

SAÚDE MENTAL DA CRIANÇA E ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: FORTALEZAS E DESAFIOS

Child Mental Health and Family Health Strategy: Strengths and Challenges

Estrategia de Salud Mental Infantil y Salud Familiar: Fortalezas y Desafíos

Marcos Venicio Esper¹

Eunice Nakamura²

Artigo encaminhado: 27/02/2024

Artigo aceito para publicação: 26/03/2025

RESUMO:

Esse artigo é resultado de uma pesquisa inspirada pela abordagem etnográfica que interpretou as demandas de saúde mental de crianças, numa unidade de saúde do sudoeste de Minas Gerais. Embora se reconheçam os papéis que a escola e professores desempenham na identificação de questões voltadas para saúde mental, foi possível delinear como os profissionais de saúde identificam tais demandas nas unidades da Estratégia de Saúde da Família. Os usuários, comumente, procuram os serviços por motivos de saúde em geral, entretanto chamam atenção as queixas observadas em instituições escolares repassando “o caso” para a área da saúde a fim de solucioná-lo. Não se deve cobrar apenas da família a responsabilidade de acompanhar e observar situações de riscos maléficos para a saúde mental da criança, mas trazer à baila reflexões e atenção por parte do poder público, da sociedade, dos profissionais da educação e da saúde. Torna-se pertinente olhar as questões de saúde mental das crianças para evitar, no mínimo, a progressão da patologia. Porém, a classificação, a avaliação e o diagnóstico devem exigir prudência por parte dos profissionais, uma vez que se podem constatar diferenças pequenas e tênues.

Palavras-chave: Criança. Infância. Saúde mental. Estratégia de saúde da família.

ABSTRACT:

This article is the result of a study inspired by the ethnographic approach that interpreted the mental health demands of children in a health unit in southwest of Minas Gerais, south east Brazil. While recognizing the role that school and teachers play in problem identification, it was highlighted how health professionals identify the demands of these problems in the Family Health Strategy (SFH) units. In addition to health-related searches in general, attention was drawn to the complaints made in school institutions by referring "the case"

¹ Psicanalista e professor do Departamento de Educação / Universidade do Estado de Minas Gerais - UEMG. Doutor em Ciências pela Universidade de São Paulo e doutor em Educação pela Université de Limoges - França. E-mail: marcos.esper@uemg.br

² Antropóloga e professora associada aposentada. Colaboradora do Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências da Saúde da Universidade Federal de São Paulo (Diretório de Grupos de Pesquisa - CNPq). Coordenadora do Laboratório Interdisciplinar Ciências Humanas, Sociais e Saúde - LICHSS. E-mail: eunice_nakamura@hotmail.com

to the health area in order to solve it. One should not only charge the family with the responsibility of monitoring and observing situations of harmful risks to the mental health of the child, but rather to reflect and reflect on the public power, society, education and health professionals. Looking at children with mental problems is recommended to avoid at least the progression of the pathology. However, classification, evaluation and diagnosis should require professional judgment, since small and tenuous differences can be observed.

Keywords: Child. Childhood. Mental health. Family health strategy.

RESUMEN:

Este artículo es el resultado de una investigación etnográfica que interpretó las demandas de salud mental de niños existentes en una unidad de salud al suroeste de Minas Gerais. Aunque se reconoce el papel que la escuela y los profesores desempeñan en la identificación de los problemas, se destacó cómo los profesionales de la salud identifican las demandas de estos problemas en las unidades de la Estrategia de Salud de la Familia (ESF). Además de las búsquedas por motivos de salud en general, llamó la atención las quejas observadas en instituciones escolares repasando "el caso" para el área de la salud a fin de solucionarlo. No se debe cobrar solamente de la familia la responsabilidad de acompañar y observar situaciones de riesgos maléficos para la salud mental del niño, sino traer a la baila reflexiones y atención por parte del poder público, de la sociedad, de los profesionales de la educación y salud. Mirar a los niños con problemas mentales es recomendado para evitar, como mínimo, la progresión de la patología. Sin embargo, la clasificación, la evaluación y el diagnóstico deben exigir prudencia por parte de los profesionales, ya que se pueden constatar diferencias pequeñas y tenues.

Palabras clave: Niño. Infancia. Salud mental. Estrategia de salud de la familia.

1 INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família (ESF) apresenta uma nova forma de pensar e agir na perspectiva de transformação e conversão do modelo de assistência. Assim, é possível ampliar olhares, nos quais sujeitos e linguagens no âmbito da atenção à saúde, têm possibilidades de rever as práticas e o cuidado passa a ser o princípio da integralidade, no qual o usuário é sempre o protagonista (Souza, 2008; Bossato, 2021).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a saúde mental não é apenas a ausência de transtornos mentais, é definida como um estado de bem-estar, na qual a pessoa percebe seu próprio potencial, lida com o estresse normal da vida, trabalha de forma produtiva e frutífera, e é capaz de contribuir para sua comunidade (Brasil, 2005; Natário, 2020). Há autores que criticam tal

definição da OMS ao afirmarem que tal definição, até avançada para a época em que foi realizada, é irreal, ultrapassada e unilateral (Segre, 1997; Ballester, 2021).

De acordo com dados epidemiológicos sobre a prevalência de transtornos psiquiátricos em crianças e adolescentes, cerca de 10% a 20% delas apresentam algum tipo de transtorno mental (Anselmi *et al.*, 2010; Fleitlich, Goodman, 2002; Ballester, 2021). A saúde mental infantil atinge todas as áreas do desenvolvimento e impacta a saúde física e mental da família, o rendimento escolar, além de gerar consequências significativas na vida adulta. Torna-se complexo mensurar os impactos causados pela angústia familiar em situações de conflito e no desempenho social inadequado na infância, mas estudos retrospectivos já sinalizavam esses eventos como marcadores precoces de transtornos mentais na vida adulta (Flisher *et al.*, 1997; Greenberg, Domitrovich; Bumbarger, 2001; Huang *et al.*, 2005; Bossato, 2021).

Entende-se que o principal elemento para que a pessoa, em especial a pessoa com transtorno mental, perceba seu potencial e consiga transformar seu modo de viver e sentir em produções positivas é o cuidado. E, nesse sentido, vale ressaltar quais as implicações do ato de cuidar e qual a relação entre a pessoa, o cuidado e os cuidadores.

Processos de saúde mental na infância modificam a rotina do ambiente doméstico e podem causar impacto nos membros da família (Takahashi, Tanaka, Miyaoka, 2005). Marini *et al.* (2010) observaram que cuidadores de crianças com transtornos mentais necessitam de atenção especial dos serviços de saúde, uma vez que apresentam sobrecarga pela tensão do dia a dia em seus lares, pelo convívio com o sofrimento do outro, pelas preocupações com a criança, pela necessidade de prestar assistência ao menor na vida cotidiana, e, ainda, pelo elevado grau de incômodo e de dúvida, os quais expressam ao monitorar os comportamentos da criança.

Compreender o itinerário percorrido por crianças com agravos à saúde mental até chegarem ao serviço de saúde, provoca reflexões relevantes sobre o que leva os diferentes atores sociais a buscarem esse tipo de cuidado.

Na literatura científica, há várias discussões acerca da saúde mental na infância. Menezes (2013); Daltro (2018); Ballester (2021); Lourenço (2021)

afirmam que a saúde mental de crianças, no Brasil, é uma área carente quanto à prevenção e à promoção. Afirmam também que são necessárias ações direcionadas a essas crianças, bem como repensar o caminho metodológico percorrido nos programas de intervenção, inserir nas políticas públicas ações de prevenção e promoção à saúde mental, promoção e mudanças culturais que olhem as crianças como atores e protagonistas no seu processo de desenvolvimento e crescimento.

Saúde mental na infância é algo muito significativo que pode trazer consequências marcantes na vida desse sujeito e das pessoas com as quais ele convive, em especial, quando carrega rótulos, marcas, segregação ou exclusão social. Assim, esse artigo buscou identificar as demandas, fortalezas e desafios de saúde mental na infância, no contexto da Estratégia de Saúde da Família.

2 ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA - (ESF)

A Estratégia Saúde da Família visa a reorganização da atenção básica no país, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, e é tida pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais para expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (Brasil, 2011).

Um ponto importante é o estabelecimento de uma equipe multiprofissional (equipe de Saúde da Família – ESF) composta por, no mínimo: (I) médico generalista, ou especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade; (II) enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família; (III) auxiliar ou técnico de enfermagem; e (IV) agentes comunitários de saúde.

Avaliando que muitas vezes as equipes não se encontram preparadas para lidar com o tema saúde mental em quaisquer instâncias, o Ministério da Saúde estimula a expansão de diretrizes que incluam a dimensão subjetiva dos usuários nas ações da atenção básica, como uma forma de “responsabilização

em relação à produção da saúde, à busca da eficácia das práticas e à promoção de equidade, da integralidade e da cidadania num sentido mais amplo” (Brasil, 2017, p. 34), criando uma rede de cuidados em saúde mental que se estruture a partir da Atenção Básica, obedecendo ao modelo de redes de cuidado de base territorial e buscando o estabelecimento de vínculos e acolhimento.

No campo da Saúde Mental, em Passos-MG, onde ocorreu a pesquisa, destacam-se os ambulatorios de saúde mental e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em suas diferentes modalidades. No que se refere à Saúde Geral, especificamente da atenção básica, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) tem lugar estratégico nas ações de prevenção e detecção precoce das demandas relativas à saúde mental de crianças e adolescentes. Na área da Educação, está previsto o planejamento da cobertura universal da população quanto à oferta de estabelecimentos públicos de ensino, da educação infantil ao ensino médio. Além disso, conta-se também com as várias instituições filantrópicas que oferecem ações educacionais e de reabilitação aos alunos especiais em todo o país, como a Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE).

Na Política Nacional de Assistência Social (PNAS) propõem-se os Centros de Referência da Assistência Social (CRAS), com o objetivo de desenvolver ações de proteção em áreas de vulnerabilidade social. Na esfera da Justiça/Defesa de direitos, os Conselhos Tutelares, estabelecidos pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), são responsáveis por cuidar dos cumprimentos dos direitos das crianças e dos adolescentes (Couto, 2008).

A prática do dia a dia aponta para uma incipiente atuação dos profissionais da ESF na saúde mental. Lima Martins (2009) alerta numa revisão bibliográfica que as ações têm sido baseadas nos encaminhamentos para os demais serviços da rede de atenção, gerando assistência fragmentada e destituída de vínculo entre o cliente e a equipe de saúde. Para a autora, isso se deve pelo despreparo dos profissionais para lidar com questões da saúde mental, que advém da formação, bem como pelas várias demandas no serviço, restando pouco espaço e dedicação para atenção integral e sensível às necessidades dos usuários.

3 METODOLOGIA

O trabalho de campo realizado nesta pesquisa foi norteado pelo método etnográfico. A utilização deste método ilustrou a importância do trabalho de campo na pesquisa, conforme Malinowski (1990), pois a realidade é apresentada de maneira ímpar e única a ser apreendida e interpretada pelo pesquisador. Os dados observados e coletados foram sistematizados e articulados para a elaboração de um conhecimento amplo sobre tal realidade, evidenciando assim experiências concretas e não ideias generalizadas (Nakamura, 2007).

A pesquisa de campo, inspirada pela abordagem etnográfica, propôs ir além de relatar ou reportar as experiências e/ou eventos observados. Coube ao pesquisador explicar como as experiências e dinâmicas em contextos particulares constituem “teias de significados”. Segundo Max Weber, o homem é um animal amarrado a teias de significados que ele mesmo teceu e a cultura são essas teias e sua análise, entendida, portanto, não como uma ciência experimental em busca de leis, mas como uma “ciência interpretativa, à procura de significado” (Geertz, 1978, p. 14).

A teoria da Antropologia Interpretativa, de Geertz (1978) busca compreender a cultura de povos nativos numa visão de dentro, isto é, fora do olhar colonizador - olhar marcado pela diferenciação e pela superioridade - e centraliza a análise no comportamento humano e, consequentemente, na ação simbólica.

Tomando como referencial teórico-metodológico os conceitos de cultura e significados, estreitamente vinculados, a pesquisa etnográfica realizada em duas unidades da ESF, no sudoeste de Minas Gerais, possibilitou a aproximação e a compreensão de experiências particulares em relação aos processos de saúde mental na infância, analisadas e discutidas à luz dos trabalhos identificados sobre o tema, em uma perspectiva sociocultural.

Os dados foram obtidos por meio de entrevistas com roteiro semiestruturado, realizadas com profissionais dos serviços. Os participantes da

pesquisa foram profissionais da equipe (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, agente de saúde) que tivessem, no mínimo, um ano de atuação no serviço. Entrevistaram-se dois médicos; duas enfermeiras; dois técnicos de enfermagem; dois agentes de Saúde, totalizando oito participantes em contextos distintos.

As entrevistas foram gravadas, transcritas e analisadas à luz do referencial teórico proposto na pesquisa. Para a produção dos dados, usou-se como instrumento o roteiro, com intenção de compreender as demandas de saúde mental das crianças, bem como a opinião, juízo e entendimento sobre o tema, segundo os discursos dos profissionais da ESF. Os participantes não foram interpelados seguindo a ordem do roteiro, mas respeitaram-se os conteúdos que apareciam no momento da entrevista. As visitas nas unidades foram registradas num diário de campo seguindo data, horário, local e assunto.

Participantes

Constituiu-se de profissionais de duas unidades da Estratégia de Saúde da Família (ESF) de um município do sudoeste de Minas Gerais, sendo uma delas localizada na periferia e a outra na região central da cidade.

Local do estudo

O primeiro município sul-mineiro foi Capoeiras, por estar, àquela época, situada a povoação em uma densa capoeira (mata). O segundo foi Vila Formosa do Senhor Bom Jesus dos Passos. Foi dado ao antigo arraial das Capoeiras em virtude de o alferes João Pimenta de Abreu, devoto do Senhor Bom Jesus dos Passos, ter erigido o primeiro templo nesta cidade em cumprimento de uma promessa. Mais tarde o nome foi simplificado para Passos.

Os primeiros desbravadores da região foram os alferes João Pimenta de Abreu e seus parentes, os quais ali se fixaram atraídos, sobretudo, pela topografia, fertilidade do solo e existência do ouro às margens do rio Grande. Em 1823, já era grande o povoado, quando Domingos Vieira de Souza e Joaquim Lopes da Silva construíram as suas fazendas, concorrendo poderosamente para a formação do arraial. Com o passar dos anos e a

chegada de novos mineradores o povoado se alargou, tornando-se conhecido em toda a província de Minas Gerais pelo nome de Arraial da Capoeira.

Pela provisão de 11 de dezembro de 1835, foi a primeira capela elevada à categoria de capela curada, inaugurada em 20 de março de 1836, tendo por padroeiro Senhor Bom Jesus dos Passos. A vila foi elevada à categoria de cidade em 1858, conservando a mesma denominação desde então (IBGE, 1959).

Atualmente, a cidade se destaca como polo regional e possui uma economia baseada, principalmente, na agropecuária e no agronegócio, em indústrias de confecções e móveis, além de um forte setor de serviços. A cidade tem sedes de instituições públicas como Superintendência Regional de Ensino, Polícia Militar, Departamento de Estrada e Rodagem (DER), Gerência Regional de Saúde, Centro Regional do Conselho Regional de Engenharia e Agronomia, Ordem dos Advogados do Brasil, dentre outros.

Serviços de saúde

A cidade conta com três hospitais, sendo dois para atendimento geral e um psiquiátrico. Dois são conveniados ao Sistema Único de Saúde – SUS e um hospital de caráter privado. Há uma unidade de Policlínica Central que oferece atendimentos a diferentes especialidades médicas e um Ambulatório-Escola.

Na interface educação e saúde há o Centro de Atendimento Especializado (CAE) – essa instituição atende alunos da rede municipal da educação e compõe-se por uma médica pediatra e quatro psicopedagogos e a APAE (Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais) que atende crianças da cidade e da região.

A Atenção Primária é composta por nove Unidades Básicas de Saúde, distribuídas em diferentes localidades da cidade. Há também um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II) e um Caps AD, um Pronto-Socorro e dezessete Unidades de Saúde da Família. As equipes de cada Unidade de Saúde são compostas por um médico, um enfermeiro, um auxiliar ou técnico de enfermagem e seis agentes comunitários.

A entrada nestes serviços é de maneira espontânea ou resultante de algum trabalho em rede como encaminhamento de algum outro serviço por outros profissionais da atenção básica e especializada, como também por

professores e educadores. Primeiramente, o acompanhante e a criança são recepcionados e, ao terem as queixas relatadas, é constatado se o serviço é adequado ou não através de triagem, anamnese, relatos de sintomas, etc.

Aspectos éticos

A pesquisa seguiu as normas definidas pela Resolução 466/12 do CNS/MS, destinada a pesquisas que envolvem seres humanos. Todos os participantes foram esclarecidos a respeito da natureza da pesquisa. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi assinado por todos os participantes. A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo (CAAE: 45807515.7.0000.5505).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram feitas oito entrevistas em momentos e locais diferentes, conforme a possibilidade de cada profissional da equipe. A entrada no campo e o aceite para a observação ocorreram por meio de várias conversas com as responsáveis pelo serviço – as enfermeiras.

Os momentos de observação aconteceram entre duas e quatro horas semanais, num período de seis meses. Nessa fase os profissionais das equipes, aos poucos, demonstraram mais abertura para participar da pesquisa.

Questionados sobre as demandas de saúde mental na infância nas unidades de saúde, os profissionais, num primeiro momento, afirmaram que não havia muitos casos de crianças para atendimento em saúde mental. Observou-se a ênfase dada no discurso de alguns profissionais em quantificar o atendimento de saúde mental infantil em suas respectivas unidades de saúde, ao mencionarem a ausência ou os poucos casos atendidos na unidade de saúde. Os profissionais entrevistados parecem privilegiar a quantificação e não a criança em suas particularidades, seu contexto de vida, o sentido e o significado que o problema tem para ela e para sua família.

Aqui nesse PSF há muitos casos de problema mental adulto, mas na infância há poucos casos. Eu conheço apenas um caso de uma criança que tem problema de

conduta; muito agressiva na escola. Quando tive conhecimento desse caso procurei o agente comunitário, que é um apoio muito grande para se conhecer os casos na comunidade; através dele foi avisado à família para trazê-lo ao PSF (Médico da Periferia)

Então... eu acho que tem uma ou duas crianças, porque aqui na nossa área... Aqui é uma área do centro, então a gente tem muito é idoso. Na nossa área a gente tem poucas crianças... mas a gente tem assim... crianças especiais...a gente tem! Lógico!” “[...] quem faz essa captura é o agente de saúde...ele que traz a situação para a gente. Aí a gente que dá o andamento de tudo e entra em contato com os outros serviços” (Técnico de Enfermagem do Centro)

Revela-se, portanto, um grande desafio entender se essas crianças estão, realmente, sendo notadas ou se estão no campo da invisibilidade.

Foi possível verificar que os adultos (pais, mães, profissionais, escola) observam que há algum comportamento diferente na criança, se comparados a outras crianças. Agitação, agressividade, dificuldade de aprendizagem, dificuldade em adequar-se às regras sociais são as principais causas da criança ser considerada “normal” ou “anormal”. Portanto, é a partir dessa classificação que servirá como guia para um possível diagnóstico e um tratamento especializado.

A mãe até usou os termos: “meu filho é muito inquieto, ele não para ele não tem paciência de brincar 15 minutos ou 10 minutos ali, ele já solta, já sai, já procura outra... e o dia todo correndo, então até o professor pediu pra que eu observasse porque até dentro da sala de aula essa criança levanta, sai, sem limites” (Técnico Enfermagem da Periferia)

O sentido de levar uma criança à ESF para buscar auxílio parece estar sustentado na ideia de uma infância “normal”, ou seja, o que é socialmente aceito. Além das buscas por razões de saúde em geral (físicas e biológicas), chamou atenção as queixas observadas em instituições escolares (agressividade, agitação, problemas de conduta etc.) repassando “o caso” para a área da saúde, a fim de solucioná-lo. Repete-se o mesmo histórico

apresentado por Philippe Aries (Aries, 1978), em que a concepção e soberania dos adultos, a partir de sua maneira de sentir e de expressar em detrimento ao da criança. As crianças são classificadas, diagnosticadas e tratadas segundo o olhar do adulto.

[...] Isso, foi encaminhado pra Doutora R. – que é ela que faz esse tratamento aqui pelo SUS (Agente de Saúde do Centro)

Contar com o apoio de bons profissionais que tenham um olhar voltado a essa população, além do envolvimento da família e da escola, são elementos relevantes na identificação e apoio a crianças com questões de saúde mental.

Com um olhar mais ágil, amplo e sensível, pode-se evitar a piora de algum quadro de saúde mental específico da criança, o que pode causar sofrimentos e prejuízos no seu dia a dia. É relevante que profissionais atuem de forma preventiva com as crianças que passam ou passaram por eventos de vida difíceis, em especial as mais próximas das comunidades atendidas pela ESF.

Através dos discursos dos profissionais sobre saúde mental infantil foi possível identificar distinção entre a prática diária e o que ele pensa sobre o tema. Entendeu-se que isso ocorre pelo fato de que a formação dos profissionais, comumente, privilegia o paradigma biomédico, ainda que tais práticas diárias sejam permeadas também por significados particulares, em variados contextos.

O agir dos profissionais, perpassado por circunstâncias socioculturais, está repleto de situações que exigem uma observação atenta do contexto, visando sempre o processo complexo de tomada de decisão técnica. Decidir sobre que caminho uma criança irá trilhar é imperativo e primordial o envolvimento entre os profissionais da equipe e o estudo de cada caso, em sua especificidade. Entende-se que há um grande risco do profissional não “enxergar” peculiaridades quando as ações são naturalizadas, ou seja, quando em algumas situações ou eventos, o profissional já espera ou pensa saber a resposta.

Os profissionais, na prática diária, parecem não ver o sujeito (criança), mas a classificação e o diagnóstico denominando um caminho a ser seguido

(tratamento). A criança é um ser social e o processo de qualquer doença é confuso não só para a criança, mas também para os seus pais ou responsáveis, bem como para alguns profissionais, conforme vários relatos. Deve-se refletir que quando uma criança recebe uma determinada classificação, parece que ela não é outra coisa mais na vida, na visão do senso comum e de vários grupos sociais (Guarido, 2007).

Chee (2012) e Duarte (2015) apontaram sobre a importância de conhecer os pacientes atendidos na área de saúde mental, para que se possa, não somente encaminhar ou realizar um determinado tratamento, mas também planejar ações de prevenção de doenças mentais e promoção da saúde a fim de diminuir casos de problemas mentais na infância.

Os discursos dos profissionais, ao falarem de suas práticas diárias, são favoráveis na observação sensível de questões de saúde mental na infância. Essa lacuna, apontada por Tanaka (2009) e Cavalcante (2012), na qual afirmam que a área da saúde mental na infância é carente, bem como se faz necessário reexaminar o percurso e novas ações direcionadas a essa população.

Olha, eu acho que é um problema que a gente não tá preparado para enfrentar, infelizmente! A maioria dos profissionais! Porque é criança...já é uma população difícil de lidar...o profissional ele tem de ter um perfil para lidar...E às vezes ele vê aquela criança com aquele problema, mas pela dificuldade ou por uma barreira não consegue estar lidando com aquilo ali. Até mesmo o adulto, o paciente mental...a gente vê que são poucos profissionais que sabem lidar...é uma dificuldade! Realmente! (Enfermeira do centro)

Sobre a percepção de um problema de saúde mental na criança, normalmente, do olhar dos pais ou da escola, os quais, por sua vez, repassam as informações ou desconfortos aos agentes de saúde, e assim tais informações são repassadas às suas respectivas unidades de saúde. Despertam-se, portanto, a necessidade de reflexões sobre a intercomunicação da equipe no serviço, fator discutido na pesquisa da Silva Nogueira (2015), ao afirmar que os profissionais, prestadores de cuidados de saúde, têm apresentado dificuldades de manter uma comunicação que favoreça o trabalho

em equipe. Diferenças hierárquicas, poder e conflitos no contexto do serviço no campo da saúde têm influenciado, diretamente, na maneira de estabelecer uma comunicação saudável para que se efetive a qualidade dos cuidados, fazendo com que as categorias profissionais atuem individualmente, em detrimento do trabalho em equipe.

É certo, como falei anteriormente, que o trabalho está muito bom e que estão fazendo muitas coisas, mas ainda falta fazer uma maior investigação para procurar esses casos na comunidade, porque há casos na comunidade que nem médico e nem a equipe conhece e ficam sozinhos na comunidade e, a equipe de saúde, tem de tomar parte no assunto. E o objetivo fundamental é investigar e encontrar esses casos e incorporá-los na atenção de saúde para resolver o problema (Médico da periferia)

É responsabilidade da equipe de saúde mental refletir sobre a constante demanda do público infantil ao serviço de saúde mental. É necessário ainda que todos os profissionais da equipe participem, diretamente, do cuidado à criança, conhecendo seu contexto e acompanhando seu processo (Guarido, 2007).

Quando encaminho, o primeiro passo é encaminhar para o tratamento psicológico, com um relatório bem-feito e assim o psicólogo saberá se encaminha ao psiquiatra, ou seja, ele que faz o trabalho [...] Normalmente, as crianças que chegam aqui vêm encaminhadas de outros setores (escola) e aí faço o encaminhamento dele para o psicólogo (Médico do centro)

Numa outra vertente, percebeu-se a tendência de alguns profissionais da saúde ao receber casos que advêm da escola, conforme citado acima, tentar diagnosticá-los ou tratá-los dentro de modelos clínico e biomédico. Observa-se, portanto, o desvio das questões de saúde mental na infância do âmbito escolar para o âmbito da saúde, em especial, aos médicos e psicólogos. Entende-se que uma criança que não presta atenção ou está muito agitada em sala de aula, como descrito em alguns relatos de profissionais, deve ser um compromisso e atribuição da escola. Porém, considerar o contexto da criança torna-se relevante.

Quando a gente trabalha com uma população adscrita, você já conhece o histórico da família...já sabe como é o pai, como é a mãe, já sabe como que é a avó, sabe quais os medicamentos que a família usa, então você conhece o ambiente familiar. É muito mais do que a criança chegar sintomático aqui... então a gente já tem um contato prévio com o histórico... então eu acho que isso ajuda muito. Então se a gente vir que o contexto não ajuda aí a gente já pede auxílio pra essas pessoas mais especializadas pra que ajude a caminhar com aquela criança. (Enfermeira da periferia)

Philippe Ariès (1978), já alertava sobre a concepção e soberania dos adultos, a partir de sua maneira de sentir e de expressar em detrimento ao da criança. As crianças são classificadas, diagnosticadas e medicadas, segundo o olhar do adulto (Paula, 2007). Algumas crianças têm, incontestavelmente, melhoras pela prescrição de um tratamento medicamentoso, mas porque esse tratamento sintomático deve dispensar uma reflexão com a criança e seus pais quanto ao significado de suas dificuldades na trajetória de sua existência? Parece-nos ser uma reflexão evitada pelo modelo biomédico, mas amplamente apontada e valorizada nos discursos de profissionais das equipes de saúde.

No PSF fazemos todas as ações corretas para a atenção nesse tipo de caso: encaminhamos ao CAPS e estamos esperando um retorno. Encaminhamos também ao psicólogo, porque CAPS é uma instituição como parte do programa de atendimento a esses casos, que fazem um acompanhamento aos pacientes com problema de saúde mental, tanto na infância, adolescência e adultos [...] Os critérios que eu considereei foram os sintomas que a mãe dele falou, dos comportamentos de conduta – o que me faz pensar que esse paciente tem um problema de comportamento, mas não é uma doença como tal porque os problemas na infância estão nos transtornos de conduta que estão enraizados na forma de ser da criança... ou se tem algum problema com a família, algum mal funcionamento familiar, alguma drogadição, algum abuso domiciliar, alguma coisa assim que leva a criança a ter essa conduta. Mas não é uma doença...como tal...específica... é somente um transtorno de conduta, que tem solução até então... (Médico da periferia)

Guarido (2007) e Zanella (2016) afirmam que não se deve mais sujeitar o cuidado à saúde mental da criança somente ao modelo biomédico e ao discurso psiquiátrico, libertando as crianças dos destinos previstos nos prognósticos médicos, pois parecem simplificar outros fatores relacionados. Os discursos dos profissionais estão alinhados com a visão de Nakamura e Santos (2007), os quais ressaltam e valorizam sobre a importância do contexto sociocultural e a rede de relações sociais nas quais as crianças estão inseridas.

O agir dos profissionais, perpassado por circunstâncias socioculturais, está repleto de situações que exigem uma observação atenta do contexto, visando sempre o processo complexo de tomada de decisão técnica. (Menezes, 2013).

Eu acho que já vem uma coisa hereditária... uma coisa que vem da própria genética...que a gente sabe que no teste do pezinho pode dar..às vezes a pessoa já tem uma síndrome de down ou às vezes por abandono, a própria família...aí começa os problemas, eu acho!!! (Técnico de Enfermagem Centro)

Os resultados do estudo demonstram os desafios e inexperiência dos profissionais para lidar com questões de saúde mental infantil. Observa-se, portanto, que a prática diária dos profissionais diante dessa população, apresenta a inevitabilidade de repensar a formação de toda equipe sobre saúde mental, especialmente da população infantil.

5 SAÚDE MENTAL NA INFÂNCIA E DEFICIÊNCIA INTELECTUAL

Os campos de Saúde Mental e Deficiência Intelectual compartilham a mesma origem histórica, pois ambos lutam em defesa aos direitos das populações com histórico de institucionalização, porém seguiram caminhos específicos (Surjus, 2014).

Os problemas mentais seguem um modelo de assistência focado na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) que conta com o apoio do NASF e CAPS. Já a Deficiência Intelectual tem origem a partir dos anos 2000 com recentes reformulações em sua própria nomenclatura – deficiência mental, portador de necessidades especiais etc. – esse termo é usado atualmente para diferenciar do funcionamento do intelecto e dos quadros de problemas mentais.

A American Association on Intellectual and Developmental Disabilities, define a Deficiência Intelectual como limitações significativas no funcionamento intelectual e no comportamento adaptativo, como expresso nas habilidades práticas, sociais e conceituais, originando-se antes dos 18 anos (APA, 1994).

Nos processos de desinstitucionalização, com o fechamento de hospitais psiquiátricos, a assistência foi reformulada, tanto para serviços de base comunitária em saúde mental como também da criação de instituições sociais de apoio às pessoas com deficiência intelectual. Porém, estima-se que mais de um terço das pessoas com deficiência intelectual têm associados diagnósticos de transtornos mentais (Surjus, 2014).

Pareceu-nos clara a imprecisão dos profissionais de como e quando encaminhar uma criança a outros serviços:

Aqui, antigamente, a gente encaminhava direto para o CAPS que é onde a gente tem o atendimento do psicólogo” [...] “Agora a gente entra em contato com a APAE para um profissional específico se a gente nota algum atraso no desenvolvimento, alguma coisa nas consultas...ou eu ou o médico...então a gente entra em contato para encaminhar (Enfermeiro do Centro).

Elas têm um acompanhamento pelo... APAE! [...] Às vezes a criança não está desenvolvendo bem na escola, está dando muito problema...aí o Dr. encaminha para o psicólogo (Agente de Saúde do Bairro).

[...] Então não é muita criança de saúde mental... aí elas fazem o acompanhamento na APAE. E aí...fica na APAE...até a APAE fez um...desenvolveu uma ação para que os PSF's conhecessem essas crianças, eles deram a lista pra gente e o médico fez a consulta com essas crianças. Mas são assim... crianças hiperativas ou que tiveram algum problema no parto ou que tem histórico da mãe... [...] Já foram pra lá diagnosticadas. Aí...se a gente vê alguma alteração na puericultura – de desenvolvimento – aí a gente pode encaminhar para APAE. A gente pode fazer esse encaminhamento para a Dra. R. (pediatra) na APAE para ela avaliar e dar o segment. (Enfermeiro da Periferia).

Não nos parece clara a delimitação de questões de saúde mental, transtornos mentais ou da deficiência mental nos serviços. O diagnóstico limita

o acesso aos diferentes serviços e o que nos faz pensar é uma criança com algum tipo de problema mental (depressão, esquizofrenia, autismo etc.) tendo atendimento numa instituição de referência para problemas mentais (CAPS, Ambulatórios de Saúde Mental) e, porventura, apresentar algum diagnóstico especificamente do intelecto. Caso confirmado, a família perde o serviço de referência e inicia-se uma busca a outro serviço de acesso à instituição específica para aquele novo diagnóstico.

É uma questão relevante e ampla. Assim, entende-se que o diálogo e a comunicação entre gestores e profissionais dos serviços são primordiais para acesso de qualidade às questões voltadas para a saúde mental das crianças.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Entende-se que olhar para a saúde mental das crianças seja algo recomendado para evitar, no mínimo, a progressão da patologia. Porém, a classificação, a avaliação e o diagnóstico devem exigir prudência por parte dos profissionais, uma vez que se podem constatar diferenças pequenas e tênues entre problemas de conduta, problemas emocionais e características individuais de cada criança, em sua fase específica de desenvolvimento.

Não se deve cobrar apenas da família a responsabilidade de acompanhar e observar situações de riscos maléficos para a saúde mental da criança. Há várias situações que se tornam prejudiciais e urgem reflexões e atenção por parte do poder público, da sociedade, dos profissionais da educação e saúde, como o bullying no espaço escolar e na comunidade; abuso sexual e psicológico; evasão escolar; ausência de serviços de saúde mental voltados, especificamente, para crianças; professores desmotivados e despreparados, sem apoio e sem condições de trabalho; grupo de apoio às novas configurações familiares, dentre outras.

REFERÊNCIAS

ANSELM, L., Fleitlich-Bilyk, B., Menezes, A. M. B., Araújo, C. L., & Rohde, L. A. . Prevalence of psychiatric disorders in a Brazilian birth cohort of 11-year-olds. **Social psychiatry and psychiatric epidemiology**, 45(1), 135-142, 2010.

APA - American Psychiatric Association. **Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders**. 4. Ed. Washington, Dc, 1994.

ARIES, Philippe. **História Social da Criança e da Família**. Rio de Janeiro. LTC, 1978.

BALLESTER, D.A. et al. Saúde mental na escola: resultados preliminares de uma ação entre professores e alunos do ensino fundamental. **Expressa Extensão**, v. 26, n. 2, p. 131-139, 2021.

BRASIL, C., & REIS, G. G.. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial: Brasília**, 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PAC). Diário Oficial União. 24 out 2011 [citado 29 set 2018]; Seção 21:40.

BOSSATO, H.R. et al. Protagonismo do usuário na assistência em saúde mental: uma pesquisa em base de dados. **Barbarói**, n. 58, p. 95-121, 2021.

CAVALCANTE, C. M., Jorge, M. S. B., & Santos, D. C. M. Onde está a criança?: desafios e obstáculos ao apoio matricial de crianças com problemas de saúde mental. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, 22(1), 161-178, 2012. <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312012000100009>

CHEE, C. C., Guignon, N., Delmas, M. C., Herbet, J. B., & Gonzalez, L. Estimation de la prévalence de l'épisode dépressif chez l'adolescent en France. **Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique**, 60(1), 31-39, 2012.

COUTO, M. C. V., Duarte, C. S., & Delgado, P. G. G. A saúde mental infantil na Saúde Pública brasileira: situação atual e desafios; Child mental health and Public Health in Brazil: current situation and challenges. **Rev bras psiquiatr**, 30(4), 390-8, 2008.

SILVA NOGUEIRA, J. W., & Rodrigues, M. C. S. Comunicação efetiva no trabalho em equipe em saúde: um desafio para a segurança do paciente. **Cogitare Enfermagem**, 20(3), 2015.

DALTRO, M. C. D. S. L., Moraes, J. C. D., & Marsiglia, R. G. Cuidadores de crianças e adolescentes com transtornos mentais: mudanças na vida social, familiar e sexual. **Saúde e Sociedade**, 27, 544-555, 2018.

FLEITLICH, B. W., & Goodman, R. Implantação e implementação de serviços de saúde mental comunitários para crianças e adolescentes. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, 24(1), 2-2, 2002.

FLISHER, A. J., Kramer, R. A., Grosser, R. C., Alegria, M., Bird, H. R., Bourdon, K. H., ... & Narrow, W. E. Correlates of unmet need for mental health services by children and adolescents. **Psychological medicine**, 27(5), 1145-1154, 1997.

GUARIDO, R.. A medicalização do sofrimento psíquico: considerações sobre o discurso psiquiátrico e seus efeitos na Educação. **Educação e pesquisa**, 33(1), 151-161, 2007.

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro. Ed. LTC, 1978.

GREENBERG, M. T., Domitrovich, C., & Bumbarger, B. The prevention of mental disorders in school-aged children: Current state of the field. **Prevention & treatment**, 4(1), 1a, 2001.

HUANG, L., Stroul, B., Friedman, R., Mrazek, P., Friesen, B., Pires, S., & Mayberg, S. Transforming mental health care for children and their families. **American Psychologist**, 60(6), 615, 2005.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística Diretoria de Pesquisas (IBGE) DPE -Coordenação de População e Indicadores Sociais-COPIS. <http://cod.ibge.gov.br/234TL>

LIMA MARTINS, Á. K., Batista Braga, V. A., & Alves e Souza, Â. M. Práticas em saúde mental na Estratégia Saúde da Família: um estudo bibliográfico. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, 10(4), 2009.

LOURENÇO, M.S.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**, n. AHEAD, 2020.

MALINOWSKI, B.. **Argonautas do pacífico ocidental**. São Paulo: Abril Cultural, 2, 1978.

MARINI, A. M., Martins, M. R. I., Vigãno, A., Marques Filho, A. B., & Pontes, H. E. R. Sobrecarga de cuidadores na psiquiatria infantil. **Rev Neurocienc**, 18(3), 300-6, 2010.

MENEZES, Jordana Calil Lopes de. **Desenvolvimento positivo e saúde mental de crianças: uma revisão sistemática de estudos brasileiros**. 2013. xix. 117 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura) - Universidade de Brasília, Brasília, 2013.

Ministério da Saúde (Brasil). Política Nacional de Atenção Básica. 2017. [acesso em 23 abr 2020] Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html.

NAKAMURA, E.; & Santos, J. Q. D. Depressão infantil: abordagem antropológica. **Revista de saúde pública**, 41, 53-60, 2006.

PAULA, C. S.; DUARTE, C.S., & Bordin, Isabel A.S. Prevalence of mental health problems in children and adolescents from the outskirts of Sao Paulo

City: treatment needs and service capacity evaluation. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, 29(1), 11-17, 2007. Epub October 18, 2006. <https://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462006005000012>

TAKAHASHI, M., Tanaka, K., & Miyaoka, H. Depression and associated factors of informal caregivers versus professional caregivers of demented patients. **Psychiatry and clinical neurosciences**, 59(4), 473-480, 2005.

SEGRE, M., & Ferraz, F.C. O conceito de saúde. **Revista de Saúde Pública**, 31(5), 538-542, 1997. <https://dx.doi.org/10.1590/S0034-89101997000600016>

SOUZA, E. C. F. D., Vilar, R. L. A. D. et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, 24, s100-s110, 2008.

SURJUS, Luciana Togni de Lima e Silva. **Deficiência intelectual e saúde mental: quando a fronteira vira território** = Intellectual disability and mental health when the border land becomes. 2014. 78 f. Tese (doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, SP. Disponível em: <<http://www.repositorio.unicamp.br/handle/REPOSIP/313044>>.

ZANELLA, Michele et al. Medicalização e saúde mental: Estratégias alternativas. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, v. 15, p. 53-62, 2016.