construção de teorias do senso comum divididas coletivamente (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2014).

A técnica do DSC analisa depoimentos e outros materiais verbais, extraído-se de cada um deles as Ideias Centrais ou Ancoragens, a partir de expressões-chave a que se referem. As expressões-chave são fragmentos do discurso utilizados para identificar os sentidos. Depois de identificadas as expressões-chave, cabem criar uma expressão linguística que descreva de maneira sintética os sentidos de cada um dos grupos homogêneos de expressões-chave. As Ideias Centrais são, assim, nomeadas pelo pesquisador. A partir daí, compõe-se um ou muitos discursos-síntese que são os DSC (GONDIM; FISHER, 2009).

O projeto deste estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade de Pernambuco (UPE) sob Parecer nº 2.515.708/2018. Assim, foi assegurada a confidencialidade dos dados e o anonimato de cada entrevistado. Todos os profissionais que aceitaram participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

O estudo foi desenvolvido na cidade de Recife – PE, em quatro USF (sendo duas no DSIII e duas no DSVII) apoiadas por NASF e tendo como critérios de inclusão para recrutamento dos sujeitos: (1) Ser médico e enfermeiro lotado nas Unidades de estratégias de Saúde da Família do Distrito Sanitário III

e VII. (2) Atender crianças na sua prática cotidiana; e como critério de exclusão, a não assinatura do TCLE.

A amostra se deu por conveniência e foi aplicado o critério de saturação. Os sujeitos da pesquisa foram convidados a participar do estudo mediante a realização de contato pessoal no local de trabalho. Foram entrevistados quatro médicos e quatro enfermeiras. A coleta de dados foi agendada baseando-se na disponibilidade de horário dos profissionais e aconteceu no local onde lhes foi conveniente, desde que esse lugar fosse um ambiente mais restrito e silencioso. Os dados foram coletados em março de 2018 através de entrevistas semiestruturadas, as quais foram gravadas em áudio eletrônico, transcritas, lidas e analisadas pelo método do DSC.

O roteiro foi constituído por quatorze perguntas, quatro delas sobre perfil sociodemográfico, outras quatro sobre a formação profissional e as seis últimas foram perguntas condutoras sobre a concepção e prática em saúde mental infantil. Foram estas: O que você sabe sobre a saúde mental na infância? Você identifica crianças com necessidades de cuidado em saúde mental na sua rotina de trabalho? O que você faz quando identifica necessidades de cuidado em saúde mental em crianças? Como ocorre o processo de articulação entre USF, NASF e a rede de cuidado em saúde mental infantil? Na sua prática profissional o que facilita e o que dificulta a realização do cuidado em saúde mental infantil? Se houver dificuldades, o que você propõe para superá-las?

Com essas perguntas foi possível conhecer o entendimento e as práticas de médicos e enfermeiros de eSF do município de Recife em relação à saúde mental infantil, como lidam com as dificuldades encontradas e as possíveis formas de superá-las.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Quanto às características sociodemográficas dos pesquisados, houve predomínio do sexo feminino, sendo dois médicos, duas médicas e quatro enfermeiras, com idade média 39,25 anos, sendo a mínima 29 anos e a máxima, 62. Em relação ao tempo decorrido após a graduação, a média foi de 12,75 anos, com mínimo de um ano e o máximo de 39 anos.

Com relação ao nível de escolaridade, cinco entrevistados possuem especialização do tipo *lato sensu*: dois em saúde da família (médico e

enfermeira), um em saúde coletiva (enfermeira), um em geriatria (médico) e o último em dermatologia (médico). Apenas um sujeito possui pós-graduação stricto sensu do tipo mestrado em saúde da família (enfermeira), e somente um dos sujeitos não possui nenhum tipo de pós-graduação. Nenhum dos entrevistados tem especialização em psiquiatria/ saúde mental/ pediatria.

Em relação às disciplinas relacionadas à saúde mental cursadas durante a graduação, todos os entrevistados informaram que cursaram psiquiatria geral, sem classificação em ciclos de vida ou aprofundamento com relação à saúde mental infantil. Quanto à avaliação dos sujeitos em relação a essa disciplina, todos mencionaram ser insuficiente para subsidiar em saúde mental infantil. Vale ressaltar que nenhum dos sujeitos trabalhou em serviços especializados de saúde mental.

Em relação ao tempo de trabalho na ESF a média foi de 10,8 anos, com mínimo de um ano e o máximo de 22 anos. Quando perguntado se conhecem algum outro serviço de referência da rede atenção psicossocial todos informaram o CAPS adulto, sendo referido desconhecimento do CAPS infantil por três profissionais (dois médicos e uma enfermeira).

A análise dos discursos levou à identificação de Cinco Ideias Centrais, com suas respectivas Ancoragens e à formulação de discursos-síntese. Nos quadros que seguem serão apresentadas as Ideias Centrais, suas ancoragens e discursos do sujeito coletivo baseados na fala dos sujeitos.

Quadro 1 – Primeira Ideia Central - Conhecimentos e observações sobre saúde mental infantil.

Ideia Central	Ancoragem	Discurso do Sujeito Coletivo
Conhecimentos e observações sobre saúde mental infantil	A saúde mental infantil relacionada à doença	<i>São doenças mentais. A noção que tenho de saúde mental infantil é basicamente daquelas doenças que são mais básicas. São distúrbios mentais, muitos relacionados aos transtornos do dia-a-dia, o déficit de atenção, diminuição da interação social. Eu li algo sobre autismo, sobre Transtorno de atenção e hiperatividade, que são transtornos, porque vi crianças aqui.</i>
	Pouco conhecimento sobre saúde mental infantil	<i>Eu tenho mais experiência em saúde mental com adulto. A noção que tenho de saúde mental infantil é o básico. Na infância, eu tenho pouquíssima experiência. O que eu sei foi o que estudei aqui, o que eu presenciei aqui.</i>

	Formação acadêmica insuficiente para a visão ampliada do cuidado em saúde mental infantil	<i>Durante a graduação de medicina, eu tive pouco contato. A gente tem a disciplina de psiquiatria, mas a gente não tem uma disciplina voltada para a saúde mental da criança. A gente vê a psiquiatria geral.</i>
	Observação dos sinais e sintomas de adoecimento mental na infância na demanda espontânea	<i>Identifico sim, com bastante frequência. É muito comum, mais comum do que a gente imagina. É muito comum na fase inicial da vida, e tem também as que apresentam ao logo da adolescência. Os sintomas mais comuns são o atraso mental que a gente percebe durante a puericultura.</i>
	Observação da saúde mental infantil como reflexo da saúde mental familiar	<i>Tenho observado que esses transtornos têm relação a um ambiente familiar pouco funcional, desorganizado, e isso tem trazido desorganização também nas crianças, muitos estão relacionados à dinâmica familiar, seja os relacionamos inter e intrapessoais dos pais.</i>
	Observações dos sinais e sintomas trazidos através de encaminhamento escolar	<i>Na maioria das vezes quem traz a queixa é a mãe ou vem encaminhado pela escola. Muitos casos aqui são encaminhados pelas escolas. São crianças ansiosas, com transtorno de atenção e hiperatividade, autismo, síndrome depressiva. Geralmente é associado ao baixo rendimento escolar.</i>

Fonte: Os autores, 2018.

A primeira Ideia Central revela os conhecimentos e observações dos entrevistados sobre saúde mental infantil, identificando que estes apresentam dificuldade em definir seu conceito, pois predominantemente o reduzem à doença/transtorno, demonstrando pouco conhecimento para lidar com o cuidado em saúde mental infantil. Também demonstram uma formação acadêmica precária em conteúdos ligados a essa temática. Porém, outra referência ligada a esta primeira Ideia Central foi a relevância dada à relação familiar como fator condicionante e influente no desenvolvimento de transtornos mentais/ prejuízo à saúde mental das crianças, além da identificação e chegada da demanda pelo ambiente escolar, o que demonstram um indício de ampliação da concepção biomédica sobre o sofrimento mental.

De acordo com Fertoni *et al.* (2015), ainda há hegemonia do paradigma da biomedicina nos serviços de saúde, o que é um dos grandes desafios do

sistema de saúde brasileiro na atualidade na busca de um modelo assistencial que esteja orientado para a integralidade e às necessidades ampliadas de saúde, em consonância aos princípios do SUS. Assim, as atividades são desenvolvidas com foco no tratamento das doenças, contrariando o objetivo da APS, que recomenda um atendimento humanizado, voltado para promoção, prevenção, reabilitação e manutenção da saúde.

Na APS, além das tradicionais ações de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, os profissionais devem envolver ações de saúde mental infantil a fim de superação do modelo hegemônico.

Ao mesmo tempo, os sujeitos relatam escassez de conteúdos e vivências voltados à saúde mental infantil nas disciplinas desenvolvidas durante a graduação.

Segundo Pereira, Costa e Megale (2012), no âmbito da formação em saúde mental de profissionais da saúde, as universidades ainda têm mostrado pouca ênfase nessa temática. A carga horária curricular destinada a disciplinas de saúde mental, tanto em cursos de graduação quanto de pós-graduação, é geralmente insatisfatória, de caráter predominantemente teórico, sem oferta de estágios práticos com supervisão adequada (alguns ainda em manicômios), havendo predomínio do modelo biomédico, centrada no atendimento hospitalar em detrimento dos aspectos psicossociais e comunitários, contradizendo os preceitos da Política de Saúde Mental.

Ainda neste sentido, de acordo com Cavalcante, Jorge e Santos (2012) mesmo diante dos objetivos claros da APS, esta não está livre de intervenções fragmentadas nas unidades de saúde, o que é reflexo do modelo biomédico e baseado em especialidades. Essa divisão do saber faz com que cada profissional seja responsável por uma parte do corpo ou da mente do indivíduo, característica da formação inicial da maior parte dos cursos da área da saúde, desenvolvida por disciplinas teóricas e anatomo-patológicas. Isto também corrobora com os dados sobre a formação complementar especializada dos sujeitos deste estudo, podendo também não ter sido significativa para ampliação da visão sobre a saúde mental infantil na sua prática na Atenção Básica.

Outra questão importante identificada nesta primeira Ideia Central foi a influência da construção familiar no adoecimento mental das crianças. Segundo Macêdo e Monteiro (2006), a família é um sistema de grande importância e

influência para o desenvolvimento da criança e do adolescente em sofrimento psíquico. A mesma é o foco central da mudança, da transformação, na construção e no dinamismo, tornando-se essencial na formação e capacitação desses sujeitos.

Porém, a produção do processo saúde-doença é também social e não está ligada apenas a comportamentos familiares, mas a fatores condicionantes e determinantes diversos, que incluem acesso à alimentação, moradia, transporte, assistência à saúde, entre outros. Ainda segundo estes autores, a conjuntura em que as famílias estão inseridas também influencia no enfrentamento das mudanças ao longo do ciclo da vida e se faz importante analisar o impacto provocado por condições socioeconômicas e culturais para esses indivíduos (MACÊDO; MONTEIRO, 2006).

A família é entendida como construtora de laços afetivos que são formados diariamente e firmam valores que contribuirão para os relacionamentos dentro do lar e na sociedade. Porém, com o nascimento de novos papéis intra e extra núcleo familiar, mudanças/ adaptações são vivenciadas pelos membros, podendo fragilizar a estrutura das famílias, favorecendo ao surgimento de problemas ou fatores negativos do decorrer da vida (MONTEIRO *et al.* 2012).

De acordo com Rohde e Halpern (2004), ainda contribuem para o adoecimento de crianças alguns fatores como ruptura familiar, disfunção conjugal, desvantagem socioeconômica, criminalidade, transtorno em membros da família, entre outros.

Os entrevistados referem se deparar no seu dia a dia, com bastante frequência, com crianças e adolescentes em sofrimento psíquico, seja pela observação dos sinais e sintomas de adoecimento mental na infância pela demanda espontânea, ou pelas observações dos sinais e sintomas trazidas por meio de encaminhamento escolar.

A Atenção Básica tem capacidade de desenvolver ações em saúde mental de duas maneiras: na detecção das queixas relevantes ao sofrimento mental, fornecendo escuta qualificada, e compreendendo as várias formas de resolver as dificuldades detectadas, assim como, ofertando cuidado na própria Atenção Básica, ou corresponsabilizando-se pelo encaminhamento dos usuários para os demais serviços especializados (TANAKA; RIBEIRO, 2009).

A ESF deve desenvolver ações de proteção, promoção à saúde de indivíduo de maneira integral e contínua. Isso envolve mapear e cuidar dos problemas de saúde mental encontrados na comunidade. Essa etapa é de suma importância para o planejamento e execução das ações voltadas para essa demanda na população (FERRIOLLI; MARTURANO; PUNTEL, 2007).

Em relação à última ancoragem, Goodman *et al.* (2005) ressalta que são as escolas e as USF que apresentam os maiores números de crianças que necessitam de cuidados em saúde mental e que a maior parte da clientela encaminhada para atendimento psicológico em serviços públicos de saúde está na fase escolar.

As instituições escolares direcionadas a partir do conhecimento sobre desenvolvimento infantil e da consideração a respeito do contexto de vida da criança, podem favorecer a identificação precoce do sofrimento possivelmente vivenciado pelos estudantes e realizar encaminhamentos para ações intersetoriais, podendo solicitar aos pais avaliação e tratamento adequado na APS, tornando esses profissionais parceiros no processo de cuidado desses sujeitos (CID *et al.*, 2019).

Para Couto, Duarte e Delgado (2008) a intersetorialidade envolvendo serviços da educação, assistência social, justiça e APS, é dispositivo integrante na ampliação da atenção à saúde mental infantojuvenil, podendo ocupar destaque no desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e identificação precoce de casos. A escola, como parte da rede de proteção (família, escola e amigos) contribui para o aumento das vivências resilientes, favorecendo a construção de estratégias protetivas e socialmente ampliadas (AMPARO *et al.*, 2008).

Quadro 2 – Segunda Ideia Central - Conduta inicial e encaminhamentos em saúde mental infantil

Ideia Central	Ancoragem	Discurso do Sujeito Coletivo
Conduta inicial e encaminhamentos em saúde mental infantil	Compartilhamento para avaliação pelo NASF	<i>Nós avaliamos o caso, porém buscamos sempre ajuda dos profissionais do NASF. Passo a demanda e marco o atendimento tanto individual, quanto compartilhado pra gente discutir. Assim, o psicólogo vai agendar a data da visita ou consulta, e</i>

		<i>fazemos um atendimento compartilhado. Alguns, quando tem necessidade, a gente faz PTS (Projeto Terapêutico Singular) em equipe.</i>
	Encaminhamento para o psiquiatra do CAPS por intermédio do NASF	<i>Quando tem alguma dificuldade o primeiro que a gente aciona é o NASF pra fazer a avaliação e posteriormente a isso é que o NASF encaminha ao CAPS pedir a avaliação do psiquiatra.</i>
	Encaminhamento da criança ao psiquiatra	<i>Eventualmente, quando necessário, eu inicio alguma medicação básica e referencio ao psiquiatra infantil, quando ele precisa de uma mão de obra especializada. Quando não, a gente faz o acompanhamento no posto.</i>

Fonte: Os autores, 2018.

A segunda Ideia Central diz respeito à conduta inicial e encaminhamentos em saúde mental infantil dos profissionais frente à criança em sofrimento psíquico, necessitando de pronto de uma avaliação do NASF para discutir o caso e a conduta a ser realizada, além de compartilhar com esta equipe a responsabilidade pelo encaminhamento e articulação com o CAPSi, citando especificamente o profissional psiquiatra deste serviço, o que pode sugerir limitações no conhecimento sobre o funcionamento do CAPS ou que remeta à apenas uma das práticas deste profissional, como a prescrição de medicação.

Figueiredo e Campos (2009, p. 135), demonstram que os profissionais de referência “costumam evitar o contato com o sofrimento psíquico a partir de justificativas como a insegurança gerada pela falta de formação em Saúde Mental e a dificuldade em intervir fora do campo mais objetivo dos procedimentos e da conduta medicamentosa”. Portanto, observa-se que é preciso ainda estimular e capacitar as equipes para lidar de forma corresponsável com o sofrimento mental infantil e, ainda, para possam entender o que seriam as demandas possíveis de serem resolvidas na USF e aquelas que solicitam intervenções especializadas.

Ainda segundo Cavalcante, Jorge e Santos (2012), os profissionais da APS apresentam problemas para lidar com as demandas de saúde mental

infantil, muitos não estão preparados para acolher esses casos, e acabam não assumindo essa responsabilidade como parte do seu trabalho, tornando um desafio para o cuidado.

O NASF deve intervir de forma interdisciplinar, realizar trocas de saberes, permitindo experiências para todos os profissionais, possibilitando capacitações e corresponsabilidade entre as equipes e executando atendimentos compartilhados (CUNHA; CAMPOS, 2011). Uma das principais atividades desenvolvidas por esses profissionais são as discussões de casos em equipe, recurso de construção clínica importante para auxiliar os profissionais da ESF na condução dos casos, sendo ambiente privilegiado para o trabalho do NASF através do apoio matricial (BRASIL, 2009).

Quadro 3 –Terceira Ideia Central - Articulação com demais serviços da Rede de Atenção Psicossocial

Ideia Central	Ancoragem	Discurso do Sujeito Coletivo
Articulação com demais serviços da Rede de Atenção Psicossocial	Articulação com o NASF e encaminhamento por meio deste	<i>A equipe aciona o NASF, mas ele só está na unidade uma vez na semana, não dá conta. É um psicólogo para três equipes. São muito poucos profissionais para uma demanda muito grande de saúde mental infantil. Nós não temos articulação com o CAPS. É o NASF que vai encaminhar o caso ao CAPS infantil, quando identifica a necessidade. É o NASF que faz o feedback para equipe.</i>
	Insuficiência de Centros de Atenção Psicossocial infantojuvenis e ausência destes no território de abrangência	<i>Difícil é o contato com o CAPS, pois não tem vaga, ou a fila é grande. A gente consegue se articular bem com o NASF para trazer o apoio deles também para gente. O que eu não tenho muito acesso é ao CAPS infantil, porque além de não ser no nosso distrito, no nosso território, ele fica distante e a gente não tem muito contato.</i>
	Incoerência no encaminhamento para ambulatório de psiquiatria através de sistema de regulação	<i>Geralmente, eu identifico que precisa de um suporte especializado e encaminhamento para o sistema, a gente faz por intermédio da rede. O sistema então encaminha para a psiquiatria infantil. Ele é superlotado de fato. A carência de psiquiatras é grande.</i>

Fonte: Os autores, 2018.

A terceira Ideia Central diz respeito à articulação entre a Unidade de saúde, o NASF e os demais serviços da RAPS. As ancoragens referem-se às falas dos sujeitos relatando falhas na articulação da AB com os demais serviços de saúde da RAPS, como o CAPSi e ambulatórios de psiquiatria.

Paim (2001) afirma que a ESF deve ser a articuladora da rede de saúde mental com a população, com finalidade de superar o modelo hospitalocêntrico focado apenas na doença, concentrando assim no cuidado da família e desenvolvendo atividades de prevenção e promoção a saúde mental, o que corrobora com este estudo.

Porém, alguns fatores interferem nesta articulação, como a insuficiência de CAPSi no município, a localização do CAPSi de referência para as Unidades de saúde onde trabalham os sujeitos deste estudo em outro território sanitário, desfavorecendo o acesso e a criação de vínculos na rede devido à distância entre os serviços. Ressalta-se ainda uma hibridez em relação ao modelo de saúde, dada a presença de ambulatórios de psiquiatria, regulados via sistema de regulação, impedindo a consolidação do CAPSi como modelo reconhecido de referência.

Quanto à articulação entre ESF e NASF, ficando este último responsável pela articulação com o CAPS, Delfini (2010) em seu trabalho, identifica dois sentidos para a lógica do encaminhamento, são eles: a desresponsabilização e a implicação. A primeira compreensão é quanto a fragmentação do cuidado, que ocorre quando a equipe passa o caso sem contato prévio com os demais membros da equipe, não acolhendo a demanda, referenciando para outra instância como o NASF ou demais serviços especializados. Já a segunda maneira é vista como implicação das equipes resultando em discussão dos casos, tomada de decisão em conjunto e planejamento da intervenção.

Ainda em relação a esta articulação, Alvarez, Vieira e Almeida (2019) relatam em seu estudo sobre experiências de articulação entre ESF e NASF em saúde mental, que um dos desafios a este trabalho é que enquanto as equipes dos NASF buscam trabalhar com o modelo pautado em modo coletivo (atendimentos coletivos, criação de grupos, rodas de conversas, etc.), as equipes da ESF ainda mantêm certa resistência quanto à essas metodologias, além de alguns alegarem a falta de tempo para interconsultas, excesso de

atribuições, cobrança por produtividade, entre outros, como empecilhos para executar práticas interdisciplinares.

Quadro 4 – Quarta Ideia Central - Potencialidades e dificuldades no cuidado em saúde mental infantil

Ideia Central	Ancoragem	Discurso do Sujeito Coletivo
Potencialidades e dificuldades no cuidado em saúde mental infantil	Potencialidade no cuidado em saúde mental com o apoio do NASF	<i>Na prática profissional o que facilita eu acho que seja a gente ter o apoio do NASF. A gente está sempre discutindo os casos pra ter um melhor desfecho com o pessoal do NASF.</i>
	Dificuldade no cuidado devido à visão medicalizadora das famílias sobre o cuidado em saúde mental infantil	<i>O que dificulta aqui é a dependência que os pacientes ou a família têm com os fármacos, principalmente as mães das crianças, que querem sempre uma medicação.</i>
	Insegurança do manejo em saúde mental devido a uma formação precária sobre o tema	<i>O que dificulta também é a falta de conhecimento em relação ao assunto. Eu não posso dizer a você que tenho conhecimento e segurança de começar ou reduzir uma medicação psiquiátrica. A utilização de medicamentos psicotrópicos, antipsicóticos já é uma coisa complicada em adultos, quem dirá em criança. Não me sinto seguro para receitar.</i>
	Dificuldade de participação em espaços de discussão sobre saúde mental	<i>O fórum de saúde mental acontece com certa periodicidade. Ocorre mensalmente, mas existe uma dificuldade muito grande, particularmente, em sair da unidade pra ir pra esses matriciamentos fora. A agenda da gente é tão apertada e a rotina é tão apertada. Eu acho que quando se marca um matriciamento, deveria ser marcado pelo menos em um ponto central.</i>
	Dificuldades de acompanhamento e acesso aos demais pontos da rede de atenção psicossocial	<i>O grande problema é a gente dar continuidade ao cuidado. A rede não tem estrutura para suportar a demanda. Só temos dificuldades em toda rede, no agendamento do NASF, na avaliação do CAPS ou do ambulatório. A dificuldade maior é na aproximação com o CAPS. Eu acho que a gente tem muito</i>

	<p><i>distanciamento, principalmente com o CAPS infantil. O ambulatório nunca tem vaga. É uma eternidade para conseguir uma consulta com psiquiatra infantil.</i></p>
--	---

Fonte: Os autores, 2018.

Na quarta Ideia Central os sujeitos elencaram potencialidades e desafios vivenciados no trabalho diário com as demandas de saúde mental infantil. A primeira diz respeito à importância do apoio do NASF enquanto equipe de apoio matricial, contribuindo para a resolutividade dos casos de saúde mental, realizando também articulações com a RAPS.

Sabe-se que apesar de os profissionais do NASF encontrarem desafios diários para execução do trabalho, constata-se também o comprometimento e empenho por parte destes atores que assumiram esse novo modelo de oferecer retaguarda à Estratégia em Saúde da Família (ALVAREZ; VIEIRA; ALMEIDA, 2019).

Já em relação às dificuldades, citam a dificuldade no cuidado devido à visão medicalizadora das famílias sobre o cuidado em saúde mental infantil, a insegurança do manejo em saúde mental devido a uma formação precária sobre o tema, além da dificuldade no acesso a espaços de discussão sobre saúde mental.

Alvarez, Vieira e Almeida (2019) constatam que muitos dos profissionais da Atenção Primária iniciaram suas carreiras neste nível de atenção sem terem passado por processos formativos à atuação, o que por si só não inviabiliza o desempenho dos profissionais em suas funções, nem pode ser considerada única causa para os problemas, porém sinaliza a necessidade da educação permanente em serviço, prioritariamente promovida pelos municípios, considerando as especificidades do território.

Tanaka e Ribeiro (2009) discutem o quanto é importante o aprimoramento da organização do trabalho, a implantação de serviços de apoio efetivos em saúde mental e articulação com serviços especializados, pois os profissionais não sabem o que fazer e para onde encaminhar situações de saúde mental infantil, necessitando de suporte.

Os sujeitos ainda citam a dificuldade de acompanhamento e acesso aos demais pontos da rede de atenção psicossocial. Sobre isto, Monteiro *et al.* (2012), explicam que ainda é bastante difícil por quatro motivos. São eles: dificuldade do acesso direto a esse dispositivo; empecilhos criados pelas equipes da Atenção Básica (AB) por estas muitas vezes não estarem capacitadas para diagnosticar e encaminhar o usuário para assistência adequada; sobrecarga dos serviços; e escassez de profissionais, gerando assim uma lista de espera.

Outro desafio importante citado pelos sujeitos da pesquisa foi a dificuldade em participar dos Fóruns de saúde mental, mesmo os entrevistados reconhecendo a relevância, nenhum deles frequenta o espaço regulamente.

Quadro 5 – Quinta Ideia Central - Formas de superação das dificuldades em saúde mental infantil

Ideia Central	Ancoragem	Discurso do Sujeito Coletivo
Formas de superação das dificuldades em saúde mental infantil	Promoção de educação permanente para os profissionais da APS	<i>Deveria capacitar os médicos, enfermeiros e até os agentes de saúde porque são eles quem estão no dia-a-dia dentro da casa da população. Melhorar a qualificação do profissional para prestar uma assistência de melhor qualidade. Fazer mais rodas de conversa com todos os profissionais da saúde da família, e equipe do NASF também.</i>
	Apoio matricial pelos profissionais dos CAPS	<i>Deveria ter mais matriciamento do CAPS. É sempre muito bom porque eles falam as principais doenças e tiram nossas dúvidas.</i>
	Maior aproximação da gestão de saúde mental	<i>Seria interessante ter uma coordenação específica para a saúde mental na atenção básica em cada distrito que envolvesse os profissionais em atividades em conjunto, para que a relação seja melhor, mais próxima e ocorra com um fluxo mais tranquilo.</i>

Fonte: Os autores, 2018.

A quinta e última Ideia Central se refere às sugestões dos entrevistados quanto à superação das dificuldades apresentadas, citando a promoção de educação permanente para os profissionais da APS, além de apoio matricial pelos profissionais dos CAPS e maior aproximação da gestão distrital de saúde mental. Vale ressaltar que se infere através do discurso que os profissionais desconhecem a existência da gestão de saúde mental regionalizada.

A educação permanente em saúde surgiu como prática contra hegemônica à educação continuada, no intuito de superar a formação fragmentada, puramente técnica, tópica e alheia à realidade, fazendo esforço para vincular a formação e o processo ensino-aprendizagem às situações de trabalho, contemplando a integração de aspectos técnicos com aspectos políticos relativos à responsabilização compartilhada com o processo educativo entre profissionais e educadores. Nesta perspectiva, pode atuar como instrumento pedagógico transformador e na organização do setor saúde, potencialmente aberto às mudanças. As autoras atentam, porém, para a vigilância sobre as formações, já que por ser política, portanto complexa e contraditória, a educação permanente pode desencadear simultaneamente processos hegemônicos e contra hegemônicos (LEITE; PINTO; FAGUNDES, 2020).

O Apoio Matricial é uma dos eixos da concepção teórica e metodológica Paideia de suporte à cogestão de coletivos, desenvolvida por Gastão Wagner de Sousa Campos e colaboradores ao longo dos últimos 25 anos. Configura-se como modo de funcionamento para o trabalho em rede, valorizando a concepção ampliada do processo saúde-doença, a interdisciplinaridade e interação fruto de diálogos entre profissionais que trabalham em equipes ou em redes e sistemas de saúde, ou seja, um suporte técnico especializado, realizado por uma equipe multidisciplinar de saúde (CAMPOS et al., 2014). Quando realizado, seja pela equipe NASF ou pela equipe do CAPS, contribui na superação das práticas individuais, curativas e fragmentadas realizadas, favorecendo o cuidado e a capacitação dos profissionais da Atenção Básica para evitar encaminhamentos desnecessários, aumentando sua capacidade resolutiva.

Segundo Zaraiva, Zepeda e Liria (2020) o apoio matricial é a principal estratégia brasileira de integração de novos profissionais na Atenção Primária, com ênfase na interação direta e comunicação sistemática entre os profissionais

com foco em problemas clínicos. Os autores observaram que o Apoio Matricial é usualmente definido a partir de duas dimensões: suporte educacional ou técnico-pedagógico; e suporte assistencial, retaguarda assistencial ou cuidado especializado, ou seja, ele é composto de educação, cuidado especializado, cogestão e regulação. Porém, há aspectos importantes de sua implantação que necessitam maior atenção, como o suporte organizacional ao trabalho colaborativo; e potenciais direções para seu desenvolvimento, como a incorporação de intervenções estruturadas para algumas condições, com base em diretrizes acordadas localmente.

A educação permanente e o Apoio Matricial são estratégias fundamentais para contribuir com a corresponsabilização no cuidado de pessoas em sofrimento mental, estimulando os profissionais da ESF a compartilharem as situações, com discussão em conjunto, construção de PTS, além de suporte com supervisão e capacitação profissional.

Por fim, como limitação deste estudo, identifica-se não realização de entrevista com outros componentes das equipes de saúde da família, profissionais dos NASF ou gerência de saúde mental.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

É necessário que ainda durante a graduação se invista em temas específicos sobre saúde mental infantil, principalmente através de aulas práticas, baseadas nos preceitos da Reforma Psiquiátrica e da Desinstitucionalização, principalmente utilizando metodologias ativas. Além disso, é preciso garantir educação permanente aos trabalhadores para que desenvolvam um cuidado de forma integral, humanizada, interdisciplinar, intersetorial e em rede.

O NASF se mostra como serviço fundamental para as equipes tanto no apoio técnico pedagógico quanto clínico assistencial, mas é importante que as ESF se articulem também com os profissionais dos CAPS e consigam discutir casos e realizar PTS.

É imprescindível ainda a criação e manutenção de Fóruns permanentes de discussão sobre saúde mental entre os trabalhadores como forma de refletir as práticas e pensar o cuidado em rede, além do apoio da gestão de forma regionalizada ao trabalho dos profissionais. Estratégias como o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), criado em 2010, o qual

resgata o papel social das Instituições de Ensino (pesquisa em educação na saúde e atividades de extensão), bem como da responsabilidade dos serviços de formarem seus futuros profissionais para o SUS, com foco na Atenção Primária à Saúde e nos preceitos da reforma psiquiátrica, também são de grande contribuição para reorientar o modelo de atenção à saúde.

REFERÊNCIAS

ALVAREZ, ARIADNA PATRICIA ESTEVEZ; VIEIRA, ÁGATA CARLA DE DEUS; ALMEIDA, FAYLLANE ARAUJO. Núcleo de Apoio à Saúde da Família e os desafios para a saúde mental na atenção básica. *Physis*, Rio de Janeiro , v. 29, n. 4, e290405, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312019000400603&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 09 May 2020. Epub Nov 25, 2019. <https://doi.org/10.1590/s0103-73312019290405>.

ALVES, Ana Alexandra Marinho; RODRIGUES, Nuno Filipe Reis. Determinantes sociais e económicos da Saúde Mental. *Rev. Port. Sau. Pub.*, Lisboa , v. 28, n. 2, p. 127-131, dez. 2010 . Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-90252010000200003&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 14 mar. 2020.

AMPARO, Deise Matos do *et al.* . Adolescentes e jovens em situação de risco psicossocial: redes de apoio social e fatores pessoais de proteção. *Estud. psicol. (Natal)*, Natal , v. 13, n. 2, p. 165-174, Ago. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2008000200009&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 14 Mar. 2020. <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2008000200009>.

BRASIL. Lei 8.069 de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e Adolescente e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/8069.htm. Acesso em: 14 Mar. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/10/Caminhos-para-uma-Politica-de-Sa--de-Mental-Infanto-Juvenil--2005-.pdf>. Acesso em: 15 mar 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes do NASF. Brasília, DF: MS, 2009. (Cadernos de Atenção Básica, n. 27). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_do_nasf_nucleo.pdf. Acesso em: 14 Mar. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial [da] União*. Brasília, DF, 2011b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 14 Mar. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. [internet]. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/gabinete-do-ministro/16247-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017>. Acesso em: 14 Mar. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019. [internet]. Disponível em: <http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.979-de-12-de-novembro-de-2019-227652180>. Acesso em: 09 Mai. 2020.

_____. Ministério da saúde. Relatórios públicos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relatoriosPublicos.xhtml>. Acesso em: 14 Mar. 2020.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa et al. A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 18, supl. 1, p. 983-995, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000500983&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 09 May 2020. <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0324>.

CAVALCANTE, Cinthia Mendonça; JORGE, Maria Salete Bessa; SANTOS, Danielle Christine Moura dos. 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, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312012000100009&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 09 Abr. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312012000100009>.

CID, Maria Fernanda Barboza et al. Saúde mental infantil e contexto escolar: as percepções dos educadores. *Pro-Posições*, Campinas, v. 30, e20170093, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73072019000100509&lng=en&nrm=iso. Acesso

em: 15 Mar. 2020. Epub Abr 18, 2019. <https://doi.org/10.1590/1980-6248-2017-0093>.

COUTO, Maria Cristina Ventura; DUARTE, Cristiane S; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. A saúde mental infantil na Saúde Pública brasileira: situação atual e desafios. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, São Paulo , v. 30, n. 4, p. 384-389, Dez. 2008. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462008000400015&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 15 Mar. 2020. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462008000400015>.

CUNHA, Gustavo Tenório; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. *Saude soc.*, São Paulo , v. 20, n. 4, p. 961-970, Dez. 2011. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400013&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 09 Abr. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902011000400013>.

DELFINI, Patrícia dos Santos Souza. *Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil e Estratégia de Saúde da Família: articulação das ações voltadas à saúde mental de crianças e adolescentes*. 2010. 149 p. Dissertação. (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010. Disponível em:
<https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6136/tde-16122010-161656/pt-br.php>. Acesso em: 15 Mar. 2020.

FERRIOLLI, Silvia Helena Tortul; MARTURANO, Edna Maria; PUNTEL, Ludmila Palucci. Contexto familiar e problemas de saúde mental infantil no Programa Saúde da Família. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo , v. 41, n. 2, p. 251-259, Apr. 2007 . Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000200012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 Apr. 2019. Epub Feb 15, 2007. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102006005000017>.

FIGUEIREDO, Mariana Dorsa; CAMPOS, Rosana Onocko. Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado?. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro , v. 14, n. 1, p. 129-138, Feb. 2009 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000100018&lng=en&nrm=iso>. access on 09 Apr. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000100018>.

GONDIM, S. M. G.; FISCHER, T. O discurso, a análise de discurso e a metodologia do discurso do sujeito coletivo na gestão intercultural. *Cadernos Gestão Social*, Salvador, v. 2, n. 1, p. 09-26, set./dez. 2009. Disponível em:
<https://portalseer.ufba.br/index.php/cgs/article/view/31544>. Acesso em 15 Mar. 2020.

GOODMAN, R., Neves dos Santos, D. N., NUNES, A. P. R., de Miranda, D. P., FLEITLICH-BILYK, B., ALMEIDA FILHO, Naomar., *et al.* The Ilha de Maré

study: a survey of child mental health problems in a predominantly African-Brazilian rural community. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. v.40, n.1, p. 11-17, 2005.

LEFEVRE, Fernando; LEFEVRE, Ana Maria Cavalcanti. Discurso do sujeito coletivo: representações sociais e intervenções comunicativas. *Texto contexto - enferm.*, Florianópolis , v. 23, n. 2, p. 502-507, Junho 2014 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072014000200502&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 Mar. 2020. <https://doi.org/10.1590/0104-07072014000000014>.

LEITE, Catharina Matos; PINTO, Isabela Cardoso de Matos; FAGUNDES, Terezinha de Lisieux Quesado. EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: REPRODUÇÃO OU CONTRA- HEGEMONIA? *Trab. educ. saúde*, Rio de Janeiro , v. 18, supl. 1, e0025082, 2020 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462020000400502&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 09 May 2020. Epub Mar 16, 2020. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00250>.

MACEDO, Virgílio César Dourado de; MONTEIRO, Ana Ruth Macêdo. Educação e saúde mental na família: experiência com grupos vivenciais. *Texto contexto - enferm.*, Florianópolis , v. 15, n. 2, p. 222-230, Junho 2006 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000200005&lng=en&nrm=iso. Acesso em 09 Abr. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072006000200005>.

FERTONANI, Hosanna Pattrig et al . Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro , v. 20, n. 6, p. 1869-1878, Jun. 2015 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000601869&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 16 Mar. 2020. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015206.13272014>.

MONTEIRO, Ana Ruth Macêdo *et al* . Sofrimento psíquico em crianças e adolescentes: a busca pelo tratamento. *Esc. Anna Nery*, Rio de Janeiro , v. 16, n. 3, p. 523-529, Set. 2012 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452012000300014&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 09 Abr. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452012000300014>.

PAIM, Jairnilson Silva. Saúde da Família: espaço de reflexão e de contra-hegemonia. *Interface (Botucatu)*, Botucatu , v. 5, n. 9, p. 143-146, Aug. 2001. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832001000200010&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 09 abr. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832001000200010>.

PEREIRA, Alexandre de Araújo; COSTA, Albert Nilo da; MEGALE, Raquel de Faria. Saúde mental para médicos que atuam na estratégia saúde da família:

uma contribuição sobre o processo de formação em serviço. Rev. bras. educ. med., Rio de Janeiro , v. 36, n. 2, p. 269-279, Junho 2012 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022012000400017&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 09 abr. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022012000400017>.

PREFEITURA MUNICIPAL DE RECIFE. Plano municipal de saúde 2018-2021. Conselho Municipal de saúde: Recife, 2017. Disponível em: https://drive.google.com/file/d/1pZ-wKgwFmKTTFMQDsKkoX_9buOMAM8S8/view. Acesso em 13 mar 2020.

ROHDE, Luis A.; HALPERN, Ricardo. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: atualização. J. Pediatr. (Rio J.), Porto Alegre , v. 80, n. 2, supl. p. 61-70, Abr. 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572004000300009&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 09 Apr. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0021-75572004000300009>.

SARAIVA, Sonia Augusta Leitão; ZEPEDA, Jorge; LIRIA, Alberto Fernández. Componentes do apoio matricial e cuidados colaborativos em saúde mental: uma revisão narrativa. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro , v. 25, n. 2, p. 553-565, Feb. 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000200553&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 09 May 2020. Epub Feb 03, 2020. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020252.10092018>.

SINIBALDI, Barbara. Saúde mental infantil e atenção primária: relações possíveis. Rev. Psicol.UNESP [online]. 2013, vol.12, n.2, pp. 61-72. ISSN 1984-9044. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/revpsico/v12n2/a05.pdf>. Acesso em: 15 mar 2020.

TANAKA, Oswaldo Yoshimi; RIBEIRO, Edith Lauridsen. Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro , v. 14, n. 2, p. 477-486, Apr. 2009 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000200016&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 15 Mar. 2020. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000200016>.