

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
CENTRO DE CIÊNCIAS MÉDICAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA CRIANÇA E DO  
ADOLESCENTE

RENATA RAMOS DE SANTANA

O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA PRIMEIRA INFÂNCIA POR PROFISSIONAIS  
DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: ESTUDO DE CASOS MÚLTIPLOS

RECIFE

2022

RENATA RAMOS DE SANTANA

O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA PRIMEIRA INFÂNCIA POR PROFISSIONAIS  
DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: ESTUDO DE CASOS MÚLTIPLOS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente, na área de concentração Saúde da Criança e do Adolescente e de linha de pesquisa Educação e Saúde, do Centro de Ciências Médicas da Universidade Federal de Pernambuco, para obtenção do título de Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente.

Orientadora: Daniela Tavares Gontijo

Área de concentração: Saúde da Criança e do Adolescente

Linha de pesquisa: Educação e Saúde

RECIFE

2022

Catálogo na Fonte  
Bibliotecário: Rodrigo Leopoldino Cavalcanti I, CRB4-1855

S232c Santana, Renata Ramos de.  
O cuidado em saúde mental na primeira infância por profissionais da  
Estratégia de Saúde da Família : estudo de casos múltiplos / Renata  
Ramos de Santana. – 2022.  
148 f. : il. ; 30 cm.

Orientadora : Daniela Tavares Gontijo.  
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco.  
Centro de Ciências Médicas. Programa de Pós-Graduação em Saúde da  
Criança e do Adolescente. Recife, 2022.

Inclui referências, apêndices e anexos.

1. Saúde Mental. 2. Primeira Infância. 3. Estratégias de Saúde  
Nacionais. 4. Atenção Primária à Saúde. I. Gontijo, Daniela Tavares  
(Orientadora). II. Título.

618.92

CDD (23.ed.)

UFPE (CCS2023-115)

RENATA RAMOS DE SANTANA

O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA PRIMEIRA INFÂNCIA POR PROFISSIONAIS  
DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: ESTUDO DE CASOS MÚLTIPLOS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente, na área de concentração Saúde da Criança e do Adolescente e de linha de pesquisa Educação e Saúde, do Centro de Ciências Médicas da Universidade Federal de Pernambuco, para obtenção do título de Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente.

Aprovado em: 11 de agosto de 2022

**BANCA EXAMINADORA**

Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Wanderleya de Lavor Coriolano-Marinus

(Examinador Interno) Programa de Pós-graduação em Saúde da Criança e do Adolescente –  
Centro de Ciências Médicas

Universidade Federal de Pernambuco – UFPE

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Keise Bastos Gomes da Nobrega

(Examinador Externo) Depto de Terapia Ocupacional – Centro de Ciências da Saúde

Universidade Federal de Pernambuco – UFPE

Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Ana Paula Esmeraldo Lima

(Examinador Externo) Depto de Enfermagem – Centro de Ciências da Saúde

Universidade Federal de Pernambuco – UFPE

*Dedico esta dissertação aos meus pais  
Walter e Rosa, mestres professores em suas  
salas de aula e dentro de nossa casa.*

## AGRADECIMENTOS

Gratidão é uma palavra que utilizei bastante ao longo desta caminhada. Seria impossível chegar até aqui sem contar com o apoio, a confiança e o conhecimento de tantas pessoas que atravessaram de alguma forma os caminhos deste estudo.

Os meus muitíssimos obrigada não podem começar por outro ponto que não seja da Fé. Ao Cristo, a quem sirvo, devoto gratidão por toda a provisão e força para recomeçar todos os dias diante de minhas limitações e de meus medos. Não fosse Ele, não seria.

Ao meu pai Walter, ultra presente desde sempre e pra sempre crente em minhas capacidades (mesmo quando eu mesma não cria). Um professor aposentado admirado por tantos, e especialmente por mim, e que no auge de seus 74 anos segue inteligente e bem articulado. Eu sigo seus passos!

A minha linda mãe Rosa, tão sincera quanto cuidadosa de um jeito que é só dela, única porque outra como ela não há. Esta singularidade sua, eu aproveito em nossas tantas conversas longas cheias de reflexões e de motivos pra sorrir e amá-la ainda mais. Professora que segue firme na rede pública, preocupada com seu fazer e ainda mais com seus alunos. Sigo seu exemplo!

A minha irmã, ah minha irmã! Meu amor mais lindo, minha melhor amiga, minha dupla, meu oposto perfeito... Agradeço, Roberta, por cada momento de amor e apoio incondicionais que vivemos nesta minha caminhada que é sua também porque o que é meu é seu, minha Big!

Gratidão a minha orientadora maravilhosa, Dani, escolhida por Deus pra mim. Aprendi com você muito mais do que posso expressar por aqui. Você foi insubstituível neste processo!

Agradeço também as professoras Wanderleya e Keise pela orientação quando das elaborações e conduções da escrita científica, ainda tão desafiadora pra mim.

Aos profissionais das unidades de saúde da família que participaram desta pesquisa, pelo acolhimento a mim, pela confiança no meu trabalho e pela colaboração para a temática da saúde mental infantil. Vocês foram indispensáveis!

A turma das 12 mulheres, por viverem comigo tantas aventuras ao longo de nosso curso. Ainda que distante fisicamente de vocês, me senti acompanhada neste caminho, especialmente pela minha duplinha Mirelly. Vocês são lindas!

Ao secretário da Pós, Paulo, por tanto cuidado no que faz e carinho em seu suporte e disponibilidade para comigo e com nossa turma ao longo de todo este tempo.

A minha família buscapé, aos meus amigos e aos irmãos queridos da Igreja Batista por tanto suporte e momentos de alegria impagáveis. Amo vocês!

Sem mais, além de GRATIDÃO!

*“Mas os que esperam no Senhor renovam as suas forças, sobem asas como águias, correm e não se cansam, caminham e não se fatigam”.*

*(BÍBLIA SAGRADA: João Ferreira de Almeida, 2013, p. 666).*

## RESUMO

O presente estudo trata do cuidado em saúde mental na primeira infância no contexto da atenção básica sob a perspectiva dos profissionais da Estratégia Saúde da Família. A saúde mental na primeira infância é importante para entender o desenvolvimento do indivíduo bem como da sociedade em que se insere. Neste sentido, concebendo saúde mental na primeira infância como um quadro de bem estar que permita ao sujeito lidar com seus sofrimentos de forma produtiva enquanto se relaciona e vive em comunidade. O cuidado em saúde mental na infância deve estar alinhado à promoção de um desenvolvimento saudável da criança, independente da presença de sintomas de transtorno mental. Isso influencia a participação da criança na sociedade através da vivência das múltiplas infâncias. Desta forma, uma estratégia de cuidado em saúde deve ser primordialmente uma estratégia de Promoção de Saúde e a partir do cuidado territorialmente construído. Compreender quais as concepções e práticas de cuidado em saúde mental na primeira infância por profissionais da Estratégia de Saúde da Família. Trata-se de um estudo de casos múltiplos numa abordagem qualitativa em três unidades de saúde de três microrregiões de município da região metropolitana do Recife. A coleta de evidências foi realizada entre os meses de novembro de 2021 e fevereiro de 2022 através de entrevista individual com 18 profissionais da Estratégia Saúde da Família distribuídos entre as unidades. Além disso também foram coletadas evidências através da construção de diário de campo e das informações sobre as unidades disponibilizadas pelos profissionais. As evidências foram analisadas através da análise temática com utilização do software Atlas-ti (versão 8.0). Resultaram desta análise três categorias temáticas: Concepções sobre a criança, a saúde mental infantil e o cuidado em saúde mental na infância; Cuidado à criança na ESF; e Cuidado à saúde mental na infância, abrangendo como os profissionais identificam que a criança expressa suas necessidades de cuidado, o perfil da criança que demanda cuidado em saúde mental e a realização do cuidado à saúde mental na primeira infância. Percebe-se o esforço destes profissionais nas práticas de cuidado em saúde mental infantil e na tentativa de compreender as necessidades das crianças que demandam cuidado que envolvem o tema. Destacamos limitações na rede de saúde, com as dificuldades de realizar encaminhamentos e limitações quanto ao acompanhamento das demandas de crianças com transtorno por parte dos profissionais da ESF. Identificamos também, dificuldade de consenso entre as concepções de saúde mental que variavam entre o conceito de saúde mental como sendo um transtorno ou doença e o entendimento de saúde mental como ter saúde, no sentido da qualidade de vida e bem-estar. Tudo isso aponta para a necessidade de capacitação das equipes de ESF para este cuidado em todas as categorias profissionais que atuam nas USF.

Identificamos também neste sentido, que é preciso aprimorar o manejo com estas crianças, desde o reconhecimento da demanda de saúde mental, na perspectiva do acolhimento humanizado até a intervenção, na perspectiva do cuidado no território. Isso sugere outra necessidade, a saber, a de elaboração de estratégias para o cuidado em saúde mental na primeira infância.

Palavras-chave: saúde mental; primeira infância; estratégia saúde da família; atenção básica.

## **ABSTRACT**

The present study deals with mental health care in early childhood in the context of primary care from the perspective of professionals in the Family Health Strategy. Mental health in early childhood is important to understand the development of the individual as well as the society in which it is inserted. In this sense, conceiving mental health in early childhood as a framework of well-being that allows the subject to deal with their suffering in a productive way while relating and living in community. Mental healthcare in childhood must be aligned with the promotion of healthy child development, regardless of the presence of symptoms of mental disorder. This influences the child's participation in society through the experience of multiple childhoods. Thus, a health care strategy must be primarily a Health Promotion strategy and based on territorially constructed care. To understand the concepts and practices of mental health care in early childhood by professionals from the Family Health Strategy. This is a multiple case study in a qualitative approach in three health units in three micro-regions of the municipality of the Recife metropolitan region. Evidence collection was carried out between November 2021 and February 2022 through individual interviews with 18 professionals from the Family Health Strategy distributed among the units. In addition, evidence was also collected through the construction of a field diary and information about the units provided by the professionals. Evidence was analyzed through thematic analysis using Atlas-ti software (version 8.0). Three thematic categories resulted from this analysis: Conceptions about the child, child mental health and childhood mental health care; Child care in the FHS; and Care for mental health in childhood, covering how professionals identify that the child expresses their care needs, the profile of the child who requires mental health care and the performance of mental health care in early childhood. The effort of these professionals in child mental health care practices and in the attempt to understand the needs of children who demand care involving the theme can be seen. We highlight limitations in the health network, with the difficulties of making referrals and limitations regarding the monitoring of the demands of children with disorders by the FHS professionals. We also identified difficulty in agreeing between mental health conceptions that varied between the concept of mental health as a disorder or disease and the understanding of mental health as having health, in the sense of quality of life and well-being. All this points to the need to train the FHS teams for this care in all professional categories that work in the USF. We also identified, in this sense, that it is necessary to improve the management with these children, from the recognition of the demand for mental health, from the perspective of

humanized reception, to intervention, from the perspective of care in the territory. This suggests another need, namely, the elaboration of strategies for mental health care in early childhood.

Keywords: mental health; early childhood; family health strategy; primary care.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Descrição das fontes de evidências .....	44
Figura 2 – Concepção de criança .....	58
Figura 3 – Concepção de saúde mental infantil .....	62
Figura 4 – Concepção de cuidado à saúde mental na infância .....	65
Figura 5 – Ações de cuidado à criança .....	68
Figura 6 – Dificuldades nas ações de cuidado à criança .....	74
Figura 7 – Como a criança expressa suas necessidades .....	78
Figura 8 – Perfil da criança que demanda cuidado em saúde mental .....	80
Figura 9 – Realização do cuidado à saúde mental na primeira infância – parte 1 .....	84
Figura 10 – Realização do cuidado à saúde mental na primeira infância – parte 2 .....	88
Figura 11 – Realização do cuidado à saúde mental na primeira infância – parte 3 .....	90

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Indicadores sociodemográficos da primeira infância do município .....	46
Quadro 2 – Dados gerais das unidades de saúde .....	50
Quadro 3 – Caracterização dos participantes da unidade de saúde Praia .....	51
Quadro 4 – Caracterização dos participantes da unidade de saúde Zona rural .....	53
Quadro 5 – Caracterização dos participantes da unidade de saúde Distrito .....	56

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ESF	Estratégia Saúde da Família
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNPI	Plano Nacional pela Primeira Infância
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SPA	Serviço de Pronto Atendimento
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
USF	Unidade de Saúde da Família
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	17
<b>2</b>	<b>REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	23
2.1	SAÚDE MENTAL NA PRIMEIRA INFÂNCIA: CONCEPÇÃO E APONTAMENTO SOCIO-HISTÓRICOS .....	23
2.2	A PRIMEIRA INFÂNCIA E AS DIRETRIZES PARA O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA .....	26
2.3	ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO CUIDADO À PRIMEIRA INFÂNCIA: POSSIBILIDADES E LIMITAÇÕES .....	32
<b>3</b>	<b>PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS</b> .....	42
3.1	ABORGADEM DO ESTUDO .....	42
3.2	CENÁRIO DO ESTUDO .....	42
3.3	PARTICIPANTES DO ESTUDO .....	43
3.4	FONTES DE EVIDÊNCIAS .....	44
3.5	ANÁLISE DE EVIDÊNCIAS .....	47
3.6	ASPECTOS ÉTICOS .....	48
<b>4</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	50
4.1	CONTEXTUALIZAÇÃO DO MOMENTO HISTÓRICO DA PESQUISA .....	50
4.2	CARACTERIZAÇÃO DAS UNIDADES PARTICIPANTES .....	50
<b>4.2.1</b>	<b>Unidade microrregião Praia</b> .....	51
<b>4.2.2</b>	<b>Unidade microrregião Zona rural</b> .....	53
<b>4.2.3</b>	<b>Unidade microrregião Distrito</b> .....	55
4.3	CATEGORIAS RESULTANTES DA ANÁLISE DAS ENTREVISTAS E DO DIÁRIO DE CAMPO .....	58
<b>4.3.1</b>	<b>Categoria 1 – Concepções sobre a criança, a saúde mental e o cuidado em saúde mental na infância</b> .....	58
	Concepções sobre a criança .....	58
	Concepções sobre a saúde mental infantil .....	61
	Concepções sobre o cuidado em saúde mental na infância .....	64
<b>4.3.2</b>	<b>Categoria 2 – Cuidado à criança na ESF</b> .....	68
	Dificuldades nas ações de cuidado à criança na ESF .....	74
<b>4.3.3</b>	<b>Categoria 3 – Cuidado à saúde mental na infância</b> .....	78

	Como os profissionais identificam que a criança expressa suas necessidades de cuidado .....	78
	Perfil da criança que demanda cuidado em saúde mental .....	80
	Realização do cuidado à saúde mental na primeira infância .....	83
<b>5</b>	<b>DISCUSSÃO</b> .....	95
5.1	O MOMENTO HISTÓRICO DA REALIZAÇÃO DA PESQUISA .....	95
5.2	AS SINGULARIDADES TERRITORIAIS E O IMPACTO NO CUIDADO EM SAÚDE .....	98
5.3	O CUIDADO À CRIANÇA ENTRE CONCEPÇÕES E PRÁTICAS DA ESF ....	102
5.4	O CUIDADO À SAÚDE MENTAL NA PRIMEIRA INFÂNCIA ENTRE CONCEPÇÕES E PRÁTICAS DA ESF .....	111
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	123
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	128
	<b>APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA</b> .....	141
	<b>APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)</b> .....	143
	<b>ANEXO A – CARTA DE ANUÊNCIA</b> .....	147
	<b>ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA</b> .....	148

## 1 APRESENTAÇÃO

No presente estudo consideramos a saúde mental da criança como parte integrante da saúde e do bem-estar fundamental para o desenvolvimento. Saúde mental, então, significa ser capaz de se relacionar, desenvolver, lidar com dificuldades e prosperar a partir disso. Isso configura um processo contínuo complexo com experiências que variam de um estado ideal de bem-estar até estados de sofrimento, ou seja, com baixo nível de bem estar mental. De forma dinâmica, a criança, sua família ou a comunidade podem apresentar uma combinação de fatores que protegem ou prejudicam a saúde mental (WHO, 2022).

O momento da pandemia de COVID-19, doença causada pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2), que atravessou todo nosso estudo, potencializou as preocupações quanto aos riscos de sofrimento psíquico das crianças na vivência da pandemia. Para Schmidt et al. (2020) as próprias medidas de contenção do vírus por si só já implicariam em fatores de risco à saúde mental. Estes autores apontam, ainda, para o maior risco de crianças sofrerem violência doméstica com o fechamento das escolas. Isso teria relação com a mudança na rotina familiar com a incidência de estresse dos pais também afetados pela pandemia.

Apesar disso, um levantamento feito por Brunoni et al. (2021) revelou que a prevalência de transtornos mentais segue alta, mas não houve aumento importante com o atravessamento da pandemia, de acordo com este estudo longitudinal. Sobre esta prevalência, Pachêco et al. (2017) em sua revisão sistemática, acerca do perfil epidemiológico das crianças pernambucanas, revelou que a prevalência de crianças e adolescentes brasileiros com algum tipo de transtorno mental encontra-se entre 12,7 e 23,3%.

Dentro deste quadro, o levantamento de Pachêco et al. (2017) chama atenção para o aumento dos estudos realizados acerca dos transtornos mentais considerados comuns, tais como depressão e ansiedade. Estamos diante de uma abrangência no espectro do que denominamos transtorno, uma vez que não se trata de transtornos como os autismos ou os psicóticos apenas, mas de um quadro de sintomas que interfiram no desenvolvimento da criança, na rotina e na vivência da mesma, sem necessariamente configurar sintomas para uma condição mais grave. Desta forma, tratar do cuidado ao promover saúde mental na primeira infância é relevante, uma vez que no presente momento há necessidades que vão além das prevalências dos casos de transtornos graves. Faz-se indispensável repensar as práticas de cuidado no sentido de prevenir agravos e fortalecer o estado de saúde mental das crianças com ou sem transtorno mental. É neste sentido da promoção de saúde que nosso estudo foi desenhado, apesar de

entender que há diversas maneiras de cuidar da saúde mental como as práticas de natureza interventivas acerca dos transtornos, incluindo a medicalização necessária em muitos casos.

Deste modo, o tema do cuidado em saúde mental na perspectiva da assistência à saúde ainda se relaciona à primeira infância de modo incipiente às necessidades para realização do cuidado (SILVA, 2019), ou seja, antes de problemas no desenvolvimento serem traduzidos em sofrimento psíquico. Isso aponta para a necessidade de promoção de saúde em vias integrais (ABUCHAIN et al., 2016b).

Apesar disso, há uma dificuldade de consenso acerca da concepção de saúde mental na infância, que se afasta da proposta de promoção da saúde mental de toda e qualquer criança com ou sem transtorno, destacando sobretudo as necessidades decorrentes dos desvios de comportamento, da ansiedade, da hiperatividade e da depressão (CARVALHO; DUARTE; GLENZNER, 2020). Além disso, a ideia de saúde mental na infância costuma estar relacionada ao seio de traumas que tendem a repercutir na vida adulta (WAIKAMP; BARCELLOS SERRALTA, 2018).

Desta forma, podemos entender saúde mental não como ausência de perturbações mentais, mas como relacionadas às condições psicossociais e emocionais íntegras na medida das implicações subjetivas, relacionais e sociais em que a criança se coloca como sujeito (FELIX DA SILVA; DUARTE; ACIOLI, 2020).

Isso aponta para a necessidade de compreensão da qualidade de vida da criança e de sua família dentro da comunidade em que vivem. Neste sentido, sugerindo a promoção de saúde como qualidade de vida, esta por sua vez, sendo entendida como condições de proteção para o desenvolvimento (TSZESNIOSKI et al., 2015).

Tal concepção de promoção de saúde mental a nível social, comunitário e familiar destaca os serviços de atenção preferencial como centros de cuidado à saúde integral da criança em suas bases territoriais. Neste sentido, estes centros de cuidados devem ser impactados pelo conhecimento disponível dos profissionais e por meio de suas atuações técnicas e práticas (ALCANTARA, 2018).

Neste sentido, a Organização Mundial da Saúde (2013) considera saúde mental como um quadro de bem-estar que permita ao sujeito lidar com seus sofrimentos de forma produtiva enquanto se relaciona e vive em comunidade. Para as crianças, tal conceito vai além, a medida que o bem-estar mental impacta o desenvolvimento do processo de aprendizagem e interação. Em consequência, influencia a participação da criança na sociedade.

Desta forma, a OMS (2013) considera que a prevenção de transtornos mentais, a proteção aos direitos humanos e a intervenção na doença são indicadores de saúde mental. Além disso, a Organização destaca a promoção de saúde mental. Esta estratégia de cuidado será central para o presente estudo a medida que foram compreendidas as abordagens do cuidado à saúde mental como componentes integrados em dimensões como: o ambiente familiar e comunitário em que a criança se insere e o processo de desenvolvimento e o estado da saúde mental dos cuidadores.

O cuidado em saúde mental na infância deve estar alinhado à promoção de um desenvolvimento saudável da criança, constando ou não a presença de sintomas de transtorno mental. Desta forma, uma estratégia de cuidado em saúde deve se aliar a uma estratégia de Promoção de Saúde na infância.

Além disso, acompanhar o ambiente em que a criança se desenvolve junto à sua família é indispensável. Figueiredo e Mota (2014) se referem como ‘provisão ambiental’ a um ambiente com suporte e cuidado familiar para o desenvolvimento. Segundo ele, acompanhar o lugar em que a criança se desenvolve é uma estratégia importante de cuidado através da Promoção de Saúde.

Para isso, há necessidade de repensar também a saúde mental, enquanto área do fazer em saúde pública no Brasil, partindo do entendimento de suas práticas interventivas desde o advento da Reforma Psiquiátrica, se consolidando paralela à Constituição Cidadã (BRASIL, 1988) e à criação do Sistema Único de Saúde (SUS), com a Lei 8.080/90. Dentro deste contexto, a infância – e, por conseguinte, a primeira infância – seguiu tais diretrizes, passando a ser incluída prioritariamente nos moldes interventivos do cuidado ao transtorno até a presente realidade.

O Plano Nacional pela Primeira Infância (2010) considera a primeira infância como período desde o nascimento da criança até os seis anos de idade. Apesar da implementação de políticas para a primeira infância como a Política Nacional por meio da Lei 13.257/2016 (BRASIL, 2016) é necessário aprimorar sua implementação entre as desafiadoras necessidades de promoção em saúde mental de crianças no sentido de discutir problemas de saúde na primeira infância (TAÑO; MATSUKURA, 2019).

Neste sentido, há necessidade de promover saúde mental na infância, por meio do cuidado, pelos profissionais que atuam na atenção básica inserida no território. Tal necessidade é um relato presente na literatura (FERNANDES; MATSUKURA; LOURENÇO, 2018; FELIX

DA SILVA; DUARTE; ACIOLI, 2020; CARVALHO; DUARTE, GLENZNER, 2020).

Tratando-se dos profissionais da atenção preferencial, por sua vez, como os da Estratégia Saúde da Família – ESF (BRASIL, 2017), a linha de cuidado à saúde esboçada segue os moldes das intervenções, da prevenção de riscos e, apesar de preconizada, a promoção da saúde não tem sido vivenciada como estratégia primordial para o cuidado (FERNANDES et al., 2018).

Apesar de toda a mudança já vivenciada com o abandono da lógica de cuidado básico da Unidade Básica de Saúde, passando à Estratégia Saúde da Família, ainda há muito a ser repensado no tocante ao acesso e à oferta nos serviços de tecnologias consideradas primárias entre os vínculos, acolhimentos e tratamento humanizado que configuram um cuidado integral à criança (SANTOS; MISHIMA, MERHY, 2018b).

Há, neste caso, dificuldades que abrangem tanto o conhecimento acerca da saúde mental e da primeira infância propriamente dita quanto – e conseqüentemente – as limitações no manejo e na promoção de saúde, configurando relevante impacto sobre o cuidado realizado à criança (CARVALHO; DUARTE; GLENZNER, 2020), reforçando o entendimento de saúde mental no mérito da doença. Muitos profissionais médicos e enfermeiros, inclusive, admitem suas limitações no cuidado devido à falta de conhecimento sobre saúde mental infantil para além dos diagnósticos (GOMES et al., 2015).

Para Coutinho et al. (2020), há necessidade de rever o cuidado nas unidades básicas de saúde, incluindo, nesta instância, profissionais especializados para que a atenção integral seja concebida o mais prontamente. Somado a isso, a prática e o entendimento de ordenação e coordenação do cuidado para além da doença potencializam o alcance à realidade social, familiar e às singularidades da criança, relevando as intervenções no território (TSZESNIOSKI et al., 2015).

Todo este contexto, finalmente, aponta para a necessidade de investimento numa linha de cuidado pautada na promoção da saúde mental na primeira infância, para além do aspecto doença, pelos profissionais que atuam nas redes de acesso preferencial (RAMOS et al., 2018).

Considerando a configuração de políticas para a primeira infância como um processo recente como no caso do Marco Legal da Primeira Infância como uma política intersetorial (BRASIL, 2016), entende-se que há muito o que fomentar e construir acerca do cuidado. E para isto é necessário que se conheça a realidade vivenciada pelos profissionais nos diferentes territórios e serviços, inclusive aqueles que não estão nas grandes regiões metropolitanas. .

Neste sentido, o presente estudo parte da pergunta de pesquisa *quais as concepções e práticas de cuidado em saúde mental na primeira infância por profissionais da Estratégia Saúde da Família?*

O estudo foi realizado em um município da região metropolitana da capital de Pernambuco. A escolha de realizar a investigação no respectivo município deu-se devido à sua configuração territorial. O município é formado por três realidades, sendo elas dos distritos, da área rural e das praias. Este aspecto favorece o olhar para múltiplas infâncias. Entre elas, há diferenças microculturais, de acesso aos serviços, de recursos e de demandas. Este cenário, inclusive, não é exclusividade de um município no Estado, mas se trata de uma realidade encontrada em outros municípios até mesmo mais distantes da região metropolitana do Recife. Isso torna os achados interessantes também para outras cidades pernambucanas.

Além disso, conforme o Plano Nacional pela Primeira Infância (2010) o recorte da primeira infância é relevante em sua relação com a saúde mental porque se trata de um período crucial, a saber, entre 0 e 6 anos em que se desenvolvem estruturas e circuitos neuronais na criança. Além disso, há aquisição de capacidades consideradas fundamentais para aprimorar habilidades mais complexas ao longo do desenvolvimento. Isso afeta diretamente a saúde mental infantil porque a realidade vivenciada nesta fase da vida permitirá uma vivência plena em bem-estar e protagonismo do sujeito ao longo da vida. Logo, uma vida com saúde mental.

Assim, o presente estudo tem como objetivo geral: *compreender quais as concepções e práticas de cuidado em saúde mental na primeira infância por profissionais da Estratégia Saúde da Família.*

Especificamente, esta pesquisa busca: conhecer as concepções de cuidado em saúde mental na primeira infância para os profissionais da Estratégia Saúde da Família; descrever as estratégias de cuidado em saúde mental na primeira infância utilizadas pelos profissionais da Estratégia Saúde da Família; desvelar as dificuldades no manejo do cuidado à criança com demanda de saúde mental e identificar as potencialidades do cuidado em saúde mental na infância para os profissionais da Estratégia Saúde da Família.

Este estudo insere-se na linha de pesquisa sobre Educação e Saúde dentro do Programa de Pós-graduação com área de concentração em Saúde da Criança e do Adolescente. Neste sentido, o presente estudo relaciona-se ao objetivo 3 da Plataforma Agenda 2030 (ONU, 2016) sobre *Saúde e Bem-Estar*. Nesta direção, há busca por assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos em todas as faixas etárias, no caso deste estudo, à primeira infância.

Inicialmente, nesta dissertação apresentaremos a revisão de literatura sobre o tema em pesquisa. Em seguida, abordaremos o caminho metodológico utilizado para a construção da pesquisa, assim como os resultados e discussão da mesma. Por fim, apontaremos as considerações finais que emergiram de todo o processo vivenciado.

## 2 REVISÃO DA LITERATURA

Na presente revisão, abordaremos a concepção socio-histórica da saúde mental na primeira infância, delineando o percurso do cuidado. Além disso, esboçaremos o cuidado conforme preconizado pelas diretrizes no acesso preferencial. Pontuaremos a rotina da Estratégia de Saúde da Família e o cuidado à saúde mental na primeira infância em suas necessidades na direção da Promoção da Saúde.

Neste sentido, é pertinente destacar a concepção de saúde mental proposta pela OMS (2002) no sentido da promoção de saúde mental também para a primeira infância. Com esta orientação, diversas práticas de cuidado possibilitam a promoção em saúde mental, tais como o acompanhamento das práticas alimentares, da relação da criança com a família, a atenção compartilhada, os investimentos da família para com a criança... Trata-se, então, de uma percepção ampliada de cuidado em saúde mental.

Assim, apesar da necessidade de discorrer nesta revisão acerca do cuidado sobre o transtorno mental, conforme apresenta-se como estratégia primordial de cuidado em saúde mental por sua construção sócio-histórica de intervenção no Brasil; objetivamos estimular a compreensão da promoção de saúde como estratégia importante do cuidado em saúde mental na primeira infância.

### 2.1 SAÚDE MENTAL NA PRIMEIRA INFÂNCIA: CONCEPÇÃO E APONTAMENTO SOCIO-HISTÓRICOS

Numa perspectiva sócio-histórica, o cuidado com a saúde mental na primeira infância no Brasil foi marcado pela desatenção (RIBEIRO, 2006). Tal esquecimento se percebe desde o período colonial até a negligência nas eras de urbanização e da institucionalização higienista dos séculos XVIII e XIX, respectivamente, alcançando as vias do cuidado manicomial do século XX (COUTO; DELGADO, 2015).

Essa trajetória seguiu-se aos moldes do cenário internacional. Era comum negligenciar o cuidado à criança, colocando-a no lugar do adulto, o que Fernandes et al. (2020) denominaram *adulthood*, trazendo uma compreensão das características psicopatológicas em que não eram consideradas as singularidades do desenvolvimento infantil. Assim, as crianças cujas famílias não tinham recursos financeiros para prover o cuidado eram agrupadas como mini

adultos loucos, deficientes intelectuais e desprovidos de razão. Por serem consideradas incapazes de racionalizar, eram desumanizadas e lhes era imposta a necessidade de afastamento social. A assistência, então, era prestada por instituições filantrópicas, privadas e de cunho assistencialista.

Esta agenda assistencial chega ao século XX, como destacado por Braga e D'Oliveira (2019), fomentando intervenções na ânsia de resolver problemas concernentes à pobreza e ao abandono. Com isso, crianças com problemas de saúde mental na época, eram consideradas incapazes, o que estimulava o ciclo de práticas corretivas e disciplinares. Práticas essas, realizadas por uma assistência justificada pelo discurso de suposta proteção social, sugerindo tutela e institucionalização.

Couto e Delgado (2015), por sua vez, registraram o que seria o início de uma agenda do cuidado, para além dos favores assistenciais no Brasil. Os autores destacam a criação do Pavilhão Bourneville em 1904, nas dependências do Hospital Nacional de Alienados e do Hospital de Neuropsiquiatria infantil, décadas depois, no Rio de Janeiro. Os autores relevam, ainda, o trabalho da Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM), entre as décadas de 1920 e 1940, como uma das primeiras propostas em Psiquiatria para a infância, estimulando a tutela de cuidado pelo Estado. Esse, portanto, se tornaria o detentor do controle de comportamentos considerados desviantes da moral.

Assim sendo, os discursos médico e jurídico aliaram-se nos primeiros anos da República, sendo o lugar de cuidado da criança em saúde mental condicionado à pautas políticas e às práticas de assistência ao adulto (FERNANDES et al, 2020; COUTO; DELGADO, 2015; BRAGA; D'OLIVEIRA, 2019).

No entanto, apesar de seguir a lógica da intervenção no adulto, a criança não foi inserida no sistema tradicional psiquiátrico concomitantemente aos adultos. Enquanto isso, ela era incluída nos reformatórios e abrigos filantrópicos, reforçando, além da segregação social, a dificuldade dos especialistas em lidar com a doença mental na infância (RIBEIRO, 2006).

Couto e Delgado (2015) concluíram que, até o final do século XX, quando da Reforma Psiquiátrica, não foi possível considerar a existência no Brasil de uma política de cuidado de promoção de saúde mental infantil. Em seu estudo, o autor aponta que apenas no início do século XXI foi possível detectar orientação para o cuidado na infância, ainda que mais disciplinar e corretivo do que propriamente clínico ou psicossocial, como então se propunham as políticas para o adulto. Isso tange as diferenças entre o percurso do adulto e da criança na rede

de cuidados até nossos dias.

Apesar disso, conforme ampliaram-se os estudos e os movimentos sociais em prol da saúde pública, novos equipamentos de cuidado, oriundos da Reforma Psiquiátrica, foram criados, cuja abrangência também alcançou a população infantojuvenil. Neste sentido, os Centros de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSis) foram criados, de acordo com a Portaria nº 336/2002, com base na Lei nº 10.216/2001. Esses serviços são caracterizados como unidades especializadas em saúde mental, com equipe multidisciplinar e oferta de atenção integral à saúde da criança e do adolescente com intenso sofrimento psíquico, articulando-se dentro da Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, conforme a Portaria nº 3.088/11.

Tal proposta lançou as bases da saúde mental antipositivista. No entanto, apesar do intento e da superação da lógica clássica manicomial – em que o cuidado à criança era, assim como ao adulto, autoritário, curativo e medicalocêntrico – há muito a ressignificar. Este processo de ressignificação envolve tanto a saúde mental na primeira infância quanto o desenvolvimento atípico (transtorno).

Além disso, considera-se a ocorrência de traumas na vida adulta como consequência dos sofrimentos psíquicos vivenciados durante uma infância adoecedora (WAIKAMP; BARCELLOS SERRALTA, 2018). Neste sentido, Jerusalinsky (2018) sugere a análise precoce dos sofrimentos psíquicos possíveis de serem identificados até mesmo nos bebês e em sua relação com a mãe. Este momento e esta relação na história da criança apontará para o desenvolvimento de outros vínculos e apontará também para como esta criança poderá se vincular aos sofrimentos.

Tal fato aponta para a abrangência tanto do conceito de saúde mental quanto para o de saúde propriamente dita ao longo do desenvolvimento, em que não é suficiente reduzir o conceito de saúde mental à ausência de perturbações mentais. Mas inclui no âmbito do cuidar em saúde mental as demandas da família que abrangem a criança, como o caso das violências, das concepções acerca da parentalidade e dos determinantes sociais da saúde (LIMA et al, 2019a; FIGUEIREDO; MOTA, 2014).

Assim, o processo de cuidar da saúde mental deve ser entendido como as condições psicossociais e emocionais íntegras na medida das implicações subjetivas, relacionais e sociais em que a criança se coloca como sujeito (FELIX DA SILVA; DUARTE; ACIOLI, 2020).

Este processo de cuidar é no sentido de considerar a infância como uma população protagonista, apesar dos programas com foco na saúde das crianças já se apresentam desde a década de 1930 no Brasil. Data desta época, conforme o Ministério da Saúde (2011) o início dos programas de proteção à maternidade e à infância, submetidos às propostas do Departamento Nacional da Criança (DNCr). Estes Programas instituíram as primeiras ações de vigilância e educação em saúde, incluindo a mulher em todo o ciclo gravidez-puerpério. Apesar disso, as ações apresentavam caráter curativo e individual, afastando-se da proposta específica de promover saúde.

Assim, cuidar da saúde da criança em sofrimento – ainda na primeira infância – tem se direcionado sócio-historicamente para as práticas interventivas em detrimento da promoção da saúde, configurando uma linha de cuidado na atenção básica ainda medicalocêntrica e centrada na doença (SANTOS; MISHIMA; MERHY, 2018).

Para Gomes et al. (2013) o cuidado em saúde mental na primeira infância aponta para o fortalecimento da intersubjetividade entre ela, cuidadores e familiares. Este processo de cuidar garante a estimulação do desenvolvimento, a promoção de saúde e a prevenção de agravos, o que ocorre de acordo com as necessidades e o ritmo de desenvolvimento de cada criança dentro de suas singularidades, da dinâmica familiar e do contexto sociocultural em que as relações de cuidado podem ocorrer.

## 2.2 A PRIMEIRA INFÂNCIA E AS DIRETRIZES PARA O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA

A primeira infância abrange desde o nascimento até os seis primeiros anos de vida (PLANO NACIONAL DA PRIMEIRA INFÂNCIA, 2010). Destaca-se esta fase, justamente pela riqueza de potencial para aprendizado, desenvolvimento cerebral, da personalidade, da sociabilidade, dos afetos e da abertura ao sujeito em suas limitações e habilidades. A vivência deste momento gera impactos importantes nos demais marcos do desenvolvimento e, em se tratando de saúde mental, até o resto da vida (MARINI; LOURENÇO; DELLA BARBA, 2017).

A responsabilização do Estado pelo cuidado à saúde para a primeira infância começou a se desenhar à época dos direitos assegurados à criança conforme diretriz da Constituição (BRASIL, 1988). Assim, a criança passou a ser vista como “um sujeito cujo processo saúde-doença é determinado socialmente, ou seja, a criança pertence a um grupo social representado por sua família e suas condições de vida interferem em seu perfil epidemiológico. Essa

compreensão, ao longo dos anos, não fazia parte das políticas sociais, assim como o Estado não se responsabilizava pela saúde infantil.” (DA SILVA; VIEIRA, 2014, p.11).

Neste sentido, Araújo (2014) descreve o percurso histórico do cuidado à criança demarcando seu início na década de 1920 com o que seria o início das preocupações com o adoecimento infantil no Brasil. As crianças, então, tinham acesso à assistência médica conforme contratação dos médicos pelas indústrias e com caráter curativista.

Isso se deu devido à relação entre a disponibilidade para o trabalho do familiar da criança variando conforme essa se apresentasse doente ou não. Desta forma, houve o estímulo ao aleitamento materno a fim de reduzir os índices de adoecimento infantil e para que os pais pudessem cumprir sem intercorrências suas jornadas de trabalho.

Segundo Araújo (2014), entre 1930 e 1940 tiveram início os programas de proteção à maternidade, à infância e à adolescência. Eles eram submetidos ao Departamento Nacional da Criança (DNCR). A partir de então foram elaboradas ações de vigilância e ações educativas abrangendo não apenas a criança, mas a mulher em seu ciclo gravidez-puerério. Estas ações ainda se davam em caráter individualizado em vez de coletivo do cuidado.

Araújo (2014) pontuou ainda, que a implantação do Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil na década de 1970 tinha como objetivo reduzir a morbimortalidade de crianças e de suas mães, inicialmente com caráter preventivo nas ações, mas ainda sem relevar as questões de diversidade regionais e sociais do país.

Apesar disso, o número de nascidos vivos não cresceu significativamente. Desta forma, na década seguinte, a assistência à saúde da criança começou a mudar em busca de um cuidado integral, identificando como sendo necessário acompanhar o processo de crescimento e desenvolvimento de todas as crianças. Deu-se início o cuidado humanizado e regionalizado.

Nesta direção, o texto da Constituição Cidadã garante a proteção e o atendimento de crianças tanto no âmbito da assistência social quanto nos termos da saúde e da educação. Tais direitos foram reafirmados no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (BRASIL, 1991). E, com a Lei nº 13.257/16 pelo Marco Legal da Primeira Infância foram formuladas e implementadas políticas públicas para a faixa etária correspondente até os 6 primeiros anos de vida (BRASIL, 2016). Destacou-se, assim, a criança como sujeito de direitos sociais, consequentemente.

Além da realidade da política nacional, a Plataforma Agenda 2030 (ONU, 2016) incluiu

o acesso a serviços de qualidade na primeira infância como um dos Objetivos para o Desenvolvimento Sustentável. A Agenda 2030 aponta para ganhos cognitivos, de qualidade de vida e de renda como fontes de condições que estimulam o desenvolvimento futuro, ou seja, quanto mais investimento nos primeiros anos de vida, menos problemas no desenvolvimento do adolescente e, conseqüentemente, no adulto. Esta estimativa, por sua vez, sugere a reversão de possíveis problemas de modo menos custoso à vida e à sociedade.

Neste sentido, o Marco para a Primeira Infância contempla o sistema de garantia dos direitos da criança; a política de atendimento destes direitos; o investimento crescente de recursos financeiros; o observatório nacional dos direitos; o pacto nacional; a criança como sujeito em si; o cuidado integral e a importância de a criança estar inserida em família e na comunidade.

Acerca deste cuidado integral, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016) volta-se diretamente à proposta humanizadora do SUS, a fim de qualificar estratégias para atender a criança além do combate à mortalidade infantil, na direção de ampliar o cuidado em saúde, abrangendo em torno de seus nove eixos estratégicos, o acompanhamento integral do desenvolvimento, desde o nascer até aspectos envolvidos nas taxas de mortalidade, bem como o cuidado como aleitamento e alimentação até questões de vulnerabilidade social.

Especificamente no que se refere ao cuidado em saúde mental a nível social, comunitário e familiar, os serviços de acesso preferencial são considerados centros do cuidado à saúde integral da criança em suas bases territoriais. Estes serviços são impactados, por sua vez, pelo conhecimento disponível dos profissionais e por meio de suas atuações técnicas e práticas (ALCANTARA, 2018).

De modo geral, as ações na atenção básica incluem as ações que são referentes a saúde mental direcionadas pelas diretrizes propostas pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 1996). Essa considera os princípios para promoção numa concepção holística entre intersetorialidade, empoderamento, participação social, equidade, ações multi-estratégias e sustentabilidade.

Tais princípios têm inspirado propostas de institutos de cuidado à primeira infância como o Instituto da Primeira Infância (IPREDE) com sede no Ceará, através de um trabalho de pesquisa e de assistência, articulando à Universidade Federal do Ceará e à prefeitura de Fortaleza com captação de recursos por meio de editais de fomento (<http://www.iprede.org.br/>).

Em São Paulo, por sua vez, a Fundação Maria Cecília Souto Vidigal investe na

articulação da política nacional para fomentar o debate e a inclusão da primeira infância em âmbito estadual, federal e municipal por meio de projetos e parcerias internacionais com fundos de recursos familiar para investimento na causa (<https://www.fmcsv.org.br/>).

É importante considerar que na primeira infância os fatores protetores como o vínculo familiar e o acesso aos serviços, cuidados e recursos em saúde são essenciais. É também neste período que os fatores considerados de risco para desenvolver problemas de saúde relacionados à dinâmica familiar, desnutrição e falta de acesso aos cuidados profissionais, costumam deixar na criança efeitos traumáticos duradouros e permanentes ou sintomas de sofrimento mental intermitentes (MARINI; LOURENÇO; DELLA BARBA, 2017).

Esta fase do desenvolvimento, marcada por significativas mudanças tanto físicas quanto neuropsicológicas, exige acompanhamento multiprofissional regular à criança. Este acompanhamento possibilita prevenção de agravos à saúde, bem como permite que ações de vigilância ao desenvolvimento sejam realizadas, por se tratar de um período considerado ideal para intervir em questões que afetem a saúde (OLUSANYA, 2011).

Partindo de tal compreensão, a atenção à saúde da criança no Brasil tem evoluído a cada década conforme são revistos os fatores que interferem no desenvolvimento considerado saudável (BRANQUINHO; LANZA, 2018). Neste sentido, as ações devem caminhar na direção de fatores protetivos à saúde, em detrimento dos fatores de risco, e impulsionando práticas de estimulação precoce enquanto vivências, cujos impactos se somam ao longo da vida do sujeito (MARINI; LOURENÇO; DELLA BARBA, 2017).

Cunha (2000) também destaca a necessidade de intervir precocemente em prol da saúde infantil, destacando fatores ambientais e individuais que fazem parte da vida da criança. É necessário atentar, por exemplo, à qualidade do atendimento, pois, uma vez que a criança e a família têm acesso a um atendimento mais qualificado, melhores serão as condições para impulsionar o desenvolvimento.

Este sujeito, uma vez impactado positivamente pelos vínculos saudáveis na primeira infância, tende a vivenciar de modo produtivo seus valores, suas habilidades cognitivas e sua sociabilidade. Desta forma, vale destacar que os aprendizados da criança para uma vida adulta ultrapassam as condições de maturação física e neurológica, mas alcançam também as dimensões afetivas e sociais. Isso aponta para o resultado de boas condições de vida na infância que darão sentido ao desenvolvimento do adulto (SANTOS; PORTO; LERNER, 2015).

Para isso, há necessidade de ultrapassar um modelo institucionalizado, pela defesa da promoção da saúde enquanto alicerce do cuidado. Neste sentido, Tãno e Matsukura (2019) propõem a realização da assistência de modo intersetorial a partir da atenção básica, ordenando o cuidado pautado nas necessidades gerais a específicas.

Para compreender as dificuldades para a efetivação do cuidado adequado em saúde mental pela atenção básica, devemos apreender como se tem estruturado o entendimento deste cuidado nos serviços e nas práticas profissionais, subsidiados e subsidiadores nas políticas anteriores e presentes.

Enquanto proposta de cuidado ampliado, conforme consolidação da saúde pública no Brasil, a atenção básica concentra potencial em suas bases territoriais, em especial nas unidades consideradas de acesso preferencial (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013). Trata-se de acessar o cuidado por meio da equipe generalista, mas que ordena e coordena o cuidado. Para tal, exige-se entendimento do processo de cuidar também da criança em situação de risco para desenvolver problemas de saúde mental ou que solicite acesso para fins de cuidado em saúde mental (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Nesta perspectiva ampliada, holística e contextualizada do cuidado, a atenção básica se coloca na saúde pública brasileira como base territorial nas vias da assistência em saúde. Assim, foi implantado pelo Ministério da Saúde (2012) em 1994 o Programa de Saúde da Família, então direcionado à ESF, pois não se trata de um programa de cuidado institucionalizado, mas de uma mudança de paradigma, de um jeito de se fazer o cuidado no território mais próximo à família.

Em 2006, o Ministério da Saúde (2012) instituiu, nesta nova perspectiva de cuidar, a ESF como ordenadora oficial do cuidado, consolidando-se como o centro da atenção primária em saúde no Brasil. E, apesar desta atenção ser tecnologicamente simples, coordenar o cuidado é tarefa interdisciplinar, multifatorial e intersetorial.

A propósito desta ordenação do cuidado, uma das ferramentas é o acolhimento pela atenção básica, o que para o Ministério da Saúde (2013) vai muito além de atender e encaminhar o usuário à outra unidade. Acolhimento corresponde a uma postura permanente de cuidado, independentemente do profissional ser especializado na demanda que chega até ele ou na demanda a qual ele vai ao encontro. Ouvir, verificar determinantes, checar a queixa, perceber a real demanda, contatar a família, etc. são ações que podem e devem ser manejadas com frequência pela ESF.

Vale ressaltar que conforme preconizado, o usuário residente numa área abrangida pela responsabilidade da ESF estará sempre sob o cuidado ou co-cuidado desta equipe. Disso se trata a ESF, ordenando e coordenando, numa perspectiva permanente e contínua atenção em saúde.

De acordo com a Portaria Nº 2488/2011, faz parte das atribuições da ESF:

- definição do território de atuação e de população sob sua responsabilidade;
- programação e implementação das atividades de atenção à saúde de acordo com as necessidades de saúde da população;
- desenvolvimento de ações que priorizem os grupos de risco e os fatores de risco para doenças ou danos preveníveis;
- realização do acolhimento com escuta qualificada, classificação de risco, avaliação de necessidade de saúde e análise de vulnerabilidade;
- provisão em atenção integral, contínua e organizada à população adscrita;
- realização de atenção à saúde na Unidade Básica de Saúde, no domicílio, em locais do território (salões comunitários, escolas, creches, praças, etc.);
- desenvolvimento de ações educativas;
- implementação de diretrizes de qualificação dos modelos de atenção e gestão;
- participação do planejamento local de saúde assim como do monitoramento e da avaliação das ações;
- desenvolvimento de ações intersetoriais, integrando projetos e redes de apoio social, voltados para o desenvolvimento de uma atenção integral;
- apoio às estratégias de fortalecimento da gestão local e do controle social;
- realização de atenção domiciliar.

Além disso, conforme o Decreto nº 9.795/2019, a atenção primária passa a ter status de Secretaria no âmbito do Ministério da Saúde e tem suas bases de cuidado ratificadas politicamente.

Consonante a esse Decreto e ratificada pela Portaria Nº 2.436/2017,

A Política Nacional de Atenção Básica tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica. A qualificação da Estratégia Saúde da Família e de outras estratégias de organização da Atenção Básica

deverão seguir as diretrizes da Atenção Básica e do SUS, configurando um processo progressivo e singular que considera e inclui as especificidades locais regionais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013, p. 20).

Morosini (2018) destaca as mudanças introduzidas na nova Política Nacional de Atenção Básica por meio da Portaria nº 2.436/2017 em que se promove a relativização da universalidade e segmentação de acesso, a recomposição das equipes, a reorganização do processo de trabalho e a consequente fragilização da coordenação da política a nível nacional. A autora discorre sobre os riscos de desestruturação das conquistas da Atenção Básica e de enfraquecimento da mesma bem como do Sistema Único de Saúde no país.

Desta forma, propostas como as do presente estudo são necessárias para fortalecimento das Redes de Atenção à Saúde (RAS) abrangendo a Atenção Primária. Tratar, então, as diretrizes para a política pública como referenciais deste estudo, tais como da própria RAS, da Atenção Básica e da Educação Permanente em Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018) permitem o aprofundamento nas políticas que norteiam o cuidado em saúde mental para a primeira infância e uma melhor compreensão da realização do cuidado como promoção de saúde na atenção básica. Neste sentido ampliando a noção e estratégias de cuidado e impactando aspectos da formação profissional.

### 2.3 ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO CUIDADO À PRIMEIRA INFÂNCIA: POSSIBILIDADES E LIMITAÇÕES

A estrutura política e organizadora da atenção básica no tocante à Estratégia Saúde da Família tem desempenhado um importante papel na atenção à saúde. Isso abrange tanto a gama de conhecimentos cientificamente postos bem como a prática do fazer em saúde mental na atenção básica.

Desta forma, é comum a realização de grupos de saúde mental na unidade bem como discussão de casos nas reuniões de equipe. Apesar disso, por falhas no processo de intervenção, muitas vezes estas atribuições são direcionadas ao Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), ficando a ESF à margem da responsabilidade pelo acolhimento e pela promoção de saúde mental (OLIVEIRA et al., 2017).

Neste sentido, Taniguchi (2018) enfatiza a estratégia de visitas compartilhadas entre NASF e ESF com bons resultados no acompanhamento psicossocial no território, apesar de se tratar de uma prática desafiadora.

Há ainda quem destaque a incipiente integração da ESF com outros equipamentos de atenção à saúde mental, como os CAPS e os ambulatórios. Para Oliveira et al. (2017), deve-se refletir sobre os detentores dos saberes que norteiam as práticas em saúde mental na saúde pública, deixando as unidades de cuidado especializado como preditoras e ordenadoras do cuidado.

Enquanto, para muitos, a ESF tem encontrado dificuldades em se estabelecer como parte promotora de saúde mental no território, para Souza, Amarante e Abrahão (2019) as ações psicossociais realizadas hoje no Brasil demandam uma nova configuração dos serviços. Isso sugere que a articulação entre esta equipe e a outra especializada é uma potência, devido à capilaridade da ESF no território, o que nem sempre se coloca como tarefa simples, apesar de preconizada (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012), por isso há necessidade de se reconfigurar a atenção no acesso preferencial.

Neste mérito, a ESF ainda lida com a estrutura e o fazer centrado na figura do médico e do medicalocentrismo quando da busca pela ausência de doença em vez da promoção da saúde. E, ainda que haja equipes de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) como ‘braços’ da unidade no território, os recursos estruturais e profissionais tendem a priorizar os acompanhamentos básicos dentro da própria unidade.

Neste sentido, seria interessante aliar a promoção da saúde mental infantil à prática de intervenção na USF. O momento da puericultura, por exemplo, pode ser uma oportunidade de promover saúde como estratégia de cuidado ao observar o desenvolvimento psíquico e a realidade em que vive o comunitário, independentemente de ele apresentar sintomas de transtorno (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012b).

Neste sentido de promover saúde, a realidade chilena tem se destacado indo além da área da saúde. Ao apresentar uma proposta de programa intersetorial de cuidado à infância, não apenas preconiza o apoio à saúde mental infantil, mas também durante a gravidez e o puerpério, incluindo a gestação materna no processo de promoção de saúde mental. Isso conforme o fortalecimento das dimensões biopsicossocial das famílias (MINISTERIO DE SALUD, 2018).

Ainda sobre dificuldades na assistência em saúde mental pela ESF no Brasil, Santos, Mishima e Merhy (2018) destacam: a força da lógica medicalocêntrica, apesar de os profissionais estarem teoricamente cientes do paradigma da clínica ampliada; a importância de se investir no processo de acolhimento, uma vez que o usuário busca na unidade básica de saúde, muitas vezes, ser ouvido; e a relevância da atuação dos serviços básicos cuja relação com as

universidades (centros de pesquisa) permitem melhor manejo para acolher e promover saúde.

Além dessas dificuldades, os profissionais são afetados no que concerne ao processo de trabalho em equipe e às condições de trabalho. Somado a isso, observa-se limitações na elaboração de estratégias de enfrentamento e de garantia na continuidade da assistência, conforme destacado por Riquinho et al. (2018). Estes aspectos, demandam necessidade de diálogo entre a equipe, a gestão e outras equipes para o exercício do cuidado.

Além do que já fora problematizado, é pertinente destacar algumas necessidades para viabilizar o cuidado para além do lugar privilegiado da ESF. Fernandes, Matsukura e Lourenço (2018) e Taniguchi (2018) reforçam a pertinência de combater o modelo biomédico, medicalocêntrico e vertical do cuidado, que é pouco territorializado, o que potencializa a dificuldade de atender a demanda, uma vez que a criança predominantemente precisa ir até a equipe de cuidado.

No tocante a essas questões, apesar da organização da Atenção Básica em saúde, há muitas dificuldades a serem superadas pelos profissionais da ESF. Barboza, Belian e De Araújo (2016) pontuam que, embora o currículo da graduação médica seja interessante para o profissional que chega para atuar na equipe de saúde da família, ainda é incipiente na área de saúde coletiva.

Apesar de ser considerada uma oportunidade inicial de trabalho com pouca valorização profissional, é consenso para tais profissionais que não é simples o trabalho na área. Antes, necessita formação tal que possibilite a realização de ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação em saúde, tanto para o indivíduo quanto para a coletividade.

Ao questionar a concentração das práticas, por sua vez, Coutinho et al. (2020) e Santos, Mishima e Merhy (2018) propõem uma revisitação do modelo de funcionamento da ESF. Nesta direção, Fernandes, Matsukura e Lourenço (2018) identificaram as temáticas mais abordadas em discussões na literatura acerca das dificuldades para o cuidado em saúde mental na atenção básica. São elas: o modelo biomédico, medicalizante e excludente ainda em vigência predominante; as relações entre o usuário, a família e a rede de apoio; a prática no território e a questão da carência na formação e na capacitação de profissionais da atenção básica para atuação em saúde mental.

Tais limitações na atuação e as necessidades de formação das equipes de ESF no Brasil, conforme exposto, refletem, segundo Pimentel, Albuquerque e Souza (2019), a realidade da atenção básica em Pernambuco. De forma geral, as equipes apresentam dificuldades para

realizar ações, demandando capacitações para atuar conforme as necessidades dos usuários. Excluindo a atenção à saúde da mulher, citada por 90% das equipes dos municípios analisados, à ginecologia (70,1%) e ao pré-natal (78,5%), as intervenções ainda são muito voltadas à doença e às demandas espontâneas, expondo a dificuldade de capilarizar no território e promover saúde.

Somado aos aspectos da formação, o apoio matricial prestado pela equipe de referência (especializada) deve fazer parte da rotina da ESF (AMARAL et al., 2018, CARVALHO; DUARTE; GLENZNER, 2020, FELIX DA SILVA; DUARTE; ACIOLI, 2020, TREICHEL; CAMPOS; CAMPOS, 2019).

Esta estratégia matricial, ainda segundo os autores, flui no sentido da intersetorialidade e do abandono efetivo da lógica manicomial. No entanto, apesar da clareza da proposta, o matriciamento e as articulações intra e intersetoriais na atenção primária em saúde pública no Brasil, têm sido lidos como tarefas complexas a serem cumpridas continuamente. As demandas nos Centros Especializados têm sido crescente e com isso os profissionais encontram dificuldades em matriciar as equipes de saúde da família.

Assim, na deficiência da estratégia de aproximação, a ESF tende a sofrer os impactos deste distanciamento e, por conseguinte, endossa a dificuldade em promover saúde mental na atenção básica.

Em um levantamento revisivo Costa, Colugnati e Ronzani (2015) também consideraram as regiões Sul e Sudeste como áreas de concentração dos estudos no tema e destacaram a necessidade de avaliação recorrente em saúde mental na direção do fazer indo além das questões de política de funcionamento. Eles conceberam a humanização do cuidado e a territorialidade como pontos em evolução e os investimentos governamentais e em qualificação profissional como pontos em carência. Para os autores, avalia-se bastante sobre o modelo anterior – hospitalocêntrico – com vistas às mudanças que já deveriam estar em voga conforme o funcionamento dos serviços substitutivos.

As universidades públicas, concordam Menezes et al. (2018), têm dominado os estudos na área, com suas publicações predominantemente associadas à atenção primária e psicossocial, relevando a então reivindicação por melhores condições de acesso aos serviços de cuidado, problematizando aspectos como estigma, exclusão social e violência.

Esta tendência geral dos estudos corrobora com as discussões a nível global que destacam os determinantes sociais da saúde nas pesquisas. Apesar disso, a produção no Brasil

volta-se, no geral, aos desdobramentos da Reforma Sanitária enquanto movimento político, em detrimento de temas como a necessidade de formação para as equipes básicas e especializadas.

Endossando ainda as dificuldades da ESF, há, segundo Marini, Lourenço e Della Barba (2017) muito o que se investir no cuidado precoce da saúde mental na infância no Brasil. Isso porque a atenção e os procedimentos encontram-se direcionados especialmente aos sintomas e menos ao desenvolvimento da criança em suas aquisições e plasticidades enquanto potencial.

Marini, Lourenço e Della Barba (2017) ainda verificaram que, no Brasil, a intervenção precoce está concentrada nos sintomas e na necessidade de reabilitação, ainda distantes do ciclo criança-família-comunidade. Deste modo, a literatura nacional tem carecido da atualização profissional na área bem como de maiores investimentos em pesquisas para incidir sobre o tema.

Além disso, mesmo que o Marco pela primeira infância contextualize as necessidades da promoção à saúde precoce (BRASIL, 2016) ainda é um desafio transformar em estratégias o que diz a Lei. Há um distanciamento, portanto, entre a direção de recursos públicos e o cuidado no mérito da promoção da saúde, perpassando pelas esferas intersetoriais implicadas na primeira infância.

Desta forma, faz-se necessário o aprofundamento dos programas e das políticas para a promoção do desenvolvimento emocional com suporte às crianças e suas famílias no entendimento dos vínculos saudáveis desde muito cedo. É preciso atentar, assim, às vulnerabilidades sociais, econômicas e afetivas (ABUCHAIM et al, 2016a).

São importantes, neste sentido, profissionais que reconheçam demandas em potencial e consigam intervir quando houver situações que prejudiquem o desenvolvimento. Como aponta Thiengo, Cavalcante e Lovisi (2014), os fatores associados à prevalência de transtornos bem como fatores ambientais devem ser conhecidos também para fins de prevenção e promoção da saúde mental.

Dias da Costa et al. (2015), destacando a realidade nordestina, reforçam a necessidade de maior atenção ao desenvolvimento infantil integral na atenção básica. Eles destacam o número baixo de consultas e demandas não abraçadas em sua integralidade, sugerindo, então, que os serviços básicos de atenção reconheçam a população infantil como uma de suas prioridades.

No tocante a tal necessidade, Paula et al. (2015) destacam que, no Brasil, há uma estimativa de 13% da população infantojuvenil com algum diagnóstico relacionado às questões

de saúde mental com sintomas passíveis de cronicidade. Desses, menos de 40% receberam algum tipo de tratamento nos anos que ateceram a referida estimativa, sugerindo impactos da dificuldade de acesso ao cuidado preferencial. Fatori et al. (2018) corroboram estes achados, ao relevar a alta demanda de saúde mental em crianças em relação ao baixo número de atendimentos no acesso preferencial do cuidado.

Estes dados apontam a demanda por capacitação profissional para fins de identificação, monitoramento e encaminhamento dos casos, o que, por sua vez, reforça as necessidades por mais estudos sobre o tema, o matriciamento, a capacitação e a formação profissional bem como sobre a revisão das estratégias de cuidado. Isso sugere a promoção de saúde como estratégia importante a fim de impactar na diminuição da alta demanda por intervenções decorrentes do aumento dos casos de crianças com problemas de saúde mental.

A partir do entendimento do que é preconizado para o cuidar em saúde mental infantil e do cotidiano do cuidado no acesso preferencial, será possível apresentar noções possíveis do cuidar.

Neste sentido, Roia et al. (2014) destacam a intervenção precoce como representante desta preocupação intencional em promover saúde ainda muito cedo. Para isso, há necessidade de profissionais com saberes múltiplos se ocuparem de tal perspectiva aliando-se à família e ao contexto de vida da criança.

Em seu estudo sobre a redução das vulnerabilidades presentes no contexto de vida da criança e a melhora no desenvolvimento infantil, Da Silva (2019) considerou as intervenções precoces como respostas para reconhecimento e combate dos fatores de risco. Tais fatores podem ser tanto individuais quanto sociais e afetam a primeira infância e a consequente abertura ao sujeito.

Roia et al. (2014), por sua vez, apontam como desvantagem social a falta de intervenção precoce sobre o desenvolvimento cognitivo e emocional da criança. Logo, sugere que há impacto na sociabilidade do adulto decorrente de vulnerabilidades vivenciadas durante o seu desenvolvimento na infância. Desenvolvimento esse que deve levar suas individualidades, possibilitando o desenvolvimento psicossocial.

A intervenção precoce permite que a criança responda melhor aos estímulos que recebe, conforme intervenção externa e de acordo com sua plasticidade neuronal potencializada nesta fase. Isso estimula o fortalecimento da autoconfiança e da autoestima e o desenvolvimento das

relações com a família e a comunidade, permitindo a construção de um adulto mais bem adaptado socialmente e conseqüentemente mais saudável e menos vulnerável (DA SILVA, 2019).

Em estudo com proposta semelhante, nos Estados Unidos, Alcalá e Balkrishnan (2019) se debruçaram, a partir de suas pesquisas, sobre o que eles chamam de “efeitos das adversidades” da infância. Indo de encontro à maciça concentração em estudos com adultos, intentaram examinar o efeito da exposição de crianças a situações adoecedoras, como de pobreza, perdas, abuso infantil e negligência familiar, e de como estas situações impactariam no desenvolvimento de traumas na vida adulta. O estudo foi realizado por usuários de serviços de saúde mental que tratam de crianças (até os 17 anos). Foram verificadas dificuldades de acesso aos serviços de cuidado bem como déficits na qualidade destes serviços, destacando-se atividades de intervenção na crise, em vez de promoção à saúde mental como sendo predominante. Pontuaram, ainda, o fato de haver maior dificuldade de acesso ao cuidado pela população mais pobre, tratada com discriminação na tentativa de acesso e no serviço propriamente dito.

Além disso, pode-se inferir pelo estudo que crianças com as chamadas adversidades apresentam maiores chances de desenvolver doenças mentais como depressão, ansiedade, tentativas de suicídio, alucinações e dependência química, se comparadas aos adultos sem histórico de adversidade na infância.

Segundo estudo realizado em um ambulatório de psicoterapia psicanalítica, Waikamp, Barcellos e Serralta (2018), por sua vez, destacaram a negligência emocional e o abuso psicológico, seguidos de outros tipos de violência como adversidades mais associadas às dimensões de sintomas atuais, vivenciados no adulto em acompanhamento.

Tudo isso concorda com outros achados na literatura sobre as conseqüências do trauma, das adversidades e da violência que ocorreram durante a primeira infância cujo impacto é refletido na saúde mental do adulto. Assim é necessário, além do cuidado na primeira infância, o cuidado à família e a prevenção de riscos para o desenvolvimento de transtorno (TSZENIOSKI et al., 2015, FIGUEIREDO; MOTA, 2014, LIMA et al., 2019a).

Sobre este cuidado à família, Tzenioski et al. (2015), Figueiredo e Mota (2014) e Lima et al. (2019a) concordam que a tríade *família – condições de vida – interações sociais* impactam brusca e diretamente o processo saúde-doença do sujeito, sendo indispensável o olhar contextual e atualizado à realidade.

Na direção desta tríade, Abuchaim et al. (2016b) afirmaram a necessidade de somar

esforços entre cuidadores, desde a família ao profissional de saúde e passando pelas instituições educacionais para estimular a promoção de vínculos positivos. O texto pontua, ainda, a relevância dos vínculos familiares nesta fase da vida, orientando os adultos a se colocarem como fatores protetivos na medida do acolhimento e da segurança a fim de que a criança se sinta segura para se construir como indivíduo saudável e cidadão.

Com isso, é interessante pensar as relações entre fatores protetivos e de risco em suas relações com aspectos da vida adulta. Neste sentido, Joussemet et al. (2018) destacaram que, na realidade canadense, a saúde mental está associada ao que eles chamaram de paternidade ideal.

Estes autores consideraram as dimensões: estrutura familiar, afiliação e apoio à autonomia como bases para a criação de um programa em que, por meio da conversa entre pais e crianças, torna-se possível promover a saúde mental infantil na medida do estreitamento dos vínculos e afetos, o que corrobora para a parentalidade consciente. Tudo isso impacta na melhora de queixas psicológicas na criança (caso haja) e no aprimoramento do exercício da paternidade, resultando no fortalecimento da saúde mental da criança (JOUSSEMET et al., 2018).

A medida que é realizado o cuidado integral da criança em seu contexto de determinantes da saúde, da qualidade de vida e de sua relação com a família e a comunidade em que vive, pode-se promover saúde na realização do cuidado. É necessária cautela para uma abordagem medicalizante (TÃNO; MATSUKURA, 2019, PENIDO; PASSOS; ANDRADE, 2015), pois sem promoção de saúde o estado de sofrimento da criança em sua primeira infância e da família pode não ser ressignificado, uma vez que seus resultados indicaram que quando a criança tem seu cuidado pautado na medicalização, seu desenvolvimento socioemocional em sua plenitude é afetado por isso. Porque a medicalização minimiza sintomas, mas não pode ser considerada por si só promoção de saúde.

Abuchaim et al. (2016b) consideram que a vigilância ao desenvolvimento na infância deve abranger todas as atividades relacionadas à promoção, do que seria um desenvolvimento dentro da normalidade já na Atenção Primária à Saúde (APS). Assim, destaca como sendo necessário o acompanhamento continuado, adaptado e pautado no diálogo entre profissionais, família e entes envolvidos com a criança, como a escola, por exemplo.

Neste sentido, Tãno e Matsukura (2019) ressaltam que a população infantojuvenil passa, em suas necessidades de cuidado, pela atenção básica, pela assistência social e pela

educação. Isso exige corresponsabilidade entre os envolvidos, que devem caminhar contra as pautas cuja prioridade seja de medicalização e patologização, potencializando a garantia de direitos e as melhorias nas práticas de cuidado na direção da clínica ampliada e do acolhimento e encaminhamentos ideais.

A formação do cuidador, além de intervir e promover saúde mental, deve passar pelo processo de atenção à saúde. Acerca da necessidade de formação e capacitação, há concordância para diversos autores (FERNANDES; MATSUKURA; LOURENÇO, 2018, FATORI et al., 2018, DIAS DA COSTA et al., 2015, COSTA; COLUGNATI; RONZANI, 2015, BARBOZA; BELIAN; DE ARAÚJO, 2016, SILVA et al., 2019, CARVALHO; DUARTE; GLENZNER, 2020).

Para isso, intervenções educativas em saúde na direção da promoção de vínculos saudáveis, de uma formação adequada e de uma educação permanente permite que equipes interdisciplinares considerem, além dos sintomas, os vínculos familiares e as histórias de vida da criança (ABUCHAIM et al., 2016a). Tal necessidade é também referenciada por diversos autores (PEREIRA et al., 2014, PEREIRA; ANDRADE, 2018, FERREIRA, 2019, RÉZIO; FORTUNA; BORGES, 2019, BARBOZA; BELIAN; DE ARAÚJO, 2020).

Desta forma, o apoio matricial das unidades especializadas às unidades básicas de saúde aparece como estratégia para rever os fluxos, o fazer das equipes e a operacionalização do cuidado, além de ações de supervisão e de educação permanente (AMARAL et al., 2018, CARVALHO; DUARTE; GLENZNER, 2020, FELIX DA SILVA; DUARTE; ACIOLI, 2020, TREICHE; CAMPOS; CAMPOS, 2019).

Assim, o apoio matricial configurado como uma parceria no cuidado entre equipes especializadas em saúde mental às equipes de atenção básica como a Estratégia Saúde da Família (ESF) pode permitir, conforme Penido, Passos e Andrade (2015), a efetividade do abandono da lógica hospitalocêntrica do cuidado. Este suporte técnico propõe aproximar a equipe CAPS da ESF, promovendo discussões, intervenções conjuntas e melhora da relação dos usuários com a família e a comunidade.

Este desafio é, segundo Amaral et al. (2018) e Carvalho, Duarte e Glenzner (2020), estimulante para a elaboração de novas tecnologias e práticas de cuidado. Para isso, é reforçada a lógica de outros tantos estudos que solicitam ajustes no apoio matricial, na educação permanente e na qualificação profissional.

Além destas necessidades, o acolhimento surge enquanto manejo humanizante do

cuidado pela ESF em saúde mental, o que é reforçado por Silva et al. (2019), e também releva a demanda profissional por educação permanente e sua importância à promoção da saúde.

Portanto, é presente a necessidade de investimento nos estudos em educação em saúde sobre a temática na atenção primária no Brasil bem como de desvelamento da realidade vivenciada pelos profissionais nos diferentes cenários de atuação e maior suporte para a promoção de saúde mental na primeira infância pela ESF.

Neste âmbito, trata-se da promoção e proteção da saúde mental. Para a proposta da Plataforma (ONU, 2016), a promoção da saúde inclui ações que melhorem o bem estarpsíquico dentro de um ambiente de suporte à saúde mental. Sendo esse um lugar em que sejam respeitados os direitos civis, políticos, socioeconômicos e culturais dos sujeitos.

Desta forma, as políticas nacionais de saúde mental precisam se ocupar tanto das questões relacionadas aos transtornos mentais quanto às questões de promoção da saúde mental. Esta linha de cuidado pelas vias da promoção deve integrar programas governamentais e não governamentais. Além disso, deve intervir na primeira infância em seu ambiente de desenvolvimento, nas questões nutricionais, nas redes de apoio, no empoderamento socioeconômico das mães, nos cenários de violência... Considerando tudo isso, torna-se possível o cuidado ao promover saúde mental.

### 3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

#### 3.1 ABORDAGEM DO ESTUDO

O presente estudo trata-se de um estudo de casos múltiplos, de abordagem do tipo qualitativa e voltada para problemas de ordem coletiva (YIN, 2015).

Nesta pesquisa abordamos como é realizado o cuidado em saúde mental infantil. Neste sentido, a metodologia do tipo qualitativa se adequou à proposta de investigação por seu alcance das subjetividades da vivência humana não abrangentes às quantificações, a medida que se buscou a compreensão de motivos em suas intencionalidades singulares (MINAYO, 2014). Abstrairmos, assim, significados da realidade vivida pelos sujeitos da pesquisa para além do que pode ser mensurado, abarcando condutas, valores e anseios que tem impactado no cuidado.

O estudo de caso, segundo Carneiro (2018) por ser um método específico da pesquisa de campo, tem como possibilidades a escolha de mais de um caso, não para fins de replicação, mas de possibilidade comparativa na realidade investigada. Desta forma, entendendo o caso como uma representação da realidade coletiva, permitindo proposições acerca do seu entorno.

“Um estudo de caso investiga um fenômeno contemporâneo em seu contexto no mundo real, especialmente quando as fronteiras entre o fenômeno e o contexto puderem não estar claramente evidentes. A segunda parte da definição aponta para o projeto e coleta de dados... O estudo de caso terá mais variáveis de interesse do que pontos de dados” (YIN, 2015, p. 3).

Yin (2015) acrescenta a possibilidade de abordar um sistema delimitado da vida real. Neste estudo, tratou-se de múltiplos sistemas delimitados, a saber, o estudo de caso por meio da coleta de dados detalhada em profundidade e que envolveu múltiplas fontes de informação. Isso tornou possível ampliar o conhecimento tanto acerca de fenômenos individuais quanto coletivos o que gera impactos sociais, conforme potencial de comparação entre diferentes e semelhantes realidades.

#### 3.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O estudo foi realizado em três Unidades Básicas de Saúde em que atuam a Estratégia de Saúde da Família (ESF) em município da região metropolitana do Recife –PE.

Localizado há cerca de 43km da capital, o município em que residem mais de

90.000 habitantes faz parte da microrregião de Suape e tem parte de sua renda resultante do turismo. Apesar de se tratar do terceiro maior PIB do estado, destacam-se as desigualdades entre a população (IBGE, 2015a; IBGE, 2015b).

Sobre a Rede de Saúde, o município conta com uma Rede de Atenção à Saúde com 21 Unidades de Saúde da Família, 1 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) na modalidade transtorno adulto, 2 equipes NASF (uma delas atende o distrito mais próximo à zona rural e a zona rural propriamente dita e a outra equipe atende o distrito mais próximo às praias e as vilas das praias), 1 UPA, 1 hospital geral de pequeno porte, 3 Serviços de Pronto Atendimento (SPA), 3 policlínicas e 1 centro de reabilitação. O município não dispõe de equipamento especializado para atendimento à criança com sofrimento psíquico como o CAPS infantil. Esse, por sua vez, devido ao incipiente número populacional para exigir implantação deste tipo de serviço (inferior a 200 mil habitantes). Então, as crianças em situação de sofrimento psíquico são atendidas nas USF, nos ambulatórios gerais e no centro de reabilitação.

A escolha pela realização do estudo de casos múltiplos no respectivo município deu-se devido à sua realidade territorial. O município é formado por três realidades, sendo elas dos distritos, da área rural e das praias, que configuram diversos contextos para a vivência da infância. Os distritos são considerados centros urbanos da cidade em que há maior concentração e circulação de pessoas e de serviços, são em número de três. As praias, por sua vez, correspondem às vilas e comunidades que se estabeleceram na região das praias e apresenta concentram de serviços e de pessoas em menor número se compararmos aos distritos, são em número de três entre as 10 praias. Já o território rural concentra a maior área em extensão do município, mas menor em população e serviços, abrangendo mais de 70 engenhos. Esta configuração territorial assemelha-se a outras cidades do estado, em que os serviços encontram-se distribuídos em regiões com diferenças sociais e de acesso. Assim, no presente estudo foram investigadas uma unidade localizada no distrito, uma unidade das praias e uma unidade do território rural, constituindo os múltiplos casos.

### 3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Foram convidados a participar do estudo profissionais que atendiam aos seguintes critérios de inclusão: profissionais maiores de 18 anos, que atuassem na ESF, que realizassem atendimento a crianças desde o nascimento até seis anos de idade e que acompanhassem

gestantes durante o pré-natal, num tempo mínimo contínuo de 6 meses. A elegibilidade ocorreu após pesquisa exploratória segundo Yin (2015), na unidade de saúde a fim de verificar aspectos do funcionamento do serviço. Foram excluídos do estudo os profissionais que por motivos de férias, afastamento ou licença trabalhista se encontraram impossibilitados de participar do processo de coleta de dados.

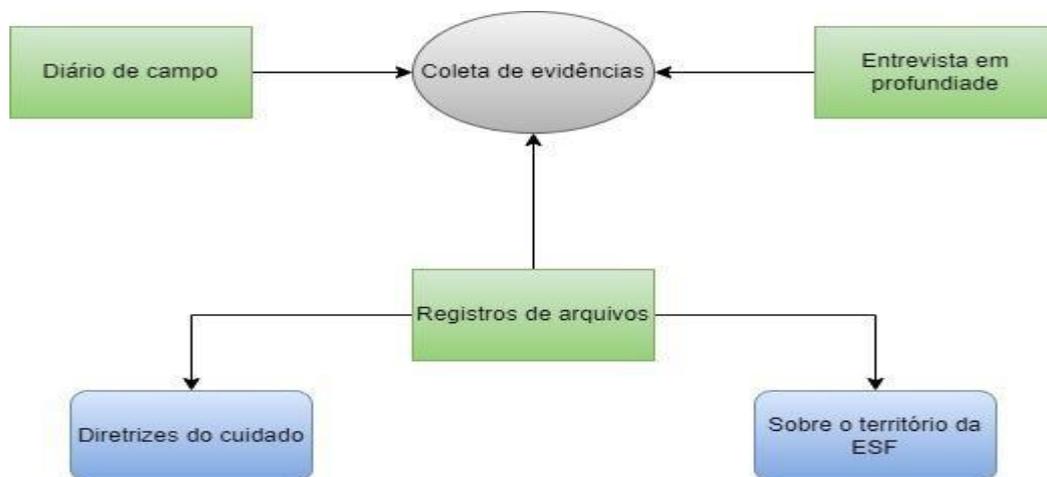
A seleção dos grupos para estudo foi realizada conforme amostragem não probabilística, por exaustão, através do contato pessoal com as possíveis unidades de saúde dos três territórios propostos (CARNEIRO, 2018). Todos os profissionais da Estratégia Saúde da Família das unidades (três unidades), com uma equipe em cada unidade, foram convidados a participar.

Participaram do estudo dezoito profissionais, sendo seis de cada uma das equipes das respectivas unidades. Por se tratar de um estudo de casos múltiplos em que cada unidade em cada microrregião foi considerada como um dos casos, compomos as três unidades como os casos múltiplos.

### 3.4 FONTES DE EVIDÊNCIAS

No presente estudo buscamos evidências a partir de três fontes: entrevistas com os profissionais das equipes, registros em diário de campo e análise documental. Para ilustrar, apresentaremos as evidências a partir de figuras que destacam conceitos ou considerações a partir das intervenções com os participantes da pesquisa.

Figura 1 – Descrição das fontes de evidências.



Conforme representamos na figura, evidências foram coletadas a partir de registros em diário de campo. Neste instrumento, foram registradas informações coletadas conforme as visitas às unidades durante o processo da pesquisa, que contribuíram para caracterizar o contexto vivenciado pelos profissionais bem como aspectos relativos às entrevistas que não puderam ser captados pela gravação. Vale destacar que não tivemos oportunidade de acompanhar atendimentos ou atividades realizadas pela equipe, devido às restrições de pessoal dentro das unidades de acordo com as medidas de isolamento, salvo alguns momentos em que crianças foram se vacinar na unidade. Destacaremos alguns trechos e impressões do diário nos resultados e na discussão que se seguem.

Em relação às entrevistas, outra fonte de evidências de nosso estudo, essas se caracterizam como o conceito de entrevista em profundidade que possibilita mapear crenças, valores ou universos sociais específicos de dada população em que foram identificados conflitos, contradições e informações não reveladas ou que não foram vistas de modo claro (DUARTE, 2010).

Conforme preconiza Duarte (2010) o planejamento da entrevista foi fundamental. Foi necessário que o pesquisador tivesse objetivos claros e conhecesse em alguma profundidade a realidade da população e a situação em que ela encontrava-se inserida. Além disso, aspectos mais práticos como organização do material, a visita prévia ao locale o traje e postura do entrevistador foram aspectos importantes.

A entrevista foi, neste sentido, construída de modo a possibilitar a exploração das experiências de cuidado às crianças e como estas vivências influenciaram na saúde mental das mesmas, abarcando questões que baseiam as intersubjetividades envolvidas no ato de cuidar. Neste sentido, enquanto instrumentos para coleta constaram o roteiro de entrevista (APÊNDICE B) composto pela caracterização do participante com suas informações sociodemográficas e o roteiro com os tópicos em perguntas para compreensão do fenômeno em estudo.

O roteiro da entrevista foi submetido a um estudo piloto com profissionais de uma outra unidade de saúde, que não foi incluída no estudo, sendo realizados ajustes mínimos na ordenação das perguntas.

As entrevistas ocorreram entre os meses de novembro de 2021 e fevereiro de 2022. Elas foram realizadas nas respectivas unidades de saúde. Foram gravadas através de um aplicativo gratuito instalado em dois celulares e posteriormente transcritas integralmente com o auxílio do software Atlas.ti. As entrevistas não foram devolvidas aos participantes e tiveram duração média

de 40 minutos entre os participantes.

Acerca dos registros como fonte de evidências, destacamos em nossa revisão de literatura e destacaremos em nossa discussão, algumas diretrizes gerais que nos orientaram para pensar o cuidado à saúde mental infantil, uma vez que não identificamos diretrizes específicas para este cuidado pela ESF. Entre elas, o Sistema Único de Saúde (BRASIL, 1990), a Política Nacional da Atenção Básica (BRASIL, 2017), o Plano Nacional pela Primeira Infância (2010), A Política para a Promoção de Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005b), o Relatório Informe da Saúde Mental (WHO, 2022) e a Política para Educação Permanente (BRASIL, 2018).

Por fim, neste estudo também foram verificadas evidências através de uma busca documental dos registros, que servem para caracterizar e direcionar o funcionamento do serviço no território para a atuação da equipe no que tange ao atendimento à primeira infância. Apesar da busca, não foram localizadas pelos profissionais das unidades diretrizes (normativas ou portarias) que direcionem em suas atuações acerca da saúde mental das crianças. Neste sentido, consideramos as caracterizações sociodemográficas da região bem como de cada uma das unidades como sendo registros do território das unidades.

Sobre isso, destacaremos alguns indicadores da população, incluindo a primeira infância, a partir da Plataforma Primeira Infância Primeiro (<https://primeirainfanciaprimeiro.fmcsv.org.br/municipios/ipojuca-pe/>):

Quadro 1 – Indicadores sociodemográficos da primeira infância do município.

<b>Tipo de estimativa</b>	<b>Números totais ou percentuais</b>
População total	92.965
População urbana (inclui praias)	59.719
População rural	20.918
População de crianças de até 6 anos	11.039
Percentual de gestantes acompanhadas	70%
Percentual de cobertura da ESF	75%
Acesso a creches (0 a 3 anos)	25,52% (abaixo da média nacional – 35,6%)
Acesso a escola (+3 a 6 anos)	85,28% (abaixo da média nacional – 92,9%)

Possui Programa Criança Feliz	Sim (163 cidades em PE)
Possui unidades do serviço Família Acolhedora	Não (nenhuma em PE)

Estimativa em 2020. Fonte: FMCSV.

No que se refere aos procedimentos para a realização da pesquisa, após a autorização da secretaria do setor de saúde na prefeitura da cidade, onde foram coletados os dados, conforme consta no anexo 1, os sujeitos da pesquisa foram selecionados a partir de busca ativa nas unidades de saúde, levando-se em consideração os critérios de elegibilidade anteriormente descritos. Em relação a coleta de dados documentais, essa se deu a partir de dois caminhos: busca na internet no site do Ministério da Saúde e busca a partir de informações obtidas junto aos participantes da pesquisa ou de base de dados populacionais.

### 3.5 ANÁLISE DE EVIDÊNCIAS

Os dados qualitativos decorrentes da entrevista foram submetidos à Análise de Conteúdo (GOMES, 2002). A utilização desta técnica visou alcançar os significados para além do que é próprio do discurso manifesto, do que é falado. A análise de conteúdo foi pertinente na busca de semelhanças e diferenças entre os casos. Desta forma, foram categorizadas as evidências das três unidades, tornando-as passíveis de comparação.

Para chegar aos resultados, o tratamento das evidências passou por três fases de elaboração: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados (GOMES, 2002).

A primeira fase foi o momento para organizar todo material de análise. Foi realizada uma leitura flutuante das transcrições das entrevistas e do diário de campo no intuito de encontrar uma orientação para a análise (GOMES, 2002, p. 75). De acordo com os objetivos e questões de estudo, definiram-se as unidades de registro e unidades de contexto que foram utilizadas na próxima etapa (MINAYO, 2014, p. 316).

Num segundo momento, ocorreu a exploração do material. Foi o momento de dialogar com os discursos dos participantes. Para isso foi necessário codificar trechos, frases e fragmentos de modo a elencar os trechos em categorias. Isso deu subsídio para inferir núcleos de sentido, que foram relacionados com pressupostos iniciais e elaborados novos. Tratou-se assim, de uma fase dinâmica na qual o pesquisador relacionou os achados com as categorias do

discurso, estabelecendo pontos de compreensão, a partir de então contextualizando e relacionando à realidade em estudo (MINAYO, 2014, p. 317).

Nesta etapa de análise, foi utilizado o software Atlas® que possibilitou a análise, considerando o conjunto como um todo das evidências, assim como das especificidades das diferentes unidades que compuseram este estudo. Neste sentido, foi realizada inicialmente a inclusão das entrevistas transcritas no software e buscamos os códigos gerais de cada uma das dezoito transcrições. Em seguida, estes códigos foram agrupados formando grupos com sentidos semelhantes. Então, estas semelhanças seguiram se agrupando novamente formando subcategorias como grupos que se relacionavam entre si através de seus núcleos de sentido.

Então, seguiu-se a produção de um conhecimento à medida que foi atribuído um grau de significação mais amplo dos significados analisados, corroborando para as categorias resultantes. Toda esta etapa de codificação e categorização deu-se em discussão conjunta com o orientador, abordando o processo coletivo de nomeação de acordo com a codificação e os objetivos de nosso estudo.

### 3.6 ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa teve sua execução baseada na resolução n° 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). Seguindo esta normatização, a coleta de dados somente teve início após a aprovação do projeto no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFPE (ANEXO B) e após autorização municipal para coleta nas respectivas unidades de saúde.

Conforme exposto, após a leitura conjunta do TCLE (em apêndice C), foram apontados os procedimentos, riscos e benefícios, ressaltando a confidencialidade por meio do sigilo e do anonimato no tratamento dos dados.

Além da via do TCLE, conforme exposto, concedida a cada participante no momento do aceite, também foram disponibilizados e-mail e contatos de telefone para eventuais dúvidas ou necessidades durante a pesquisa. Através deste meio, igualmente, poderá ser solicitado uma cópia do produto final desta investigação.

Em iniciando a coleta propriamente dita e considerando aspectos da subjetividade do pesquisando como pertinentes ao levantamento, foi necessário um ambiente favorável ao momento da entrevista bem como uma relação pesquisador-sujeito que inspirasse confiança,

empatia e acolhimento na unidade e entre as subjetividades em interação.

Além disso, o anonimato foi garantido aos participantes através de suas imagens e identidades resguardadas com uso de nome fictício e gravação utilizada apenas com fins de transcrição de conteúdo da fala e sendo descartada a gravação conforme transcrição. A coleta deu-se em momento único com cada participante, caso houvesse necessidade para aprofundar alguma informação ou de interrupção por alguma questão emergente, haveria reagendamento para uma nova abordagem. Porém isso não foi necessário.

Todo o material decorrente da pesquisa foi armazenado em diversos formatos (digital/impresso) em pastas de arquivo no computador da pesquisadora durante 5 anos e posteriormente incineradas e as áudio-gravações serão apagadas conforme finalização.

## 4 RESULTADOS

### 4.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO MOMENTO HISTÓRICO DA PESQUISA

O presente estudo foi realizado durante a Pandemia do COVID-19. Neste sentido, as unidades aqui analisadas foram afetadas pelo processo de enfrentamento da Pandemia, tanto no sentido das mudanças na rotina do serviço quanto no sentido dos quadros de adoecimento que muitos profissionais das unidades vivenciaram.

Assim, a própria coleta de dados foi atravessada pelo momento pandêmico. Muitas entrevistas foram adiadas por motivo de adoecimento dos profissionais pelo coronavírus, entre outras viroses de cunho respiratório. Somado a isso, foi necessário acompanhar o funcionamento das unidades a fim de que a coleta não interferisse na assistência, então limitada, o que colaborou para reorganização do cronograma da coleta de dados em mais de um momento.

### 4.2 CARACTERIZAÇÃO DAS UNIDADES PARTICIPANTES

A coleta de evidências foi realizada com 18 profissionais, sendo eles: três médicos, três enfermeiros, três dentistas, três técnicos de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde que atuavam nas três unidades no momento da coleta de dados. Vejamos os dados gerais das unidades no quadro 2.

Quadro 2 – Dados gerais das unidades de saúde.

<b>Dados gerais das unidades – USF</b>			
<b>Unidades</b>	<b>Praia</b>	<b>Zona Rural</b>	<b>Distrito</b>
<b>Área de cobertura</b>	2 praias	9 engenhos	Centro do Distrito
<b>População adscrita</b>	3.510.: 720 são Crianças	2.538.: 589 são Crianças	4.365.: 840 são Crianças
<b>Crianças acompanhadas</b>	320	562	462
<b>Gestantes acompanhadas</b>	40	28	28

Elaborado pelo autor. Fonte: registros das USF, 2022.



<b>Categoria Profissional</b>	Médica	Enfermeira	Dentista	Técnica de enfermagem	ACS	ACS
<b>Tempo de Serviço</b>	7 anos	11 anos	11 anos	15 anos	20 anos	19 anos
<b>Vínculo trabalhista</b>	Contrato por prazo	Estaturário	Estaturário	Contrato por prazo	Estaturário	Estaturário

Elaborado pelo autor. Fonte: registros das USF, 2022.

A unidade da praia fica localizada em uma área central de uma vila de moradores. Atende também a vila da praia vizinha, que recebe um grande número de turistas pois esta não tinha USF no período da coleta. A unidade divide a atenção à saúde da família no território das duas praias com a policlínica (ambulatório), isso aumenta a demanda pelo cuidado. Para conseguir atender as duas vilas, a equipe se organiza no sentido de atender demandas semelhantes em dias comuns, como ‘dia das gestantes’, ‘dia dos idosos’... Desta forma, os profissionais da equipe costumam realizar atendimentos individuais nas diferentes especialidades (medicina clínica, enfermagem, odontologia e técnica de enfermagem) ao mesmo público no mesmo dia da semana.

Há uma preocupação também acerca do deslocamento dos usuários do serviço entre as duas vilas (distantes 5km). Assim, segundo os profissionais, esse é mais um motivo para que realizem várias consultas individuais no mesmo dia.

Sobre a vila localizada na praia em que fica a USF assim como a vila da outra praia coberta pelo serviço, há uma importante desigualdade socioeconômica entre a população residente. As vilas são formadas predominantemente por dois distintos grupos sociais. São eles, os dos moradores que possuem residências mais próximas à praia, que têm maior poder aquisitivo, e dos residentes que vivem em comunidades carentes de recursos e localizadas mais distantes da praia. Ainda sobre estes moradores, a maior parte deles sobrevive do turismo com trabalho formal e informal.

Sobre a estrutura da unidade, situa-se numa casa com modelo de casa de praia. Logo, não se trata de um lugar estruturado para abrigar uma unidade de saúde. Não há um espaço de espera para os usuários. Eles costumam aguardar por atendimento embaixo de uma árvore que

fica na entrada do terreno. Dentro da unidade, encontramos um conjunto de salas e pouco espaço de convivência, resumido a um corredor comum. Há, ainda, a sala da dentista no lado externo da casa principal. Mas nota-se um esforço da equipe em tentar otimizar o espaço disponível.

Sobre a comunicação, a equipe consegue se articular bastante entre si. Foi possível obter informação com facilidade sobre a rotina de funcionamento, sobre os profissionais que estavam na unidade, sobre aqueles que não estavam. Todos, desde os profissionais da assistência até o dos serviços gerais sugerem fluidez nesta comunicação.

Neste sentido, havia ciência de todos acerca da pesquisa e o acolhimento aconteceu com cordialidade, respeito e interagiram com tranquilidade durante o processo e com o fato de uma pesquisadora precisar circular na unidade. Sugeriram a unidade como um espaço público a ser compartilhado.

#### 4.2.2 Unidade microrregião Zona rural

A unidade Zona rural, como vimos no quadro 2, tem como área de cobertura 9 engenhos em que residem 2.538 pessoas, sendo 589 dessas crianças residentes no território. Dessas, por sua vez, 562 são acompanhadas pela equipe da unidade. Além disso, a equipe de ESF acompanha 28 gestantes. São números do mês de março de 2022.

Na unidade Zona rural, a equipe era composta por 13 profissionais, sendo 6 destes os profissionais participantes da pesquisa, conforme destacamos no quadro seguinte.

Quadro 4 - Caracterização dos participantes da unidade de saúde Zona rural.

<b>Caracterização dos profissionais participantes – USF Zona rural</b>						
<b>Codiname</b>	Médica Zona rural	Enfermei raZona rural	Dentista Zona rural	Técnica de enfermage mZona rural	ACS 1 Zonarural	ACS 2 Zonarural
<b>Idade</b>	30	35	44	50	56	43
<b>Gênero</b>	Feminino	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino	Masculino

<b>Categoria Profissional</b>	Médica	Enfermeira	Dentista	Técnica de enfermagem	ACS	ACS
<b>Tempo de Serviço</b>	4 anos	5 anos	5 anos	20 anos	20 anos	21 anos
<b>Vínculo Trabalhista</b>	Contrato por prazo	Contrato por prazo	Contrato por prazo	Contrato por prazo	Estatutário	Estatutário

Elaborado pelo autor. Fonte: registros das USF, 2022.

A unidade da zona rural fica localizada no Engenho homônimo distante 10km do distrito Centro do município. Este Engenho, por sua vez, divide-se em duas microáreas: microárea 1 (onde fica a USF) e microárea 2. Além disso, a unidade abrange a região de outros engenhos próximos territorialmente.

No território da USF há duas instituições de ensino, sendo uma no modelo creche e outra com ensino fundamental, ambas vinculadas à rede municipal de ensino.

Para conseguir atingir as diversas comunidades, muitas distantes alguns quilômetros umas das outras, os trabalhadores precisam de suporte de transporte da prefeitura porque, além das distâncias dentro do território, há uma dificuldade de acesso entre eles, especialmente no período chuvoso do ano. A exemplo, um dos engenhos só pode ser acessado neste período de chuvas por helicóptero para atender às necessidades da comunidade residente. Assim, os ACSs são ainda mais afetados neste deslocamento para realizar suas visitas. Um deles, inclusive, no ano passado (2021), chegou a falecer entre estes deslocamentos em decorrência de um acidente de carro. A equipe, então passou a ter apenas cinco ACSs.

Como chegar à unidade também é difícil para os comunitários, os grupos na unidade eram realizados de forma esporádica até mesmo antes da pandemia. Uma alternativa para isso tem sido a realização de um outro encontro esporádico também nas sedes das associações de moradores dos engenhos.

Neste território há uma desigualdade socioeconômica menor do que no exemplo das praias, uma vez que há muito mais uma igualdade em condições precárias entre os comunitários.

Apesar disso, a situação de pobreza já foi maior nas décadas anteriores porque o município teve seus recursos aumentados ao longo do tempo pelo turismo e pelas demandas do Porto de Suape. Isso causou um impacto de recursos e serviços na cidade como um todo. A maior parte da população tem sua renda relacionada aos serviços da prefeitura, de uma Usina de produção de açúcar e dos programas de transferência de renda municipais, estaduais e federais.

No que se refere à estrutura da unidade, esta situa-se na área central do engenho, numa casa ampla em comparação com as demais residências de moradores do engenho, mas com uma recepção pequena para acolher a demanda. Neste sentido, a população costuma aguardar do lado de fora da unidade. Dentro da casa há um corredor e nele há portas para as salas num desenho semelhante ao de um serviço ambulatorial.

Durante a coleta foi possível perceber que a equipe busca se comunicar de maneira a otimizar o serviço. Mas, talvez pelo tipo de demanda predominante que chega (interventiva), os profissionais atuam de maneira mais individualizada. Foi possível contatar a equipe através da enfermeira que sinalizou a proposta para os demais. A coleta foi iniciada em janeiro de 2022 com os dois ACSs já a postos na porta da unidade e se apresentando para a pesquisadora. Deste modo, não houve dificuldades em acessar os profissionais, inclusive, não foi necessário sequer aguardá-los por muito tempo na recepção, uma vez que estavam sempre à espera para a entrevista. A entrevista foi agendada em um dia pela manhã em que eram realizadas as visitas domiciliares antes da pandemia. Neste sentido, havia quase sempre apenas os profissionais na unidade, que acolheram a proposta da pesquisa, sendo perceptível que, de uma forma geral, estes se compreendiam num lugar hierárquico abaixo da pesquisadora por se tratar de uma profissional ‘de fora’ e ‘pesquisadora’. Vale destacar que diferente das demais unidades pesquisadas, neste território não é comum a presença de pesquisadores.

#### **4.2.3 Unidade microrregião Distrito**

A unidade Distrito, como vimos no quadro 2, tem como área de cobertura, parte do centro do distrito no qual se localiza e onde residem 4365 pessoas, sendo 840 delas crianças residentes na área. Dessas, por sua vez, 462 são acompanhadas pela equipe da unidade em março de 2022. Além disso, a equipe de ESF acompanha 28 gestantes.

Na unidade Distrito, a equipe era composta por 13 profissionais, sendo 6 deste total os profissionais participantes da pesquisa, conforme destacaremos no quadro seguinte.

Quadro 5 – Caracterização dos participantes da unidade de saúde Distrito.

<b>Caracterização dos profissionais participantes – USF Distrito</b>						
<b>Codiname</b>	Médic a Distrit o	Enfermei ra Distrito	Dentis ta Distrit o	Técnica de enfermage mDistrito	ACS 1 Distrito	ACS 2 Distrito
<b>Idade</b>	30	41	32	24	48	44
<b>Gênero</b>	Feminino	Feminino	Feminino	Feminino	Feminino	Feminino
<b>Categoria Profissional</b>	Médica	Enfermeir a	Dentista	Técnica de enfermage m	ACS	ACS
<b>Tempo de Serviço</b>	1 ano e 3 meses	+ 10 anos	1 ano	3 anos	22 anos	22 anos
<b>Vínculo Trabalhista</b>	Contrat o por prazo	Estaturári o	Contrat o por prazo	Contrat o por prazo	Estaturári o	Estaturári o

Elaborado pelo autor. Fonte: registros da USF, 2022.

A unidade do distrito tem uma localização de fácil acesso, numa avenida em que transitam todos os transportes que circulam dentro da cidade. Por se tratar de um território populoso, não há dificuldades para os comunitários acessarem a unidade, diferente da realidade da praia e da zona rural.

Neste território da USF há diversos serviços públicos e privados. O comércio é bastante movimentado e o poder aquisitivo da população em sua totalidade é mais alto do que em outras localidades do município.

Isso afeta a demanda pelo cuidado. A população costuma ir até a unidade, devido à facilidade de acesso. Por isso, a configuração do cuidado predominantemente na unidade é individualizado. Esta busca, por sua vez, acontece o ano inteiro porque neste distrito não há intercorrências relevantes que atrapalhem os atendimentos durante o período chuvoso. Logo, o acesso é constante ao longo do ano.

Além disso, as condições socioeconômicas de quem acessa a unidade é melhor do que

dos usuários das unidades da praia e do engenho. Quem vive neste distrito costuma ter mais acesso a oportunidades de trabalho, seja no turismo (porque fica mais próximo das praias do que os outros distritos), seja no Porto de Suape, seja nas cidades vizinhas ou no comércio e serviços do próprio distrito.

A unidade situa-se na área central do maior distrito municipal, numa casa ampla, porém pequena para atender a demanda. A recepção tem um espaço acolhedor em que parece possível realizar grupos enquanto sala de espera. Mas não há outra área paralela para aguardar. Nem mesmo do lado de fora porque a unidade fica numa avenida movimentada. Neste sentido a população costuma aguardar do lado de fora, entre as calçadas das casas vizinhas ou aglomerados na área da recepção. Dentro da casa há um corredor e nele há portas para as salas num desenho semelhante ao de um serviço ambulatorial.

Durante as observações notamos que a equipe parece se comunicar conforme a necessidade e, para isso, a recepcionista parece se envolver neste processo de comunicação entre eles, sugerindo demandas predominantemente diretivas para cada profissional. Assim, tendem a se colocar diante delas a partir de suas categorias profissionais.

O contato com a unidade foi possível através de uma das ACSs que sinalizou sobre a proposta para as demais colegas uma semana antes da coleta. Na semana seguinte, houve desencontros devido ao adoecimento de parte da equipe e na outra semana pela ausência da outra parte. Houve a tentativa de fazer uma apresentação para a equipe inteira, mas não foi possível encontrar um momento de reunião de equipe.

A unidade tem uma das maiores demandas do município. Logo, o ritmo de trabalho assemelha-se ao de um ambulatório com grande demanda em que todos os dias há usuários com consulta marcada.

Neste sentido, chama a atenção o ritmo mais acelerado da unidade, o que parece impactar também na atuação dos profissionais. Diferente das outras unidades, foi comum ouvir perguntas sobre a duração da entrevista, por exemplo, conforme preocupação com o andamento da rotina de intervenções no serviço.

Apesar disso, o acolhimento à pesquisa foi cordial, mesmo a equipe sugerindo pressa, justificadas pelas atividades a realizar. Mas todos estavam em suas salas e a recepcionista sinalizava o início da coleta para cada profissional numa analogia a um serviço ambulatorial, ainda que não houvesse usuários do serviço na unidade.

### 4.3 CATEGORIAS RESULTANTES DA ANÁLISE DAS ENTREVISTAS E DO DIÁRIO DE CAMPO

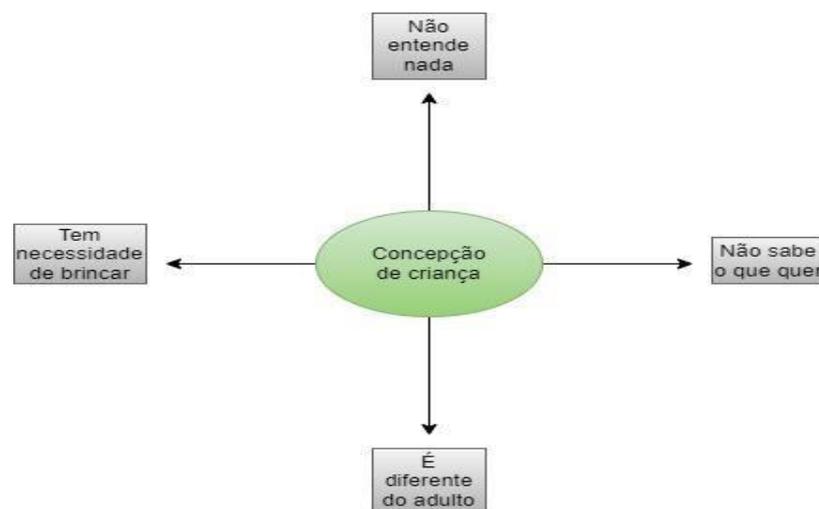
O processo de coleta e análise dos dados resultou em três categorias temáticas denominadas: Concepções sobre criança, a saúde mental infantil e o cuidado em saúde mental na infância; Cuidado à criança nas USFs; e Cuidado à saúde mental na infância, abrangendo como os profissionais entendem que a criança expressa suas necessidades de cuidado, perfil da criança que demanda cuidado em saúde mental e realização do cuidado à saúde mental na primeira infância.

#### 4.3.1 Categoria 1 – Concepções sobre a criança, a saúde mental e o cuidado em saúde mental na infância

##### Concepções sobre a criança

No discurso dos participantes foi possível identificar conteúdos que remetiam a suas concepções sobre a criança. Neste sentido, os profissionais das Unidades Praia e Distrito pontuaram que entendem a criança como alguém que não entende nada, que não sabe o que quer, que é diferente do adulto e que tem necessidade de brincar (figura 2).

Figura 2 – Concepção de criança.



Elaborada pelo autor, 2022.

A compreensão da criança enquanto um alguém vulnerável que não sabe o que quer esteve presente no conjunto dos dados. Importante perceber, na sequência, que a concepção de criança como alguém que não sabe o que quer, dialoga com a concepção de criança como

alguém que não entende nada.

Nesta direção, destacamos que por conceberem a criança como alguém que não vai entender as coisas, voltam-se para o cuidado através dos grupos e das orientações com as mães, inclusive gestantes e puérperas. Desta forma, é possível acessar a criança que nada entende através de sua mãe. Assim, os participantes também trouxeram a percepção de que as crianças são diferentes do adulto no sentido de serem dependentes dele para acessar a atenção em saúde.

*“Porque assim, as crianças realmente assim nessa faixa etária, né?! Não vai entender nada, então tem que ser com as mães. Era mais pra as mães, pra gestante ou puérperas”*. ACS 1 Distrito.

*“... É diferente da criança que a criança precisa de um adulto, é por isso que assim é mais difícil”*. Dentista Praia.

Entretanto, no conjunto dos dados identificamos também um discurso que concebe a criança como alguém que tem características específicas diferentes do adulto, mas que não necessariamente a criança é alguém que não sabe o que quer.

*“E que nessa relação que o adulto cuida, quem quer que seja, mãe, um pai cuidador, uma avó, não importa. Existe uma relação que é respeitosa. Eu nunca considerei criança adulto pequeno, eu nunca considerei criança um ser acerebrado”*. Médica Praia.

É relevante destacar, que conforme registrado em diário de campo, esta última profissional citada sugere particular interesse pela infância. Suas falas apontam para inconformismo com a política de cuidado à criança e com o descaso de alguns colegas em seus olhares sobre a infância.

*“Após a gravação da entrevista, ela explicou que acredita que tem conseguido mobilizar a equipe para olhar de forma integral a criança, valorizando suas condições de desenvolvimento (ambiente familiar, condições socioeconômicas, etc.). A criança tem sido muito pouco olhada pelos profissionais de saúde pública, inclusive da atenção*

*especializada*”. Registro do diário de campo – referente a profissional da unidade Praia.

A análise também apontou que, de uma forma geral, a criança é compreendida como um ser que tem necessidade de brincar e se entreter. Quando consideramos as 3 unidades em estudo, destacou-se que na unidade da microrregião Praia os diferentes profissionais, de forma mais consensual e frequente, trouxeram em suas falas esta concepção da criança como alguém que brinca, enfatizando a importância da disponibilidade e sensibilidade do profissional para lidar com ela a partir de suas singularidades. Tal importância se expressou no cotidiano desta unidade com a oferta de um espaço específico para crianças (conforme será detalhado posteriormente).

*“Inclusive a gente tinha aqui o cantinho da criança junto com o NASF(...). A gente tinha nessa parte lateral do posto, uns emborrachados, a gente botava o cantinho da criança. Tinha doação de livros e pinturas, de desenhos, de lápis de cor, de brinquedos e tinha o cantinho da criança”*. Enfermeira Praia.

*“Com relação a uma criança de um a seis anos eu acho que o problema é mais a disponibilidade da família de tá ali com aquela criança disponível e alguém disponível com a criança pra entender que aquilo é importante, né?! Que aquele brincar, né, é importante pra família”*. Dentista Praia.

*“... Então pra mim, é criança que tem energia, que tá viva, né?! Pode ser brincando, pode ser se jogando, pode ser dando berro... Eu não me importo com isso”*. Médica Praia.

Importante destacar a dificuldade dos profissionais da Unidade da Zona Rural em expressarem suas concepções sobre a criança. Apesar de intervirem com esta população, eles tenderam a responder sobre a criança com poucas palavras, demonstrando receio de cometer equívocos ao expor como concebem a criança e a infância. Alguns, inclusive, chegaram a perguntar durante as entrevistas se estavam ‘falando besteira’.

*“Durante a entrevista, ele começou a responder com*

*insegurança, como se estivesse sendo testado. Ainda que eu tivesse esclarecido antes sobre a ética, sigilo e proposta de estudo. Com o passar das perguntas, porém, a entrevista fluiu e ele pode se concentrar mais na realidade dele e do engenho e trouxe muitas informações sobre as dificuldades da equipe. Apesar disso, falou muito pouco sobre crianças, sugerindo evitação”. Registro do diário de campo – referente a profissional da unidade Zona Rural.*

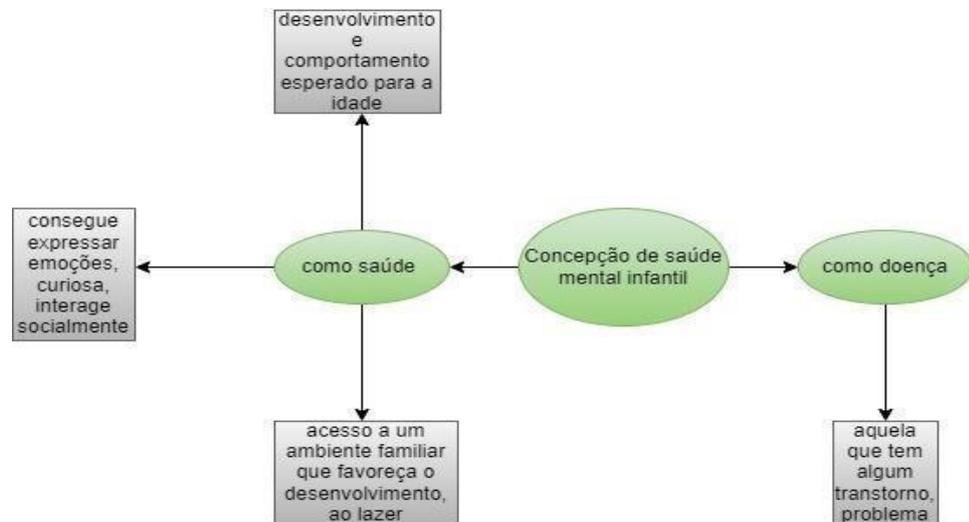
*“Após a entrevista, ele perguntou sobre minha formação e sobre o mestrado. Disse que não costuma entender nem atender com frequência crianças porque acha muito difícil, incluindo gestantes. Disse que a criança tem a família pra gente lidar também e que muitas crianças não sabem dizer o que se passa com elas. Isso o aflige”. Registro do diário de campo – referente a participante da unidade Zona Rural.*

### Concepções sobre a saúde mental infantil

Durante as entrevistas, buscamos entender nos discursos dos participantes quais as concepções que estes traziam sobre o que seria saúde mental na infância. De uma formageral, percebemos dificuldade entre os participantes de expressarem as suas concepções neste âmbito. Alguns deram longas pausas na fala até se colocarem sobre como entendemsaúde mental infantil, sugerindo necessidade de reflexão sobre o tema. Outros, por sua vez, responderam em poucas palavras, apontando receio de responder equivocadamente.

Ao questionarmos sobre o que seria uma criança com saúde mental, muitos participantes compreenderam saúde mental como sinônimo de doença ou transtorno mental. Mas alguns profissionais trouxeram concepções que refletem a perspectiva de saúde mental infantil a partir de um olhar ampliado (figura 3).

Figura 3 – Concepção de saúde mental infantil.



Elaborada pelo autor, 2022.

No conjunto das concepções de saúde mental relacionadas à perspectiva de saúde foi pontuado pelos profissionais que a criança que tem saúde mental é aquela que tem um desenvolvimento saudável e comportamentos esperados para a própria idade, expressando as emoções e também aquela que vive em um ambiente saudável.

*“Uma criança que tem o seu desenvolvimento é... De acordo com o que é estabelecido, não é... Assim, não é uma coisa que é fixa”.* Médica Zona rural.

*“No caso de saúde mental pra criança, a gente pensa mais na criança que tem acesso, né?! A lazer, né?! Que a mãe normalmente não se queixa da questão comportamental”.* Enfermeira Distrito.

*“Mental é um ambiente do qual ela não sofra pressões desnecessárias. Um ambiente saudável. Pra ter um ambiente saudável não precisa ser rico, classe média ou pobre, todos têm como ter. Uma boa convivência, né?!”.* ACS 2 Praia.

Ainda neste sentido de saúde mental como saúde, houve discursos nos quais a saúde mental foi compreendida como um todo integral na direção de qualidade de vida e bem estar.

*“Enfim, é... Mas eu acho que qualidade de vida e aí eu falo*

*qualidade de vida porque eu lembrei do bruxismo porque se você dá qualidade de vida, você... Essa criança tá menos estressada, sabe?! Tá menos ansiosa, então ela tá mais tranquila”. Dentista Distrito.*

*“Você às vezes não tem um distúrbio, mas você não tá bem psicologicamente, né isso?! Eu mesma, não tenho distúrbio, mas tem dia que eu não psicologicamente bem. A mesma coisa é criança”. ACS 1 Distrito.*

*“Mas assim, saúde mental é uma coisa tão abrangente que tem que ser trabalhado em todas as crianças, pra ter uma vida saudável, pra ser um adolescente saudável, enfim...”. Enfermeira Praia.*

Por outro lado, quando questionados sobre o que compreendem como saúde mental, alguns participantes apontaram uma percepção de que pensam a criança com saúde mental como aquela que demanda cuidados em decorrência de problemas, por apresentarem distúrbios e situações de sofrimento mental.

*“O tema assim, uma criança com saúde mental... O que me vem à cabeça a princípio assim é a criança que teria algum problema relacionado à saúde mental. (...) Algum autismo, um déficit de desenvolvimento, uma hipertatividade, é... Um problema neurológico que vem à mente quando você fala a princípio, é isso”. ACS 1 Distrito.*

*“Se apresentar, porque tem aquelas crianças que são doente mesmo, né?! Mentalmente doente mesmo. Todo mundo que vê assim, diz logo de cara ‘essa criança é doente’”. ACS 2 Zona rural.*

*“Minha área tem uns probleminhas de distúrbio que às vezes eu saio até... Eu chego em casa, visse... Eu tenho muitos na minha área aqui”. ACS 1 praia.*

Em meio às considerações sobre o que seria saúde mental infantil, foi interessante perceber o quanto esta concepção tem sido pouco elaborada nos discursos. Muitos profissionais antes mesmo das entrevistas chegaram a esclarecer o quanto o tema é novo para alguns e um velho desconhecido para outros. Neste sentido, eles chegaram a falar da necessidade de entender melhor o que é saúde mental da criança para, inclusive, conseguir realizar o cuidado.

Ainda, houve um participante da unidade Praia que falou um pouco, após a entrevista, sobre a importância de falar sobre o tema. Segundo ele, apenas pela oportunidade de dialogar, de ser questionado e de ter de responder sobre isso durante a pesquisa, mesmo sem ter conhecimento específico, possibilitou que o profissional parasse para pensar o que tem feito e como tem olhado a infância.

#### Concepções sobre o cuidado em saúde mental na infância

Para falarmos sobre o cuidado à saúde mental na infância, fez-se necessário entender como os profissionais concebem este cuidado e como se organizam para lidar com ele, uma vez que esta concepção implica na realização do cuidado.

Antes de destacarmos tais concepções, apontaremos diferenças entre os funcionamentos das três unidades. Assim, percebemos que a unidade Praia, apesar de suas dificuldades, tende a funcionar predominantemente no modelo da USF, variando suas atividades em torno das necessidades da população. Isso aparece desde as consultas individuais até as atividades de brincar com crianças, elaboradas junto à equipe do NASF.

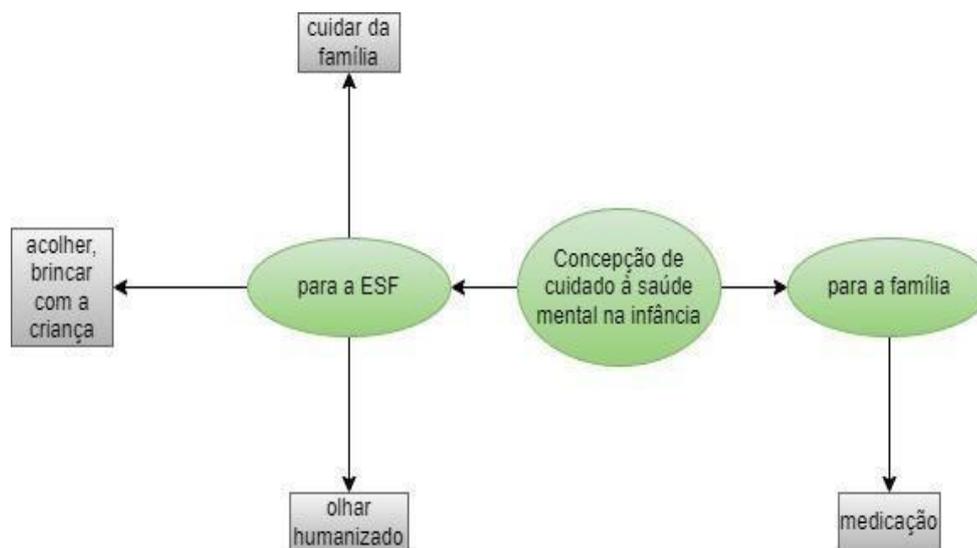
A unidade da Zona rural, por sua vez, tem sido entendida pela população (que vive distante dos centros) como um local de urgências e emergências em que a comunidade pode contar, caso precise. Isso sugere que a equipe é disponível analogamente a uma equipe de pronto atendimento, inclusive para consultas eletivas. Alguns ACSs chegaram a relatar as dificuldades de alguns comunitários entenderem o formato do serviço da ESF e cobrarem ‘fichas’ para consultas justamente quando já precisam de atendimento de urgência.

A unidade do Distrito, por fim, se apresentou como um centro de cuidado predominantemente individualizado, sugerindo um funcionamento ambulatorial em sua rotina. Inclusive, este foi um destaque de alguns profissionais até mesmo fora do momento da coleta de dados. Essa, por sua vez, teve sua realização condicionada aos intervalos entre as consultas

individuais marcadas.

Quando direcionamos a atenção para a a concepção de cuidado à saúde mental na primeira infância, identificamos que, apesar das diversidades no funcionamento das unidades, as concepções trazidas pelos participantes foram semelhantes. Destaca-se que alguns profissionais também trouxeram a sua percepção sobre o que consideram que as famílias pensam sobre o ponto em discussão (figura 4).

Figura 4 – Concepção de cuidado à saúde mental na infância.



Elaborada pelo autor, 2022.

Assim, os participantes apontaram para a importância de conceber o cuidado à saúde mental na primeira infância como a habilidade para acolher e ter um olhar direcionado e de forma humanizada para a criança.

*“.. Só tem mais aquele olhar assim profissional. Não tem um olhar mais humano, um olhar mais humanizado, né?!”*. ACS 2 Distrito.

*“O olhar. O acolhimento. Pra mim, na minha opinião é isso. O olhar e o acolhimento é tudo, não tem mais do que esse não”*. ACS 1 Praia.

*“... Então a gente consegue ter um olhar diferenciado pras crianças também. Então a gente consegue também mais rápido essa conexão e vai conduzindo os casos da melhor maneira que*

*a gente consegue a partir do que a gente vai verificando no paciente”*. Médica Zona rural.

Porém, destacamos uma diferença entre as concepções das equipes. A unidade Praia concebe também como cuidado à saúde mental infantil a disponibilidade para conversar, escutar e brincar com a criança. Neste sentido, a unidade Praia se destaca, inclusive pelo histórico de atividades na unidade voltadas para crianças.

*“Noventa e nove por cento aqui fala ‘se comporte, se não vou chamar a doutora pra te dar uma injeção’. Eu digo: ‘não, nem venha’. ‘Ah, eu tô falando de você porque se disser que vou chamar você ele se comport’ ‘mas meu nome você não usa’. E eu deixo ele deitado, explico o que eu vou fazer, converso, brinco... E eles deixam”*. Médica Praia.

Os participantes que atuam nas unidades concordam que a família é importante para facilitar ou dificultar o cuidado pela ESF à criança. Como essa acessa o serviço acompanhada e dependente da disponibilidade da família, entende-se a potência do envolvimento dessa no processo de cuidar. Logo, cuidar, especialmente na perspectiva de orientar a família faz parte da concepção do cuidado à saúde mental da criança.

*“... Orientar mais a família pra procurar especialista, procurar o posto de saúde e procurar ajuda.”*. ACS 1 Distrito.

*“... É porque ela tá trocando a comida por besteira e aí a culpa é de quem?! Da criança ou é dos pais?! Então a gente sempre traz esse assunto, a questão do autismo, a questão da fala dos marcos que a criança tem que fazer em cada idade”*. Médica Zona rural.

*“... A prevenção da criança que vai nascer. Não é só ela. Mas eu não consigo nem elas direito, quanto mais com aquela criança que vai nascer, sabe?! Aí é isso”*. Dentista Distrito.

Interessante destacar que, para os participantes, a família tanto pode ser, considerada como um fator protetivo para a criança, como, na direção contrária, pode ser considerada um

fator de risco para a saúde mental da criança.

*“O aconchego da família e... A união acho que dentro de casa mais, acho que ajuda muito a criança”*. ACS 1 Distrito.

*“E não adianta a família não querer. (...) Aí todo mundo conversou com a avó e a gente marcava tudo aqui (...). A avó depois não, não aceitava a situação. Assim, até o que a psicóloga falava, aí deixou de mão. Aí não tem muito como obrigar”*. Médica Zona rural.

*“Algumas crianças são diferenciadas, os pais que vêm, o pai e a mãe, que brincam junto, que tem o horário da comida junto, que tem esse crescimento saudável pra ter uma saúde mental saudável, mas normalmente na comunidade que a gente tá, na unidade da gente, as crianças elas são... Meio que não são focadas nisso”*. Enfermeira Praia.

Neste sentido, especialmente entre os participantes da unidade Praia, identificamos uma concepção de saúde mental relacionada à perspectiva de acesso a um ambiente familiar favorável ao desenvolvimento.

*“Tem criança que a gente consegue fazer os parâmetros, consegue os estímulos, pedir pra os pais olharem televisão, não expor à tela porque é prejudicial e tem outros que a gente vê que não tem como falar isso com os pais porque... Pela realidade mesmo. Então a gente tentar ir vendo o que tem da saúde mental a partir da família de cada criança”*. Enfermeira Praia.

Por outro lado, participantes também destacaram, com maior ou menor intensidade a demanda por medicação na infância, apontando para o que seria cuidado esperado pelas famílias. A unidade seria, neste sentido, um lugar que a família acessa, primeiramente, para o cuidado por meio da prática de medicar a criança.

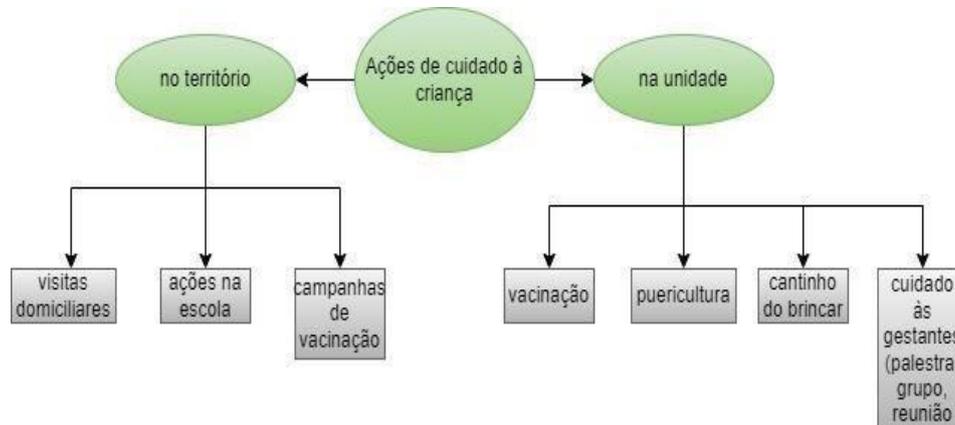
*“Tem muita criança que chega e “não, eu só quero a medicação” querendo medicação controlada e nunca veio pra o posto”*. Médica Distrito.

*“O cuidar é manter, a mãe manter pra ele atenção dobrada pra ele, dar atenção, tratar ele com mais calma porque ele é diferente. A gente agenda pra ele sempre ter... Ela sempre tem que puxar sobre ele esses, esses tratar com ele lá no engenho que tem tratado com ele dessa forma. A medicação, ela é muito importante primeiro”. ACS 1 Zona rural.*

#### 4.3.2 Categoria 2 – Cuidado à criança na ESF

Para compreender as concepções e o cuidado, neste estudo buscou-se também analisar como se dão as práticas profissionais nas diferentes unidades no que tange ao tema em estudo. Compreendendo que as ações de cuidado em saúde mental se contextualizam em meio as ações de cuidado em geral às crianças na unidade. Neste sentido, identificamos a realização deste cuidado através de ações no território e através de ações realizadas na USF (figura 5).

Figura 5 – Ações de cuidado à criança.



Elaborada pelo autor, 2022.

De modo geral, os participantes não apresentaram dificuldade em falar sobre as ações com crianças, quando não se especificou o contexto da promoção da saúde mental. As três unidades têm rotinas de cuidado à gestante, através do pré-natal e dos encontros em grupo bem como têm acompanhamento regular com as crianças de até dois anos com a puericultura e a vacinação.

Acerca das ações realizadas no território das microrregiões, destacamos as visitas

domiciliares, as ações na escola e também foram citadas pelos entrevistados as campanhas de vacinação.

Os profissionais enfatizaram a realização de visitas domiciliares como sendo necessárias não somente como proposta interventiva, mas também como preventiva.

*“Eu sempre assim, quando faço visita, eu gosto sempre de olhar, de perguntar a mãezinha como é que tá o comportamento”. ACS 2 Distrito.*

*“Tem os profissionais que vêm pra aqui. A gente quando vai, marca. Primeiro tem que colocar, passar pela doutora. Passa pela doutora, aí marca. A medicação tudo é lá. O cuidado com a gente com ele é aqui. A gente sempre marca. Eu marco com a doutora e ela vai na casa”. ACS 1 Zona rural.*

Eles destacaram, ainda, o impacto da pandemia que implicou na diminuição ou suspensão da realização das costumeiras visitas nas residências.

*“... quinta-feira fica pra fazer visita nas residências, na casa do povo. No momento não tá fazendo ainda não por causa dessa pandemia. Antes da pandemia a gente fazia as visitas, a gente ficava disponível pra fazer visita na casa do povo”. ACS 2 Zona Rural.*

Além das visitas, os entrevistados sugeriram vínculo com escolas no território. Destacamos os relatos da unidade da microrregião Praia sobre a realização de ações nas escolas através do PSE como ações de cuidado à criança.

*“... Aí a gente faz escovação com a técnica e com a dentista, a escovação. Aí quando a gente vai com a médica a gente faz o de vista, entendesse?! A gente faz ele, aí com a enfermeira também a gente faz a pesagem que é com é... De altura, faz deles tudinho, aí pra poder fazer IMC deles, entendesse?!”. ACS 1 praia.*

*“Porque à princípio, dentro do grupo de obesidade a gente queria fazer um grupo a parte de obesidade infantil pra poder*

*ir atrás dessa, dessa, dessa demanda que chega pra gente porque a gente tinha o PSE e com a idade pediátrica que a gente fazia no PSE que era mensal. Então às vezes a gente procurava fazer essas intervenções, né?! Diretamente nas escolas”. Médica Praia.*

Além das ações realizadas nas escolas ou através das escolas, os participantes, de modo geral, consideraram a vacinação como uma ação de cuidado à criança no sentido das campanhas de vacinação no território ou decorrentes da busca territorial pelas crianças.

*“Quando a gente quer ter mais uma ação assim é mais a questão de vacinação mesmo porque se for marcar grupo, o pessoal não vem.(...). Quando é dia D da vacina mesmo, não tem essa danação de gente pra vim vacinar porque eles já aproveitam vem pra consulta, atualiza a caderneta ou a gente vai assim em loco, marca lá em associação de... Moradores. Tal dia põe tal vacinação pra atualizar essas coisas”. Enfermeira Zona rural.*

*“Assim, a gente geralmente procura criança até cinco anos, né?! Porque são as vacina de rotina. E as vacina de campanha vai até quatro anos, onze meses e vinte e nove dias. Aí a gente procura geralmente essas criança”. Técnica de enfermagem Praia.*

No conjunto dos dados, destacamos que na Unidade Distrito percebemos dificuldades para se explicitar ações voltadas à criança, sendo somente citada ascampanhas vacinação.

*“Geralmente é mais em campanha mesmo, vacinal. Geralmente é isso. Mais quando tem campanha vacinal”. Técnica de enfermagem Distrito.*

Sobre as ações realizadas nas dependências das unidades de saúde da família, os entrevistados trouxeram em seus discursos, além da realização da vacinação, o acompanhamento das crianças através da puericultura, a realização do cantinho do brincar e cuidado às gestantes.

Ao considerarem a puericultura como ação de cuidado à criança, destacaremos discursos de participantes da equipe Praia que centralizaram esta ação na categoria profissional da Enfermagem e em algumas situações com a Medicina.

*“Por exemplo, de zero a seis meses já é diferente de sete a um ano. Cada faixa etária tem um cuidado. E que geralmente essa parte é a enfermeira que faz”.* ACS 2 Praia.

*“Os bebês ou nas crianças na consulta de acompanhamento. Só que aí até seis anos ela faz com a enfermeira, com a médica, sabe?!”.* Dentista Praia.

Ainda enquanto ações voltadas para a criança realizadas pela equipe da unidade Praia, uma iniciativa interessante que aponta para a realização de atividades na própria unidade de saúde é o que eles chamam de *cantinho do brincar*. Trata-se de um espaço disponibilizado para acolher a criança que chega à unidade, seja ela o próprio paciente ou seja ela uma criança que acompanha a família à unidade. No entanto, em virtude da Pandemia a disponibilidade do espaço foi suspensa.

*“Então a gente fazia esse cantinho da criança e o NASF vinha também fazer isso uma vez por mês extra, enquanto os pais esperavam... Tinha desenho pras crianças colorir... Fazia algumas atividades, como eu disse, de modelar, tal, fazia algumas atividades extra para realmente entreter as crianças e focar em uma parte de aprendizado, mas os outros dias era com os agentes de saúde. E iam mesmo, ficavam ajudando, brincavam de roda com a agente de saúde, que ela gostava muito, ficava brincando de roda, trazia bola de sopro pra brincar... E falava muito com os pais a questão mais de palestras pra os pais e essa parte mais de, das crianças interagirem. Aí a dentista também uma vez por mês ela vem com a auxiliar de dentista, ela tem os dentinhos, tem a escova grande, tem os bonecos, tem o bonequinho com a cara, ensina a escovar, não dava pra fazer a escovação, quando dava pra fazer ensinava, botar as crianças pra escovar os dentinhos do boneco e as escovinhas... Então a gente fazia relacionado a*

*isso*”. Enfermeira Praia.

No sentido de ações de cuidado às gestantes, por sua vez, é comum às unidades se organizarem para atenderem as demandas de gestantes nos mesmos dias a fim de otimizar a ida das mesmas às unidades.

*“Logo, ao conversar com eles, entendi que aquele dia se tratava do ‘dia da gestante’. Assim eles chamam os dias no mês que eles reservam para atendimento integral delas. Elas passam pelo atendimento médico, da enfermagem, da técnica de enfermagem, da dentista e de outros procedimentos, se necessário. Elas explicaram que isso acontece para otimizar o cuidado, uma vez que a maioria das gestantes residem longe da unidade e isso evita que elas deixem de realizar procedimentos necessários por questões de deslocamento”.*

Registro do diário de campo – referente a unidade Praia.

Em relação a estas ações a equipe da unidade Praia destacou realizá-las de maneira multidisciplinar em que os profissionais, ainda que acolham ou atendam as crianças e gestantes individualmente, tentam acompanhar paralelamente.

*“A gente faz várias ações, de pintura, de leitura com elas, a gente junta e faz aqui. É a parte que eu adoro fazer. Aí isso participa também a médica quanto a enfermeira, entendesse?! A gente participa, a gente faz palestrinha, brincadeiras com eles...”.* ACS 1 Praia.

*“A gente tem agenda, tem dia de criança, de puericultura, tem dia que é só gestante, a gente faz junto normalmente com a dentista. Por exemplo, dia de criança minha agenda de puericultura é junto com a da dentista porque aí já faz o atendimento da puericultura e o atendimento odontológico da criança. O dia de gestante a gente também faz junto porque já faz atendimento odontológico da gestante e o atendimento de pré-natal”.* Enfermeira Praia.

Os profissionais, assim, sugeriram entender tais ações como sendo ações de cuidado à criança por se tratar de atender as necessidades da criança desde seu nascimento junto à sua realidade familiar e social. Estas ações, reduzidas em virtude da pandemia, abrangem o acompanhamento individual pré-natal até os grupos sobre temas concernentes à saúde da criança.

*“No momento mais assim, teste rápido é... Também ficou um pouco parado, mas sempre era do... Do... Da equipe da atenção primária, né?! Sempre teve essas ações, mas é... Ficaram reduzidas”*. Médica Distrito.

*“Antes da pandemia a gente tentava fazer elas virem todas no horário pra gente fazer sala de espera, pra gente fazer algum tipo de informação, de educação continuada, fazia com o NASF, pegava todo mês a política pra gente poder colocar em andamento. Sempre teve sala de espera e a gente sempre teve muitos grupos”*. Médica Praia.

Acerca das atividades com as crianças, destaca-se trechos de participantes da unidade Distrito em que revelam também o impacto da pandemia para reunir as crianças pela necessidade de não poder aglomerar e, conseqüentemente, promover o contágio do coronavírus. Esta unidade teve seu funcionamento impactado desde a pandemia de modo importante porque a maior parte das atividades que costumavam realizar aconteciam dentro da unidade. Eles justificam que a demanda por ser alta, inviabiliza a saída frequente dos profissionais para o território.

*“Olha, desde dessa pandemia não tá realizando nada. Assim, parou realmente, né?! Porque antes, a gente ainda, como é que se diz?! Ia, fazia palestra com as mães aqui sobre aleitamento, na área também. Mas agora deu uma parada geral. Realmente assim, não tá tendo”*. ACS 1 Distrito

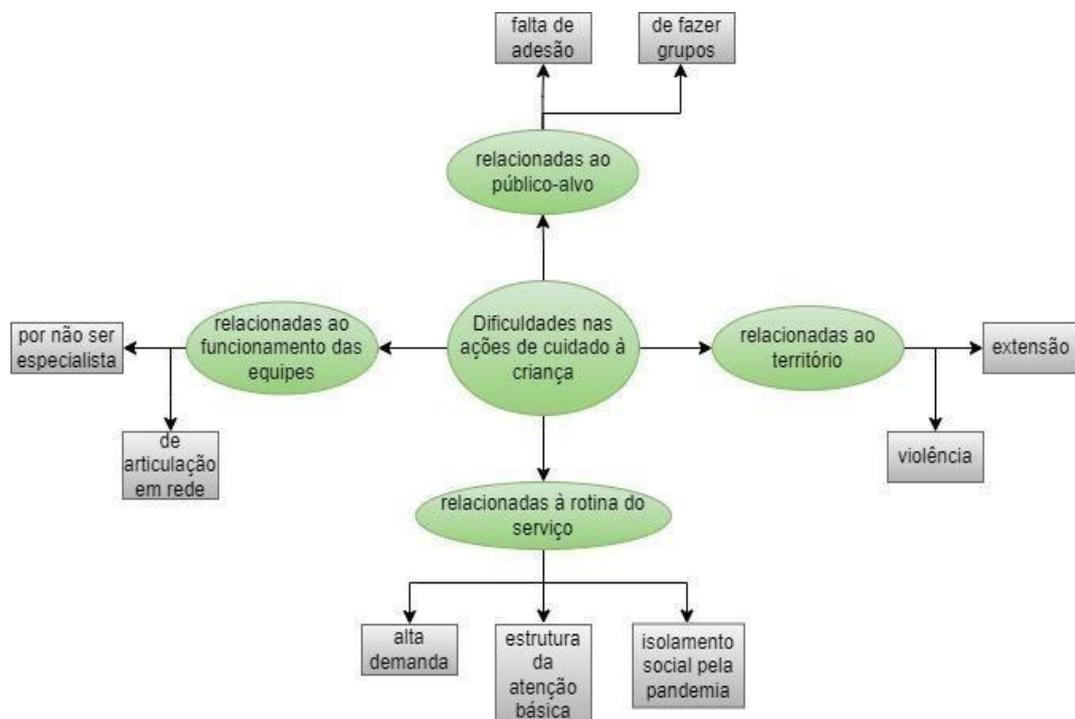
*“Com as gestante também. Com as gestantes tem... É... Muitas vezes assim, também com o apoio do NASF. Tem nutricionista que vem e faz a parte de orientação de alimentação, mas isso em grupo. Mas agora em grupos menores, né?! Que agora não pode aglomerar tanto. Mas a gente faz esse tipo de abordagem”*

*também*”. Enfermeira Distrito.

### Dificuldades nas ações de cuidado à criança na ESF

Os participantes foram convidados a refletirem sobre as dificuldades para o desenvolvimento de ações de cuidado em geral à crianças pela ESF. De uma forma geral, estas dificuldades refletem questões relacionadas ao território, ao público alvo, ao funcionamento das equipes e à rotina do serviço (figura 6).

Figura 6 – Dificuldades nas ações de cuidado à criança.



Elaborada pelo autor, 2022.

Ressalta-se que os relatos sobre as dificuldades emergiram espontaneamente, em diversos momentos, quando falávamos sobre outros pontos do cuidado, não especificamente sobre as dificuldades.

No que se refere às dificuldades relacionadas ao território, observamos especificidades relacionadas às diferentes microrregiões analisadas neste estudo. Assim, percebemos que a unidade Praia foi aquela que levantou o discurso acerca da violência comunitária como fator impactante para as ações de cuidado.

*“Todas periferias a gente sabe como é, né?! A violência, tudo*

*mais. Aí daí você tira o quanto que isso é importante pra aquelas crianças que moram lá. Por mais que a gente tenha acesso de levar até lá, tem vários fatores externos que fazem com que... Que não seja tão fácil como você imagina. Como eu falei, os pais, localidade que junta com a criminalidade. Às vezes não é simples...”. ACS 2 Praia.*

*“Minha zona de atuação é uma zona extremamente vulnerável. Assim, vulnerável extremo. Extremo! Pode marcar um ‘X’. Vulnerabilidade na comunidade inteira. Antes quando eu ainda podia fazer as visitas porque elas ainda não estão totalmente liberadas a gente chega, você chega numa casa e a casa tem quinze, dezoito pessoas. Tem suas quinze, dezoito pessoas, vamo botar quem tem quatro crianças ou cinco. Aqui nossa briga é pra laqueadura, mulher, pelo amor de Jesus! Tem menina com trinta anos com cinco filhos... Ver esses ciclos de violência mesmo e violência com o cuidado, né?! Com a reprodução, né?! Não quer dizer que são casos de violência física, nesse sentido, mas é uma violência social mesmo tá aí. Porque é um ciclo, né?!” . Médica Praia.*

Por outro lado, na unidade da Zona Rural destacamos o impacto negativo da configuração territorial extensa para o desenvolvimento das ações de cuidado, tanto para a comunidade ter disposição para chegar à unidade quanto para os profissionais realizarem ações de cuidado no território.

*“... como eu atendo de tudo, de dois pra frente, então não tem dia, pode ser segunda, pode ser terça, pode ser quarta, tem dia que eu não tenho criança, tem dia que eu tenho, então a gente não tem como fazer isso é... Vamos dizer assim... A não ser que seja um dia que traga as crianças, mas eles não trazem. Por conta da questão da distância que no caso eles têm que pagar um transporte pra vim quem não tem. Tem que vim a pé com a criança, andar meia hora pra vim, meia hora pra voltar”.*  
Médica Zona rural.

Desta forma, a comunidade busca o serviço na Zona rural como um serviço de pronto atendimento em que, conforme a necessidade trazida por situações de adoecimento, acessam a unidade. Os profissionais, por sua vez, acabam por acompanhara demanda predominante em urgência que chega até eles. Como os serviços de pronto atendimento localizam-se mais distantes da comunidade do que a USF, a equipe de ESF é quem realiza os atendimentos de urgência de modo a triar para os hospitais e serviços de urgência do município.

Nas entrevistas também foi possível identificar semelhanças nos discursos de profissionais da Zona rural e do Distrito quanto às dificuldades relacionadas ao público- alvo das ações como gestantes e crianças. Neste sentido, há dificuldade de adesão por parte dos usuários do serviço e, conseqüentemente dificuldade de fazer grupos.

*“Eu não entendo. E tem um acesso tão fácil porque normalmente o acesso é... Como a demanda é grande, o acesso não é fácil pra você conseguir. Mas aqui, tipo assim, a gente consegue na gestação inteira”*. Dentista Distrito.

*“Na semana vem o NASF também ajudar, também dar algum reforço a nós. E assim é feito, entendesse?! É... Aqui. Faz aqui, não na comunidade, entendesse?! Que é mais difícil pra juntar as pessoas na comunidade, é difícil. Muito difícil. A não ser que às vezes faz, mas levar alguém do posto ou o pessoal do NASF... As pessoas aí da saúde, aí você aquela curiosidade de... Aí vai, mas só ‘só conversa a mesma coisa’. Aí não faz”*. ACS 2 Zona rural.

Participantes também relataram que aspectos inerentes ao funcionamento das equipes são fatores que dificultam o trabalho com as crianças. Neste sentido, destacamos os relatos semelhantes dos profissionais médicos das três unidades sobre as limitações na articulação em rede e dificuldades por não serem especialistas. Sugerindo, neste último sentido, dificuldade pela formação.

*“... Chegando aqui, a dificuldade que a gente tem é a dificuldade do sistema, vamos dizer assim, entendeu?! Mas aí eu tento adiantar esse sistema fazendo isso que eu já relatei. Tentando pedir ajuda a uma pessoa que eu sei que eu consigo*

*mais rápido do que encaminhar pra um lugar que eu sei que vai demorar”*. Médica Zona rural.

*“E eu digo por que que é competência, eu não consigo entender porque o posto é competência. Não é competência. É parceria. Ou seja, pra mim eu acho que, veja, é conscientemente, tirando a necessidade desse reencaminhamento para subespecialista que o pediatra precisa fazer que eu não posso”*. Médica Praia.

*“Até pra ver comportamentos novos, até a evolução da idade... É... Mas infelizmente a gente não consegue. Principalmente porque é... É um muito difícil assim pra gente que não é especialista dá um diagnóstico, sabe?!”*. Médica Distrito.

Relevamos, ainda, a dificuldade dos profissionais de falar acerca das questões concernentes à Rede de Atenção à Saúde municipal. Alguns profissionais, inclusive, chegaram a pontuar insatisfações, mas logo interrompiam a própria fala ou pontuavam algo após a entrevista, pedindo para não ser anexado ao estudo relatos de insatisfação. Isso foi comum entre os profissionais contratados sem vínculo efetivo.

Apesar disso, os participantes pontuaram nas entrevistas acerca das dificuldades relacionadas à rotina de funcionamento do serviço que impactam nas ações de cuidado. Nesta direção, destacaram questões estruturais da atenção básica, abrangendo desde a estrutura do prédio que abriga a unidade até questões do funcionamento comum a outras unidades no município. Somado a estas dificuldades, relataram ainda, sobre a alta demanda na rotina dos serviços.

*“Essa questão de comunicação com telefone e internet. Acho que é os pontos negativo. É o que... Porque às vezes a gente tenta ligar, mas não pega, não funciona.”*. Enfermeira Zona rural.

*“Dificuldades estruturais. Porque aqui é uma casa, né?! De praia, que não tem estrutura mesmo de um PSF, né?! Não foi adequado. A gente tem uma área externa, mas não é uma sala de reunião e tal e...”*. Médica Praia.

*“É interessante a gente ter algum trabalho pra essas crianças... Que também já tem o outro lado, como eu lhe disse, né?! O espaço... O espaço não, né?! O tempo, né?! A correria do dia a dia”*. ACS 1 Distrito.

#### 4.3.2 Categoria 3 – Cuidado à saúde mental na infância

Nesta categoria, destacaremos a prática do cuidado à saúde mental na infância através de como os profissionais percebem que a criança expressa suas necessidades de cuidado, do perfil da criança que demanda cuidado em saúde mental e da realização do cuidado à saúde mental na primeira infância.

Como os profissionais identificam que a criança expressa suas necessidades de cuidado

Durante as entrevistas, identificamos nos discursos dos participantes como eles entendem que a criança expressa suas necessidades de cuidado. Para eles, a criança pode expressar de duas maneiras que estão intrinsecamente relacionadas: através do comportamento e por meio das emoções (figura 7).

Figura 7 – Como a criança expressa suas necessidades.



Elaborada pelo autor, 2022.

Neste sentido, importa diferenciar o que seria um comportamento daquilo que pode ser considerado uma emoção. Consideramos como comportamento as atitudes, posturas e ações que a criança realiza na direção de uma outra pessoa de modo que essa perceba a maneira como a criança escolhe, por algum motivo, se colocar. Emoção, por sua vez, consideramos a maneira como a criança expressa o que sente diante de determinada situação.

Importante perceber que os profissionais identificaram expressões das crianças no sentido negativo. Para eles, uma necessidade de cuidado surge quando há um comportamento ou emoção negativamente associada à criança.

Neste sentido, ainda, um dos profissionais da unidade do Distrito chegou a falar na recepção da unidade, enquanto nos organizávamos para ir à sala fazer a entrevista, que quando uma criança quer ou precisa de alguma coisa, ela chega a incomodar as pessoas até conseguir. Isso, segundo ele, acontece com frequência na unidade.

Neste aspecto, seus relatos indicam que uma criança que se apresente quieta, agitada, “abusada” ou até mesmo gritando está expressando alguma necessidade para o outro.

*“Às vezes pela agitação, pelo comportamento, a gente já consegue identificar”*. Técnica de enfermagem Distrito.

*“Olha, a gente tem encontrado crianças é... Agitada. Aí tem a psicóloga do NASF. Aí a gente marca pra enfermeira, pra médica. Aí ela vê que aquela criança é agitada, a criança que não tem um bom desenvolvimento no colégio, pra estudar. A gente vê que é uma criança agitada mesmo, entendesse?!”*. ACS 2 Zona Rural.

*“Eu tenho a informação de um paciente que ele tem é... Ele tem retardo mental moderado, então ele chega, ele não senta, ele grita ali, ele fica hiperativo”*. Médica Zona rural.

*“Eu sempre assim, quando faço visita, eu gosto sempre de olhar, de perguntar a mãezinha como é que tá o comportamento. E assim, pelo tempo que a gente trabalha, as mães já sente uma certa confiança. Aí se elas verem ou notar alguma coisa diferente, ela já diz? “Eu tô achando ele muito quietinho...” Aí quando a gente vê que ele fica quietinho, a gente fica mais alerta, né?! E... Assim, que a gente vê muito, com o tempo a gente conhece as crianças, a gente vê o comportamento”*. ACS 2 Distrito.

Assim, uma criança que demonstra sentir medo ou nervosismo, revela necessidades,

especialmente diante do adulto responsável. Muitas vezes, inclusive, por sentir o que se passa dentro de sua casa com sua família.

*“... tem criança que vem, que chora loucamente mesmo, assim, mas é ansiedade”*. Dentista Distrito.

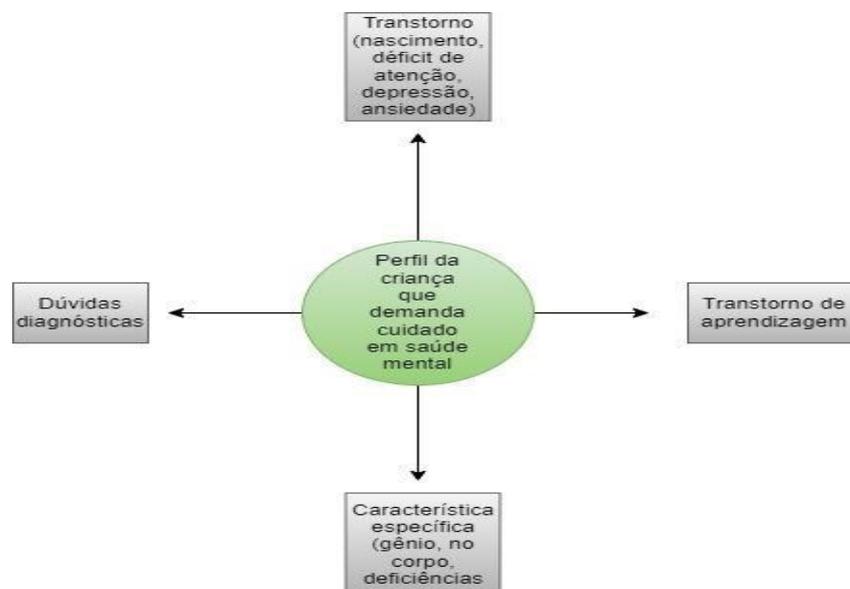
*“A criança ela sente tudo o que o adulto passa e o que passa dentro de uma casa. Às vezes, né?! A criança tá ali sofrendo e é calada e às vezes se expressa de alguma forma. E às vezes até chorando, se batendo, é... Como é que se diz?! Malcriações, né?! Porque às vezes tem muito essa criança que é nervosa, malcriada e às vezes até pra expressar alguma coisa pra dizer alguma coisa, né?!”*. ACS 1 Distrito.

#### Perfil da criança que demanda cuidado em saúde mental

Durante as entrevistas, buscamos compreender qual o perfil de criança que demanda ações de cuidado em saúde mental no cotidiano dos serviços de atenção à saúde da família.

De modo geral, para os profissionais a demanda de saúde mental para a ESF costuma se apresentar através de características específicas da criança e através das dúvidas diagnósticas (figura 8).

Figura 8 – Perfil da criança que demanda cuidado em saúde mental.



De modo geral, houve dificuldade dos participantes em falar acerca do perfil de crianças que demandam este cuidado. Para muitos, foi necessário tentar lembrar de casos de crianças que já foram acompanhadas pela unidade para poder pensar em características destas crianças. Outros, porém, não chegaram a falar sobre isso e logo mudaram a direção do discurso.

Neste sentido, uma profissional da unidade Zona rural chegou a pontuar no final da entrevista que gostaria de ter colaborado mais com a pesquisa, mas não pode porque realmente não há este tipo de demanda na unidade. Em seguida, ela justificou possíveis ausências também no discurso dos colegas.

Entre os que abordaram esta temática, identificou-se que os participantes entendem o perfil de criança que demandam cuidado em saúde mental a partir dos sintomas que corroboram para um quadro de transtorno tais como transtorno desde o nascimento, ansiedade, depressão e déficit de atenção.

*“A criança quando vai ter problema, ela já vai demonstrando já de assim, quando nasce. Quando a criança tem algum problema mental, assim algum distúrbio, né?! Ela já demonstra quando ela nasce”*. ACS 1 Distrito.

*“Por exemplo, na pandemia a gente viu que isso daí aumentou assim, é... Profundamente. Na verdade não aumentou. É, aumentou. Acho que as crianças tão muito mais ansiosas, depressivas”*. Dentista Distrito.

*“Como é que eu posso dizer?! De atenção mesmo, né?! Às vezes a mãe chama, chama... Não é que a criança não escute, mas chama, chama, chama e a criança tem essa dificuldade de atenção, de, de observar e a mãe sempre traz algum relato nesse sentido que aí é quando a gente busca é... ajuda né?!”*. Enfermeira Distrito.

Nesta direção do transtorno, nas falas os entrevistados destacaram a dificuldade de aprendizagem ou de limitações que interferem no processo de aprender como agitação e dificuldade no desempenho escolar.

*“Aí ela vê que aquela criança é agitada, a criança que não tem um bom desenvolvimento no colégio, pra estudar. A gente vê*

*que é uma criança agitada mesmo, entendesse?!”. ACS 2 Zona rural.*

*“Uma criança que tem dificuldade de, de relacionamento com um vizinho ou o próprio irmão, alguma coisa assim nesse sentido que a mãe traz. Às vezes traz também muita dificuldade na fala, né?! No aprendizado, né?!”. Enfermeira Distrito.*

*“Pra mim uma criança com saúde mental é aquela criança que tem uma deficiência de aprendizado como a minha filha. Que eu tenho uma criança especial, né?! Ela tem uma deficiência. Ela tem uma dificuldade pra aprender as coisas, a se locomover, pra interagir com outras pessoas. Eu acho que pra mim é isso”. Técnica de enfermagem Praia.*

Além disso, destacamos como estas crianças se apresentam aos profissionais. Eles relataram que é possível que este perfil se apresente através da personalidade da criança, do comportamento diferente na escola e da fisionomia (corpo) da criança.

*“Então a gente marca pra ela porque pra encaminhar pra rede demora bastante, aí a gente marca logo com a psicóloga. (...) Realmente gênio da criança ou quando é um distúrbio mesmo que é... Através de algum trauma, assim...”. ACS 1 Distrito.*

*“Eu não gosto desse termo, mas o que tem que são as crianças especiais. São realmente essas crianças que já vêm com essa deficiência, por motivos de parto ou por algo congênito que já trazem fisicamente isso, então não tem como cê negar”. Médica Praia.*

*“Tinha uma menina aqui que eu acredito que ela é... Ela saiu daqui. Que tinha a questão de saúde mental. Era muito... Não sabia ler, já era grande, nunca tinha... Morava com a mãe, mas a mãe morreu. O pai não sei quem era. Aí o padrasto deu a pra avó. Mas a menina não sabia falar direito e já era grande. Aí você via que tinha algo estranho”. Enfermeira Zona rural.*

Importante destacar, ainda, os discursos dos profissionais médicos das três unidades. As concepções entre eles se assemelham acerca das dúvidas quanto ao parâmetro entre o que pode ser considerado ‘normal’ e o que não pode ser considerado próprio do desenvolvimento, no sentido das limitações da criança. Faz sentido para eles esta percepção de saúde mental envolvendo critérios diagnósticos, uma vez que diagnosticar está entre suas atribuições.

*“Uma criança com seu desenvolvimento é... Próprio pra sua idade, com a sociabilização, com as pessoas da sua idade, com as pessoas maiores... É... A gente perde um pouco o parâmetro, né?! Ultimamente sobre as questões do que não é normal e o que é normal, né?!”*. Médica Distrito.

*“... Porque eu quero ver, eu quero perceber, eu quero entender o que é que tá acontecendo ali pra a partir dali a gente começar a tomar as devidas atitudes que precisa pra selecionar. Se disser ‘não, é pra questão de saúde mental’ ‘não, não é questão de saúde mental’ e nisso a gente vai avaliando aqui na consulta com os pais”*. Médica Zona rural.

*“Uma outra criança que eu acho que tava com [a enfermeira] e [a enfermeira] tava fazendo a pueri e eu disse: ‘bicho, tem alguma coisa estranha’. Ai ela me chama, quando ela nota, ela: ‘vem cá!’ Ai ela me conta e eu falo pra ela: ‘eu também percebi’. Eu não posso dizero que é, mas o que não é”*. Médica Praia.

#### Realização do cuidado à saúde mental na primeira infância

Durante as entrevistas, os participantes foram convidados a abordar como é realizado o cuidado específico à saúde mental na primeira infância nas suas unidades.

De modo geral, inicialmente os entrevistados revelaram a ausência de ações específicas para pautar o cuidado à saúde mental na primeira infância. Quando questionados sobre isso, responderam em poucas palavras neste sentido de não haver manejo específico e retomando as falas sobre o cuidado em geral às crianças, apresentado anteriormente.

*“A gente tem assim, mais os cuidados mesmo, mas não tem grupo, atividade específica. É mais na escola mesmo, junto com a escola. Na primeira infância não tem... Assim, tem a questão*

*da vacina, tem a questão da criança tá sendo acompanhada no consultório odontológico quando precisa e tudo, mas com relação a atividades assim... Não tem não”. Dentista Praia.*

*“Não, é porque é dificultoso isso aí. É. A gente não tem essa parte não, entendesse?! A gente encontra mais esse caso aí na parte dos colégio que os professor relatam. Que a mãe já pegou uma orientação dos professor que já... Falou do caso, aí fala com nós. Mas essa parte aí não. Atividade, alguma coisa de saúde mental não, tá entendendo?!”. ACS 2 Zona rural.*

*“Acho que nem aqui nesse eu acho que nem tem em nenhum. Acho que só na especialidade. Na área mesmo... No centro de reabilitação, eu acredito que lá tem, mas aqui a gente não tem. Eu acho que os PSF aqui tem não”. ACS 1 Distrito.*

Estas considerações iniciais sugerem dificuldade das equipes em realizar ações na área da saúde mental infantil e de realizar este cuidado na rotina dos serviços, conforme colocado por dois participantes da unidade Praia no primeiro dia de visita da pesquisadora à unidade para combinar a realização da coleta de dados.

No entanto, a partir do incentivo à reflexão pela pesquisadora, em algumas situações foi possível ouvir relatos acerca de iniciativas de realização do cuidado à saúde mental na primeira infância (figura 9).

Sobre os profissionais que realizam este tipo de cuidado à criança (figura 9), alguns entrevistados consideraram os agentes de saúde como disparadores deste cuidado, outros a partir do profissional médico da ESF e, outros ainda a partir da psicóloga da equipe NASF.

Figura 9 – Realização do cuidado à saúde mental na primeira infância – parte 1.



Elaborada pelo autor, 2022.

*“São os ACS inicialmente que passa pra mim”*. Médica Distrito.

*“Nessa questão, às vezes, assim, a gente que identifica logo e a família não identifica. Às vezes chega alguém que a família diz ‘ó, eu acho que essa criança não é muito assim como o outro...’ Porque o pessoal aqui tem quatro, cinco filhos e ele é diferente dos outros. Às vezes tem essa demanda da família também e a gente recebe demanda também dos agentes de saúde. E também, às vezes eles falam”*. Enfermeira Zona rural.

*“Essa aí é mais uma função dos ACSs com a enfermeira e a própria médica mesmo. Não chega muito até a mim não”*. Técnica de enfermagem Distrito.

Além de citarem os ACSs, participantes consideraram como profissionais que acompanham a saúde mental na primeira infância enquanto cuidam das crianças, o profissional médico e a psicóloga da equipe NASF.

Vale ressaltar os discursos sobre a presença da equipe do NASF junto às três equipes, sendo identificada de forma unânime como fonte de apoio para a atuação profissional nas unidades. Neste sentido, o apoio do NASF se configura através do cuidado conjunto à equipe da ESF. A mesma equipe NASF costuma dar suporte a mais de uma equipe de ESF. Tal suporte vai desde atendimentos individuais, abrangendo também atendimentos compartilhados na unidade ou no território até a construção de estratégias singulares de cuidado. Vejamos alguns trechos sobre esta presença do NASF no apoio ao cuidado.

*“A gente tenta não dá descontinuidade, né?! Mas também pra dar tempo dessa criança chegar e a gente entender melhor a história, se fez realmente um acompanhamento em cima de algo, de onde veio esse diagnóstico... A necessidade, se ela se adapta a esse tipo de medicação. É... Fica mais por mim e pela psicóloga do NASF, né?! Assim, se acompanhamento específico de saúde mental da criança”*. Médica Distrito.

*“Com criança tão pequena assim... Criança menorzinha é mais*

*difícil. Porque sempre é o pai, a mãe... Mas já teve adolescentezinho, criança maiorzinha... Mas a gente sempre consegue um apoio, um... Os psicólogos e a médica também pra poder fazer esse acompanhamento”. Dentista Praia.*

*“O cuidar é manter, a mãe manter pra ele atenção dobrada pra ele, dar atenção, tratar ele com mais calma porque ele é diferente. E sempre tá na médica, tá sendo acompanhado com a médica, a psicóloga...”. ACS 1 Zona rural.*

Os participantes, ainda, pontuaram como vivenciam o apoio do NASF na realização do cuidado em saúde mental, entendendo-o como uma possibilidade de cuidado especializado, principalmente pela psicologia e no que se refere a avaliação dos transtornos.

*“Eu acredito nisso que nenhum PSF tem um trabalho direcionado diretamente pra criança nessa área de distúrbio assim, de... Entender que a criança que tem algum problema de saúde mental. Aqui no PSF a gente não tem um trabalho. Assim, não tem psicólogo, né?! Tem até na equipe do NASF, né?! Mas assim, com a equipe do NASF, ela trabalha com atenção e orientação, primeira consulta, primeira avaliação pra ir pra um especialista da área, da rede”. ACS 1 Distrito*

*“A necessidade, se ela se adapta a esse tipo de medicação. É... Ficamais por mim e pela psicóloga do NASF, né?! Assim, seu acompanhamento específico de saúde mental da criança”. Médica Distrito.*

*“A gente pode ter tratado de forma indireta com os adultos em algum momento porque ‘olha, doutora, o meu filho tá assim’. A gente traz pra o NASF pra avaliação com a psicóloga, entende?!”. Médica Praia.*

É interessante destacar também que as ações junto ao NASF entre as unidades não são exatamente as mesmas considerando as particularidades dos territórios. Assim, os entrevistados da Zona rural consideram que o NASF não apenas apoia a ESF neste cuidado, mas protagoniza

a atuação em saúde mental direcionada como uma ação paralisar com os transtornos.

*“Mas a criança com saúde mental, a que tem o lugar onde... CTA?! O lugar onde marca a ficha tem palestra lá também. Mas a gente aqui tem o NASF que ele veve, a gente veve de frente com eles com essas crianças no cuidado com eles”*. ACS 1 Zona rural.

*“A psicóloga do NASF e ela vai conversar em pessoa. ‘Eu conversei com fulano de tal, ele tá reagindo dessa maneira’. Aí marcar a primeira consulta pra ele, depois marca de novo, entendeu?! Porque na... Tem até uma senhora lá que fez é... É... Um problema mental, foi parto, pós-parto dela. Tá sempre acompanhada. Essa semana mesmo vai ter acompanhamento dela com a psicóloga, entendesse?! Desde, faz mais ou menos uns oito meses que ela tá sendo sempre acompanhada, aí toda semana, todo mês aí a equipe aqui a gente faz atendimento dela”*. ACS 2 Zona rural.

Apesar de ressaltar o apoio e atuação do NASF, os participantes também identificam potencialidades das próprias ESFs em sua resolutibilidade, ainda que apresentem dificuldades em seus manejos à saúde mental infantil. Sugeriram que mesmo não tendo se apropriado de temáticas específicas como pode ser o caso da saúde mental infantil, eles tendem a solucionar problemas.

*“É porque a gente aqui não tem dificuldade tanto não. A gente aqui tem uns... A reunião teve aqui quando?! Segunda quinta-feira. Toda segunda quinta-feira do mês às onze horas, meio dia, a gente tem aqui a reunião. O que tiver aqui, na reunião a gente resolve”*. ACS 1 Zona rural.

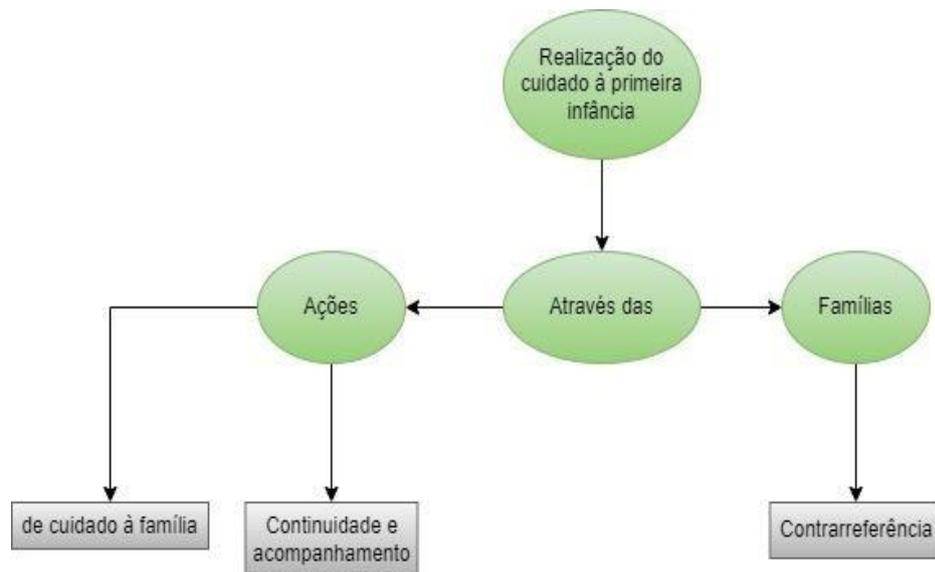
*“A gente se une pra tentar resolver a melhor maneira, articula com um médico da área, né?! Porque a gente trabalha aqui com a clínica geral que não é o alvo dela. Então assim, a gente é... Entra em contato com o pediatra, com psicólogo pra eles veem pra ver o que que a gente pode fazer, né?! A nossa equipe*

*realmente a gente se entrosa pra resolver quando chega um problema desse tipo, a gente realmente vê o que a gente vai poder fazer pela essa criança”. ACS 2 Distrito.*

*“Tem a barreira dos pais que às vezes tem preconceitos, não acredita, não tem as condições... Mas mesmo assim a gente vai tentando, tentando, tentando até a gente conseguir. (...) A gente sempre conseguiu resolver tudo aqui”. Médica Zona rural.*

Além da equipe do NASF neste cuidado, os profissionais pontuaram a participação da família como portadora da contrarreferência (retorno) dos encaminhamentos e a atuação da equipe de ESF através das ações de cuidado e acompanhamento à própria criança (figura 10).

Figura 10 – Realização do cuidado à saúde mental na primeira infância – parte 2.



Elaborada pelo autor, 2022.

Congruente às perspectivas apresentadas anteriormente sobre a prática do cuidado em geral, participantes da unidade Praia colocaram que o cuidado à saúde mental na primeira infância se dá a partir de ações de cuidado à saúde mental da família da criança.

*“Eu te digo uma coisa, não tem como tirar... É porque pra poder chegar à saúde mental infantil a gente tem que começar pela saúde mental do adulto que cuida dessa infância.”.*

Médica Praia.

*“Eu acho que como o início de tudo são os pais, eu creio que a partir do momento que a mãe tá gestante, se tivesse desde que ela necessitasse, um trabalho psicológico com ela, aí poderia ir pra esse... (...) Mas tratando a mãe no início com certeza seria mais saudável mentalmente”*. ACS 2 Praia.

Além disso, os profissionais da unidade Distrito refletiram a importância de um acompanhamento contínuo da criança para a realização do cuidado em saúde mental, seja pela frequência dos atendimentos ou pelo acesso frequente à unidade.

*“Eu acho que tem que ter bastante acompanhamento, né?!”*  
Técnica de enfermagem Distrito.

*“A gente tenta não dá descontinuidade, né?! Mas também pra dar tempo dessa criança chegar e a gente entender melhor a história, se fez realmente um acompanhamento em cima de algo, de onde veio esse diagnóstico... A necessidade, se ela se adapta a esse tipo de medicação”*. Médica Distrito.

Ainda em relação a necessidade de acompanhamento da criança de forma contínua, chamou a atenção os discursos de profissionais da unidade Distrito sobre a necessidade de contrarreferência (retorno) dos profissionais da Rede especializada do município para onde são encaminhadas as crianças. Neste sentido, apontam a dificuldade de comunicação neste processo, cabendo à família ser o canal informativo para a ESF acerca dos encaminhamentos realizados nos serviços especializados.

*“Eu acho que, que melhorar o nosso, a nossa comunicação com a rede, né?! De, de... Dos especialistas, a gente tem um instrumento, inclusive de contrarreferência que praticamente não funciona, né?! (mostrou o documento). A gente encaminha, a gente tem aqui nessa parte de baixo de contrarreferência e nunca recebo isso aqui de volta, né?! A gente põe lá a justificativa de por que tá encaminhando e essa, esse retorno de comunicação é importante”*. Enfermeira Distrito.

Por fim, considerando a vivência relatada durante as entrevistas, os participantes foram convidados a refletir sobre quais as suas necessidades para realização do cuidado à saúde mental da criança. Vale destacar que nos discursos percebeu-se que as respostas se direcionaram por uma perspectiva de cuidado à saúde mental com estratégias para lidar com as situações de transtorno.

Assim, as necessidades foram identificadas em duas direções: relação com a rede saúde no município e aprimoramentos no processo de trabalho da própria equipe da ESF (figura 11).

Figura 11 – Realização do cuidado à saúde mental na primeira infância – parte 3.



Elaborada pelo autor, 2022.

De modo geral, os profissionais das equipes destacam a necessidade de especialistas como psicólogos e psiquiatras infantis para que o cuidado em saúde mental destas crianças aconteça da melhor maneira.

*“Qual a estrutura que você pode dar pra esses pais?! Porque a única psicóloga que atendia criança estava no centro (no distrito sede), uma pra o município inteiro, uma. E aí entre uma coisa e outra a gente ia tentando dar esse apoio, mas desde esse lugar da família, do desespero. Não é de não querer fazer, é da falta de... Da falta do olhar do psicólogo”.* Médica Praia.

*“O que precisa?! Seria necessário pra gente... Não sei o que...”*

*Porque assim, como a gente é numa área muito extensa, muitíssimo extensa, eu não sei... Mas assim, casos, os poucos que aparece a gente sempre assim, tenta resolver. A gente no município tem alguns psiquiatras que não atende crianças, né?!". ACS 2 Distrito.*

*"Assim, até pra marcar uma consulta é mais difícil. Então o NASF ajuda muito a gente nisso proque a gente consegue uma... Uma avaliação mais rápida, vamos dizer assim, do que ir pra um psiquiatra ou um psicólogo fora. Primeiro que a gente não tem psiquiatra infantil na rede. Então isso já dificulta muito". Médica Zona rural.*

Neste sentido da relação com os profissionais especialistas da rede, os entrevistados da ESF pontuaram que há necessidade de apoio de especialistas para que eles no acesso preferencial possam contribuir para o cuidado em saúde mental na primeira infância.

*"Porque a pobreza, ela justifica noventa por cento das doenças. Não existe doença de rico na pobreza, não existe câncer na favela. Só existe verme e dor de garganta. Mas não existe. Câncer é pra rico, não é pra pobre. Não é. E isso quando vem uma criança é desesperante. Desesperante. Porque eu não tenho uma parceria, um pediatra pra lutar por essa criança". Médica Praia.*

*"... seria interessante, trabalhar com as mães junto com as crianças pelo local que a gente pudesse trabalhar junto, mas também com o apoio de uma psicóloga, entendeu?! De uma terapeuta ocupacional, né?! Que trabalha também, né?! Ensina vários tipos de tarefa, assim, não sei, eu acho que vale a pena. Eu acho". ACS 1 Distrito.*

*"Eu acho que é o ponto negativo não ter esse apoio específico. Poderia ter um especialista tanto psicólogo quanto psiquiatra ou neuropediatra mais presente na saúde pública". Médica Distrito.*

Outro aspecto recorrente nos discursos dos participantes foi a incipiente formação sobre a temática em discussão, compreendida como um fator limitante para a concepção e prática do cuidado à saúde mental infantil.

*“Não tenho muita lembrança de saúde mental pra criança não. Eu acho que foi mais adulto e em relação à criança foi mais é... Em termo de peso, altura, amamentação exclusiva... Foi mais nessa questão. Eu não tenho muita lembrança de ter tido saúde mental pra criança não”*. ACS 2 Distrito.

*“... a formação abordou mais os cuidados da criança. Agora talvez até em si pode ser, agora não explicando explicitamente assim, saúde mental da criança. Mas os cuidados de zero até dois anos e assim conseqüentemente”*. Enfermeira Distrito.

*“... eu acho que, que a gente tem muita dificuldade em saúde mental da criança sim”*. Enfermeira Praia.

Neste sentido, os profissionais colocaram como estratégia possível para enfrentamento das dificuldades com a temática justamente a oportunidade de se capacitara partir de então, independentemente das arestas formativas anteriores.

*“Eu gosto, eu me identifico profundamente com essa área. É por isso que eu te disse que é um... A gente tem que quebrar paradigmas, entendeu?! Que um dentista que cuida em PSF não pode atender uma criança especial porque... Por quê?! Tipo, não é assim, entendeu?! É... A gente na verdade, precisa ser capacitado porque a gente não é, né?! Na faculdade, enfim, a gente não é capacitado pra isso, mas a gente pode ter caso específico que não tem como”*. Dentista Distrito.

*“Os agentes de saúde, realmente, pelo menos os daqui que eu tenho contato, eles têm olhos bons pra comunidade assim no... Quando eles acham que realmente é necessário ficam no meu pé pra arrumar consulta. Então eu acho que o ponto forte da equipe são os agentes que eles deveriam ser melhor capacitados pra isso”*. Médica Distrito.

*“A gente não tem esse foco, a gente tem foco em pré-natal, tem foco em cuidado de RN, tem foco em sexualidade, adolescente, em saúde mental relacionado à... Na adolescência, em suicídio... Mas de zero a seis anos a gente nunca focou. Nunca tive isso e nunca foi trabalhado esse tema também”.*  
Enfermeira Praia.

*“Talvez mais é... Mais treinamento, mais capacitações voltadas pra esse sentido, entendeu?! Saúde da criança no sentido da saúde mental, né?!”.* Enfermeira Distrito.

*“Eu acho que como esse é um projeto aí, né?! De repente pode sair algumas, algumas ideias de vocês que estudam, que sabem identificar mais. Vê até essa questão assim, não só pra esse município, mas pra toda essa questão mais de capacitação de dar um... Assim, pra gente se ligar mais nas consultas, assim mais específico ‘olha, tô observando mais isso aqui’ sabe?!”.*  
Enfermeira Zona rural.

Apesar das queixas sobre as incipientes ou ausentes propostas de formação e capacitação, os ACSs em suas especificidades, pontuaram sobre ter havido momentos de capacitação, ainda que há muito tempo atrás. Apesar disso, não especificaram o tipo de treinamento vivenciado.

*“No técnico de enfermagem acho que não chegou a abordar isso não. Eu tava fazendo até... Enfermagem, mas aí parei. Não chegou também nesse período do, de abordagem de criança não. Mas aí chegou até gestante. Mas aí quando eu parei, né?! Mas assim, a gente já teve treinamento aqui, entendeu?!”.*  
ACS 1 Distrito.

*“A gente fez. A gente, quer dizer que... Se eu recebi esse treinamento quando eu fiz o curso de agente de saúde?! Sim, a gente sim”.* ACS 1 Praia.

*“Logo no começo a gente teve... Inclusive, a gente tinha palestra e tinha sempre reunião. Agora devido a questão*

política, eu não sei que questão política... Não tá tendo mais. Mas era muito gratificante quando nós tinha porque dava uma refletida nas coisas, você tá entendendo?! Mas não tem como lembrar agora da... O que a gente aprendeu, você aprendeu porque faz muito tempo”. ACS 1 Zona rural.

Discutiremos em seguida estes achados na direção dos objetivos de nosso estudo, a saber, para compreender o cuidado em saúde mental infantil pela ESF.

## 5 DISCUSSÃO

Os resultados explicitados na presente pesquisa nos permitem afirmar que o cuidado em saúde mental na primeira infância caracteriza-se como uma tarefa complexa e cotidiana das equipes que compuseram este estudo. Considerando esta complexidade, optamos por apresentar a discussão a partir de eixos temáticos que transversalizaram os dados analisados.

Neste sentido, inicialmente discutiremos as relações dos resultados com o momento histórico da realização da pesquisa. Em seguida, considerando que se trata de um estudo de casos múltiplos, refletiremos sobre as singularidades territoriais que demarcaram as 3 unidades em análise e seus impactos no cuidado à saúde. Em um terceiro momento, buscamos articular concepções e práticas de cuidado em geral relatados pelos participantes com apontamentos presentes na literatura. Por fim, nos dedicamos a refletir especificamente sobre o cuidado em saúde mental, a partir da análise das concepções e práticas trazidas pelos participantes do estudo.

### 5.1 O MOMENTO HISTÓRICO DA REALIZAÇÃO DA PESQUISA

O momento da realização do estudo foi atravessado pela pandemia pelo COVID-19. Aqui no Brasil, foi declarado estado de emergência na saúde pública em fevereiro de 2020 pela Organização Mundial da Saúde (OMS), a partir de sua notificação a nível global de mais de 100 mil casos e contando em março do mesmo ano com a ocorrência de 4 mil mortes, no início do que seria uma pandemia mundial (OPAS, 2020). No momento da coleta de dados, cerca de 5.088 novos casos surgiram no final do mês de novembro de 2021, elevando seus números em janeiro chegando a 260.806 mil casos. Por esta razão, a coleta só pode ser finalizada no início de março quando o número de casos diminuiu para 27.465 mil casos contabilizados no início de março de 2022 quando terminou a coleta de dados (<https://covid19br.wcota.me/#gmunicipios>).

Neste cenário, pela configuração e proposta da atenção básica na saúde pública brasileira, responsável por mapear territórios e coletar dados das condições socioeconômicas e da vigilância epidemiológica (BOUSQUAT et al., 2017), a Estratégia Saúde da Família (ESF) tornou-se um dos protagonistas deste enfrentamento à pandemia (FROTA et al., 2022).

Desta forma, entendemos a Atenção Primária à Saúde (APS) como direcionadora de diversas ações individuais e coletivas a partir do contexto da família e da comunidade. A ESF

então alcança a promoção, proteção e prevenção de saúde, desde diagnóstico, tratamento e reabilitação de baixa complexidade às propostas como a de redução de danos como a de cuidado em saúde em território determinado (BRASIL, 2017).

Na presente pesquisa observamos o impacto da pandemia no funcionamento dos serviços, que passaram a realizar um maior número de agendamentos prévios das consultas, predominantemente individuais, e a diminuir a frequência das ações de promoção, como no caso dos grupos nas unidades e especialmente quando consideramos aqueles realizados pelos profissionais da Zona Rural.

Tal cenário também foi identificado por Lira (2022) em um estudo que buscou compreender o funcionamento da ESF neste cenário pandêmico. A autora aponta que houve uma organização estabelecida na rotina de atendimentos programados e houve também semelhança na sobrecarga das equipes pelas atividades voltadas ao enfrentamento da pandemia. Isso afetou a oferta de ações de promoção de saúde através das incipientes ações intersetoriais e das insuficientes propostas de participação social da população.

Nesta mesma direção, Frota et al. (2022) confirmaram que a equipe de estratégia saúde da família encontra-se fragilizada no cenário do enfrentamento da COVID-19, devido a este momento, para realizar o cuidado à população adscrita. Para os autores, a ESF teve seu funcionamento afetado e, conseqüentemente vivencia dificuldades para lidar com outras dimensões do cuidado, para além da atenção emergencial. Isso impactou a proposta de promoção de saúde no acesso preferencial.

Apesar disso, as equipes de ESF de nosso estudo se colocaram durante a pandemia como dispositivo central e prioritário para disparar o cuidado integral à população, mesmo diante de situações epidemiologicamente emergenciais. Abrangendo desde este cuidado à doença que acomete o corpo até os fluxos da rotina de atuação no território, na direção do cuidado humanizado e integral da vida dos sujeitos.

Nesta direção, Frota et al. (2022) afirmam que as dificuldades pela pandemia à ESF, destacaram o papel destas equipes, uma vez se colocando como linha de frente ao cuidado nesta situação, a equipe de saúde da família pode oportunizar seu fortalecimento, especialmente na região Nordeste do país em que há grandes desigualdades de condições de vida e de saúde. Este vínculo longitudinal, como chamam os autores, pode ser considerado exclusividade dos serviços de acesso preferencial.

Apesar deste aspecto importante da ESF como protagonista do cuidado durante a crise pandêmica, foi muito difícil para as equipes que investigamos lidar com a população infantil durante a pandemia. Para eles, o isolamento mostrou-se ainda mais impactante na rotina das crianças, uma vez que elas não puderam mais participar de toda e qualquer proposta de atividade, ainda que em grupos pequenos. Isso porque as crianças pequenas não compreendem os riscos do contágio, e as medidas de prevenção do mesmo não são lembradas o tempo todo por elas.

Além disso, na realidade de nossa investigação, as crianças não frequentaram mais escolas e creches, além das praças nas comunidades. Isso afastou esta população do vínculo com a ESF e com as outras famílias que, em muitos casos, reforçavam a vinculação umas das outras com este tipo de serviço. As crianças limitaram-se a suas famílias e foram impedidas da convivência diária com seus pares. O acesso aos serviços como a USF passou a ser pontual ou emergencial. Apesar disso tudo, os profissionais que entrevistamos não souberam pontuar mudanças importantes nestas crianças. Mas há expectativa por parte deles de que diferenças aparecerão ao longo do que chamam de *novo normal*.

Neste sentido, podemos conceber a pandemia como um contexto gerador de demanda de saúde mental infantil em suas consequências. Yoshikawa et al. (2020) afirmam que a pandemia por COVID-19 amplifica em seus impactos os fatores de estresse psicológico como isolamento social e a ansiedade devido ao risco de contágio. Esta situação por si só impacta negativamente a saúde mental.

Além disso, Imran et al. (2020) destacam mais consequências na população infantil. Eles apontaram para a abrangência dos impactos nas crianças, desde questões estritamente psicológicas como o adoecimento por depressão, por exemplo, até questões sociais que afetam a longo prazo o neurodesenvolvimento infantil. O fato da criança na primeira infância não compreender ainda completamente a situação de crise coletiva, a coloca numa posição de enfrentamento muito mais difícil do que em outras faixas etárias. Isso ocasiona também impacto na vivência dos sentimentos porque as emoções se expressam de forma confusa acerca da realidade.

A criança pequena diante deste cenário, segundo Liu et al. (2020) apresenta medo de novas mudanças, incluindo perdas de pessoas devido ao afastamento de seus pares e de sua rotina. Isso, segundo os autores, inclina a criança ao risco de estender este sofrimento presente ao risco de desenvolver transtornos mentais nas fases do desenvolvimento subsequentes.

Partindo de discussões como essa, Imran et al. (2020) destacaram a deficiência da Promoção de Saúde em períodos como o da pandemia em que evidenciam-se ainda mais dificuldades socioeconômicas das famílias e as limitações da criança, que já apresentava questões de saúde mental crônicas. Isso reforça desigualdades.

Toda esta realidade corrobora para a importância do fortalecimento das ações de promoção de saúde e da capacitação das equipes dentro e fora do momento de crise coletiva, como discutiremos mais tarde.

Apesar deste impacto, Frota et al. (2022) concluem que situações de crise como a pandemia citada tensionam o sistema de saúde, destacando a importância do lugar da ESF na atenção à saúde, especialmente pela capilaridade no território e pelo vínculo com as famílias que vivem neste território de saúde.

## 5.2 AS SINGULARIDADES TERRITORIAIS E O IMPACTO NO CUIDADO EM SAÚDE

Para falar de cuidado em saúde na Atenção Primária à Saúde (APS) é indispensável nos referirmos ao conceito de territorialização da saúde. Pautado a partir das premissas de universalidade, equidade e integralidade do SUS, na direção de contemplar o direito de todos à saúde, independente do local no território em que o indivíduo esteja (BRASIL, 1988).

Desta forma, Faria (2020) destaca que os serviços foram localizados justamente no território para atender resolutivamente no nível de atenção necessário à população. Quanto menos complexo, então, mais próximo da população os serviços da APS conseguiriam estar presentes.

Dentro desta proposta de assistência universal e de acordo com os diferentes níveis de complexidade para o cuidado, desde a década de 1990 com a implementação do SUS fez-se essencial planejar territorialmente a atenção preferencial (BRASIL, 2017).

A partir de então, como explica Faria (2020), entendemos que a estrutura deste modelo assistencial não se trata apenas da maneira como os serviços estão localizados, mas de como as ações se organizam no território. Disso tratamos especialmente das ações de promoção e de prevenção à saúde.

Assim, importa conceber a territorialização da saúde para além de mera delimitação espacial dos serviços disponíveis. Mas interessa uma vinculação e um senso de pertencimento

ao serviço, através de sua equipe em sua relação com a população adscrita. Disso se trata a territorialização da saúde, em que a ESF enquanto equipe e estratégia estão implicadas como pontuado por Faria (2020) e Lima et al. (2019).

Estes autores, ainda, tratam de territorialização como uma política fundamental para seguir colocando em prática os princípios do SUS em nosso país atualmente. Porque ainda temos serviços que tendem a funcionar com o modelo de atenção desterritorializado, descontinuado em suas ações e, conseqüentemente pouco resolutivo como herança da demora para unificar o modelo descentralizado e territorializado de atenção. Faria (2020) inclusive, utiliza os termos *sobreposição de modelos* para indicar a confusão entre os modelos citados.

Esta realidade destacada pelo autor encontra semelhança na realidade que investigamos em nosso estudo, especialmente se nos referirmos às unidades de saúde Distrito e Zona rural. Na primeira delas, percebemos a sobreposição de modelos em seus atendimentos nos moldes de serviço ambulatorial, justificados pela intensa demanda que tornou predominante o cuidado interventivo individualizado. Na zona rural, por sua vez, o modelo de funcionamento aparece muitas vezes como um serviço de pronto atendimento, apontando para os moldes de atendimento de urgência.

Além desta sobreposição de modelos que afeta o funcionamento nos moldes da territorialização em saúde, Frota et al. (2022) concluíram que o funcionamento das equipes de ESF passaram recentemente por um processo de adaptação e inovação pela pandemia da COVID-19. Neste sentido, seu estudo revelou uma heterogeneidade no funcionamento das equipes dos territórios investigados. Enquanto cerca de 51% dos entrevistados afirmaram que seguem com a rotina de costume (de antes da pandemia), outros 31% passaram a priorizar as demandas emergenciais de acordo com as necessidades de resposta às mesmas.

Justamente por estas diferenças nos processos de trabalho das equipes e por se tratar de unidades localizadas em diferentes territórios geográficos e de saúde, faz-se necessário refletir acerca das diferenças territoriais das microrregiões e acerca do conceito de territorialização da saúde.

Percebemos em nossa pesquisa o quanto o acesso à unidade Distrito é facilitado, diferente das unidades Praia e Zona rural em que a população apresenta dificuldades para acessar as USFs. Estas dificuldades, sejam de ordem econômica ou pela difícil configuração territorial no inverno chuvoso, por exemplo, ajudam a desenhá-la de maneira como o cuidado pode ser realizado à população adscrita.

Diante da realidade de quem vive distante dos centros, podemos entender em nosso estudo que as crianças pequenas encontram-se especialmente distantes do acesso à USF. Os profissionais pontuaram a dificuldade de acesso da família por questões socioeconômicas, mas também por não conceberem necessidades pessoais nesta fase do desenvolvimento, além da vacinação ou das necessidades por adoecimento orgânico, como medidas de cuidado.

Neste sentido, Lima et al. (2019b) entendendo que o cuidado em saúde relaciona-se com o território, afirmam a urgência de ampliar os conhecimentos sobre as condições de vida e saúde da população que vive na zona rural.

Especialmente no que tange aos cuidados à infância, pois ao falarmos de infância no Brasil multicultural e multiétnico, nos referimos às múltiplas infâncias. Para o PLANO NACIONAL DA PRIMEIRA INFÂNCIA (2010) esta multiplicidade de infâncias pede que os profissionais, inclusive do acesso preferencial à saúde, olhem para a existência da criança dentro dos processos culturais a qual pertencem.

Trata-se, segundo este documento, de relevar a riqueza da infância a partir da criança e do que a vida em comunidade desta criança nos indica sobre a própria. Isso nos leva a destacar que até por volta dos cinco anos de idade a criança ainda está iniciando seu processo de inserção na educação formal. Logo, o impacto das vivências em família e no território são imprescindíveis ao cuidado em saúde, ou seja, a ESF não conseguirá realizar o cuidado integral à criança sem considerar sua infância dentro das múltiplas infâncias.

Lima et al. (2019b) apontam, nesta direção, para as necessidades singulares da população que vive distante dos centros urbanos. Isso tanto no sentido do território ser singular como no sentido de as populações apresentarem necessidades diferentes nos diversos territórios rurais. Esta realidade, segundo eles, necessita das equipes que se direcionem esforços para aproximar a população ao funcionamento do serviço e para valorizar as experiências e expectativas da vida rural.

Desta forma, Faria (2020) destaca a proposta do SUS de descentralização do cuidado a partir do território. Ele reforça que a territorialização é um processo que vai além do tratamento de doenças, mas se trata de um processo político e social determinante para a realização do cuidado em saúde.

Assim, as diferenças territoriais das USF por nós estudadas, conforme podemos visualizar nos relatos dos profissionais e nas observações do diário de campo, corroboram com

a conclusão de Faria (2020) de que o cuidado no acesso preferencial é territorialmente construído.

Compreender a dinâmica deste cuidado desenhado a partir das diferenças territoriais, incluindo as singularidades das equipes de ESF é importante para realizar a promoção de saúde no acesso preferencial.

A garantia desta promoção de saúde no território, inclusive, é uma preocupação como aponta Faria (2020). Ele lembra que a publicação da terceira edição da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2017 sugere o estímulo à desterritorialização no acesso preferencial, contruindo o modelo de atenção a partir da saúde da família.

Neste sentido, a política e prática da territorialização é indispensável para impedir que modelos passados baseados no tratamento de doenças se restabeleçam, acima da prevenção e promoção de saúde capilarizada ao território (FARIA, 2020).

Deste modo, os profissionais conseguirão se aproximar territorialmente da população, identificando seus riscos bem como suas vulnerabilidades. Além disso, passa a ser possível entender as singularidades entre os territórios e as necessidades reais (pessoais e coletivas). Tudo isso fortalece a promoção de saúde para as populações, inclusive para atender a população infantil, de que falaremos, de modo integral por meio de escuta qualificada e de ações específicas de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

Neste cenário do território como celeiro das necessidades singulares das famílias, incluímos a dificuldade dos profissionais de nossa pesquisa em acessar a primeira infância. Muitos reconhecem que devem fazer uso de iniciativas múltiplas para lidar com diferentes famílias e infâncias, destacando suas responsabilidades e funções que abrangem o acesso a esta criança a partir de seu território de saúde. Mas não conseguem efetivamente este acesso, principalmente no caso da zona rural e também das praias.

Justamente neste sentido que o Marco Legal da Primeira Infância (BRASIL, 2016) pontua a importância das redes de proteção que inclui o cuidado nas comunidades. A partir deste lugar torna-se possível fortalecer os vínculos com a ESF para priorizar os contextos de risco para o desenvolvimento da criança dentro de sua infância particular.

Ainda segundo o Marco (BRASIL, 2016) o ambiente em que a criança vive sua infância representa uma ameaça quando a família e os cuidadores não conseguem avaliar os riscos inerentes à esta realidade e, conseqüentemente não estarão preparados para garantir

segurança e, menos ainda, promover saúde. Este ambiente influencia, ainda, na possibilidade de participação das crianças como protagonistas deste espaço social e nas oportunidades de se incluir no planejamento das cidades e de suas políticas.

Neste sentido, o PLANO PELA PRIMEIRA INFÂNCIA (2010) já considerava como uma das metas para cuidar das múltiplas infâncias, as metas pelo brincar no território como uma possibilidade para a infância ocupar o espaço político. Esta acessibilidade através do brincar com as crianças até os seis anos pode ser realizada em espaços como praças, parques, museus, entre outros locais públicos em que a infância de cada criança seja notada e protagonizada.

Partindo deste olhar sobre a infância, seguimos nossa discussão destacando como o cuidado à criança tem sido concebido e vivenciado pelas práticas da ESF.

### 5.3 O CUIDADO À CRIANÇA ENTRE CONCEPÇÕES E PRÁTICAS DA ESF

Conforme destacamos em nossa revisão de literatura, o cuidado à saúde mental infantil pelos profissionais da ESF trata-se, ainda, de uma temática pouco especificada nos estudos e, conseqüentemente nos processos formativos. Durante as entrevistas, inclusive, foi perceptível a dificuldade dos profissionais em responder sobre questões específicas ao cuidado da saúde mental na infância.

Diante deste cenário, em nosso estudo foi necessário dedicar atenção às concepções e práticas que versam sobre o cuidado em geral às crianças a fim de que a partir disso seja possível destacarmos aspectos do cuidado da ESF à saúde mental. Logo, foi de suma importância ao nosso objetivo de estudo compreender como os participantes concebem a criança, uma vez que isso tem relação direta com suas práticas de cuidado.

Assim, neste estudo identificamos dificuldades dos profissionais para expressar sua concepção de criança. Mas podemos perceber que a criança costuma ser vista de modo diferente de como concebem os adultos, sendo estes sujeitos independentes e que conseguem dizer como se sentem e revelar suas necessidades. As crianças, neste sentido, não seriam sujeitos de suas próprias infâncias e, conseqüentemente não têm suas necessidades compreendidas.

Neste sentido, Batista e Oliveira (2017) destacam que o termo infância costuma se apresentar como um conceito estático justamente como numa comparação com o adulto. A

concepção de criança, então, se daria a partir da concepção de adulto. Esse, por sua vez, tem seu papel social e como protagonista de sua própria vida, se colocando como referencial para os infantes. Apesar desta leitura da criança, os autores supracitados destacam a Pedagogia e a Psiquiatria do século XIX como campos específicos que possibilitaram a compreensão da infância como uma construção social moderna e dinâmica. Considera-se então, o *ser criança* como um estado do sujeito que tem direitas e necessidades de cuidado específicos em suas faixas de desenvolvimento.

Nesta direção, Occhiuzzo, Lemos e Silva (2021) afirmam que a criança precisa ser concebida como sujeito e que os profissionais de saúde não devem subestimá-la. Os autores sugerem, inclusive que é importante para realizar o cuidado em saúde que o profissional se habitue a conversar diretamente com a criança, ainda que ela seja muito pequena, como no caso da primeira infância.

Em nossa pesquisa a criança foi considerada, por alguns profissionais, como alguém que não tem o que dizer por não ter conhecimento de si mesma. Por outro lado, apareceram nos nossos achados, relatos de profissionais que entendem que a criança se coloca do jeito como ela consegue e que muitas vezes é diferente do adulto.

O Marco legal pela Primeira Infância (BRASIL, 2016) reforça esta concepção de que a criança se coloca, inclusive destacando que ela deve ser tomada como sujeito de direitos e da própria existência pessoal e social dentro de sua infância singular. Desta forma, este Marco busca envolver as crianças de até seis anos na elaboração de políticas públicas.

Entre estas concepções, a orientação para realizar a escuta e o acolhimento, crendo que a criança tem o que falar é parte dos Caminhos para uma Política de Saúde Mental Infantojuvenil (BRASIL, 2005b).

A partir deste olhar clínico singular do profissional torna-se possível realizar um cuidado humanizado, em contrapartida das intervenções massivas e indiferenciadas em que a infância não é lida num formato dinâmico e atualizado no tempo (OCCHIUZZO; LEMOS; SILVA, 2021).

Endossando esta compreensão de criança como um sujeito, o Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1991) e o Caderno de Saúde da Criança (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012b) apontam para o dever da família, da sociedade e do poder público na garantia de direitos da criança. Diretrizes como essas possibilitaram no Brasil o cuidado a partir da proteção social

da infância, ampliando a atenção à criança.

Sobre a faixa etária da primeira infância, o PLANO NACIONAL PELA PRIMEIRA INFÂNCIA (2010) vivenciou atualizações entre o segundo semestre de 2019 e o primeiro semestre de 2020. Neste sentido, houve a inclusão do Poder Judiciário nos estudos e debates, levando a discussão da primeira infância para o Sistema de Justiça. Isso reforça a concepção de criança como sujeito de direitos e com papel social dentro da cultura.

Esta abrangência de concepção impacta o cuidado como é o caso do tratamento de crianças com problemas no desenvolvimento. Seja individualizado ou em grupo, o mais importante é atender as necessidades. Essas, por sua vez, incluem orientação dos pais para que lidem com as questões singulares do desenvolvimento da criança, trazendo a família para participar do cuidado em saúde mental, enquanto concebe a criança como um sujeito com necessidades pessoais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012b, p. 126).

Neste sentido, a concepção de criança dentro ou fora do padrão de desenvolvimento esperado, estimulou a elaboração de estratégias de ação em acordo com a cartilha da criança nas suas fases do desenvolvimento. A partir da identificação de particularidades para determinada faixa etária ou, ainda pela presença de fatores de risco ao desenvolvimento saudável da criança (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012b).

Apesar destas concepções sobre a infância postas na literatura para a atenção preferencial do cuidado, em nosso estudo os profissionais tiveram dificuldade em delimitar a criança em suas necessidades do desenvolvimento. Por exemplo, quando se falava sobre criança, a concepção não se distribuiu entre as singularidades de um bebê ou de uma criança mais velha, ainda que ambas estejam dentro do que consideramos primeira infância.

Esta diferenciação é importante porque a ESF prioriza o acompanhamento às gestantes e puérperas e a ação via puericultura com bebês e crianças nos primeiros anos de vida. Logo, quanto mais nova é a criança mais regularmente ela será acompanhada pela equipe de saúde da família, conforme apontam os achados de nossa pesquisa.

Alcantara (2018) enfatiza as condições da gestação como um momento favorável para promover saúde à criança, justamente pela frequência destas mães nas USFs. Há, então necessidade de oportunizar este momento de gestação e da puericultura para sensibilizar a família à valorização da USF traduzida na adesão ao cuidado contínuo no acesso preferencial.

A baixa frequência nestes serviços é um indicativo de que o cuidado integral para a

população infantil não se estabelece como deveria ser na clínica ampliada. Por isso, as consultas programadas tendem a ser numerosas e há necessidade recorrente de visitas domiciliares interventivas, inclusive para garantir a cobertura vacinal (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012b).

Esta realidade aponta para o reconhecimento dos profissionais da USF em garantir a sobrevivência da criança, incidindo sobre a diminuição da taxa de mortalidade, também ampliando o combate às doenças típicas da infância, sugerindo a prevenção como padrão para qualidade de vida (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

Em nossa investigação podemos verificar esta realidade de prevenção de doenças a partir do combate à mortalidade e às enfermidades que dinamicamente costumam atingir as crianças. A realidade da Promoção da Saúde infantil costuma se apresentar atrelada ou conseqüente à prevenção, em vez de estratégia prioritária do cuidado.

Apesar disso, o Ministério da Saúde (2015) orienta que é justamente a partir da valorização de ações como as de prevenção na rotina da ESF, que poderemos colocar em prática a Promoção de Saúde, definindo-se, inclusive as possibilidades para a Promoção da Saúde da Criança.

Acerca de promover saúde na infância, vale destacar que os profissionais de nosso estudo apresentaram a compreensão de que o cuidado à criança se dá a partir da realização da puericultura e da vacinação. Houve, então, limitação do entendimento do cuidar a intervenções quando da vacinação e do acompanhamento ao desenvolvimento. Logo, este cuidado não se apresenta intimamente relacionado à promoção de saúde, embora isso seja perfeitamente possível a partir destas intervenções tão rotineira nestas USFs. O que poder ser feito através de intervenções educativas paralelas ou concomitantes, por exemplo, ou por meio do olhar ampliado que contemple a observação das necessidades da criança como sujeito de desejos e também de sofrimentos.

Além disso, importa destacar para isso o apoio do NASF. Teoricamente os profissionais entendem que a relação com esta equipe de apoio deve seguir justamente na lógica de ampliar a abrangência do cuidado em saúde infantil na perspectiva de uma parceria entre cuidadores. Mas isso não se converte em uma realidade rotineira nestes serviços. Para eles, trata-se da variada e frequente demanda que precisam atender e enquanto as agendas de ambas as equipes não se aproximam, as equipes de ESF alegam que seguem abraçando as intervenções e deixando a promoção multi e interprofissional à saúde da criança para uma outra

oportunidade.

Acerca do que pode ser feito para promover o cuidado à criança pela ESF, Alcantara (2018) trouxe as concepções dos entrevistados em seu estudo sobre a Promoção da Saúde da Criança. Ele apontou em seus achados estratégias com ações educativas em diferentes temáticas a partir da interação com as crianças. Além disso, destacou a importância do vínculo dos profissionais com a família e do compromisso da equipe como promoção de saúde infantil no território e intersetorialmente, em rede a partir do NASF.

Conforme já consideramos, o cuidado constituído a partir da realidade de cada território sugere a necessidade de compreendermos como o cuidado à criança é concebido e realizado, a fim de adentrarmos às especificidades de nosso estudo sobre cuidado à saúde mental da criança.

Neste sentido, antes mesmo de elaborar ações diretas à criança, devemos destacar a importância dos encontros em que há conversas ou palestras envolvendo os profissionais das unidades e as gestantes e puérperas, podem ser consideradas ações para o fortalecimento do vínculo mãe-bebê. A partir da sensibilização para amamentar ou para estimular o desenvolvimento do bebê bem como a continuidade do cuidado em saúde como puericultura e a vacinação, este vínculo não apenas é fortalecido, mas inclui a vinculação à ESF intermediando o cuidado. Desta forma, Jerusalinsky (2018) sugere o fortalecimento do sujeito em abertura para o mundo a medida que se vincula e se protege tornando possível dar saltos de desenvolvimento. No território, isso acontece através deste tipo de ação de cuidado.

Além disso, os entrevistados destacaram a importância do Programa de Saúde na Escola (BRASIL, 2007) citando o mesmo como uma ação de cuidado à criança. Através do PSE as unidades de nosso estudo conseguem adentrar no território de maneira mais fluida, pois a vinculação com as famílias é facilitada por intermédio do dispositivo educacional. Isso, segundo nossos entrevistados, permite o acesso da ESF à realidade territorial em que se insere a criança e sua família em conjunto à inserção de outras crianças e de outras famílias, sugerindo um quadro da realidade social e de saúde vivenciada pela população infantil adscrita.

A própria escola, inclusive, passa a ordenar parte do cuidado também, segundo eles. Revelando a corresponsabilização do cuidado, sendo mais próxima junto à educação do que junto à atenção especializada, muitas vezes. Não que isso não seja esperado pela política do PSE (BRASIL, 2007). Essa propõe justamente que as bases para acompanhar contínua e

permanentemente o desenvolvimento infantil dão-se junto aos espaços em que a infância se faz presente, sendo impactada pelo ambiente e também produzindo influência sobre ele. Por isso, o vínculo da ESF com a escola é indispensável para realizações em suas dependências físicas, mas para pensar ações a curto e a longo prazos na vida da criança em seu coletivo.

Outro tipo de ação de cuidado que vale destacar é a atuação do PROGRAMA CRIANÇA FELIZ (<https://www.gov.br/cidadania/pt-br/acoes-e-programas/crianca-feliz/o-que-e-pcf-2>) do Ministério da Cidadania do Brasil. O município pesquisado possui inscrição no Programa. Apesar disso, os profissionais da ESF entrevistados revelaram não ter conhecimento sobre como funciona o Programa. Interessante perceber que tal iniciativa governamental pode ser pensada para promover o desenvolvimento infantil integral, vinculando-se às famílias atuando em sua vulnerabilidade, desenvolvendo atividades lúdicas e mantendo a continuidade do cuidado básico em saúde.

Além destas ações possíveis bem como da puericultura e da vacinação, consideradas ações de cuidado realizadas na USF à saúde da criança, importa destacar as atividades lúdicas pelo brincar com as crianças nas USF. Esta vivência faz parte da rotina da unidade Praia, de nosso estudo. Esta equipe de ESF, apoiada pelo NASF elaborou o *cantinho do brincar* nas dependências da própria unidade de saúde. O funcionamento é análogo ao da *sala de espera* para os adultos, mas a maneira de se comunicar com a criança é por meio do brincar em vez das palestras e orientações como nas ações com adultos.

Desta forma, há promoção de saúde da criança através desta ação de cuidado. Isso importa para o desenvolvimento porque o brincar pode ser considerado como uma prática social para a pequena infância como destacam os institutos Maria Cecília Vidigal e o IPREDE, além da Política Nacional pela Primeira Infância (2010).

Neste sentido, Souza, Pedroza e Maciel (2020) destacaram a importância do brincar para o desenvolvimento global da criança, além de ser uma ferramenta para avaliação e interação que repercute na formação do vínculo. A brincadeira, segundo as autoras não seria apenas um meio para a criança expressar sua realidade e seus desejos, mas para exercitar sua criatividade, inclusive para enfrentamento das condições de saúde-doença a medida que entendem o sofrimento da criança como adoecimento mental.

Esta prática do brincar e, então de socializar com seus pares, família e comunidade é direcionada à promoção da saúde através da narração, da brincadeira e da imaginação em saúde, priorizando a entrada desta vivência na rede de cuidado, indo além da USF

(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012b, p. 230).

O profissional, nesta direção, pode estimular a brincadeira no domicílio ou numa brinquedoteca comunitária ou, ainda, realizar grupo família-criança visando a expressões das fantasias da criança e da relação familiar.

No entanto, é importante refletir que apesar de preconizado, não é tarefa fácil abranger ações de saúde envolvendo o acesso preferencial como as atividades lúdicas, por exemplo. A reorganização da APS por mais que priorize ações de saúde no sentido da integralidade do cuidado, ainda parecem insuficientes para romper com a lógica biomédica. Isso justifica o foco das USF nas consultas programadas e no desenho ambulatorial e interventivo (BATISTA; OLIVEIRA, 2017).

Ainda tratando de dificuldades nas ações de cuidado à saúde da criança, vale destacar o aspecto do acolhimento. Em nosso estudo, apesar de não relatarmos como dificuldade, percebemos que houve diferentes concepções sobre o acolhimento entre as USF.

O acolhimento na unidade Praia é realizado pela recepcionista que foi recentemente aprovada no concurso público para o cargo de agente de saúde, mas ainda não foi convocada. Esta equipe justifica que há necessidade de priorizar o trabalho dos ACS no território, uma vez que se trata de poucos agentes na USF e que a recepcionista tem sido orientada pela ESF para atuar no acolhimento dentro da unidade.

Nas outras unidades, porém, a concepção de acolhimento (realizado cada dia por um dos agentes de saúde) se dá no sentido de agendar consultas individuais ou ações pontuais como a vacinação. Esta prática tem pouco haver com acolhimento enquanto vínculo com a ESF a fim de identificar necessidades psicossociais da criança, como um eixo norteador do cuidado pela ESF (BRASIL, 2010). Se este vínculo é frágil, deve-se à necessidade de resolução de problema. Ou seja, o acolhimento não tem sido concebido como uma atitude prioritária, a fim de estimular o vínculo da criança com a unidade e o acolhimento (OCCHIUZZO; LEMOS; SILVA, 2021).

Apesar da importância da ação como acolhimento dentro da USF, Alcantara (2018) releva que o acolhimento sugerido como ideal para promover a saúde da criança dá-se por meio das ações no território como é o caso da visita domiciliar e à escola com vistas à prevenção e promoção de saúde.

Sobre as visitas domiciliares, percebemos em nossa pesquisa que seu contexto de

ocorrência está mais intrinsecamente relacionada à complementariedade das intervenções do que à promoção de saúde. Esta realidade pode ser representada, segundo as equipes, pela vacinação domiciliar quando há impedimento da criança se dirigir ao serviço ou risco de que ela não acesse determinado tratamento medicamentoso porque não frequenta com regularidade a USF. Esta realidade é frequente na zona rural pelas implicações do difícil acesso e pela relação das famílias com a USF, cuja vinculação segue predominantemente os moldes da urgência entre as necessidades emergentes.

Faz-se necessário então reforçar a importância das visitas e atendimentos domiciliares como um estímulo ao vínculo com a ESF e à promoção de saúde, indo além da complementação de ações como sugere o Marco pela Primeira Infância (BRASIL, 2016). Assim, as intervenções durante as visitas não precisam deixar de acontecer, mas elas podem ser usadas para além da fragmentação entre o fazer na USF e o intervir no território. Isso será possível a partir da qualificação das equipes no acesso preferencial para realização das visitas domiciliares desde a primeira semana do bebê, vislumbrando estimular o desenvolvimento ótimo da criança até a atenção às múltiplas infâncias em suas necessidades específicas (PLANO PELA PRIMEIRA INFÂNCIA, 2010).

Além disso tudo, o Marco (BRASIL, 2016) ainda reforça que os direitos e responsabilidades à primeira infância são igualmente atribuídos entre mães, pais e responsáveis. Desta forma, a ESF pode se implicar como responsável na compreensão e acompanhamento das infâncias por meio das visitas domiciliares, endossando a vinculação às famílias.

Assim, através da inserção no território pessoal da criança será possível observar a dinâmica da família e o contexto real em que a infância singular está inserida e em que o desenvolvimento acontece, colocando as ações de promoção da saúde nas bases territoriais (ALCANTARA, 2018).

No tocante ao território de vivência da criança, destacamos a família como ator importante nesta perspectiva de cuidado integral à saúde infantil. Na realidade das ESFs investigadas, percebemos que a família exerce um importante papel quanto à contrarreferência acerca dos encaminhamentos realizados pela ESF, uma vez que há dificuldades para uma comunicação efetiva com a rede acerca dos retornos dos encaminhamentos.

Mas apesar desta relação em que a ESF consegue se comunicar com as famílias e se colocar disponível, as realidades encontradas em nosso estudo expõem a necessidade de

aprofundamento dos vínculos entre a família e a ESF a fim de impactar no cuidado à criança. Porque essa acessa as ações e o serviço por meio da família. Logo, se esta vinculação não se dá de forma relevante e permanente, o cuidado à saúde infantil apresentará limitações.

O Marco Legal da Primeira Infância (BRASIL, 2016) reconhece a família como espaço social privilegiado para a construção do sujeito. A convivência familiar da criança bem como a comunitária devem caminhar no mesmo sentido de garantir o desenvolvimento integral da criança, conforme o ECA (BRASIL, 1991) orienta em seu artigo 19. Destacando, então que o cuidado à criança abrange a família.

Neste sentido, Abreu et al. (2015) acrescentam que a assistência à saúde integral implica também que o cuidado se direcione à família da criança. Isso, por sua vez, só será possível através da escuta qualificada acerca das necessidades da família, do apoio às suas escolhas e em torno das estratégias de cuidado à criança possíveis e aceitas pela família.

Silva et al. (2018) destacam em seus achados que a equipe de saúde da APS não costuma se responsabilizar pela coordenação do cuidado das crianças com doenças crônicas, como é o caso dos transtornos, o que coloca a ESF como ordenadora da passagem para a atenção especializada em vez de ordenadora do cuidado corresponsabilizado. Consequente a isso, encontra-se o reforço à fragilidade do vínculo da família com a ESF a medida que a atenção à criança não seja integralizada e continuada por esta equipe, independentemente se a atenção especializada participará ou não do cuidado.

Ainda que o discurso de muitos profissionais seja na direção de valorizar o cuidado centrado na escuta qualificada e na humanização do cuidado singular, estes discursos não se materializam no cuidado à saúde das famílias, seguindo-se a atenção fragmentada e pouco resolutiva em sua integralidade (SILVA et al., 2018).

Neste sentido, Silva et al. (2018) apresentam o vínculo como uma tecnologia relacional inovadora na organização do cuidado e com potência para transformar o fazer da ESF a favor da integralidade nas relações de cuidado à família. Desta forma, consideram que esta vinculação deve ser prioridade nas equipes de atenção à saúde a fim de ir de encontro à desresponsabilização, às dificuldades de acesso e de resolutibilidade e à busca direta pelos serviços especializados.

Esta questão do vínculo da família com a ESF aponta para outro aspecto de nossa pesquisa, o da dificuldade de adesão das crianças e das famílias às propostas de prevenção e de

promoção à saúde, especialmente quando se trata de participar de grupos ou atividades coletivas. Para as equipes, a família não valoriza estes momentos de sensibilização acerca de alguma temática em umas das campanhas mensais ou dos grupos até mesmo os que são realizados na associação de moradores na zona rural. Por isso, justificam a frequência do grupo com idosos porque esta população costuma se vincular socialmente à USF, ou seja, para além das demandas de saúde-doença, mas concebendo o serviço ou as atividades ligadas a ela como sociais.

A partir de Crestani e Rocha (2018) podemos entender que a dificuldade das famílias de se vincularem aos serviços é reforçada pela maneira como os espaços públicos são considerados por elas. A população com menor poder socioeconômico geralmente é quem costuma buscar a USF e, ela considera o serviço como um espaço de cuidado em saúde individualizado e compartimentado em vez de um espaço público em que se vinculam sujeitos de diretos.

Trata-se, para as autoras, da individualização da questão social em que há cobranças e culpabilização das famílias pelo adoecimento das crianças em vez de se tratar a USF como um lugar para manutenção da saúde e de vínculo social. Tudo isso aponta para a ingerência estatal e para a falta de compreensão do lugar da ESF tanto para a família quanto para a própria equipe de ESF em suas práticas.

Silva et al. (2018) apresentaram como resultados de seus achados que o sentido do vínculo encontra-se relacionado à atenção que os profissionais da saúde dão para ele, ou seja, o vínculo como disparador das relações com as famílias. Nisso estão implicados aspectos como a acessibilidade, a resolutibilidade, a humanização, a empatia, a responsabilização e as expectativas frustradas das famílias.

Assim, há necessidade de atender a criança em sua infância particular, o que inclui indubitavelmente sua família como referência permanente e concreta a fim de possibilitar a vinculação à ESF. Isso coloca a equipe como coordenadora e fonte do cuidado, inclusive em saúde mental como discutiremos adiante.

#### 5.4 O CUIDADO À SAÚDE MENTAL NA PRIMEIRA INFÂNCIA ENTRE CONCEPÇÕES E PRÁTICAS DA ESF

O cuidado à saúde mental na primeira infância em nosso estudo apresentou-se

enquanto concepção e também no sentido da prática do cuidado. Antes de quaisquer colocações porém, devemos destacar a dificuldade dos participantes do estudo em direcionarem seus discursos para a questão específica da saúde mental tanto no que se refere à concepção quanto acerca das práticas na primeira infância. Notamos uma invisibilidade da primeira infância sob o aspecto da saúde mental. Neste sentido, os próprios profissionais admitiram tal dificuldade e sugeriram necessidade de maior investimento neste ciclo da vida tanto em termos de política quanto de investimento formativo no trabalho da ESF.

Apesar destas limitações, em nossa pesquisa percebemos em relação as concepções que ainda que não estejam muito claras ou específicas à saúde mental infantil, podemos afirmar que há uma sobreposição de concepções (que impactam na realização das práticas) entre o que seria uma criança com transtorno mental e uma criança saudável, ou seja, com saúde mental.

Occhiuzzo, Lemos e Silva (2021) também encontraram dificuldades em seu estudo sobre as concepções de enfermeiros acerca da saúde mental infantil. Eles destacaram que apesar das mudanças ideológicas e políticas acerca da clínica ampliada, integral e psicossocial em que se insere a primeira infância, as concepções ainda seguem paradigma clínico do que os autores denominam de *enquadramento patológico*. Esta realidade tem afetado não apenas a resolutibilidade das demandas de saúde mental infantil, mas a promoção de saúde integral e o cuidado pouco específico.

Ainda segundo os autores, por outro lado, há profissionais com uma concepção mais abrangente sobre a saúde mental infantil a medida que concebem a infância como sendo dinâmica e influenciada por diversos aspectos que ultrapassam o processo saúde-doença, extrapolando o setor da saúde.

Este cenário ambivalente reflete, ainda, o impacto do histórico de cuidado à saúde mental em nosso país em que passamos por um conjunto de transformações que abrangeram as práticas de cuidado e concepção de saúde, redirecionando valores sociais e culturais (BRASIL, 2005a).

Estas mudanças impactaram também a saúde mental infantil através da criação de políticas de saúde como o Fórum Nacional de Saúde Mental de Crianças e Adolescentes. Este Fórum abraça práticas partindo da compreensão da criança como sujeito de direitos que deve ser ouvido, acolhido de modo singular e integral, relevando o território como lugar psicossocial do sujeito e incluindo este território na intersectorialidade (BRASIL, 2005b).

Ao considerar a atenção psicossocial no território, há a reorientação do modelo de assistência à saúde nos moldes da ESF. Com todas as atribuições da equipe com foco na promoção da saúde e na prevenção de doenças, endossamos a Política Pública de Assistência em Saúde Mental para crianças e adolescentes porque sobrepõe-se ao modelo anterior à Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2005b).

Assim, Caçador et al. (2015) consideram a ESF como privilegiada para implementar ações de saúde mental infantil por se vincular mais facilmente à comunidade, à escola, à família e aos cenários de vida da criança. Logo, a ESF como locus indispensável deve construir uma vinculação permanente e contínua com a famíliada criança, através de ações individuais ou coletivas do cuidado.

WHO (2019) afirma que a criança precisa ter seu cuidado físico, mental e social atrelados, uma vez que são interdependentes. Isso aponta para o conceito ampliado de saúde mental, contemplando a vida da criança para além da ausência de transtornos mentais, reforçando a importância do alcance da ESF.

No entanto, no presente estudo observamos que tanto as concepções quanto as práticas compreendidas pelos profissionais direcionadas para a saúde mental na infância se limitam, predominantemente a identificar os transtornos. Tal aspecto foi também percebido por Occhiuzzo, Lemos e Silva (2021) que destacaram que as concepções predominantes de saúde mental infantil ainda tem se pautado no modelo biomédico, o que diminui a especificidade e a familiaridade com as demandas reais pelo cuidado.

Diante desta dificuldade de conceber saúde mental na direção da promoção da saúde, a World Health Organization (2022) lançou um Informe sobre Saúde Mental em formato de relatório a fim de reafirmar a necessidade de superação do modelo centrado na doença.

Apesar de não focar na primeira infância, o Informe (WHO, 2022) pode redirecionar as concepções e práticas de cuidado, fomentando a promoção de saúde mental também na população infantil.

Neste sentido, o documento propõe no capítulo 6 que as ações ultrapassem o setorsaúde, alcançando os determinantes da saúde mental em uma atividade intersetorial. O setor saúde como a ESF seria um disparador do cuidado, lançando as bases da promoção de saúde mental para as escolas, para os locais de trabalho das famílias e demais lugares de vivência e risco para as mesmas.

Em se tratando de risco, vale relevar que a maior parte das USFs se insere justamente em comunidades em que é comum as vulnerabilidades sociais, como no caso da violência. Nosso estudo contempla esta realidade em que há dificuldades das famílias em garantir a proteção da saúde e vida da criança, aumentando o risco de desenvolver problemas de saúde mental.

Neste sentido, o Relatório mundial (WHO, 2022) sugere a urgência de reorganizar os ambientes que influenciam os riscos à saúde mental da criança para tornar possível o desenvolvimento e o fortalecimento dos serviços que atuam pela saúde mental na comunidade. Além disso, deve ser aprofundado o compromisso social dos profissionais diante da temática da saúde mental.

Propostas como essa endossam outras diretrizes como o Plano de Ação Abrangente sobre Saúde Mental 2013-2020. Desta forma, percebemos a necessidade de atingir metas globais porque a saúde mental é uma questão mundial, mas as soluções devem partir da realidade local. Por isso, o foco da atenção à saúde mental precisa passar por mudanças a partir dos serviços de atenção inseridos na comunidade (WHO, 2020).

Batista e Oliveira (2017) já apontavam que mudanças como essa devem fazer parte não só do cuidado à saúde mental das famílias de modo geral, mas à saúde mental na primeira infância. Além disso, os autores relevam a efetivação de uma rede assistencial territorialmente ampliada.

Este desenho de cuidado foi pontuado em nosso estudo quando das ações nas escolas por todas as três unidades investigadas. Apesar da predominância da prevenção à saúde, houve relatos reconhecendo os fatores de risco no território psicossocial das crianças. As ações diretas, porém, não foram identificadas. Mas conforme Occhiuzzo, Lemos e Silva (2021) é a partir deste olhar psicossocial e do vínculo com a família, a escola e à comunidade que as ações podem ser localmente planejadas.

Somada a estas necessidades locais para o cuidado à saúde mental infantil, por suavez, apresenta-se a perspectiva da existência de múltiplas infâncias. Neste sentido, o PLANO NACIONAL PELA PRIMEIRA INFÂNCIA (2010) considera que as mudanças vivenciadas no ciclo da primeira infância precisam se relacionar com as políticas públicas para a saúde mental bem como com os índices de sociabilidade de uma criança pequena dentro do que se espera para sua cultura.

Além disso, o Plano refere que nesta fase do desenvolvimento há aspectos, como aprender coisas novas, conseguir caminhar sozinha ou aprender a falar, que não indicam apenas o crescimento saudável dela, mas apontam para seu desenvolvimento psicossocial. Isso aponta para a saúde mental como fator que vai além da incidência ou não de psicopatologias, mas que indica a criança como sujeito de direitos, colocando o sofrimento mental infantil como um desconforto que exige abrangência a nível social da criança em vez de adoecimento em si mesma.

Neste sentido, foi possível visualizar em nossos resultados que os profissionais da ESF costumam identificar necessidades de cuidado em saúde mental nas crianças a partir das expressões e dos comportamentos disruptivos com o que eles entendem como padrão de normalidade. Logo, uma criança com instabilidade emocional ou com alterações de comportamentos que “atrapalhem” a relação com os adultos tende a ser eleita pelas equipes como aquela que necessita de cuidado em saúde mental. Ainda que alguns profissionais atribuam tais atitudes da criança ao se relacionar com o momento da família, na prática do cuidado predomina a intervenção sobre a criança em si mesma.

Neste sentido, vale retomar a perspectiva das múltiplas infâncias. O Marco pela Primeira Infância (BRASIL, 2016) sugere que a maneira como a criança pequena se apresenta ao adulto e à sociedade tem haver com a sua infância singular. Logo, não se trata apenas de uma alteração de humor ou de aspectos comportamentais fora do padrão, como costumam ler os profissionais. Mas se trata de abranger o olhar clínico à saúde mental da criança a partir de seu entorno, entre ela, a família e sua realidade, indo além da criança isoladamente.

Jerusalinsky (2018) destaca que é possível identificar sinais de sofrimento mental numa criança e indicativos de problemas de saúde mental sem configurarem ainda risco de autismo ou de grandes mudanças no comportamento e humor da criança. Para ela, estas instabilidades bem como a aquisição de hábitos ou de linguagem, por exemplo, não são um processo autônomo da criança. Há, na verdade, antes mesmo das maneiras como a criança vai apresentar ao outro aspectos de sua saúde mental, a constituição psíquica que é sustentada desde o nascimento nos laços afetivos entre ela, a família, a escola e a sociedade.

Nesta perspectiva, a unidade Praia se aproximou um pouco do contexto afetivo da infância ao disponibilizar o espaço do brincar bem como ao se disponibilizar na relação lúdica com a criança. Isso foi possível porque através do brincar a criança expressa não apenas suas emoções ou alguns comportamentos, mas expõe simbolicamente sua realidade, especialmente

familiar através dos laços de afeto positivos ou adoecedores (JERUSALINSKY, 2018).

Assim, podemos compreender a necessidade de cuidar da saúde mental da família como parte do cuidado à saúde mental na primeira infância. Pesaro et al. (2018) em seu estudo sobre educação terapêutica num grupo de pais, propõem que até mesmo o fato de os pais pensarem seus filhos em sua infância singular pode promover saúde mental à família e, em consequência à criança. Eles sugerem que a família pode estar neste lugar de cuidar junto ao cuidador em saúde, mas também de ser ouvida e acolhida de forma particular em que a história da família pode ser contada bem como os sintomas da saúde mental compartilhados de forma intergeracionais e que alcança a criança pequena.

Além da implicação do olhar da família para o cuidado à criança, chamou a atenção o reconhecimento pelos diferentes profissionais da importância do olhar humanizado dos ACSs no processo de identificação das crianças que apresentam demandas de cuidados. Neste sentido, TSZESNIOSKI et al. (2015) destacam a atuação dos ACSs vinculando-se à família da criança e, por residir na mesma comunidade pode indicar estratégias resolutivas, conforme o que os autores chamam de *viés de informação*.

Amaral et al. (2018) também relevam este potencial dos ACSs para o desenvolvimento de ações novas de saúde mental à criança justamente por serem nativos do território e por lidar tanto com os profissionais técnicos da ESF quanto com os líderes e participantes dos movimentos ocorrentes na comunidade. Isso permite o diálogo horizontal, porque apesar da formação generalista, as experiências dos ACSs são singulares com suas ricas informações.

Os dados apontaram que a partir da identificação pelos ACSs de possíveis situações em que há a necessidade de cuidado, principalmente pela presença de transtornos, a equipe da ESF, tende a fragmentar o cuidado em saúde mental infantil porque há dificuldade de realizar este cuidado. Desta forma, a equipe, ao receber a demanda pelos ACSs, costuma acionar o NASF, concebendo esta equipe de apoio como uma especializada do cuidado.

Neste sentido, Batista e Oliveira (2017) destacam nos relatos de seu estudo que se assemelham aos de nossa pesquisa, uma tendência da ESF à fragmentação e à compartimentalização nos procedimentos, fomentando a necessidade crescente por especialidades em saúde mental infantil para demandas até mesmo de baixa complexidade.

Esta realidade opõe-se à clínica ampliada e ao cuidado integral, pois reforça a tecnocracia das práticas em saúde, desconsiderando o contexto em que se insere a criança e a

família. Isso distancia a ESF do território, ainda que se encontre geograficamente dentro dele. A medida que cada profissional atua de modo isolado, perdem-se muitos saberes e novos significados sobre o cuidado em saúde mental infantil sequer poderão existir (ALVES; ALMEIDA, 2017).

Alves e Almeida (2017), ainda destacaram os constantes encaminhamentos como práticas rotineiras do cuidado em saúde mental para um nível mais complexo e os atendimentos são considerados por eles como inespecíficos. Isso coloca o status do cuidado à saúde mental pela ESF como não intencionais e incipientes.

Destacamos, porém, a equipe da unidade Praia que busca a integração do trabalho em equipe e que apesar de compartilhar da mesma equipe NASF que a unidade Distrito, a USF Praia consegue realizar ações apoiada pelo NASF como o *cantinho do brincar*, mesmo tendo sua demanda voltada à realização predominante de atendimentos individuais.

Sobre esta relação com o NASF, a unidade Zona rural, apesar de atendida por outra equipe NASF, apresenta semelhança com a USF Distrito no sentido de fragmentação do cuidado à saúde mental da criança, conforme encaminham estas demandas para o NASF realizar o cuidado isoladamente.

Desta forma, Souza e Medina (2018) indicam que o processo de trabalho da ESF a respeito da promoção da saúde tem se apresentado desarticulado com o NASF. A USF, para eles, tende a restringir atividades de promoção de saúde porque não consegue isoladamente alcançar os determinantes sociais que impactam na saúde mental. Assim, trata-se de conceber o NASF como *uma equipe agrupamento*, como denominaram os autores para se referir a equipes que se agrupam como agentes do cuidado, mas cujo trabalho é fragmentado e as ações ocorrem muito mais por justaposição do que em conjunto.

Para combater este tipo de funcionamento, Souza, Amarante e Abrahão (2019) sugerem uma requalificação do NASF para que o processo de trabalho se dê de modo mais integrado sob uma lógica de atuação em conjunto e da ampliação da educação permanente na APS.

Estes autores destacam a equipe de apoio e a equipe de matriciamento intra setorial como corresponsáveis para construção de espaços de saúde colaborativos do cuidado. Para isso, deve ser endossado o diálogo para identificar as necessidades de cada comunidade junto à sua equipe de ESF, acionando inclusive, os demais serviços comunitários.

Frota et al. (2022) entendem que a ESF deve ser uma fonte regular do cuidado à saúde mental infantil e que até chegar nesta continuidade, deve-se planejar o vínculo da família com o ACS e, conforme acolhimento, a equipe deve investir na relação interpessoal terapêutica, promovendo saúde conforme a família da criança tenha adesão ao serviço e confiança na ESF. Este funcionamento caracterizaria por si só uma estratégia de cuidado à saúde mental infantil.

Em contrapartida, Occhiuzzo, Lemos e Silva (2021) consideram que nem sempre a USF apresenta condições de responder às necessidades de saúde mental infantil que chegam à ESF. Os autores não desresponsabilizam esta equipe, mas admitem que há falta de recursos, de suporte contínuo de outras equipes (de apoio e de matriciamento) e falta também capacitação dos profissionais da ESF participantes deste cuidado nos moldes da produção de saúde. Estes argumentos vão ao encontro de nossos achados da presente pesquisa.

Neste sentido de responsabilidade no cuidado, WHO (2020) no capítulo 4 do Relatório afirma que o compromisso com a saúde mental é um investimento em uma vida e um futuro melhor para todos. Há três razões principais para investir em saúde mental, a saber, a saúde pública, os direitos humanos e o desenvolvimento socioeconômico.

“Investir em saúde mental para todos representa um impulso para a saúde pública... Pode reduzir muito o sofrimento e melhorar a saúde, a qualidade de vida, a forma de desenvolvimento e a expectativa de vida de pessoas com transtornos mentais. Maior cobertura e maior proteção financeira são medidas fundamentais para fechar a enorme lacuna que existe nos cuidados de saúde e reduzir as desigualdades” (WHO, 2020, p. 5).

Ampliar esta cobertura e reduzir as desigualdades não tem sido tarefa fácil. Na unidade da Zona rural de nossa pesquisa, inclusive, não há provedor de internet ou prontuário eletrônico. Logo, o cuidado é impactado pelas desigualdades da estrutura da rede municipal e pelas desigualdades regionais.

O Relatório (WHO, 2020) destaca, neste sentido, as tecnologias digitais como instrumentos promissores com potencial para os sistemas de saúde mental do cuidado, mas também fornecendo informação e educação aos profissionais. À distância, então, torna-se possível promover saúde conforme as famílias consigam realizar o automonitoramento bem como solicitar atenção à saúde.

Isso facilitaria, inclusive o fortalecimento da articulação entre os profissionais. Em nosso estudo, eles chegaram a identificar como necessidades para realização do cuidado em saúde mental infantil esta articulação, especialmente no sentido de seguirem um fluxo de encaminhamento para especialistas como o psiquiatra infantil e o psicólogo infantil no município.

Vale destacar que a RAPS neste município não dispõe dos CAPSi (Centros de Atenção Psicossocial Infantil) que foram criados, de acordo com a Portaria nº 336/2002, com base na Lei nº 10.216/2001. Estes serviços são caracterizados como unidades de saúde regionais, com equipe multidisciplinar e atenção integral à saúde da criança e do adolescente com sintomas de crise mental.

A ausência do CAPS infantil é justificada pois sua população está em número abaixo do necessário para obrigatoriedade da instalação deste tipo de serviço. Além disso, não há Organizações Não Governamentais na região voltadas à este cuidado.

Neste sentido de dificuldades dentro da rede de cuidado, Kantorskil et al. (2017) destacam a importância de um sistema de referência e contrarreferência entre os fluxos de encaminhamentos que integrem os serviços e garantam a continuidade do cuidado de forma comprometida e permanente.

Carvalho, Duarte e Glenzner (2020) neste aspecto, avaliaram o cuidado psicossocial, inclusive de crianças pela ESF e destacaram a articulação com a rede como sendo desafiadora. Para eles, há ausência de qualificação na área de saúde mental infantil, impactando e em muitos casos inviabilizando o cuidado territorial pela ESF, o que aponta para a responsabilidade dos gestores em munir as equipes de capacidade para intervir conforme as necessidades de saúde mental na infância.

Além desta proposta que implica os gestores diante das dificuldades deste tipo de cuidado, o PLANO NACIONAL PELA PRIMEIRA INFÂNCIA (2010) responsabiliza os órgãos governamentais para assumirem responsabilidades diante das dimensões sociais em que as infâncias estejam imersas, a exemplo das ações para combate ao racismo e ao preconceito pelos sofrimentos de ordem mental.

Ainda sobre o cuidado em rede, Souza, Amarante e Abrahão (2019) propõem para facilitar ações ao cuidado à saúde mental que se construam estratégias de cuidado a partir da participação das famílias nos processos do que eles chamam de *trocias socias* no território. Neste sentido,

não se trata de contar com a responsabilidade da gestão, mas de implicar os gestores na realização das atividades culturais voltadas à realidade local.

Fernandes, Matsukura e Lourenço (2018) atribuem as dificuldades de comunicação e de circulação em rede ao apego ao modelo biologicista do cuidado, impactando o trabalho em equipe e o deslizamento da demanda intersetorialmente a partir do território.

Todo este contexto aponta para o que WHO (2022) considera como realidades em que a atenção à saúde mental se faz presente, mas as respostas dos profissionais da rede são insuficientes e inadequadas às necessidades globais e locais.

Sobre isso, Souza, Amarante e Abrahão (2019) afirmam que a construção destas respostas estratégicas, chamadas por eles de *redes de potência*, devem conviver com as pluralidades das famílias nos territórios, caracterizando um exercício político.

Para a elaboração destas estratégias, porém, são demandados dos profissionais da ESF que estejam preparados para o atendimento das demandas de saúde mental infantil. Os profissionais em nossa pesquisa revelaram incipiente ou inexistente formação na temática como falhas importantes. Destacaram, ainda, no mesmo sentido, a carência de capacitação, vista como necessidade mais urgente para que a ESF consiga elaborar estratégias para o cuidado com vistas à promoção de saúde.

Pereira e Andrade (2018) em seu estudo com profissionais médicos da ESF revelaram que há despreparo atual por falta de capacitação e anteriormente pelas lacunas na formação. Quando o tema da saúde mental foi trabalhado, o tom era eminentemente curativista e fomentado por preconceitos.

Além disso, o estudo de Pereira e Andrade (2018) apontou a ineficácia nos sistemas de informação da atenção básica no que compete a atender demandas de saúde mental, marginalizando os registros de procedimentos específicos.

Por tudo isso, WHO (2020) no capítulo 5 do Relatório propõe a transformação da saúde mental iniciando por lançar as bases de alguns sistemas e serviços de saúde que não funcionam no sentido de promover saúde. Isso pode ser feito através da reorganização e da expansão dos serviços de saúde que abrangem não apenas as implicações político- estruturais, mas de habilidades para cuidar da saúde mental das famílias na comunidade.

Uma equipe competente, considera o Relatório, é imprescindível para o bom funcionamento do sistema de saúde de baixa complexidade.

“Ter uma equipe competente e motivada é vital para o bom funcionamento do sistema de saúde. Todos os países precisam expandir sua força de trabalho em saúde mental e, ao mesmo tempo, fortalecer habilidades de cuidado, serviços de saúde mental de outros prestadores de cuidados à saúde... Em particular, a equipe de cuidados primários e uma ampla gama de provedores comunitários – incluindo agentes comunitários e colegas – deve ser dotada de novas habilidades para detectar transtornos mentais, fornecer intervenções e apoios básicos, encaminhar pessoas quando necessário e realizar acompanhamento” (WHO, 2022, p. 9)

Neste sentido, Mercés et al. (2015) em uma revisão integrativa já evidenciavam dificuldades em trabalhar com a demanda de saúde mental pela ESF por falta de subsídios de gestão para cursos de capacitação bem como para treinamentos. Esta realidade somada a pouca experiência dos profissionais e a deficiência na formação acadêmica, montam o cenário presente.

Pensando necessidades específicas para capacitar o profissional em saúde mental infantil, Occhiuzzo, Lemos e Silva (2021) afirmam que há necessidade de aprender o que ainda não se sabe sobre o tema, mas na lógica psicossocial específica para a criança. Entende-se a partir disso que há necessidade de novos aprendizados a partir da infância em vez de fazer uso de repetidos modelos do cuidado à saúde mental para o adulto. Isso tornará o cuidado à saúde mental na infância resolutivo e de boa qualidade.

Para isso, afirmam os autores, a reflexão acerca do próprio processo de trabalho e a imersão teórica na temática a fim de desconstruir conceitos equivocados e consequentemente, elaborar novos conhecimentos na busca de atender as especificidades da criança. Isso, por sua vez, configura o cuidado em saúde mental neste ciclo da infância.

Ayano et al. (2017) se aproximam desta discussão ao preconizar a formação em saúde mental dos profissionais da atenção primária para produzir saúde no entorno da vida da criança. Isso se dá a partir dos conhecimentos, práticas e também das atitudes proativas do profissional diante das especificidades das famílias.

Ao encontro destas considerações, o Marco pela Primeira Infância (BRASIL, 2016) destaca o dever de qualificar e de sensibilizar as equipes da atenção básica para aperfeiçoar o

olhar à primeira infância. Desta forma, a atenção integral acompanha desde a relação mãe-bebê até a inserção desta criança em seu meio social. Para isso, a atuação deve estar intrinsecamente ligada à qualidade de vida e às especificidades das crianças até seis anos. A formação e capacitação então, é prioridade para o cuidado.

Este cuidado, segundo o PLANO NACIONAL PELA PRIMEIRA INFÂNCIA (2010) que já destacava a importância da qualificação, precisa ser personificado em ações interdisciplinares e na estimulação precoce durante a constituição psíquica da criança. As equipes então, devem estar inseridas na rede com esta perspectiva de acompanhar a saúde mental na primeira infância, ainda que em serviços não especializados.

Souza, Amarante e Abrahão (2019) neste aspecto da capacitação, ainda, colocam como premissa para as ações em saúde mental pela ESF, o desenvolvimento de ações de educação permanente voltadas para aprimorar a escuta e os conhecimentos dos profissionais acerca do sofrimento ou das necessidades psicossociais das famílias adscritas. Caso o cuidado não se dê respeitando esta premissa, não será possível uma atenção eficaz e precisa no território de saúde.

Por fim, além de um novo contexto para formação e capacitação das equipes de ESF, consideramos que a atenção à saúde mental infantil ainda precisa de consolidação do cuidado ampliado, tanto nos espaços compartilhados pela comunidade quanto através da articulação com os diversos setores da rede de cuidado e no entorno do território. A partir de então, poderão ser identificadas as características específicas das crianças em suas etapas do desenvolvimento humano singulares e as novas maneiras de promover saúde mental infantil ultrapassarão, finalmente, as questões do transtorno. Relevando, assim, o diagnóstico da situação em vez do diagnóstico da doença, a promoção das infâncias, o monitoramento e o acompanhamento das demandas das crianças com e sem transtorno.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da compreensão sobre a realização do cuidado em saúde mental na infância pelos profissionais da ESF, foi possível identificar concepções e práticas acerca temática da saúde mental na infância e do manejo sobre este cuidado. Abrangendo, então, desde o cuidado à criança e o tema da saúde mental separadamente, até o cuidado à saúde mental infantil enquanto objeto de estudo desafiador para as concepções e práticas profissionais na atenção básica à saúde pública no Brasil.

O presente trabalho apresentou a realidade do cuidado em saúde mental na primeira infância no acesso preferencial, trazendo discussões importantes e possibilitando reflexões acerca da temática. A partir dos princípios norteadores da saúde pública no Brasil – universalidade e integralidade – foi possível entender as dificuldades encontradas no momento presente e diante das demandas pelas equipes na Estratégia Saúde da Família. Seja nas intervenções dentro das unidades de saúde ou nas ações ao longo da extensão territorial.

Percebe-se o esforço destes profissionais nas práticas de cuidado em saúde mental infantil e na tentativa de compreender as necessidades das crianças que demandam cuidado que envolvem o tema. Espera-se que este estudo subsidie outras práticas em saúde mental infantil, fomentando capacitações e estimulando o debate permanente no entorno da temática.

Neste percurso de pesquisa, encontramos equipes com intensa demanda de trabalho com as mais variadas necessidades de intervenção, distribuídas entre todas as faixas etárias. Esta realidade impactou na realização do cuidado à saúde mental das crianças pequenas. Além disso, destacamos limitações na rede de saúde, com as dificuldades de realizar encaminhamentos e limitações quanto ao acompanhamento das demandas de crianças com transtorno por parte dos profissionais da ESF. Identificamos também, dificuldade de consenso entre as concepções de saúde mental que variavam entre o conceito de saúde mental como sendo um transtorno ou doença e o entendimento de saúde mental como ter saúde, no sentido da qualidade de vida e bem-estar.

Isso aponta para a necessidade de capacitação das equipes de ESF para este cuidado em todas as categorias profissionais que atuam nas USFs. Identificamos também neste sentido, que é preciso aprimorar o manejo com estas crianças, desde o reconhecimento da demanda de saúde mental, na perspectiva do acolhimento humanizado até a intervenção, na perspectiva do cuidado no território. Isso sugere outra necessidade, a saber, a de elaboração de estratégias para

o cuidado em saúde mental na primeira infância. A medida que compreendemos que o cuidado deve ser territorialmente construído, as estratégias e ações voltadas à esta temática precisam estar associadas à realidade do entorno da vida da criança, abrangendo desde a dinâmica familiar até o nível de acesso a recursos e serviços disponibilizados no território e através dele também.

Enquanto fatores de impacto para nossa discussão, ressaltamos a pandemia pelo coronavírus que atravessou todo nosso estudo, contemplando desde a elaboração do projeto até os resultados encontrados. O funcionamento dos serviços foram revisados e as prioridades passaram a ser as demandas de urgência, indo de encontro ao funcionamento preconizado pela ESF. Seja no modelo ambulatorial ou como um pronto atendimento, as USFs atenderam às necessidades emergentes da população, apesar das mudanças. Neste sentido, porém, a Unidade Praia conseguiu se manter com um funcionamento voltado à saúde da família enquanto diretriz do cuidado. O que sugere que a organização do funcionamento anterior à pandemia deu-se mais voltado à lógica da ESF, de modo que ainda com as exigências de mudanças pela crise pandêmica, não impactou o total de atividades realizadas por esta equipe. Por outro lado, a pandemia destacou a relevância das equipes de ESF, pois desde as iniciais medidas de isolamento social até a aplicação das vacinas, a USF esteve mais próxima territorial e afetivamente da população. Deste modo, a mesma pode acionar a equipe de ESF em meio às restrições nos deslocamentos e de acesso ao cuidado em saúde, pela redução do número de atendimentos em outros serviços.

Outro ponto de discussão importante em nossa pesquisa foi o projeto do cuidado ampliado no território como sendo considerado inacabado no Brasil. Há, ainda, muitas limitações quanto ao ‘como’ o cuidado deve ser realizado no território de saúde. Inclusive, há dificuldade em conceber a promoção de saúde mental no território como cuidado à criança. Isso porque há o que alguns autores chamam de ‘sobreposição de modelos’ entre o que seria o modelo biomédico, curativista em saúde e o modelo de cuidado territorialmente voltado à promoção e prevenção de saúde. Estas concepções se misturam entre os discursos e manejos de profissionais da ESF, ambivalentes entre a compreensão histórica das intervenções sobre a doença e o entendimento sobre a necessidade do cuidado ampliado sobre a saúde.

Acerca das ações realizadas à saúde mental das crianças, por sua vez, destacamos a ausência de ações estratégicas específicas. Neste sentido, as equipes de ESF têm investido nos encaminhamentos e se servido do apoio da equipe do NASF para intervir nas demandas

predominantemente interventivas e individuais. Há dificuldade em aliar ações na primeira infância ao exercício da promoção de saúde mental tais como a vacinação, a puericultura e as ações junto às escolas. Essas últimas, por sua vez, seguemos moldes da prevenção à saúde, não configurando uma linha de cuidado à promoção da saúde mental, ainda que a inserção da ESF nas escolas seja importante ao cuidado à criança. Vale destacar, porém, a iniciativa da equipe Praia junto ao NASF, que lhe dá suporte, para elaboração e continuidade das atividades lúdicas com crianças no que chamam de *cantinho do brincar*. Neste sentido, ainda que de forma não diretiva, a promoção de saúde mental pode ser vislumbrada, uma vez que a prática do brincar junto à criança promove bem-estar que, por sua vez, é um dos preditores à saúde mental.

Um consenso entre as equipes de nosso estudo, porém, é a necessidade de apoio da rede a fins de suporte para suas equipes e encaminhamentos para os casos considerados por elas como complexos. Isso sugere que para o cuidado ser ampliado é necessário ampliação da rede de cuidado à saúde mental, incluindo abrangência para o acesso da comunidade aos diversos serviços e dos profissionais dentro do território de saúde. Outro ponto comum entre as equipes é a necessidade de capacitação acerca da temática. Porque é comum que demandas de saúde mental na primeira infância, desde transtornos às questões da dinâmica familiar, por exemplo, cheguem até a USF. Mas como não há uma linha de cuidado específica, faz-se necessário que os profissionais se familiarizem com o tema a fim de se munir de estratégia para lidar com a demanda. Seja ela no sentido de acolher devidamente ou para intervir e dar continuidade à atenção em saúde.

Estudos como esse são importantes neste tempo justamente pela amplitude das demandas em saúde mental, inclusive infantil. Os transtornos mentais considerados comuns, tais como depressão e ansiedade têm sido cada vez mais discutidos bem como os transtornos vinculados majoritariamente à primeira infância, como é o caso dos Autismos e dos casos de Transtorno de Atenção e Hiperatividade. Esta realidade, endossada pelo isolamento e risco à saúde como durante a pandemia, potencializou a emergência no investimento à saúde mental da população a nível global. O Relatório Informe sobre a Saúde Mental lançado em junho de 2022 pela Organização Mundial da Saúde é um documento representativo deste tempo, relevando o entendimento da situação de saúde mental a nível comunitário, ainda que seja uma pauta de cuidado em escala mundial.

Além disso, é fundamental pensar a dialogicidade inter-regional dos estudos acerca do tema. Menezes et al. (2018) pontua que a disseminação acerca da produção brasileira de

conhecimento em saúde mental é maior em língua portuguesa, e que tal produção concentra-se em maior número na região Sudeste, reforçando desigualdades regionais bem como a necessidade de estudos que retratem a realidade nordestina. Importa também o diálogo com os profissionais sobre saúde mental do trabalhador que apesar de não ser objeto de estudo desta pesquisa, vale sinalizarmos sobre as dificuldades de enfrentamento da pandemia pelo COVID\_19 pelos profissionais de saúde. Segundo Schimidt et al. (2020), uma vez afetados em sua saúde mental tendem a impactar a realização do cuidado em saúde, inclusive quando não de se tratar de atender à demanda específica de saúde mental.

Quanto à pandemia pela COVID\_19 como situação impactante na rotina da coleta de dados, inclusive nas observações, uma vez que não podemos permanecer nas unidades por muito tempo a ponto de acompanhar atendimentos e grupos. No entanto, este tipo de pesquisa é importante para dar sentido às diversidades de concepções e práticas à saúde mental, à saúde da criança e à saúde mental infantil, justamente por compreender como esta vivência de cuidado tem sido para os profissionais do acesso preferencial, inclusive em tempos de crise como a pandemia.

Apesar deste cenário em que o estudo se inseriu, há contribuições importantes do mesmo para a área da saúde no Brasil, uma vez que implica a reflexão do fazer dos profissionais em saúde mental infantil, temática presente de forma contínua no território que acessa a USF. Além desta reflexão, este trabalho torna possível o estímulo à realização de estudos como esse em outros territórios, aos processos e cenários de capacitação e ao fomento às políticas públicas para a primeira infância. Somado a isso, há impactos sociais tanto para a criança em sua infância singular, inserida na multiplicidade das infâncias, quanto para a família, pois ampliamos o escopo acerca deste cuidado ao apontarmos para a necessidade intersetorial em que a vida no território precisa caminhar junto ao cuidado em saúde. Isso trará impactos a toda uma sociedade, uma vez que uma criança cuja vivência acontece com uma saúde mental integral conseguirá deslizar entre seus papéis sociais de modo a construir e criar continuamente com qualidade de vida e bem estar. Isso direcionará seu desenvolvimento como indivíduo e implicará na produção de saúde e vida de uma sociedade futura.

Concluo com o intento de que cada vez mais este tema seja abordado, discutido e vivenciado nas pesquisas e práticas, em cenários diversos. Trata-se de encerrar este ciclo enquanto estudo, mas de abrir portas para a reflexão que vai além das necessidades de saúde, indo ao encontro do que precisa toda uma sociedade para se aprimorar em si mesma. Talvez seja esse o derradeiro e o primeiro motivo para esta dissertação. Enquanto finalizo esta obra cuja

construção segue inacabada, permanece constante a aprendizagem porque é através do processo que nos transformamos e com isso, tentamos mudar também um pedacinho de nossa realidade. As crianças, os pequenos, os gigantes... Seguirão como representantes do desenvolvimento social e da evolução da humanidade nossa de cada dia.

## REFERÊNCIAS

ABREU, I. S. et al. Children and adolescents with chronic kidney disease in haemodialysis: perception of professionals. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 68, n. 6, p. 712-8, 2015.

ABUCHAIM, et. al. Importância dos vínculos familiares na primeira infância : estudoII/ Comitê Científico do Núcleo pela Infância. 1ª ed., **Fundação Maria Cecília Souto Vidigal – FMCSV**, 2016a.

ABUCHAIM, et. al. Visita domiciliar como estratégia de promoção nodesenvolvimento e da parentalidade na primeira infância. Comitê Científico do Núcleo pela Infância. 1ª ed., **Fundação Maria Cecília Souto Vidigal – FMCSV**, 2016b.

ALCALÁ, H.; BALKRISHNAN, R. Mental Health Services in Childhood: The Role of Family Adversity. **Public Health Reports**, v. 134, n. 2, p. 180–188, 2019.

ALCANTARA, A. B. Promoção da Saúde da Criança: Concepções e Experiências de Enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. **Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”**, p. 5627, 2018.

ALVES, K. R.; ALVES, M. S.; ALMEIDA, C. P. B.. Cuidado em saúde mental: valores, conceitos e filosofias presentes no cotidiano do atendimento mental. **Revista de Enfermagem da UFPI**. v. 6, n. 2, p. 4-9, 2017.

AMARAL, C. E. M. et al. Apoio matricial em Saúde Mental na atenção básica: efeitos na compreensão e manejo por parte de agentes comunitários de saúde. **Interface: Communication, Health, Education**, v. 22, n. 66, p. 801–812, 2018.

ARAÚJO, J. P. História da saúde da criança: conquista, políticas e perspectivas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 6, 2014.

AYANO, G. et al. Mental health training for primary health care workers and implication for success of integration of mental health into primary care: evaluation of effect on knowledge, attitude and practices (KAP). **International Journal of Mental Health**

**Systems**, v. 11, n. 63, 2017.

BATISTA, K. A.; OLIVEIRA, P. R. S. A saúde mental infantil na atenção primária: reflexões acerca das práticas de cuidado desenvolvidas no município de Horizonte-CE. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, v. 12, n. 3, 2017.

BARBOSA, C. P.; BELIAN, R. B.; DE ARAÚJO, C. M. T. Continuing education in the child health handbook: an educational software for primary care<sup>1</sup>. **Jornal de Pediatria**, p. 1–8, 2020.

BARBOZA, J. S. et al. Relatos médicos sobre formação acadêmica e trabalho na Estratégia de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 11, n. 38, p. 1–8, 2016.

BÍBLIA SAGRADA: Antigo e Novo Testamentos. Tradução de João Ferreira de Almeida. Santo André: **Geográfica**, 2 Ed., 2013.

BOUSQUAT A. et al. Atenção primária à saúde e coordenação do cuidado nas regiões de saúde: perspectiva de gestores e usuários. **Revista de Ciência e Saúde Coletiva**, v.22, n. 4, p. 1141-54, 2021.

BRAGA, C. P.; D'OLIVEIRA, A. F. P. Políticas públicas na atenção à saúde mental de crianças e adolescentes: percurso histórico e caminhos de participação. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 24, n. 2, p. 401-10, 2019.

BRANQUINHO, I. D.; LANZA, F. M. Saúde da criança na atenção primária: evolução das políticas brasileiras e a atuação do enfermeiro. **Revista de Enfermagem do Centro- Oeste Mineiro**, v. 8, p. 1–11, 2018.

BRASIL. Estatuto da Criança e do Adolescente. Lei 8.069/90. São Paulo: **Atlas**, 1991.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Decreto 6.286 que institui o Programa Saúde na Escola. Ministério da Educação e da Saúde, 2007.

BRASIL. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. 2ª ed. Ministério da Saúde: Secretaria de Atenção à Saúde, 2010.

BRASIL. Lei 8080 de 19 de setembro de 1990, disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm)

BRASIL. Lei nº 13.257, de 8 de março de 2016. Dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância. Marco Legal da primeira infância. Presidência da República. Casa Civil. Brasília, 2016.

BRASIL. Política Nacional de Atenção Básica: Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. 1ª ed. 2018.

BRASIL. Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Ministério da Saúde, 2005a. Disponível em: [https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15 anos Caracas.pdf](https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15%20anos%20Caracas.pdf). Acesso em 12 de julho de 2022.

BRASIL. Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil. Ministério da Saúde, 2005b. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/10/Caminhos-para-uma-Politica-de-Sa-de-Mental-Infanto-Juvenil--2005-.pdf>. Acesso em 12 de julho de 2022.

BRASIL Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre as normas para realização de pesquisas com seres humanos. Presidência da República. Casa Civil. Brasília, 2012.

BRUNONI, A. R. et al. Prevalence and risk factors of psychiatric symptoms and diagnoses before and during the COVID-19 pandemic: findings from the Elsa- Brasil COVID-19 Mental Health Cohort. **Psychol Med.**, p.1-12, 2021.

CAÇADOR, B. S. et al. Ser enfermeiro na estratégia de saúde da família: Desafios e possibilidades. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 19, n. 3, p. 612-19, 2015.

CARNEIRO, C. O estudo de casos múltiplos: estratégia de pesquisa em psicanálise e educação. **Revista de Psicologia da USP**. v. 29, n. 2, p. 314-21, 2018.

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

COSTA, P. H. A.; COLUGNATI, F. A. B.; RONZANI, T. M. Avaliação de serviços em saúde mental no Brasil: Revisão sistemática da literatura. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 20, n. 10, p. 3243–3253, 2015.

COUTINHO, S. E. D. et al. Avaliação em saúde: dimensão processual e estrutural da saúde da criança na atenção primária. **Saúde em Debate**, v. 44, n. 124, p. 115– 129, 2020.

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

CRESTANI, V.; ROCHA, K. B. Risco, vulnerabilidade e o confinamento da infância pobre. **Psicologia e Sociedade**, v. 30, 2018.

CUNHA, J. A. Psicodiagnóstico V. **Artmed**. Ed 5, Porto Alegre, 2000.

DA SILVA. A. A. M. Intervenções precoces para a redução de vulnerabilidades e melhora do desenvolvimento infantil. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 35, n. 3, 2019.

DA SILVA, R. M., VIERA, C. S. Acesso ao cuidado à saúde da criança em serviços de atenção primária. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 2014.

DECRETO N° 9.795/2019. Disponível em:  
[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/ato2019-2022/2019/decreto/D9795.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2019-2022/2019/decreto/D9795.htm)

DIAS DA COSTA, J. S. et al. Características das crianças menores de cinco anos atendidas em serviços de atenção básica em dois municípios do nordeste brasileiro. **Revista Brasileira de Saude Materno Infantil**, v. 15, n. 1, p. 33–46, 2015.

DUARTE, J. Entrevista em profundidade. In *Métodos e Técnicas de Pesquisa em Comunicação*. 2 ed. **Atlas**. 2010.

FARIA, R. M. A territorialização da Atenção Básica à Saúde do Sistema Único de Saúde do Brasil. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 25, n. 11, p. 4521-30, 2020.

FATORI, D. et al. Prevalência de problemas de saúde mental na infância na atenção primária. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 23, n. 9, p. 3013–3020, 2018.

FELIX DA SILVA, M. C.; DUARTE, W. B.; ACIOLI, M. D. Saúde mental infantil na atenção básica: concepções e práticas de profissionais médicos e enfermeiros. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v. 12, n. 31, p. 267-311, 2020.

FERNANDES, A. D. S. A.; MATSUKURA, T. S.; LOURENÇO, M. S. DE G. Práticas De Cuidado Em Saúde Mental Na Atenção Básica: Identificando Pesquisas No Contexto Brasileiro. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 26, n. 4, p. 904–914, 2018.

FERNANDES, A. D. S. A. et Al. Reflexões sobre a atenção psicossocial no campo da saúde mental infantojuvenil. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**. v. 28, n. 2, p. 725-40, 2020.

FERREIRA, T. R. Avaliação da sala de aula invertida para capacitação em saúde mental de

equipes da estratégia de saúde da família. **Dissertação (mestrado) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo**, p. 1– 68, 2019.

FIGUEIREDO, P. C.; MOTA, I. F. Resgatando o lugar de pais: uma proposta de promoção de saúde mental. **Psicologia, Saúde e Doenças**, v. 15, n. 1, p. 48–60, 2014.

FROTA, A. C. et al. Vínculo longitudinal da Estratégia Saúde da Família na linha de frente da pandemia da Covid-19. **Saúde Debate**, v. 46, n. especial 1, p. 131-51, 2022.

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

GOMES, I. M. et Al. Teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson no cuidadodomiciliar de enfermagem à criança: uma reflexão. **Escola Anna Nery**. v. 17, n. 3,p. 555-61, 2013.

GOMES, R. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza. Pesquisa Social (Org.). Teoria, Método e Criatividade, Petrópolis: **Vozes**. 2002.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Produto Interno Bruto dos Municípios. 2015a. Acesso em <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pe/ipojuca/panorama>.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estimativa Populacional. 2015b. Acesso em <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pe/ipojuca/panorama>.

IMRAN, N. et al. Mental health considerations for children and adolescents in COVID-19 Pandemic. **Pak J Med Sci.**, v. 36, p. 67-72, 2020.

INSTITUTO MARIA CECÍLIA SOUTO VIDIGAL. Disponível em: <https://www.fmcsv.org.br/>

INSTITUTO PRIMEIRA INFÂNCIA. Disponível em: <http://www.iprede.org.br/>

JERUSALINSKY, J. Detecção precoce de sofrimento psíquico versus patologização da primeira infância: face à Lei nº 13.438/17, referente ao Estatuto da Criança e do Adolescente. **Estilos clínicos**, v. 23, n. 1, p. 83-99., 2018.

JOUSSEMET, M. et al. How to talk so kids will listen & listen so kids will talk: A randomized controlled trial evaluating the efficacy of the how-to parenting program on children's mental health compared to a wait-list control group. **BMC Pediatrics**, v. 18, n. 1, p. 1–16, 2018.

KANTORSKIL, L. P. Atenção psicossocial infantojuvenil: interfaces com a rede de saúde pelo sistema de referência e contrarreferência. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 26, n. 3, 2017.

LEI FEDERAL Nº 13.257/2016. Disponível em:  
[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/ato2015-2018/2016/lei/l13257.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2015-2018/2016/lei/l13257.htm)

LEI FEDERAL Nº 10.216/2001. Disponível em:  
<http://sites.uepb.edu.br/circularsaude/files/2014/06/Pol%C3%ADtica-de-Prote%C3%A3o-%C3%A0-Portadores-de-Transtornos-Mentais.pdf>

LIMA, F. DE F. et al. A percepção dos enfermeiros da estratégia de saúde da família do território de manguinho sobre a sexualidade infantil e a implicação para o cuidado à saúde da criança. **Revista Nursing**, v. 22, n. 251, p. 2937–2942, 2019a.

LIMA, L. D. et al. Necessidades de saúde da população rural: como os profissionais de saúde podem contribuir? *Saúde Debate*, v. 43, n. 122, p. 755-64, 2019b.

LIRA, J. M. A promoção da saúde no contexto da pandemia da covid-19 na perspectiva da equipe de enfermagem da ESF. **FACISA/UFRN**. 2022.

LIU, J. J. et al. Mental health considerations for children quarantined because of COVID-19. **Lancet Child Adolesc Health**, v. 4, n. 5, p. 347-9, 2020.

MARINI, B. P.; LOURENÇO, M. C.; DELLA BARBA, P. C. Revisão Sistemática Integrativa da Literatura sobre Modelos e Práticas de Intervenção Precoce no Brasil. **Revista Paulista de Pediatria**. v. 35, p.456-463, 2017.

MENEZES, A. L. DO A. et al. Paralelos entre a produção científica sobre saúde mental no Brasil e no campo da Saúde Mental Global: uma revisão integrativa. **Cadernos de Saude Publica**, v. 34, n. 11, p. 1–20, 2018.

MERCES, et al. Práticas de enfermagem em saúde mental na Estratégia de Saúde da Família: Revisão integrativa. **Cogitare Enfermagem**, v. 20, n. 2, p.417-25, 2015.

MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. **Hucitec**, 14ª ed, 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Cadernos de Atenção Básica - Saúde Mental**. Brasília, 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006**. Secretaria de Vigilância em Saúde. 2015b.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: PNAISC: revisão da Portaria MS/GM nº 1.130, de 05 de agosto de 2015**. Secretaria de Saúde. 2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde – o que se tem produzido para seu fortalecimento?**. 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Cadernos de Atenção Básica – 33 – Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento**. 2012b.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Gestão e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança: 70 anos de história**. Brasília, 2011.

MINISTERIO DE SALUD. Programa Chile crece contigo: catálogo de prestaciones.2018.  
Disponível em: <https://www.crececontigo.gob.cl/>

MONITORAMENTO DA EVOLUÇÃO DO COVID-19. **Repositório wgota/covid19br**. Disponível em: <https://covid19br.wgota.me/#gmunicipios>.

MOROSINI, M. V. G. C. et al. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocesso e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Revista Saúde em Debate**, v. 42, n. 116, 2018.

OCCHIUZZO, A. R. S.; LEMOS, M. S.; SILVA, M. F. O. C. Concepções sobre saúde mental infantojuvenil de enfermeiros da estratégia saúde da família. **Revista da SPAGESP**, v. 22, n. 1, p. 67-82, 2021.

OLIVEIRA, E. C. et al. O cuidado em saúde mental no território: concepções de profissionais da atenção básica. **Escola Anna Nery**, v. 21, n. 3, p. 1–7, 2017.

OLUSANYA, B. O. Priorities for early childhood development in low-income countries. **Journal Dev. Behav. Pediatr.**, v. 32, n. 6, p. 476-81, 2011.

OPAS. OMS afirma que Covid-19 é agora caracterizada como pandemia. Organização Pan-Americana da Saúde, 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/news/11-3--2020-who-characterizes-covid-19-pandemic> Acesso em 28 de junho de 2022.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Plataforma Agenda 2030. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento e Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. 2016. Disponível em: <http://www.agenda2030.com.br/ods/4/>.

OMS. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Carta de Ottawa para la promoción de la salud. In: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Promoción de la salud: una antología. Washington: **OPAS**, p.367-72, 1996.

OMS. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Plano de acción sobre salud mental –

2013-2020. 2013.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Relatório Mundial da Saúde: nova concepção, nova esperança. Lisboa: Ministério da Saúde, 1ª ed., 2002.

PACHÊCO, M. V. G. M. et al. Caracterização e perfil epidemiológico de um serviço de psiquiatria infantil no Recife. *Revista SBPH*, v. 20, n. 2, 2017.

PAULA, C. S.; COUTINHO, E. S.; ROHDE, L. A.; MIGUEL, E. C.; BORDIN, I. A. Prevalence of psychiatric disorders among children and adolescents from four Brazilian regions. **Rev Bras Psiquiatr.** n. 37, v. 2, p.178-179, 2015.

PENIDO, C. M. F.; PASSOS, I. C. F.; ANDRADE, I. C. Saúde mental e estratégia de saúde da família: uma primeira experiência de aproximação. **Revista Interinstitucional de Psicologia**, v. 8, n. 2, p. 258–268, 2015.

PEREIRA, A. DE A.; ANDRADE, D. C. L. Estratégia Educacional em Saúde Mental para Médicos da Atenção Básica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 42, n. 1, p. 6–14, 2018.

PEREIRA, M. M. et al. Concepções e práticas dos profissionais da estratégia de saúde da família sobre educação em saúde. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 23, n. 1, p.167–175, 2014.

PESARO, M. E. et al. Grupos de pais-bebês nas creches como estratégia de promoção da saúde mental na primeira infância. **Educação e Pesquisa**, v. 44, 2018.

PIMENTEL, F. C.; ALBUQUERQUE, P. C.; SOUZA, W. V. A Estratégia de Saúde da Família no estado de Pernambuco: avaliação da estrutura das equipes por porte populacional. **Revista de Saúde Coletiva da UEFS**, v. 9, p. 203–211, 2019.

PLANO NACIONAL PELA PRIMEIRA INFÂNCIA. **Rede Nacional Primeira Infância**. Brasília, 2010.

PLATAFORMA PRIMEIRA INFÂNCIA PRIMEIRO. **Fundação Maria Cecília Vidigal**

<https://primeirainfanciaprimeiro.fmcsv.org.br/municipios/ipojuca-pe>

PORTARIA N° 3.088/2011. Disponível em:  
[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html)

PORTARIA N° 2.488/2011. Disponível em:  
[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html)

PORTARIA N° 2.436/2017. Disponível em:  
[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html)

PROGRAMA CRIANÇA FELIZ. Ministério da Cidadania. Disponível em:

<https://www.gov.br/cidadania/pt-br/acoes-e-programas/crianca-feliz/o-que-e-pcf-2>

RAMOS, J. F. C. et al. Pesquisa participativa e as estratégias de promoção da saúde integral da criança no Sistema Único de Saúde (SUS). **Interface: Communication, Health, Education**, v. 22, n. 67, p. 1077–1089, 2018.

RÉZIO, L. DE A.; FORTUNA, C. M.; BORGES, F. A. Pistas para a educação permanente em saúde mental na atenção básica guiada pela Socioclínica Institucional. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 27, p. 1–10, 2019.

RIBEIRO, P. R. M. História da Saúde Mental Infantil: a criança brasileira da Colônia à República Velha. **Psicologia em Estudo**. V. 11, n.1, p. 29-38, 2006.

RIQUINHO, D. L. et al. O Cotidiano De Trabalho Do Agente Comunitário De Saúde: Entre a Dificuldade E a Potência. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 16, n. 1, p. 163–182, 2018.

ROIA et. al. Promoting effective child development practices in the first year of life: does timing make a difference?. **BMC Pediatrics**. v. 14, n. 222, 2014.

SANTOS, D. DE S.; MISHIMA, S. M.; MERHY, E. E. Processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: Potencialidades da subjetividade do cuidado para reconfiguração do

modelo de atenção. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 23, n. 3, p. 861–870, 2018.

SANTOS, D.; PORTO, J.; LERNER, R. et al. O impacto do desenvolvimento na primeira infância sobre a aprendizagem: estudo 1. **Fundação Maria Cecília Souto Vidigal - FMCSV**, 2015.

SCHIMIDT, B. et al. Saúde mental e intervenções psicológicas diante da pandemia do novo coronavírus (COVID-19). **Estudos psicol.**, v.37, 2020.

SILVA, M. E. A. Doença crônica na infância e adolescência: vínculos da família na rede de atenção à saúde. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 27, n. 2, 2018.

SILVA, P. M. DE C. et al. Saúde mental na atenção básica: possibilidades e fragilidades do acolhimento. **Revista Cuidarte**, v. 10, n. 1, p. 1–12, 2019.

SOUZA, A. C.; AMARANTE, P. D.; ABRAHÃO, A. L. Inclusão da saúde mental na atenção básica à saúde: estratégia de cuidado no território. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, n. 6, p. 1757–1763, 2019.

SOUZA, T. R. S.; PEDROZA, R. L. S.; MACIEL, M.R. O brincar como experiência criativa na psicanálise com crianças. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 32, n. 3, p. 269-76, 2020.

SOUZA, T. S.; MEDINA, M. G. Nasf: fragmentação ou integração do trabalho em saúde na APS. **Saúde Debate**, v. 42, n. especial 2, p. 145-58, 2018.

TANIGUCHI, T. G. (Des)enCAPSulando: os agentes comunitários de saúde e o cuidado da pessoa com transtorno mental. **Dissertação (mestrado) - Universidade de São Paulo**, p. 1–143, 2018.

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

THIENGO, D. L.; CAVALCANTE, M. T.; LOVISI, G. M. Prevalência de transtornos mentais entre crianças e adolescentes e fatores associados: uma revisão sistemática. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 63, n. 4, p. 360- 372, 2014.

TREICHEL, C. A. DOS S.; CAMPOS, R. T. O.; CAMPOS, G. W. DE S. Impasses e desafios para consolidação e efetividade do apoio matricial em saúde mental no Brasil. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 23, p. 1–18, 2019.

TSZESNIOSKI, L. DE C. et al. Construindo a rede de cuidados em saúde mental infantojuvenil: intervenções no território. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 20, n. 2, p.363–370, 2015.

WAIKAMP, V.; BARCELLOS SERRALTA, F. Repercussões do trauma na infância na psicopatologia da vida adulta. **Ciências Psicológicas**, v. 12, n. 1, p. 137–144, 2018.

WHO. The WHO Special Initiative for Mental Health (2019-2023). Universal Health Coverage for Mental Health. **World Health Organization**, 2019. Disponível em: [https://www.who.int/mental\\_health/evidence/special\\_initiative\\_2019\\_2023/en/](https://www.who.int/mental_health/evidence/special_initiative_2019_2023/en/) acesso em 12 de julho de 2022.

WHO. Informe mundial sobre salud mental. Department of Mental Health and Substance Use. **World Health Organization**, 2022. Disponível em: <https://www.who.int/health-topics/mental-health> acesso em 12 de julho de 2022.

YIN, R. K. Estudo de caso: planejamentos e métodos. **Bookman**. 2015.

YOSHIKAWA, H. et al. Effects of the global coronavirus disease-2019 Pandemic on early childhood development: short and long term risks and mitigating Program and Policy actions. **Journal Pediatr.**, v. 223, p. 188-93, 2020.

## APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA

### 1) LEMBRETES DE PROCEDIMENTOS

- 1.1. Preparação do local da entrevista;
- 1.2. Apresentação e justificativa da proposta;
- 1.3. Leitura e explicação do termo de assinatura (TCLE);
- 1.4. Início da gravação.

### 2) CARACTERIZAÇÃO DO(A) PARTICIPANTE

- 2.1. Nome;
- 2.2. Codinome;
- 2.3. Idade;
- 2.4. Gênero que se identifica;
- 2.5. Profissão;
- 2.6. Formação complementar;
- 2.7. Tempo de inserção no serviço;
- 2.8. Outras experiências no cuidado em saúde.

### 3) QUESTÕES NORTEADORAS

- 3.1. Como é formada a sua equipe de ESF?
- 3.2. Como funciona a sua equipe de ESF?
- 3.3. Que tipo de ações são realizadas em relação as crianças de zero a seis anos?  
(as gestantes)  
(atividades de cuidado)
- 3.4. O que seria para você uma criança com saúde mental?
- 3.5. O que você entende como cuidado em saúde mental na primeira infância?

- (conceito / concepção de cuidado e de primeira infância)  
(divide as crianças por idade)
- 3.6. Como a sua equipe realiza o cuidado em saúde mental na primeira infância?  
(quem faz?)  
(perfil da criança?)
- 3.7. Quais as ações de cuidado em saúde mental na primeira infância?  
(quais estratégias / ações)  
(porque faz / não faz)
- 3.8. Quais os pontos positivos da sua equipe para realização do cuidado?  
(potencialidades)
- 3.9. Quais dificuldades encontradas para realização do cuidado?  
(dificuldades / limitações)
- 3.10. Sua formação abordou o cuidado em saúde mental infantil?
- 3.11. O que você acha que poderia ser feito para melhorar o cuidado à saúde mental na primeira infância?  
(você mesmo)  
(sua equipe)  
(gestão)  
(formação)
- 4) GOSTARIA DE PONTUAR ALGO MAIS?  
(fechamento / agradecimentos)

**APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO  
(TCLE)**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO – UFPE  
CENTRO DE CIÊNCIAS MÉDICAS – CCM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA CRIANÇA E DO  
ADOLESCENTE - PPGSCA**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO  
(PARA MAIORES DE 18 ANOS OU EMANCIPADOS)**

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar como voluntário (a) da pesquisa **O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA PRIMEIRA INFÂNCIA POR PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**, que está sob a responsabilidade do (a) pesquisador (a) Renata Ramos de Santana, residente na rua Pedro Serafim de Souza, nº49, Nossa Senhora do Ó – Ipojuca – PE – CEP 55590-000, com o telefone para contato (81) 99991-6379 – inclusive para ligações a cobrar - e endereço de e-mail [renata.ramossantana@ufpe.br](mailto:renata.ramossantana@ufpe.br).

Sob a orientação de: Daniela Tavares Gontijo, com o telefone para contato: (81) 99701-7096 e endereço de e-mail [daniela.gontijo@ufpe.br](mailto:daniela.gontijo@ufpe.br).

Todas as suas dúvidas podem ser esclarecidas com o responsável por esta pesquisa. Apenas quando todos os esclarecimentos forem dados e você concorde com a realização do estudo, pedimos que rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma via lhe será entregue e a outra ficará com o pesquisador responsável.

O (a) senhor (a) estará livre para decidir participar ou recusar-se. Caso não aceite participar, não haverá nenhum problema, desistir é um direito seu, bem como será possível retirar o consentimento em qualquer fase da pesquisa, também sem nenhuma penalidade.

## INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

➤ **Descrição da pesquisa e esclarecimento da participação:** A presente pesquisa está sendo desenvolvida pela necessidade de estudos acerca da saúde mental na primeira infância dentro saúde pública do Brasil. Objetivamos com isso, compreender como é realizado o cuidado em saúde mental na primeira infância por profissionais da Estratégia de Saúde da Família, buscando identificar as estratégias, as dificuldades, as potencialidades e as concepções do cuidar em saúde. Deste modo, a participação do voluntário é indispensável. Ele participará inicialmente de um momento para maiores esclarecimentos acerca da pesquisa e em seguida participará de uma entrevista individual. Esta coleta de dados será realizada presencialmente na Unidade de Saúde da Família em que o voluntário exerce sua função profissional. A entrevista será realizada em um encontro apenas com duração média de 1h ou conforme a disposição do entrevistado em falar. Será solicitado do voluntário que apresente um documento de identificação junto ao comprovante de tempo no serviço para validar sua participação na pesquisa.

**RISCO:** Enquanto questão de risco considera-se a possibilidade de haver constrangimento dos participantes ao responderem as perguntas que tratam da sua formação e atuação profissional bem como são consideradas possibilidades de implicações emocionais e psíquicas latentes no papel de cuidador. Neste sentido, vale pontuar que a pesquisadora é psicóloga de formação e tem experiência no manejo clínico. Além disso, poderão ser realizados encaminhamentos para serviços do próprio município e para o serviço de psicologia da UFPE para assistência à saúde emocional do profissional participante conforme risco de afetações psíquicas comuns ou na iminência de demanda já existente, por se tratar de entrevista em que aspectos importantes da subjetividade emergem através dos relatos. Além da própria temática de estudo já sugerir em si mesma alguma reflexão pessoal.

➤ **BENEFÍCIOS diretos/indiretos** para os voluntários: Enquanto benefício direto, esta pesquisa não apresenta benefícios diretos. Enquanto benefícios indiretos do estudo, é possível contribuir para a gama de conhecimentos acerca da temática, estimular os processos formativos dos profissionais em suas unidades de saúde e, em última análise fomentar a elaboração de diretrizes e estratégias para uma linha de cuidado que promova saúde

mental infantil no acesso preferencial.

Esclarecemos que os participantes dessa pesquisa têm plena liberdade de se recusar a participar do estudo e que esta decisão não acarretará penalização por parte dos pesquisadores. Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa (gravações e entrevistas), ficarão armazenados em pastas de arquivo dentro de computador pessoal, sob a responsabilidade do pesquisador, no endereço acima informado pelo período de mínimo 5 anos após o término da pesquisa.

Nada lhe será pago e nem será cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária, mas fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação).

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, o (a) senhor (a) poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: **(Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: [cephumanos.ufpe@ufpe.br](mailto:cephumanos.ufpe@ufpe.br))**.

---

(assinatura do pesquisador)

**CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO  
(A)**

Eu, \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo **O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA PRIMEIRA INFÂNCIA POR PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**, como voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo(a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Local e data \_\_\_\_\_

Assinatura do participante: \_\_\_\_\_

**Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa**

**e o aceite do voluntário em participar.** (02 testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura:

## ANEXO A – CARTA DE ANUÊNCIA



### SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

#### CARTA DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins, que aceitaremos (o) a pesquisador (a) Renata Ramos de Santana, a desenvolver o seu projeto de pesquisa O cuidado em saúde mental na primeira infância por profissionais da Estratégia de Saúde da Família, que está sob a coordenação/orientação do (a) Prof. (a) Daniela Tavares Gontijo cujo objetivo é compreender como é realizado o cuidado em saúde mental na primeira infância por profissionais da Estratégia de Saúde da Família, nas Unidades de Saúde da Família da Atenção Básica do município do Ipojuca – PE.

Esta autorização está condicionada ao cumprimento do (a) pesquisador (a) aos requisitos das Resoluções do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares, comprometendo-se utilizar os dados pessoais dos participantes da pesquisa, exclusivamente para os fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades.

Antes de iniciar a coleta de dados o/a pesquisador/a deverá apresentar a esta Instituição o Parecer Consubstanciado devidamente aprovado, emitido por Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, credenciado ao Sistema CEP/CONEP.

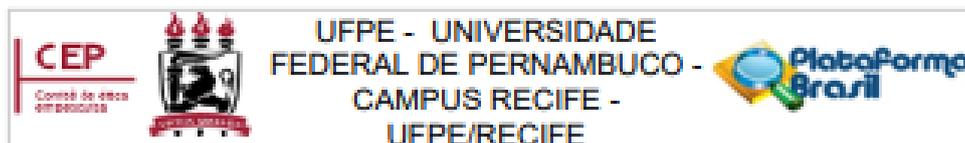
**Secretária Municipal de Saúde**

---

Rua Cel. João de Souza Leão S/N - Centro - Ipojuca - PE  
CEP - 55.590-000 - Fone - (81) 3551-0633 / 9299-5226

---

## ANEXO B - PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA PRIMEIRA INFÂNCIA POR PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.

**Pesquisador:** RENATA RAMOS DE SANTANA

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 51709821.0.0000.5208

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 5.096.362

#### Apresentação do Projeto:

Projeto de pesquisa do Programa de Pós-graduação em Saúde da Criança e do Adolescente – PPG-SCA da UFPE, sob a orientação da Profa. Dra. Daniela Tavares Gontijo.

Trata-se de um estudo de casos múltiplos, a partir da abordagem do tipo qualitativa, a ser realizado em três Unidades Básicas de Saúde em que atua a Estratégia de Saúde da Família (ESF) em Ipojuca, cidade da região metropolitana do Recife – PE. Serão investigadas uma unidade de cada microrregião do território municipal. São elas, uma unidade localizada no distrito, uma unidade das praias e uma unidade do território rural.

A seleção do grupo para estudo será realizada conforme amostragem do tipo intencional, através do contato pessoal com as possíveis unidades de saúde dos três territórios propostos. a escolha será concernente à identificação daquelas unidades que possam contribuir para a pesquisa.

#### Critérios de inclusão

- profissionais maiores de 18 anos, que atuem na ESF, que realizem atendimento a crianças de até seis anos de idade e/ou acompanhem gestantes durante o pré-natal, num tempo mínimo contínuo

**Endereço:** Av. das Engenheiras, s/n, 1º andar, sala 4 - Prédio do Centro de Ciências da Saúde  
**Bairro:** Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600  
**UF:** PE **Município:** RECIFE  
**Telefone:** (81) 2124-8588 **E-mail:** cephumanos.ufpe@ufpe.br