



Compreendendo os desafios no cuidado da saúde mental infantil das equipes de saúde na atenção básica

Understanding the challenges in child mental health care for health teams in primary care

Entendiendo los desafíos en la atención en salud mental infantil para los equipos de salud en atención primaria

Karina Farias Ferraz¹, Isabelle Diniz Cerqueira Leite², Leopoldo Nelson Fernandes Barbosa².

RESUMO

Objetivo: Compreender a atuação das equipes de Saúde da Família (eSF) nos cuidados à saúde mental infantil. **Métodos:** Trata-se de estudo transversal descritivo cuja população foi composta por 69 profissionais das eSF do Recife-PE. Foi utilizado questionário eletrônico elaborado pelos pesquisadores baseado no PMAQ com perguntas referentes a dados sociodemográficos e autoavaliação/condução clínica dos profissionais. Os dados obtidos foram analisados por estatística descritiva com auxílio dos testes de Fisher e qui-quadrado. O estudo foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa. **Resultados:** a maioria dos profissionais que acompanha crianças com transtorno mental se sente proativo, mas não capacitado; pequena porcentagem utiliza o apoio matricial e suporte do NASF-AB, apesar dos sentimentos de incapacidade ou de proatividade; há pouca discussão dos casos e não há elaboração do Projeto Terapêutico Singular; o cuidado ainda é centrado no saber médico. **Conclusão:** A não utilização das ferramentas da Atenção Básica, a centralização do cuidado médico e a falta de capacitação contribuem para a insegurança dos profissionais. São necessários fortalecimento do trabalho em rede e multidisciplinar, corresponsabilização dos casos, utilização de estratégias já presentes na AB e capacitação das equipes.

Palavras-chave: Atenção básica, Estratégia de saúde da família, Saúde mental, Saúde infantil.

ABSTRACT

Objective: Understand the role of Family Health teams (eSF) in child mental health care. **Methods:** This is a descriptive cross-sectional study whose population was made up of 69 FHS professionals from Recife-PE. An electronic questionnaire prepared by the researchers based on the PMAQ was used with questions regarding sociodemographic data and self-assessment/clinical conduct of professionals. The data obtained were analyzed using descriptive statistics with the aid of the Fisher and chi-square tests. The study was approved by the Research Ethics Committee. **Results:** the majority of professionals who support children with mental disorders feel proactive, but not trained; a small percentage uses matrix support and NASF-AB support, despite feelings of incapacity or proactivity; there is little discussion of the cases and there is no elaboration of the Singular Therapeutic Project; care is still centered on medical knowledge. **Conclusion:** Failure to use Primary Care tools, centralization of medical care and lack of training contribute to professional insecurity. It is necessary to strengthen network and multidisciplinary work, co-responsibility for cases, use of strategies already present in PC and training of teams.

Keywords: Primary care, Family health strategy, Mental health, Child health.

¹ Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (HC-UFPE), Recife - PE.

² Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS), Recife - PE.

RESUMEN

Objetivo: Comprender el papel de los equipos de Salud de la Familia (eSF) en la atención de la salud mental infantil. **Métodos:** Se trata de un estudio descriptivo transversal cuya población estuvo compuesta por 69 profesionales de la ESF de Recife-PE. Se utilizó un cuestionario electrónico elaborado por los investigadores con base en el PMAQ con preguntas relativas a datos sociodemográficos y autoevaluación/conducta clínica de los profesionales. Los datos obtenidos fueron analizados mediante estadística descriptiva con ayuda de las pruebas de Fisher y chi-cuadrado. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación. **Resultados:** la mayoría de los profesionales que apoyan a niños con trastornos mentales se sienten proactivos, pero no capacitados; un pequeño porcentaje utiliza el apoyo matricial y el apoyo de NASF-AB, a pesar de sentirse incapaces o proactivos; hay poca discusión de los casos y no hay elaboración del Proyecto Terapéutico Singular; La atención todavía se centra en el conocimiento médico. **Conclusión:** La falta de uso de herramientas de Atención Primaria, la centralización de la atención médica y la falta de capacitación contribuyen a la inseguridad profesional. Es necesario fortalecer el trabajo en red y multidisciplinario, la corresponsabilidad de los casos, el uso de estrategias ya presentes en AP y la capacitación de equipos.

Palabras clave: Atención primaria, Estrategia de salud de la familia, Salud mental, Salud infantil.

INTRODUÇÃO

A política de saúde mental no Brasil passa por um processo de Reforma Psiquiátrica (RP) desde a década de 1980, com o objetivo de superar o modelo asilar e hospitalocêntrico e promover uma atenção psicossocial baseada nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) (COUTO MCV e DELGADO PG, 2015).

A atenção básica (AB) assume um papel fundamental na promoção, prevenção e cuidado em saúde mental, especialmente para a população infantojuvenil, que requer uma abordagem integral e longitudinal. A Estratégia Saúde da Família (ESF) é uma das iniciativas da AB que visa fortalecer o vínculo entre os profissionais de saúde e as famílias, bem como estimular a participação comunitária e a intersetorialidade (ESSWEIN GC, et al., 2021).

No entanto, apesar dos avanços normativos e legais da RP, ainda existem muitos desafios para a efetivação do cuidado à saúde mental infantil (SMI) na AB. Alguns desses desafios incluem a falta de capacitação dos profissionais, a escassez de recursos materiais e humanos, a dificuldade de acesso aos serviços especializados e a baixa priorização da saúde mental infantil nas políticas públicas e nos planos de ação das equipes de saúde (ESSWEIN GC, et al., 2021).

A SMI é um tema de grande relevância para a saúde pública, pois envolve vários aspectos que interferem no desenvolvimento e na qualidade de vida das crianças e suas famílias. A promoção da saúde mental na infância envolve uma perspectiva mais abrangente, contextualizada e focada nos processos de saúde, em detrimento de uma abordagem reducionista, institucionalizante e que enfatizava a doença (ESSWEIN GC, et al., 2021; FERNANDES ADSA, et al., 2020).

Condições adequadas desde o planejamento familiar, acompanhamento no pré-natal, puericultura, trabalho nas relações familiares, treinamento parental, incentivo ao protagonismo, cidadania, sentimento de pertencimento, educação e saúde básica são fatores de extrema relevância e influenciadores da saúde mental no início da vida. Quando tais aspectos ocorrem em ambiente desfavorável, as chances para o desenvolvimento de transtornos mentais ainda nessa faixa etária aumentam. Estima-se que cerca de 10% a 20% das crianças e adolescentes apresentam algum tipo de transtorno mental, sendo que muitos deles não recebem o tratamento adequado ou oportuno, o que pode acarretar consequências negativas a curto e longo prazo (ESSWEIN GC, et al., 2021; FERNANDES ADSA, et al., 2020; SINIBALDI B, 2013).

Alguns estudos apresentam reflexões críticas sobre a atenção psicossocial no campo da SMI, considerando os desafios e as possibilidades de construir uma rede de cuidado que respeite os direitos e as singularidades das crianças e adolescentes em sofrimento psíquico. Analisam também as políticas e dispositivos assistenciais, destacando a importância da intersetorialidade, da participação social e da clínica ampliada (FERNANDES ADSA, et al., 2020; SINIBALDI B, 2013; SANTOS RGH e CELERI EHRV, 2017).

Pesquisas também apontam algumas lacunas e limites da atenção psicossocial infantojuvenil, como a escassez de serviços especializados, a medicalização excessiva e a falta de formação específica dos profissionais (FERNANDES ADSA, et al., 2020; GAWSKI A, et al., 2022; LOURENÇO MSDG, et al., 2020). Elas defendem a necessidade de fortalecer o protagonismo das crianças e adolescentes, bem como de suas famílias e comunidades, na construção de projetos terapêuticos singulares (PTS) e coletivos (ESSWEIN GC, et al, 2021; FERNANDES ADSA, et al., 2020).

Além dos desafios mencionados anteriormente, outros aspectos citados incluem o fortalecimento da articulação entre os diferentes níveis de atenção, garantindo a referência e contrarreferência dos casos que necessitam de acompanhamento especializado, ampliação da oferta e a capilaridade dos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi), bem como sua integração com as equipes de saúde da família e os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF-AB).

A implementação de ações de promoção e prevenção em saúde mental nos diversos espaços sociais, como escolas, creches, centros comunitários, entre outros, também é uma estratégia relevante (ESSWEIN GC, et al., 2021; CAMPOS DB, et al., 2020; COUTO MCV, et al., 2008; FERNANDES ADSA, et al., 2022).

De acordo com um estudo que analisou o contexto e os desafios da política de saúde mental no Brasil, as mudanças propostas pelo governo federal desde 2016 representaram um atraso em relação aos princípios da RP e do SUS, que visam garantir o direito à saúde mental, a desinstitucionalização, a atenção psicossocial e a participação social.

Os autores destacaram os principais pontos de conflito entre as propostas governamentais e os movimentos sociais e acadêmicos como o aumento da oferta de leitos psiquiátricos, a redução dos recursos para os serviços comunitários, a priorização do tratamento medicamentoso e a desqualificação do controle social, facilitando o aumento da exclusão social, da violação de direitos humanos e da morbimortalidade dos usuários de serviços de saúde mental o que inclui também a faixa etária infantojuvenil (ALMEIDA JMC, 2019).

Junto a isso, as mudanças no financiamento restrito da atenção primária por meio do programa Previnde Brasil trouxeram consequências negativas limitando a universalidade e aumentando as desigualdades sociais, além de outras propostas, como o não financiamento do NASF-AB, a revisão da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), o qual flexibilizou a composição de eSF e reduziu requisitos mínimos de profissionais para atender a população num território, e o fim do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) (MASSUDA A., 2020).

Um estudo publicado em 2016 na cidade do Recife-PE com foco na atenção psicossocial de crianças acompanhadas em CAPSi na cidade do Recife evidenciou relatos por parte de familiares dessas crianças, apontando insuficiência de especialistas na rede, conduta inadequada de profissionais atuantes em distintos níveis de complexidade e barreiras geográficas as quais dificultavam o acesso ao tratamento. Foi relatada por esses pais a impressão de descaso dos governantes em relação à saúde e à infância (FÉLIX LB e SANTOS MFS, 2016).

No que tange às dificuldades observadas no acompanhamento das crianças nos CAPSi, identificou-se elevado tempo de espera e reduzido tempo de duração dos atendimentos, insuficiência de profissionais, superlotação, infraestrutura inadequada do serviço, carência de orientações sobre modos de lidar com a criança e como estimulá-la (FÉLIX LB e SANTOS MFS, 2016).

Diversas pesquisas apontam para a necessidade de se avançar no conhecimento dos cuidados à SMI na AB e identificam a percepção dos profissionais pautada em dificuldades, como a falta de experiência, pouca afinidade com o campo e lacunas na formação profissional (FERNANDES ADSA, et al., 2022).

Portanto, a realização do presente estudo teve como objetivo compreender a atuação das eSF nos cuidados à SMI. Com esse trabalho, pretende-se contribuir com a temática, possibilitando a reflexão para ampliar o suporte e modificar as formas de cuidado à SMI na AB.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, tipo corte transversal, realizado em USF's de todos os Distritos Sanitários (DS) da cidade do Recife - PE. O estudo foi iniciado em janeiro de 2022 e teve término em fevereiro de 2023.

A população do estudo foi composta por 69 profissionais (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde, dentistas, técnicos de saúde bucal e auxiliares de saúde bucal) de eSF que atuam nos oito DS da cidade. Foi aceita como válida a participação do maior número de pessoas que aceitaram o convite e responderam ao questionário no prazo de três meses.

Os critérios de inclusão considerados foram os profissionais de saúde das eSF's que tinham vínculo com a USF por mais de seis meses. Como critério de exclusão, definiu-se os profissionais que estavam de férias ou em licença no período da coleta de dados.

Após aprovações da Carta de Anuência pela Prefeitura da Cidade do Recife (PCR) e da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Pernambucana de Saúde (CEP/FPS), sob CAAE nº. 57157222.8.0000.5569, número do parecer 5.341.122, os participantes responderam ao questionário eletrônico composto por duas partes: a primeira com perguntas sobre as características sociodemográficas dos participantes e a segunda com perguntas referentes ao objeto do estudo, as quais foram desenvolvidas pelos pesquisadores com base nas questões do Módulo II do PMAQ (Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica).

Os dados das respostas foram digitados com dupla entrada em uma planilha de dados Excel e, posteriormente, foram avaliados no software *R*, o qual é um programa de domínio público e tem a função de analisar e interpretar os resultados de uma pesquisa, permitindo a realização de cálculos e geração de gráficos.

Para a análise de associação entre as variáveis foi utilizado o teste qui-quadrado ou o teste exato de Fisher, quando as condições para a utilização do teste qui-quadrado não foram verificadas. O nível de significância considerado em todos os testes foi de 5% e os resultados foram apresentados através de medidas descritivas de contagem, com suas medidas centrais e de dispersão.

As variáveis com significância de relação foram: percepção de proatividade, saber informar demandas em saúde mental infantil, necessitar de ajuda de um profissional especializado, atuação no processo de referência/contrarreferência, realizar ações para crianças em uso crônico de psicotrópicos.

RESULTADOS

A amostra do presente estudo foi de 69 participantes, a maioria composta por mulheres (91,18%). A faixa etária mais frequente entre os participantes foi entre 41 e 44 anos (20,58%). As profissões com maior participação foram médicas, agentes comunitários de saúde (ACS) e enfermeiros (41,79%, 32,84% e 11,94% respectivamente) - **Tabela 1**.

Tabela 1 - Perfil sociodemográfico

Variáveis	N	%
Sexo		
Feminino	62	91,18%
Masculino	6	8,82%
Idade		
24 – 35 anos	9	13,23%
36 – 40 anos	9	13,23%
41 – 44 anos	14	20,58%
45 – 49 anos	10	14,7%
50 – 53 anos	9	13,23%
54 – 58 anos	7	10,29%
60 – 65 anos	8	11,76%
66 – 69 anos	2	2,94%
Estado civil		

Variáveis	N	%
Casado	41	60,29%
Solteiro	11	16,18%
União estável	9	13,24%
Separado/divorciado	7	10,29%
Outros	0	0
Tem filhos?		
Sim	54	79,41%
Não	14	20,59%
Profissão		
Médico	28	41,79%
Enfermeiro	8	11,94%
Dentista	6	8,86%
Técnico de enfermagem	1	1,49%
Técnico de saúde bucal	0	0
Assistente de saúde bucal	1	1,49%
Agente comunitário de saúde	22	32,84%
Residente médico de saúde da família	1	1,49%
Residente médico de outras áreas	0	0
Residente multiprofissional	0	0
Escolaridade		
Ensino médio	6	8,82%
Ensino técnico	6	8,82%
Ensino superior completo	18	26,47%
Especialização	32	47,06%
Mestrado doutorado	5	7,35%
Pós-doutorado	1	1,47%
Tempo de vínculo		
Até 1 ano	1	1,47%
1-5 anos	16	23,53%
6-10 anos	14	20,59%
>10 anos	37	54,41%
Distrito Sanitário		
I	5	7,35%
II	5	7,35%
III	1	1,47%
IV	24	35,29%
V	4	5,88%
VI	16	23,53%
VII	5	7,35%
VIII	8	11,76%

Fonte: Ferraz KF, et al., 2024.

Quanto ao nível de escolaridade, 47% da amostra tinha especialização e 26,47% da amostra tinha ensino superior completo. A maioria dos participantes (54,41%) tinham mais de 10 anos de tempo de vínculo na USF (**Tabela 1**).

Dos oito Distritos Sanitários (DS) da cidade do Recife, os DS IV e VI (35,29% e 23,53% respectivamente) obtiveram maior participação na pesquisa, não houve participação equitativa dos demais DS e não se descarta a possibilidade desse fato ter interferido nos resultados esperados (**Tabela 1**).

Em relação à identificação das demandas em SMI, a maioria dos participantes (73,53%) se considerava proativo e 80,6% dos participantes atendia ou acompanhava casos de problemas de saúde mental em crianças.

Contudo, 49% não se achava capacitado para identificar sinais e sintomas relacionados a problemas em saúde mental que indicassem a necessidade de acompanhamento e 95,59% dos participantes achava que precisaria da ajuda de um profissional especializado para identificar corretamente se uma criança tem alguma demanda de saúde mental (Tabela 2).

Tabela 2 - Autoavaliação e conduta clínica dos profissionais

Variáveis	N	%
Proativo na identificação de demandas		
Sim	58	73,53%
Não	18	26,47%
Acompanha casos em saúde mental		
Sim	54	80,6%
Não	13	19,4%
Sabe informar quais as principais demandas		
Sim	50	92,59%
Não	4	7,41%
Sente-se capacitado para identificação		
Sim	28	50,91%
Não	27	49,09%
Precisa de ajuda de profissional especializado		
Sim	65	95,59%
Não	3	4,41%
Teve preparação para atendimento		
Sim	8	11,76%
Não	60	88,24%
Utiliza algum instrumento para identificação		
Sim	11	16,18%
Não	57	83,82%
A equipe utiliza estratégias para acompanhamento		
Consultas	33	49,25%
Registro em prontuário	11	17,92%
Atendimento em grupo	0	0
Atendimento com profissional especializado (nasf/apoio matricial)	16	23,88%
Outros	3	4,48%
Não realiza	3	4,48%
Encaminha para capsí ou para outros serviços		
Sim	45	66,18%
Não	23	33,82%
Possui registro de casos		
Sim	41	60,29%
Não	27	38,71%
A equipe faz discussão dos casos		
Sim	26	38,81%
Não	41	61,19%
A equipe elabora PTS		

Variáveis	N	%
Sim	22	32,35%
Não	46	67,65%
A equipe faz referência/contrarreferência dos casos		
Sim	33	50%
Não	33	50%
Tem registro de uso de medicações psicotrópicas		
Sim	35	52,24%
Não	32	47,76%
Realiza ações para crianças que fazem uso crônico de medicações		
Sim	11	16,18%
Não	57	83,82%

Fonte: Ferraz KF, et al., 2024.

A maioria da amostra (88,24%) relatou não ter preparação para o atendimento ou acompanhamento de crianças com demandas em problemas de saúde mental e apenas 16,18% utilizam algum instrumento específico para identificação de transtornos mentais na infância quando suspeita de algum caso (**Tabela 2**).

Das estratégias utilizadas para manejo de crianças com problemas em saúde mental, apenas 23,88% acionam o NASF-AB ou apoio matricial, e um número importante dos participantes (49,25%) se utiliza apenas de consultas para atender tais demandas. Destaca-se que nenhum participante oferta atendimento em grupo na USF (**Tabela 2**).

No que concerne aos encaminhamentos para serviços especializados, 66% dos participantes encaminham para CAPSi ou outros equipamentos especializados. Sessenta por cento da amostra (60,29%) disse que a equipe possui registro dos casos de saúde mental das crianças do território. Somente 38,8% dos participantes realizam mensalmente discussão dos casos de saúde mental das crianças do território, bem como apenas 32,35% elabora Projeto Terapêutico Singular (PTS) para esses pacientes (**Tabela 2**).

No que se refere ao processo de referência e contrarreferência dos casos de problemas de saúde mental de crianças do território, 50% relatam que atua nessa ação. Já no que diz respeito aos registros de crianças em uso de psicotrópicos, 47,76% não tem registro sobre isso e 83,82% não realiza ações para crianças que fazem uso crônico desses medicamentos (**Tabela 2**).

Para análise da identificação de sinais e sintomas de problema em saúde mental por parte dos profissionais, procurou-se relacionar a variável “saber informar as principais demandas em SMI” com as seguintes variáveis: “o sentimento de estar capacitado para identificá-las”, “a proatividade para identificação”, “a necessidade de ajuda e preparação para atendimento desse perfil de usuário”.

Verificou-se que saber informar as principais demandas em SMI apresentou relação significativa ($p = 0,008$) com a autopercepção de ser proativo na identificação de demandas em saúde mental infantil (**Tabela 3**).

Tabela 3 - Relação entre saber informar demandas em saúde mental infantil, sentimento de proatividade e necessidade de ajuda de profissional especializado.

Você sabe informar quais as principais demandas em Saúde Mental na infância?	Você se percebe proativo(a) na identificação de demandas?		Você acha que precisa da ajuda de um profissional especializado?	
	Sim	Não	Sim	Não
Sim	41 97,6%	9 75%	49 94,2%	1 50%
Não	1 2,4%	3 25%	3 5,8%	1 50%

Você sabe informar quais as principais demandas em Saúde Mental na infância?	Você se percebe proativo(a) na identificação de demandas?		Você acha que precisa da ajuda de um profissional especializado?	
	Sim	Não	Sim	Não
Total	42 100%	12% 100%	52 100%	2 100%
Testes				
χ^2	0.008		0.019	

Fonte: Ferraz KF, et al., 2024.

A relação entre saber informar as principais demandas em SMI e achar que precisa de ajuda de um profissional especializado para identificar corretamente se uma criança tem alguma demanda em saúde mental também apresentou associação positiva ($p = 0,019$) - **Tabela 3**.

Buscando-se identificar as ações realizadas pela eSF para os casos de problemas em SMI do território, procurou-se associar o “sentimento de estar capacitado para identificar as demandas nesta área”, assim como definir-se “proativo na identificação das demandas” com “realizar encaminhamentos para CAPSi ou para outros serviços”, “fazer discussão dos casos, elaborar PTS e possuir registro de uso de medicações psicotrópicas dos pacientes em uso”.

Averiguou-se que se sentir capacitado e realizar encaminhamentos para serviços de SMI não demonstrou relação significativa ($p = 0,57$), assim como se perceber proativo e encaminhar para serviços em saúde mental ($p = 0,15$).

Sentir-se capacitado e fazer discussão de caso mensalmente também não revelou associação ($p = 0,29$). Definir-se proativo e fazer discussão de caso igualmente não demonstrou relação ($p = 0,4$). O sentimento de ser capacitado e definir-se proativo também não evidenciou relação com a elaboração de PTS ($p = 0,58$ e $p = 0,77$, respectivamente).

Ao comparar se sentir capacitado e se definir proativo com “possuir registro de uso de medicações psicotrópicas dos pacientes”, não foram detectadas relações ($p = 1$ e $p = 0,58$, respectivamente).

Ao tentar investigar como as eSF's realizam o acompanhamento longitudinal dos casos de SMI, dentro de seu território adscrito, examinou-se as variáveis “o sentimento de estar capacitado para identificar as demandas nesta área” e “definir-se proativo na identificação das demandas” com a “utilização de estratégias para acompanhamento”, “realizar referência/contrarreferência dos casos” e “efetuar ações para crianças que fazem uso crônico de medicações”.

Não se encontrou relação entre o sentimento de estar capacitado e definir-se proativo com a utilização de estratégias para acompanhamento (ambos $p = 0,1$). O sentimento de estar capacitado e definir-se proativo com realizar referência/contrarreferência dos casos identificou relação entre proatividade e acionar referência/contrarreferência ($p = 0,04$) - **Tabela 4**, bem como associação entre definir-se proativo e efetuar ações para crianças que fazem uso crônico de medicações ($p = 0,03$) - **Tabela 4**.

Tabela 4 - Relação entre sentimento de proatividade, atuação em referência e contrarreferência e ações para crianças em uso de psicotrópicos.

Você se percebe proativo(a) na identificação de demandas em problemas de saúde mental na infância?	A equipe atua no processo de referência e contrarreferência dos casos?		A equipe realiza ações para crianças que fazem uso crônico de medicamentos psicotrópicos?	
	Sim	Não	Sim	Não
Sim	29 87,9%	21 63,6%	11 100%	39 68,4%

	A equipe atua no processo de referência e contrarreferência dos casos?		A equipe realiza ações para crianças que fazem uso crônico de medicamentos psicotrópicos?	
Você se percebe proativo(a) na identificação de demandas em problemas de saúde mental na infância?	Sim	Não	Sim	Não
Não	4 12,1%	12 36,4%	0 0,0%	18 31,6%
Total	33 100%	33 100%	11 100%	57 100%
Teste				
χ^2	0.022		0.030	

Fonte: Ferraz KF, et al., 2024.

DISCUSSÃO

Na presente pesquisa, destacam-se alguns dados contraditórios encontrados: a maioria dos participantes reporta que acompanha casos de crianças com problemas em saúde mental e se considera proativo na identificação dos casos; contudo quase metade dos profissionais não se sente capacitado, e quase o total diz precisar de ajuda de especialistas para identificar crianças com necessidade de acompanhamento nesta área.

Essa insegurança é compatível com resultados encontrados na literatura. Alguns aspectos que podem estar relacionados são a falta de investimento em capacitações periódicas na SMI, desconhecimento técnico quanto ao nível de cuidado de cada caso e a necessidade de revisão dos currículos dos cursos da área de saúde que ainda enfatizam pouco o aprendizado nesse assunto (CAVALCANTE CM, et al., 2012; ESSWEIN GC, et al., 2021; TANAKA OY e LAURIDSEN-RIBEIRO E, 2006; TSZESNIOSKI LC, et al., 2015).

Ademais, constata-se no estudo que parte considerável dos profissionais não têm o auxílio do NASF-AB ou apoio matricial no manejo dos casos. Em consonância com alguns estudos, isso pode ser devido a demandas excessivas para um quantitativo reduzido de equipes apoiadoras, falta de cobertura do serviço em parte do território, desconhecimento dos profissionais quanto ao funcionamento da rede e a necessidade de maior articulação intra e intersectorial (CAVALCANTE CM, et al., 2012; DELFINI P e REIS A, 2012; GAMA CAP e CAMPOS RO, 2009; MACHADO DKSM e CAMATTA MW, 2013).

Outra questão relevante encontrada foi a prática de utilizar consultas médicas tradicionais no seguimento dos pacientes como principal forma de cuidado, e a não existência de grupos terapêuticos voltados para SMI. Esse tipo de estratégia leva à prática de maiores índices de encaminhamentos aos serviços especializados e ao pouco aproveitamento da função da AB na condução de boa parte dos pacientes, resultando em superlotação de setores como CAPS e ambulatórios (FÉLIX LB e SANTOS MFS, 2016; TANAKA OY e LAURIDSEN-RIBEIRO E, 2009; TSZESNIOSKI LC, et al., 2015).

Observa-se que boa parte dos entrevistados se consideram proativos; contudo, uma porcentagem avaliada como pequena para o nível de AB faz mensalmente discussão de casos e elaboração de PTS. Nessa conjuntura, pode-se pensar que os profissionais definem ser proativo ainda sob uma ótica restrita e fragmentada (SOUZA LGS, et al., 2012; SOUZA HCS, et al., 2021; TEIXEIRA MB, et al., 2017).

A dificuldade de compartilhar e discutir informações sobre os casos em SMI faz parte de uma lógica de cuidado conservadora, pautada na hierarquia do saber médico e especializado, excluindo o saber compartilhado e o olhar amplo no aspecto biopsicossocial da SMI (BAPTISTA JA, et al., 2020; FERNANDES ADSA, et al., 2020; GAWSKI A, et al., 2022; LOURENÇO MSDG, et al., 2020; SILVA MCF da, et al., 2020; SINIBALDI B, 2013).

A relação encontrada entre proatividade e efetuar ações para crianças que fazem uso crônico de medicações ($p = 0,03$) da mesma forma pode demonstrar uma ideia equivocada por parte dos profissionais,

uma vez que a maioria dos participantes não realiza ações psicossociais para crianças que fazem uso crônico de psicotrópicos, embora acreditem ser proativos.

Assim como em outras pesquisas que envolvem o tema SMI e AB, observa-se que os profissionais dessa área sentem a necessidade de compreender de forma mais assertiva esse universo. De acordo com a literatura, ainda é bastante presente entre os profissionais que não atuam diretamente no campo da saúde mental posturas com ações normatizadoras, hospitalocêntricas, discriminatórias, repressivas e de medicalização do sofrimento psíquico (SILVA MCF da, et al., 2020; SILVEIRA TBD, et al., 2016; SOUZA HCS, et al., 2021).

Foi frequente a realização de encaminhamentos na condução dos casos nas USF's. Fazer encaminhamento não expressa necessariamente mau manejo dos casos. Contudo, deve ser dada atenção à prática de não resolutividade de casos compatíveis com a condução no território e superlotação em serviços especializados (BAPTISTA JA, et al, 2020; FÉLIX LB e SANTOS MFS, 2016; SOUZA HCS, et al., 2021).

Outro aspecto encontrado neste estudo foi a importância entre ser proativo e realizar referência e contrarreferência. Esse mecanismo na condução do cuidado favorece o acesso do usuário a vários níveis assistenciais de atenção e é reconhecido como elemento primordial na promoção da comunicação e integração para o fortalecimento da rede de atenção em saúde infantil (ESSWEIN GC, et al, 2021; FERNANDES ADSA, et al., 2020; SANTOS RGH e CELERI EHRV, 2017; SINIBALDI B, 2013). No entanto, neste estudo não fica claro como é feito esse processo de comunicação entre referência e contrarreferência, o que pode ser investigado em estudos futuros.

Vale ressaltar que o corrente estudo teve como principais limitações o número reduzido de participantes, a falta de um questionário padronizado e validado que pudesse servir de instrumento para avaliação dos profissionais. Da mesma forma, nos estudos de corte transversal, as associações encontradas não representam necessariamente relações de causa e efeito, já que não é possível determinar sequência temporal entre as variáveis mensuradas. Quanto aos pontos positivos, é uma pesquisa que resgata expectativas para se repensar a importância da prática na AB da saúde mental infantil.

CONCLUSÃO

A não utilização das ferramentas da AB as quais guiam a inclusão das ações de SMI na AB, a centralização do cuidado médico e a falta de capacitação são fatores que contribuem para a insegurança dos profissionais. São necessários o fortalecimento do trabalho em rede e multidisciplinar, a corresponsabilização dos casos, a utilização de estratégias já presentes na AB e a capacitação das equipes por meio de investimento nas políticas públicas voltadas para SMI, reconhecendo o papel central da AB nesse cuidado e a integração da rede a qual permite fluidez e acesso do usuário de acordo com suas particularidades.

REFERÊNCIAS

1. ALMEIDA JMC. Política de saúde mental no Brasil: o que está em jogo nas mudanças em curso. *Cadernos de Saúde Pública*, 2019; 35(11): e00129519.
2. BAPTISTA JA, et al. Projeto terapêutico singular na saúde mental: uma revisão integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 2020; 73(2): e20180508.
3. CAMPOS DB, et al. Produção do cuidado em saúde mental: práticas territoriais na rede psicossocial. *Trabalho, Educação e Saúde*, 2020;18(1): e0023167.
4. CAVALCANTE CM, et al. Onde está a criança? desafios e obstáculos ao apoio matricial de crianças com problemas de saúde mental. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 2012; 22(1):161-178.
5. COUTO MCV, DELGADO PG. Crianças e adolescentes na agenda política da saúde mental brasileira: inclusão tardia desafios atuais. *Psicologia clínica*, 2015; 27(1):17-40.
6. COUTO MCV, et al. A saúde mental infantil na Saúde Pública brasileira: situação atual e desafios. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 2008; 30(4):390-8.
7. DELFINI P, REIS A. O cuidado da criança e do adolescente em sofrimento psíquico: articulações entre CAPSi e a Estratégia de Saúde da Família. *As crianças e os adolescentes dos Centros de Atenção Psicossocial infantojuvenil*, 2012; 241-258.

8. ESSWEIN GC, et al. Ações em saúde mental infantil no contexto da Atenção Básica do Sistema Único de Saúde (SUS): uma revisão integrativa da literatura Brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2021; 26(2): 3765-3780.
9. FÉLIX LB, SANTOS MFS. Infância e Atenção Psicossocial. *ECOS - Estudos Contemporâneos da Subjetividade*, 2016; 6(1), 36–50.
10. FERNANDES ADSA, et al. Reflexões sobre a atenção psicossocial no campo da saúde mental infantojuvenil. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 2020; 28(2):725–40.
11. FERNANDES ADSA, et al. A saúde mental infantojuvenil na atenção básica à saúde: da concepção às perspectivas para o cuidado. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 2022; 30: e3102.
12. GAMA CAP, CAMPOS RO. Saúde Mental na Atenção Básica - Uma pesquisa bibliográfica exploratória em periódicos de saúde coletiva (1997-2007). *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 2009; 1(2):1984-2147.
13. GAWSKI A, et al. Saúde mental da criança e adolescente na atenção básica: revisão integrativa da literatura Mental health of children and adolescents in primary care: integrative. *Brazilian Journal of Development*, 2022; 8(4): 32421-32445.
14. LOURENÇO MSDG, et al. A saúde mental infantojuvenil sob a ótica de gestores da Atenção Básica à Saúde: possibilidades e desafios. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 2020; 28(3):809–28.
15. MACHADO DKSM, CAMATTA MW. Apoio matricial como ferramenta de articulação entre a saúde mental e a atenção primária à saúde. *Cadernos de Saúde Coletiva*, 2013; 21(2):224-232.
16. MASSUDA A. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso? *Ciências e saúde coletiva*, 2020; 25: 1181–1188.
17. SANTOS RGH, CELERI EHRV. Rastreamento de problemas de saúde mental em crianças pré-escolares no contexto da atenção básica à saúde. *Revista Paulista de Pediatria*, 2017; 36(1):82-90.
18. SILVA MCF da, et al. Saúde mental infantil na atenção básica: concepções e práticas de profissionais médicos e enfermeiros. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 2020; 12(31): 287-311.
19. SINIBALDI B. Saúde mental infantil e atenção primária: relações possíveis. *Revista de Psicologia da UNESP*, 2013; 12(2):61-72.
20. SILVEIRA TBD, et al. A invisibilidade da violência psicológica pelos profissionais de saúde. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 2016; 26(3):345-351.
21. SOUZA HCS, et al. Atenção à saúde mental de crianças nas unidades básicas de saúde: uma revisão de literatura. *Brazilian Journal of Health Review*, 2021; 4(4): 16265-16279.
22. SOUZA LGS, et al. Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família: revisão da literatura brasileira. *Saúde e Sociedade*, 2012; 21(4):1022-1034.
23. TANAKA OY, LAURIDSEN-RIBEIRO E. Desafio para a atenção básica: incorporação da assistência em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 2006; 22(9):1845-1853.
24. TSZESNIOSKI LC, et al. Construindo a rede de cuidados em saúde mental infantojuvenil: intervenções no território. *Ciências e Saude Coletiva*, 2015; 20(2):363-370.