Saúde mental na infância: proposta de capacitação para Atenção Primária

Coleção Saberes em Tese, 2

UNIVERSIDADE PRESBITERIANA MACKENZIE

Reitor: Benedito Guimarães Aguiar Neto

Vice-reitor: Marcel Mendes

COORDENADORIA DE PUBLICAÇÕES ACADÊMICAS

Coordenadora: Helena Bonito Couto Pereira

EDITORA DA UNIVERSIDADE PRESBITERIANA MACKENZIE

Conselho Editorial

Helena Bonito Couto Pereira (*Presidente*)

José Francisco Siqueira Neto

Leila Figueiredo de Miranda

Luciano Silva

Maria Cristina Triguero Veloz Teixeira

Maria Lucia Marcondes Carvalho Vasconcelos

Moises Ari Zilber

Valter Luís Caldana Júnior

Wilson do Amaral Filho

Rosane Lowenthal

Saúde mental na infância: proposta de capacitação para Atenção Primária

Editora
Mackenzie

© 2013 Rosane Lowenthal

Todos os direitos reservados à Universidade Presbiteriana Mackenzie.

Nenhuma parte desta publicação poderá ser reproduzida por qualquer meio ou forma sem a prévia autorização da Universidade Presbiteriana Mackenzie.

Coordenação editorial: Jéssica Dametta
Capa e projeto gráfico: Alberto Mateus
Produção editorial: Crayon Editorial

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Lowenthal, Rosane

Saúde mental na infância : proposta de capacitação para atenção primária / Rosane Lowenthal. -- 1. ed. -- São Paulo : Editora Mackenzie, 2013. -- (Coleção saberes em tese ; v. 2)

Bibliografia

ISBN: 978-85-8293-004-5

1. Distúrbios do desenvolvimento 2. Psiquiatria do adolescente 3. Psiquiatria infantil 4. Saúde mental 5. Serviços de atenção primária I. Título. II. Série.

13-04580

CDD-618.9289

NLM-WS 350

Índice para catálogo sistemático:

1. Saúde mental na infância, adolescência e atenção primária : Psiquiatria : Medicina 618.9289

EDITORA MACKENZIE

Rua da Consolação, 930
Edifício João Calvino, 7ª andar
São Paulo – SP – CEP 01302-907
Tel.: (5511) 2114-8774 (editorial)
Tel.: (5511) 2766-7108 (comercial)
editora@mackenzie.br
www.mackenzie.br/editora.html

Como adquirir o livro:

Livraria Mackenzie
Campus Higienópolis
Rua Itambé, 135 – Prédio 19 – Loja 1
São Paulo – SP – CEP 01239-001
Tel.: (5511) 2766-7027
livraria@mackenzie.br

Livraria virtual
www.editora.mackenzie.br

*Para a minha família, principalmente
meus filhos e meu companheiro.*

*Para os meus primeiros mestres Marcos
Tomanik Mercadante e José Ferreira Belizário
Filho por todos os seus ensinamentos e para
a minha mestre atual Cristiane Silvestre de
Paula por toda a confiança.*

AGRADECIMENTOS

À disciplina de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento, em especial à minha coordenadora.

A toda a equipe da disciplina de Telemedicina da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Aos profissionais nacionais e internacionais parceiros deste projeto.

Ao Instituto Nacional de Psiquiatria do Desenvolvimento.

Aos gestores e profissionais que participaram da capacitação.

Ao MackPesquisa pelo apoio com a Reserva Técnica.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico e à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo pelo apoio financeiro para o desenvolvimento do projeto.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior e ao Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia pela bolsa de doutorado.

Sumário

SOBRE A AUTORA	11
APRESENTAÇÃO	
<i>Cristiane Silvestre de Paula.</i>	13
INTRODUÇÃO.	17
 CAPÍTULO 1	
Sistema Único de Saúde e Estratégia de Saúde da Família . . .	21
 CAPÍTULO 2	
Estratégia de Saúde da Família e a saúde mental.	29
 CAPÍTULO 3	
Saúde mental na infância e na adolescência	35
 CAPÍTULO 4	
Saúde mental na infância e na adolescência e Atenção Primária. .	47
 CAPÍTULO 5	
Prática educativa.	55
 CAPÍTULO 6	
Teleducação interativa	59
 CAPÍTULO 7	
Objeto de aprendizagem e unidade de conhecimento	63

CAPÍTULO 8

Capacitação em saúde mental na infância e na
adolescência para profissionais da Atenção Primária **65**

CAPÍTULO 9

Projeto piloto – aplicação da capacitação em São Paulo . . . **79**

REFERÊNCIAS **91**

ÍNDICE **101**

Sobre a autora

Rosane Lowenthal é mestre e doutora em Distúrbios do Desenvolvimento pela Universidade Presbiteriana Mackenzie (UPM) e aluna do programa de pós-doutorado em Psiquiatria da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). Cirurgiã-dentista, terapeuta e maestra em reabilitação orofacial e corporal no Conceito Castillo Morales com especialização em Desenvolvimento Infantil, foi fundadora da Organização Não Governamental Grupo 25, presidente da Federação Brasileira das Associações de Síndrome de Down (2006-2008), conselheira do Conselho Nacional de Saúde (2004-2006), membro do conselho consultivo da Escola de Gente Comunicação em Inclusão e, atualmente, é membro do comitê científico da Federação Brasileira das Associações de Síndrome de Down e do Conselho Consultivo da Autismo & Realidade.

Atua como pesquisadora no Instituto Nacional de Psiquiatria do Desenvolvimento (INPD), como pesquisadora colaboradora no Departamento de Telemedicina da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP) e no Ambulatório de Cognição Social (Upia) da Unifesp.

Apresentação

A assistência à saúde mental da infância e da adolescência tem complexidades próprias quando comparada ao atendimento de adultos, por isso requer capacitação profissional e serviços específicos. Devido à alta prevalência dos problemas de saúde mental nessa faixa etária e do perfil dessa população, projetos de intervenção e de prevenção devem contar com a articulação de diferentes setores, incluindo os da saúde, educação, assistência social e justiça/direitos. No Brasil, há uma importante defasagem de serviços e recursos humanos especializados no campo da saúde mental da infância e da adolescência. Esse problema é comum à maioria dos países de baixo e médio desenvolvimento. Por isso, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), aumentar a capacidade de tratamento com base na capacitação profissional continuada é uma das estratégias mais custo-efetivas. Vale ressaltar que o desenvolvimento de programas de capacitação sempre deve vir acompanhado de uma avaliação de sua aplicabilidade e eficácia, para que possa servir de modelo para a saúde pública de uma dada região.

Em 2011, tínhamos credenciado no Brasil apenas um Centro de Atenção Psicossocial da Infância e Adolescência para cada 1,3 milhão de pessoas na região Sudeste e um para cada 5 milhões de pessoas na região Nordeste. No entanto, as unidades básicas de saúde (UBS) podiam ser encontradas em praticamente

todos os municípios do país, e o Estratégia de Saúde da Família (ESF) já possuía uma cobertura de 53% da população brasileira. Esses números evidenciam a relevância da Atenção Primária (AP) como local destinado à identificação e ao manejo de problemas de saúde mental na infância e na adolescência. Sabendo ser esse o cenário brasileiro no ano de 2012, faz-se necessário considerar todas as possibilidades que permitam maximizar os recursos existentes.

Assim, reunindo as altas taxas dos problemas com a carência de equipamentos/profissionais especializados, concomitantemente a uma boa disponibilidade de serviços de Atenção Primária, surge o presente projeto para adaptar, implantar e avaliar um modelo de educação interativa sobre saúde mental na infância e na adolescência para capacitação de profissionais de saúde da Atenção Primária.

Este livro é o resultado de um longo caminho de antigas e frutíferas parcerias que foram se acumulando desde 2002, quando frequentei como *visiting scholar* a Faculdade de Saúde Pública da Universidade John Hopkins nos Estados Unidos. Naquela ocasião, tive a oportunidade de conhecer o professor doutor Lawrence Wissow, pediatra e psiquiatra da infância e da adolescência, e descobrimos o interesse comum de implementar modelos aplicáveis à saúde pública de países de baixo e médio desenvolvimento. Na época, o Dr. Wissow já havia desenvolvido e testado um modelo desse tipo em alguns países da África e aceitou o desafio de nos ajudar a adaptá-lo para a realidade brasileira.

Posteriormente, nosso grupo de trabalho da Universidade Presbiteriana Mackenzie (UPM), em parceria com dezenas de universidades nacionais e internacionais, sob a liderança do Instituto de Psiquiatria da Universidade de São Paulo (USP), recebeu a aprovação de um dos Institutos Nacionais de Ciências e Tecnologia (INCT) intitulado Instituto Nacional de Psiquiatria do Desenvolvimento (INPD), cujo coordenador é o professor doutor Eurípides Constantino Miguel. O INPD é composto por 16 projetos de capacitação e pesquisa, sendo um deles o “Treinamento em

saúde mental na infância e adolescência para profissionais do Programa de Saúde da Família” sob minha coordenação. Essa iniciativa permitiu a viabilização da semente que havia sido germinada na Universidade John Hopkins em 2002.

Passados 10 anos, eu tenho a felicidade de fazer a apresentação deste livro que é decorrente de um dos mais relevantes produtos dessa iniciativa: a tese de doutorado de Rosane Lowenthal, a qual tive o prazer de orientar desde o ano de 2009, defendida no Programa de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento da UPM em junho de 2012. O livro está estruturado em nove capítulos organizados da seguinte forma:

O Capítulo 1 apresenta uma explanação de como estão estruturados o Sistema Único de Saúde (SUS) e o Estratégia de Saúde da Família. O Capítulo 2 aborda o papel do ESF especificamente para a saúde mental, enquanto o Capítulo 3 é dedicado exclusivamente à discussão da saúde mental na infância e na adolescência. O Capítulo 4 afunila os aspectos da saúde mental da infância/adolescência na área da Atenção Primária.

Os três capítulos seguintes tratam de aspectos teóricos envolvidos em formatos de educação, como as práticas educativas para profissionais que já estão na rede de assistência (Capítulo 5), a proposta inovadora da teleeducação interativa (Capítulo 6), assim como os objetos de aprendizagem e as unidades de conhecimento (Capítulo 7).

Os dois capítulos finais abordam o desenvolvimento e a adaptação do modelo de capacitação proposto e sua testagem em um estudo piloto realizado na região oeste da cidade de São Paulo.

Convido-os a desfrutar desse material tão elucidativo, acreditando que servirá como referência para profissionais de diferentes formações e atuantes em diferentes Secretarias, envolvidos com o campo da saúde mental da infância e da adolescência.

CRISTIANE SILVESTRE DE PAULA

Introdução

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), estima-se que 20% das crianças e dos adolescentes ao redor do mundo apresentam transtornos mentais (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2001). Esses transtornos, quando não tratados corretamente, podem persistir por anos e afetar o desempenho escolar e o relacionamento social de crianças e adolescentes, além de trazer consequências graves na vida adulta, como desemprego e abuso de álcool e drogas (FLEITLICH-BILIK; GOODMAN, 2004; PAULA; MIRANDA; BORDIN, 2010). Os estudos prospectivos dos últimos anos têm indicado que a grande maioria dos transtornos de saúde mental nos adultos teve seu início ainda na infância ou adolescência (COSTELLO; FOLEY; ANGOLD, 2006).

Na área da saúde mental na infância e na adolescência, as políticas públicas brasileiras devem considerar as grandes dimensões do país, assim como abarcar suas diversidades e desigualdades.

Segundo a Associação Brasileira de Psiquiatria, existem, aproximadamente, apenas 300 psiquiatras infantis no Brasil para atender toda a população de crianças e adolescentes com algum problema de saúde mental, número evidentemente insuficiente para dar conta de toda a demanda (PAULA et al., 2009).

De acordo com a política nacional de saúde, a Atenção Primária é a porta de entrada da população ao SUS, ou seja, é nesse âmbito que grande parte da população é atendida pelos

profissionais das equipes de saúde da família. Segundo a OMS, a definição de saúde é “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1946). Esse modelo mais atual exige do profissional da Atenção Primária a capacidade de atender o indivíduo integralmente incluindo os problemas de saúde mental, de modo que modelos eficazes de assistência na Atenção Primária devem incluir o atendimento de crianças e adolescentes com problemas emocionais e de comportamento. Tais modelos devem abranger componentes de prevenção associados à identificação e ao tratamento, e uma das possíveis estratégias para atingir esse objetivo é a realização de treinamentos para profissionais da Atenção Primária.

Em 2008, foram criados vários Institutos Nacionais de Ciências e Tecnologia (INCT), entre eles o Instituto Nacional de Psiquiatria do Desenvolvimento (INPD), que envolve um conjunto de iniciativas e projetos de pesquisa que buscam introduzir ferramentas e métodos para promover o desenvolvimento saudável da criança e do jovem. Levando-se em conta a ideia central de que os transtornos mentais começam na infância e que, portanto, devem ser tratados sob o referencial da psiquiatria do desenvolvimento, o INPD visa desenvolver estratégias de promoção da saúde mental e de proteção aos indivíduos de risco, bem como capacitar profissionais da Atenção Primária. Ele é composto por 16 projetos de pesquisa, com o envolvimento de dezenas de universidades nacionais e internacionais, sob a liderança do professor doutor Eurípides Constantino Miguel, Professor Titular do Departamento de Psiquiatria da Universidade de São Paulo (INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRIA DO DESENVOLVIMENTO, 2009).

Um dos projetos do INPD é o “Treinamento em saúde mental na infância e adolescência para profissionais do Programa de Saúde da Família”, sob a coordenação da professora doutora Cristiane Silvestre de Paula, da UPM, em colaboração com

pesquisadores de outras universidades brasileiras: os departamentos de psiquiatria da Universidade de São Paulo (USP) e da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), a disciplina de Telemedicina da USP, coordenada pelo professor doutor Chao Lung Wen, além da parceria internacional com a Faculdade de Saúde Pública da Universidade Johns Hopkins, representada pelo professor doutor Lawrence Wissow.

O objetivo deste projeto é treinar profissionais do Programa de Saúde da Família (PSF) das cinco regiões brasileiras, para que sejam capazes de identificar e assistir adequadamente crianças e adolescentes com problemas de saúde mental.

A “Capacitação em saúde mental na infância e na adolescência para profissionais da Atenção Primária”, descrita neste livro, faz parte do projeto mencionado anteriormente, no qual foram desenvolvidas a metodologia da capacitação, a implementação e a avaliação em unidades básicas de saúde da microrregião Butantã/Jaguaré na cidade de São Paulo.

CAPÍTULO 1

Sistema Único de Saúde e Estratégia de Saúde da Família

Em 1988, a Constituição Brasileira reconheceu o direito de acesso universal à saúde a toda a população, por meio de um sistema único de saúde (BRASIL, 2005). Essa política foi resultado do Movimento Sanitário e responsável pela inclusão de 60 milhões de brasileiros como portadores legais do direito à saúde nos anos 1990 (MENDES, 2001).

As políticas sociais brasileiras, desde o início do século XX até o início dos anos 1980, eram a combinação de um “modelo de seguro social” voltado à proteção dos grupos sócio-ocupacionais com base em uma relação de direito contratual e de um “modelo assistencial” dirigido à população sem vínculos trabalhistas (MONNERAT; SENNA, 2007). A assistência à saúde, chamada também de assistência médico-hospitalar, era destinada à parcela de indigentes da população e realizada por alguns municípios, estados ou instituições de caráter filantrópico (SOUZA, 2002). Em paralelo, começaram a ser organizados os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP) que tinham como beneficiários os trabalhadores de uma categoria ocupacional específica (ferroviários, bancários etc.) e seus dependentes.

Em 1966, criou-se o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que foi a fusão de todos os IAPs de diferentes categorias

profissionais. Posteriormente, foi desdobrado em Instituto de Administração da Previdência e Assistência Social (IAPAS), Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). O último, criado em 1974, tinha a responsabilidade de prestar assistência à saúde de seus associados, os trabalhadores com carteira assinada e seus dependentes, o que justificava a construção de grandes unidades de atendimento ambulatorial e hospitalar, como também a contratação de serviços privados nos grandes centros urbanos. Até a década de 1990, o sistema de saúde era dividido entre:

- » aqueles que podiam pagar pelos serviços, a grande maioria por meio de planos de saúde privados;
- » aqueles que eram beneficiários do INAMPS, ou seja, trabalhadores com carteira assinada e seus dependentes;
- » aqueles que não tinham direito a nenhum tipo de assistência (SOUZA, 2002).

O movimento da Reforma Sanitária brasileira nasceu na segunda metade dos anos 1970 no meio acadêmico, como forma de oposição à ditadura. Surgiu nos centros urbanos, firmando-se como uma luta desencadeada por trabalhadores, intelectuais, alguns partidos políticos que representavam o pensamento progressista e, posteriormente, recebeu sustentação teórica dos recém-criados Centros Brasileiros de Estudos de Saúde (CEBES) e da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) (BRAGA, 2007). Foi durante a VIII Conferência Nacional de Saúde, considerada um marco histórico, em março de 1986, que foram consagrados os princípios preconizados pelo Movimento da Reforma Sanitária. A partir de então, a saúde passou a ser definida como

[...] resultante das condições de alimentação, habitação, educação e renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade,

acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde: é assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. Essa noção de saúde é definida no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas (BRASIL, 1986).

A partir de então, o Ministério da Saúde convocou a Comissão Nacional para a Reforma Sanitária, que preparou um documento a ser levado para a Assembleia Nacional Constituinte, propondo a criação de um sistema de seguridade social que incluísse a saúde, a assistência social e a previdência sob um mesmo paradigma, de acordo com o modelo de bem-estar social. Assim, segundo o artigo 196 da atual Constituição Brasileira:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 2005).

Sob forte influência do Movimento Sanitário nasceu o SUS, regulamentado no país em 1990, conforme dispõem as leis n. 8080/90 e 8142/90, tendo como princípios a universalidade, equidade, integralidade, descentralização, hierarquização/regionalização e participação da comunidade (BRASIL, 1990a, 1990b).

A universalidade é a garantia de atenção à saúde para todos os cidadãos, independentemente de sexo, raça, renda, ocupação ou outras características sociais ou pessoais, em todos os serviços, sob dever do Estado. A equidade garante que todos os cidadãos são iguais perante o SUS e poderão ser atendidos nos serviços de saúde, em qualquer nível de complexidade de assistência, de acordo com a necessidade do caso. A integralidade é o sistema integrado, articulado e

contínuo de ações e serviços que visam promover, proteger e recuperar a saúde, o que significa considerar a pessoa como um todo, devendo as ações de saúde procurar suprir todas as suas necessidades.

Na regionalização e hierarquização, os serviços de saúde devem ser divididos a partir de sua complexidade e cada serviço deve possuir uma determinada área de atuação e um público-alvo específico. O acesso aos serviços deve ter uma sequência a partir do nível primário e seguir a hierarquia dos níveis de atenção de acordo com a necessidade de resolução do problema. A resolubilidade é a capacidade de enfrentar e resolver os problemas de saúde utilizando plenamente a disponibilidade da unidade.

A descentralização é a redistribuição de responsabilidades em toda a rede de serviços, buscando um maior compromisso na solução dos problemas de saúde da população de sua responsabilidade e ainda garantindo a participação da população nessas decisões. E, por fim, a participação da comunidade é a garantia constitucional de que a população, por meio de suas entidades representativas e de classe, participará do processo de formulação das políticas de saúde e do controle da execução. Essa participação deverá ser feita por meio de conselhos de saúde, com representação paritária dos usuários, dos profissionais de saúde, dos prestadores de serviço e do governo. Outra forma seria por meio da participação nas conferências de saúde periódicas que definiriam as políticas de saúde e as prioridades. O processo participativo deve levar aos cidadãos maior conhecimento e posicionamento (BRASIL, 2003; PAULA et al., 2009).

Como modelo administrativo, as responsabilidades com a gestão, a implementação e o financiamento são compartilhadas entre os gestores federais, estaduais e municipais. Todo esse processo tem sido orientado pelas normas operacionais básicas (NOB), instituídas por meio de portarias ministeriais. Elas definem as competências de cada esfera do governo e as condições necessárias para que estados e municípios possam assumir as responsabilidades e prerrogativas dentro do Sistema. Com a imple-

mentação do SUS, a Atenção Primária surgiu como estratégia de fundamental importância para essa nova organização do sistema de saúde pública nacional, sendo considerada a porta de entrada preferencial do processo de assistência (PAULA et al., 2009).

Atualmente, a AP é definida pelo Ministério da Saúde como “um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e proteção de saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde” e é desenvolvida pelas práticas gerenciais, sanitárias, democráticas e participativas, por meio do trabalho em equipe, direcionada a um território delimitado e considerando a dinâmica desse território (BRASIL, 2007a).

Em 1994, o Ministério da Saúde criou o Programa de Saúde da Família (PSF) que elege o foco familiar como o principal em suas ações e tem o propósito de orientar a organização da AP no país no sentido de garantir os princípios da territorialização, longitudinalidade no cuidado, intersetorialidade, descentralização, corresponsabilização e equidade, priorizando os princípios básicos do SUS (BRASIL, 2007a).

Os princípios da promoção da saúde, por meio do fortalecimento da AP, tendo o PSF como seu eixo estruturante, propõem sua construção por meio de uma troca solidária, crítica, capaz de fortalecer a participação comunitária, o desenvolvimento de habilidades pessoais, a criação de ambientes saudáveis e a reorganização de serviços de saúde, entre outros. Segundo os princípios da promoção da saúde, esse modelo proporciona uma visão sistêmica e integral do indivíduo em seu contexto familiar e social, possibilitada mediante o trabalho

[...] com as reais necessidades locais, por meio de uma prática apropriada, humanizada e tecnicamente competente, sincronizando o saber popular com o saber técnico científico, em um verdadeiro encontro de gente cuidando de gente (SCOZ; FENILI, 2003, p. 72).

Segundo a portaria n. 648 de 28 de março de 2006, o PSF se consolida como estratégia prioritária para a reorganização da AP no Brasil e passa a ser chamado de Estratégia de Saúde da Família (ESF). A ESF é operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Essas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes do PSF, denominadas equipes de saúde da família (equipes SF), são formadas por, no mínimo, um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde. Em alguns casos, essa equipe pode ser ampliada com um dentista, um auxiliar de consultório odontológico e um técnico em higiene dental. Cada equipe se responsabiliza pelo acompanhamento de 3 a 4,5 mil pessoas ou de mil famílias de uma determinada área (BRASIL, 2007a).

O trabalho da equipe SF é o elemento-chave para a busca permanente de comunicação e troca de experiências e conhecimentos entre os integrantes da equipe e os Agentes Comunitários de Saúde. A atuação das equipes ocorre principalmente nas UBS, nas residências e na mobilização da comunidade, caracterizando-se como porta de entrada de um sistema hierarquizado e regionalizado de saúde. Como proposta de intervenção, as equipes de SF devem atuar:

- » sobre os fatores de risco aos quais a comunidade está exposta, prestando assistência integral, permanente e de qualidade;
- » realizando atividades de educação e promoção da saúde;
- » estabelecendo vínculos de compromisso e de corresponsabilidade com a população;
- » estimulando a organização das comunidades para exercer o controle social das ações e dos serviços de saúde;
- » utilizando sistemas de informação para o monitoramento e a tomada de decisões;

- » de forma intersetorial, por meio de parcerias estabelecidas com diferentes segmentos sociais e institucionais, a fim de intervir em situações que transcendam a especificidade do setor da saúde, produzindo efeitos positivos nas condições de vida e de saúde dos indivíduos, das famílias e da comunidade.

No ano de 2008, segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), 27,5 milhões de domicílios declararam-se cadastrados no PSE, o que corresponde a 47,7% dos domicílios brasileiros. A maior amostra está localizada no Nordeste, com 35,4%, seguida das regiões Sudeste, com 33,1%, Sul, com 16,5%, Centro-Oeste, com 7,6%, e, por fim, a região Norte, com 7,4% (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICAS, 2010).

CAPÍTULO 2

Estratégia de Saúde da Família e a saúde mental

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), os transtornos mentais e comportamentais são frequentes, afetando mais de 25% da população em algum momento da sua vida. São também universais, afetando pessoas de todos os países e sociedades, indivíduos de todas as idades, mulheres e homens, ricos e pobres, moradores de áreas urbanas e rurais. Estes transtornos exercem impacto econômico sobre a sociedade e sobre o padrão de vida das pessoas e das famílias. Além disso, aproximadamente 20% de todos os pacientes atendidos por profissionais da AP apresentam um ou mais transtornos mentais e/ou comportamentais (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2001).

Perante a gravidade dos transtornos mentais ao redor do mundo, a OMS elaborou as seguintes recomendações para orientar cada país na atenção dos portadores de transtornos mentais:

- » proporcionar tratamento na Atenção Primária;
- » garantir o acesso aos psicotrópicos;
- » garantir atenção na comunidade; educação quanto a saúde para a população;
- » envolver as comunidades, as famílias e os usuários;
- » estabelecer políticas, programas e legislação nacionais;

- » formar recursos humanos;
- » criar vínculos com outros setores;
- » monitorar a saúde mental na comunidade e dar mais apoio à pesquisa (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2001).

Como mencionado anteriormente, a ESF consiste em um novo modelo de atenção, centrado na lógica da vigilância à saúde e qualidade de vida, dirigido à família e à comunidade, e inclui desde a proteção e a promoção à saúde até o diagnóstico e o tratamento das doenças. Apesar de a regulamentação da AP referir-se à integralidade do sujeito, a atenção à saúde mental não foi priorizada no início do programa. Os eixos prioritários eram: saúde da mulher, saúde da criança, controle de hipertensão arterial, diabetes e tuberculose e eliminação da hanseníase (LIMA, 1996).

Alguns municípios, por conta própria, começaram, a partir de 1998, a organizar dentro do sistema do PSF serviços que pudessem atender a demanda da saúde mental. A partir dessas experiências, o Ministério da Saúde criou um grupo de trabalho para debater a inserção de ações de saúde mental no PSF e no Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Nesse sentido, foram realizados: a Oficina de Trabalho para Discussão do Plano Nacional de Inclusão de Ações de Saúde Mental na Atenção Básica, em março de 2001; o Seminário Internacional sobre Saúde Mental na Atenção Básica, em abril de 2002; e a Oficina de Saúde Mental no VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva da ABRASCO (BRASIL, 2004).

Em 2001, foi criada a Lei n. 10.216, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental (BRASIL, 2001). Nesse mesmo ano, a OMS apresentou seu relatório anual dedicado à saúde mental, no qual foram ressaltadas a magnitude dos transtornos mentais e as suas consequências econômicas em âmbito mundial.

Em 2002, foi aprovada, na III Conferência Nacional de Saúde Mental, a inclusão de ações de saúde mental na AP, e foram recomendadas a capacitação em saúde das equipes de SF, a inclusão de equipes multiprofissionais de saúde mental para atender junto a essas equipes e a inserção de ficha específica para a coleta de dados sobre indivíduos com problemas de saúde mental atendidos (BRASIL, 2002).

Em 2007, o Ministério da Saúde apresentou o Relatório de Gestão 2003-2006, no qual propôs a expansão das ações de saúde mental na AP, baseada no apoio matricial que incide no estabelecimento de equipe de referência e apoio matricial.

O matriciamento consiste nas ações de supervisão, atendimento compartilhado e capacitação em serviço, realizado por uma equipe de saúde mental para equipes ou profissionais da Atenção Primária (TANAKA; LAURIDSEN-RIBEIRO, 2009, p. 479).

Uma equipe de referência em saúde mental, sediada ou não em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), deve ser responsável pelo aconselhamento matricial de seis a nove equipes de SF ou da AP em geral. Sobretudo nos pequenos municípios, a responsabilidade pelo cuidado aos usuários de saúde mental do território deve ser compartilhada entre as equipes de referência em saúde mental e as equipes de AP, excluindo a lógica do encaminhamento e visando o aumento da capacidade resolutiva de problemas de saúde pela equipe local. Por sua proximidade com as famílias e comunidades, essas equipes devem ser consideradas estratégicas para garantir o acesso e o enfrentamento de agravos vinculados aos diversos problemas de saúde mental da população (TANAKA; LAURIDSEN-RIBEIRO, 2009).

Por fim, em janeiro de 2008, o Ministério da Saúde criou os núcleos de apoio à saúde da família (NASF), por meio da Portaria GM n. 154, tendo como principal objetivo apoiar a inserção da

equipe de SF na rede de serviços, além de ampliar a abrangência e o escopo das ações da AP e de aumentar sua resolubilidade, reforçando os processos de territorialização e regionalização em saúde. Diversas políticas nacionais são contempladas nessa portaria, como:

- » atenção básica;
- » promoção da saúde;
- » integração da pessoa com deficiência;
- » alimentação e nutrição;
- » saúde da criança e do adolescente;
- » atenção integral à saúde da mulher;
- » práticas integrativas e complementares;
- » assistência farmacêutica;
- » pessoa idosa;
- » saúde mental;
- » humanização em saúde;
- » política nacional de assistência social (BRASIL, 2009).

O NASF é constituído por equipes de profissionais de diversas áreas de conhecimento que atuam no apoio e em parcerias com os profissionais das equipes de SF, com foco nas práticas em saúde nos territórios sob a responsabilidade da equipe de SF. Na saúde mental, o trabalho integrado entre as equipes de SF e saúde mental potencializam o cuidado e facilitam uma abordagem integral, aumentando a qualidade de vida dos indivíduos e das comunidades, além de propiciar um uso mais eficiente e efetivo dos recursos, bem como aumentar a satisfação dos profissionais. As responsabilidades conjuntas do NASF e das equipes de SF relativas à saúde mental são:

- » cuidado aos usuários de saúde mental do território, que deve ser compartilhada entre as equipes de SF, NASF e dispositivos de saúde mental (como Centros de Atenção Psicossocial, lei-

- tos de atenção integral em saúde mental – Caps III, hospital geral, centros de convivência, entre outros), permanecendo a coordenação do cuidado com a equipe de Saúde da Família;
- » rompimento com a lógica do encaminhamento e da não responsabilização pós-referência;
 - » planejamento e realização do diagnóstico da situação de saúde mental da população do território, identificando os problemas mais frequentes e espaços de produção de vida;
 - » reuniões interdisciplinares periódicas para discussão de casos e educação permanente, nas quais podem ser incluídos materiais educativos e temas demandados pela equipe de SF ou dos profissionais do NASF;
 - » reuniões interdisciplinares periódicas entre todos os profissionais da equipe do NASF;
 - » atendimento compartilhado por meio de consultas conjuntas nas unidades, nos domicílios e em outros espaços da comunidade. Essa estratégia deve proporcionar a avaliação de risco, o manejo dos casos com a elaboração de projetos terapêuticos, caracterizando-se como um processo de educação permanente no qual vários profissionais têm a oportunidade de aprender com a prática cotidiana do atendimento das demandas de saúde mental;
 - » integração entre equipes de SF, NASF e as redes de saúde e de apoio social – articulação com espaços comunitários, visitas aos serviços como residências terapêuticas, abrigos de crianças e de idosos, unidades socioeducativas etc.;
 - » planejamento e execução conjunta de atividades comunitárias e terapêuticas (oficinas, grupos etc.) e de promoção da saúde, como práticas corporais, atividades culturais e esportivas, além de atividades de geração de trabalho e renda (BRASIL, 2009).

Dessa forma, a integração dos cuidados à saúde mental na AP parece ser uma estratégia importante para a detecção preco-

ce de problemas de saúde mental, e os profissionais de saúde, quando bem treinados, podem contribuir nessa tarefa. Recomendam-se também visitas domiciliares por parte de profissionais do sistema de saúde, a exemplo dos profissionais do PSF, com a finalidade de aumentar a sensação de apoio comunitário e suporte emocional, além de ampliar o alcance dos serviços de saúde, facilitando a identificação de casos. Crianças e adolescentes com transtornos mentais devem receber tratamento especializado o mais precocemente possível e, por isso, a identificação e o encaminhamento de casos são fundamentais (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2001).

CAPÍTULO 3

Saúde mental na infância e na adolescência

Os problemas de saúde mental podem ser definidos como aqueles que afetam habilidades cognitivas, emocionais e sociais dos indivíduos (FEULLER et al., 2000). Pesquisas brasileiras relatam que entre 7% e 24,6% das crianças e dos adolescentes apresentam problemas de saúde mental. Esses dados variam de acordo com o tipo de instrumento utilizado, seja de rastreamento seja de diagnóstico, e o tipo de informante (PAULA; MIRANDA; BORDIN, 2010). Segundo o Censo de 2010, no Brasil havia um total de 62.923.165 de crianças e adolescentes entre zero e 19 anos (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2012). Se fizermos o cálculo da taxa de prevalência, podemos estimar uma população que pode variar de 4.404.622 a 15.479.098 de crianças e jovens com problemas de saúde mental em nosso país.

No Brasil, até o momento, foram realizados três estudos epidemiológicos com instrumentos de diagnóstico para transtornos mentais da infância e da adolescência. De acordo com esses estudos, os transtornos mentais da infância e da adolescência mais prevalentes são: transtorno de ansiedade, transtorno de conduta, transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) e depressão (PAULA; MIRANDA; BORDIN, 2010). As taxas variaram de acordo com cada transtorno, sendo que a média encon-

trada para transtorno de ansiedade foi de 5,5%, para transtorno de conduta, de 2,2% e depressão, de 1,3%. No TDAH, a taxa de prevalência teve uma variação muito grande entre os estudos; nas pesquisas realizadas em Taubaté a taxa foi de 1,8% e no estudo realizado em Pelotas de 4,1%. Ambos seguiram critério de diagnóstico segundo DSM-IV (FLEITLICH-BILIK; GOODMAN, 2004; ANSELMÍ et al., 2010). Além dos quatro transtornos mais prevalentes na infância e na adolescência citados anteriormente, gostaríamos de enfatizar também o transtorno do espectro autista (TEA), por ser o mais grave nessa faixa etária e pouco identificado pelos profissionais de saúde, apresentando quase 1% de taxa de prevalência, de acordo com os estudos internacionais mais recentes (FOMBONNE, 2009).

Transtorno de ansiedade

O transtorno de ansiedade é um dos mais comuns na infância e na adolescência. A ansiedade pode ser definida como uma sensação de medo e apreensão, caracterizada por uma tensão ou um desconforto proveniente da antecipação de uma situação desconhecida ou de perigo. Toda criança ou adolescente apresenta esses sentimentos no decorrer do seu desenvolvimento, mas a ansiedade e o medo são considerados patológicos quando exagerados, quando desproporcionais em relação ao estímulo, ou ainda quando qualitativamente diversos do que se observa como norma nessas faixas etárias. Além disso, esses sentimentos são patológicos quando interferem na qualidade de vida, no conforto emocional ou no desempenho diário da criança ou do adolescente (BERNSTEIN; BORCHARDT; PERWIEN, 1996).

Existem diversos subtipos de transtornos ansiosos, entre eles:

- » transtorno de ansiedade generalizada;
- » transtorno de ansiedade de separação;

- » transtorno do pânico;
- » fobias específicas;
- » fobia social;
- » transtorno de estresse pós-traumático.

O principal fator de risco para os transtornos de ansiedade com início precoce é a ocorrência de o pai ou a mãe da criança ter transtorno de ansiedade ou depressão, além do fato de que os transtornos ansiosos se desenvolvem mais comumente em indivíduos com uma predisposição neurobiológica herdada (BERNSTEIN; BORCHARDT; PERWIEN, 1996; ASBAHR, 2004).

No transtorno de ansiedade generalizada, as crianças e os adolescentes têm medos e preocupações exageradas e irracionais em relação a várias situações, estão constantemente tensos e dão a impressão de que qualquer situação é ou pode ser provocadora de ansiedade. É um transtorno com início insidioso, o qual muitas vezes os pais não conseguem precisar e só chegam a procurar ajuda quando já está em uma fase muito grave. Atinge de 2,7 a 4,6% de crianças e jovens e igualmente sexo masculino e feminino (ASBAHR, 2004; CASTILLO; ASBHR; MANFRO, 2000).

O transtorno de ansiedade de separação caracteriza-se por uma ansiedade exagerada em relação ao afastamento dos pais ou seus substitutos, não adequada ao desenvolvimento da criança e que persiste por, no mínimo, quatro semanas. Os sintomas causam um sofrimento intenso e prejuízos significativos em diferentes áreas da vida da criança ou do adolescente como deixar de frequentar a escola ou casa de amigos. A taxa de prevalência é por volta de 4% e atinge igualmente meninos e meninas (CASTILLO; ASBHR; MANFRO, 2000).

O transtorno do pânico é marcado pela presença de sintomas, como a sensação intensa de risco de morte associada a taquicardia, sudorese, tontura, falta de ar, dor no peito, dor abdominal, tremores etc. É seguida de preocupações persistentes em

vir a ter novos ataques. Sua prevalência é baixa (0,6%) e mais frequente no final da adolescência, com predominância no sexo feminino (ASBAHR, 2004).

As fobias específicas caracterizam-se pela presença do medo excessivo e persistente relacionado a um determinado objeto ou a uma situação, que não seja de exposição pública ou medo de ter um ataque de pânico. É importante diferenciá-las dos medos normais da infância, pois apresentam uma reação excessiva e pouco adaptada que foge do controle, leva a reações de fuga, é persistente e causa comprometimento no funcionamento da criança. Os medos mais comuns na infância são de pequenos animais, ruídos intensos e altura. A taxa de prevalência varia de 2,4 a 3,3% e é mais predominante entre meninas (CASTILLO; ASBHR; MANFRO, 2000).

A fobia social é marcada pelo medo persistente e intenso de situações nas quais a pessoa julga estar exposta à avaliação dos outros e se comporta de maneira humilhante e vergonhosa. É muito semelhante à fobia social observada em adultos. Assim como o transtorno do pânico, apresenta uma taxa de prevalência baixa em relação aos outros transtornos ansiosos (1%), sendo mais frequente em adolescentes do que entre crianças (BERNSTEIN; BORCHARDT; PERWIEN, 1996; ASBAHR, 2004).

Por fim, existe o transtorno de estresse pós-traumático, que ocorre em pessoas que passaram por uma situação na qual houve um risco à sua integridade física ou psíquica, ou ainda quando presenciaram uma situação na qual houve riscos para a criança ou para alguém próximo. Experiências traumáticas, como violência e abuso sexual, podem ter um impacto grave e duradouro sobre crianças e adolescentes. Os principais sintomas são medo intenso, sensação de impotência, horror e/ou evitação em consequência à exposição ao trauma (ASBAHR, 2004). O diagnóstico deve sempre estar atrelado ao evento, ou seja, os sintomas aparecem após o evento estressor (CÂMARA FILHO; SOUGEY, 2001).

É importante ressaltar que os transtornos ansiosos, quando não tratados na infância e na adolescência, apresentam um curso crônico, embora flutuante ou episódico. Isso significa que um transtorno de ansiedade de separação pode, se não tratado na infância, evoluir para um quadro de transtorno de pânico e agorafobia no adulto. Enquanto adolescentes com transtorno de ansiedade generalizada, transtorno de pânico ou depressão têm maior risco de desenvolver transtornos ansiosos, ou a combinação deles, durante a vida adulta (BERNSTEIN; BORCHARDT; PERWIEN, 1996; ASBAHR, 2004).

Transtorno de conduta

O quadro clínico do transtorno da conduta é caracterizado por comportamento antissocial persistente, com violação de normas sociais ou dos direitos de outros indivíduos. Segundo o DSM-IV, existem 15 possibilidades de comportamentos antissociais, entre eles:

- » perseguir, atormentar ou ameaçar outras pessoas;
- » usar objetos que podem causar ferimentos, como arma de fogo, pau, caco de vidro ou faca;
- » ser cruel com pessoas ou animais;
- » roubar ou assaltar;
- » destruir propriedade alheia;
- » mentir e enganar para obter ganhos materiais;
- » frequentemente passar a noite fora de casa, apesar da proibição dos pais (BORDIN; OFFORD, 2000).

O critério do diagnóstico se aplica quando houver persistência de comportamentos antissociais em indivíduos com idade inferior a 18 anos e requer a presença de pelo menos três comportamentos nos últimos 12 meses e de ao menos um compor-

tamento antissocial nos últimos seis meses, trazendo limitações importantes do ponto de vista escolar, social ou ocupacional (BORDIN; OFFORD, 2000).

Sabe-se que a prevalência é maior entre adolescentes e indivíduos do sexo masculino, independentemente da idade. Os sintomas podem surgir no período entre o início da infância e a puberdade e persistirem até a idade adulta. Várias comorbidades como TDAH (predominantemente na infância), transtorno de ansiedade e depressão (predominantemente na adolescência) podem estar associadas ao transtorno de conduta (BURKE; LOEBER; BIRMAHER, 2002).

Fatores individuais, familiares e sociais estão relacionados com o desenvolvimento e a persistência do comportamento antissocial de forma complexa e pouco conhecida. Existem indícios de que, quanto mais precoce for seu início, maior é a gravidade do quadro e as tendências são maiores de persistir durante a vida adulta. Além disso, os comportamentos tornam-se mais estáveis e menos modificáveis ao longo do tempo, de tal modo que o diagnóstico o mais cedo possível é de extrema importância para que crianças e adolescentes possam se beneficiar de intervenções terapêuticas e ações preventivas que geralmente envolvem uma combinação de condutas junto à criança ou ao adolescente, à família e à escola (BURKE; LOEBER; BIRMAHER, 2002).

Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade

Segundo Rohde et al. (2000), o TDAH apresenta uma tríade clássica de sintomas caracterizada por desatenção, hiperatividade e impulsividade. Os sintomas de desatenção podem ser:

- » dificuldade de atenção em tarefas escolares ou atividades lúdicas;
- » dificuldade para manter atenção em tarefas e terminá-las;

- » dificuldade em seguir instruções;
- » dificuldade em organizar tarefas e atividades;
- » perda de objetos necessários para tarefas ou atividades;
- » facilidade em distrair-se por estímulos alheios à tarefa;
- » apresentação de esquecimentos em atividades diárias.

Já a hiperatividade leva a criança ou o adolescente a:

- » agitar as mãos ou pés ou se remexer na cadeira;
- » abandonar sua cadeira em sala de aula ou outras situações nas quais se espera que permaneça sentado;
- » correr ou escalar em demasia, em situações nas quais isso é inapropriado;
- » apresentar dificuldade em brincar ou envolver-se silenciosamente em atividades de lazer;
- » estar frequentemente “a todo o vapor”;
- » falar em demasia.

Enquanto os sintomas de impulsividade são:

- » frequentemente dar respostas precipitadas antes de as perguntas terem sido concluídas;
- » ter dificuldade em esperar a sua vez;
- » com frequência interromper ou se meter em assuntos alheios.

É de extrema importância destacar que a desatenção, a hiperatividade e a impulsividade podem aparecer como sintomas isolados, sem caracterizar o transtorno, sendo frutos de problemas de relacionamento com o pais ou amigos, do sistema educacional inadequado ou até mesmo pela associação a outros transtornos da infância e da adolescência.

O diagnóstico deve ser dado com muito critério e, para isso, é necessário sempre contextualizar os sintomas. A duração do

sintoma é um fator que deve ser levado em consideração. Normalmente, as crianças com TDAH apresentam sintomas desde a idade pré-escolar ou, pelo menos, um período de vários meses de sintomatologia intensa. Outro fator que é de extrema importância é a frequência e a intensidade dos sintomas, ou seja, sintomas de hiperatividade, desatenção e impulsividade acontecem em qualquer criança uma vez ou outra, ou até mesmo com frequência, porém com menor intensidade. A persistência dos sintomas em vários locais, como em casa, na escola e ao longo do tempo deve ser levada em consideração para o diagnóstico de TDAH. Por fim, deve haver prejuízo clinicamente significativo na vida da criança, e o diagnóstico deve levar em conta o relato de diversas fontes, incluindo pais, professores e a própria criança ou adolescente (COELHO et al., 2010).

De acordo com o DSM-IV, o TDAH é dividido em três tipos: 1. TDAH com predomínio de sintomas de desatenção; 2. TDAH com predomínio de sintomas de hiperatividade/impulsividade; 3. TDAH combinado. O TDAH com predomínio de sintomas de desatenção é mais frequente no sexo feminino e parece apresentar, com o tipo combinado, uma taxa mais elevada de prejuízos acadêmicos. Crianças com predomínio de hiperatividade/impulsividade são mais agressivas e impulsivas do que as que apresentam os outros dois tipos e tendem a apresentar altas taxas de rejeição pelos colegas, trazendo para si um grande prejuízo social. O tipo combinado está mais fortemente associado a problemas de conduta, de oposição e de desafio, além de apresentar também um maior prejuízo no funcionamento global, quando comparado com os outros dois grupos (COELHO et al., 2010; ROHDE et al., 2000). Além disso, são comuns no TDAH comorbidades como transtornos disruptivos, de humor e de ansiedade (POSSA; SPANEMBERG; GUARDIOLA, 2005).

O TDAH é um transtorno que gera um grande impacto social, considerando seu alto custo financeiro, o estresse nas famílias, o

prejuízo nas atividades acadêmicas e vocacionais, além de efeitos negativos na autoestima de crianças e adolescentes. Se não tratadas, crianças com TDAH têm risco aumentado de desenvolverem outras doenças psiquiátricas, tanto na infância quanto na adolescência e na vida adulta (ROHDE et al., 2000).

Depressão

A depressão é um transtorno de humor que apresenta características básicas como tristeza e perda da capacidade de sentir prazer. Essas características podem ser sentidas por qualquer criança e adolescente no decorrer de sua vida, porém a depressão é diagnosticada quando os sintomas se tornam intensos e criam obstáculos na execução de atividades da vida diária havendo, por exemplo, prejuízo nas atividades escolares ou na interação social. É de extrema importância ressaltar que os sintomas devem permanecer por pelo menos mais de duas semanas e sobrecarregar a criança e a família como um todo (BRUMARIU; KERNS, 2010).

Os principais sintomas da depressão são:

- » sentir-se para baixo, triste ou irritável;
- » perder o interesse ou o prazer nas atividades;
- » sentir-se sem esperança;
- » ter dificuldade de concentração;
- » dormir muito ou pouco;
- » ter muito ou pouco apetite;
- » pensar em morte ou suicídio;
- » irritar-se e/ou ter uma visão sempre negativa do mundo;
- » apresentar baixa autoestima;
- » sentir-se agitado ou muito devagar;
- » ter pouca energia;
- » apresentar queixas somáticas (sem causa médica ou persistente).

A depressão pode ser dividida em distímia e depressão maior. O que diferencia um quadro do outro é o fato de que a distímia pode ser definida como uma depressão crônica, ou seja, a criança ou o adolescente apresentam diversos sintomas depressivos de baixa intensidade. A depressão maior caracteriza-se por um quadro mais intenso: as crianças podem apresentar humor irritadiço ou instável, explosões descontroladas, além de queixas de pesadelos noturnos. Nessa faixa etária, há uma grande quantidade de queixas somáticas, como dores de cabeça, abdominais e musculares sem causa aparente. Nos adolescentes, observa-se aumento da irritabilidade e hostilidade, sentimentos de desesperança incluindo risco de suicídio, bem como insônia ou hipersonia, alteração de apetite e de peso, entre outros sintomas. É frequente também o isolamento social, a sensibilidade exagerada à rejeição ou ao fracasso e a pouca expectativa em relação ao futuro. O uso abusivo de álcool e drogas psicoativas pode ser frequente nos adolescentes deprimidos (PRAGER, 2009).

Os fatores de risco para o desenvolvimento de depressão são: estressores psicossociais, presença simultânea de outros transtornos psiquiátricos ou doenças crônicas como diabetes. O transtorno de ansiedade é uma comorbidade muito comum na depressão, e, em aproximadamente 50% dos casos, os dois diagnósticos são identificados. Meninas adolescentes têm maior risco de desenvolverem depressão do que os meninos. Quanto à depressão na infância, é importante observar se na história familiar existem casos de depressão (LEE FU; CURATOLO; FRIEDRICH, 2000).

Transtornos do espectro autista

Existem três transtornos que pertencem ao TEA. São eles: o autismo, a síndrome de Asperger e o transtorno global do desenvolvimento sem outra especificação (TGD-SOE) (KLIN; ROSARIO; MERCADANTE, 2009). Referem-se a um grupo de distúrbios da

socialização com início precoce, geralmente antes dos três anos de idade, de curso crônico (KLIN, 2006) e são caracterizados por um quadro clínico no qual os indivíduos demonstram diminuição qualitativa da comunicação e da interação social, restrição de interesses, além de apresentarem comportamentos estereotipados e maneirismos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1993; AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION, 1995). As apresentações clínicas podem variar tanto em relação ao perfil da sintomatologia quanto ao grau de comprometimento.

Esses transtornos configuram-se como distúrbios do neurodesenvolvimento decorrentes de alterações nos circuitos do cérebro social, interferindo nos processos de desenvolvimento social, cognitivo e da comunicação. A heterogeneidade das manifestações comportamentais e os diferentes graus de acometimento estão relacionados a uma possível natureza dimensional do transtorno e que, por natureza, acometem mecanismos cerebrais de sociabilidade básicos e precoces (KLIN, 2006). Apesar da etiologia do TEA não estar totalmente estabelecida, diversos estudos apontam suas associações com alterações genéticas e de bases neurológicas, além de acidentes pré-natais, distúrbios metabólicos e infecções pós-natais (SLONIMS; BAIRD; CASS, 2003). Portanto, qualquer tentativa de compreendê-los requer uma análise, em diferentes níveis, do comportamento à cognição, da neurobiologia à genética, e as estreitas interações entre cérebro, ambiente e comportamento ao longo do tempo (KLIN; MERCADANTE, 2006). Em relação à prevalência, estudos epidemiológicos apontam para o dado de que, a cada 150 nascimentos, uma criança apresenta TEA, e há maior incidência em meninos do que em meninas, com uma média de 3,5 a 4,0 meninos para cada menina (FOMBONNE, 2009).

O autismo infantil ou autismo clássico caracteriza-se por um transtorno no qual os indivíduos possuem permanente prejuízo nas interações sociais, na comunicação e padrões limitados de comportamento. Cerca de 60% a 70% deles possuem retardo

mental, o que faz com que seu comprometimento seja ainda maior. Quanto ao diagnóstico, é necessário que as alterações tenham se iniciado até os 30 meses de idade (KLIN, 2006).

A síndrome de Asperger consiste em uma síndrome na qual há prejuízos na interação social, com interesses e comportamentos limitados, assim como no autismo. Entretanto, há a ausência de qualquer atraso na linguagem falada ou na sua percepção no desenvolvimento cognitivo. Os indivíduos com essa síndrome, em geral, são isolados socialmente e, apesar das suas habilidades cognitivas preservadas, apresentam interesses circunscritos intensos, tendência a falar em monólogo e incoordenação motora (KLIN, 2006). Em relação à prevalência, embora os estudos apresentem limitações consideráveis, estima-se uma taxa de 6:10.000 (FOMBONNE, 2009).

Por fim, o TGD-SOE é considerado uma categoria diagnóstica que não possui normas específicas para sua classificação, ou seja, um indivíduo pode ser classificado com TGD-SOE se preencher critérios no âmbito social e mais um critério nos âmbitos de comunicação ou comportamento. O início dos sintomas ocorre depois dos 36 meses de idade. A prevalência estimada de acordo com os trabalhos mais recentes é de 37,1:10.000 (FOMBONNE, 2009).

Considerando a complexidade dos sintomas, os prejuízos diversos e as altas taxas dos transtornos mentais na infância e na adolescência, a OMS tem elaborado diversos documentos com recomendações nessa área. Entre elas: aumentar a capacidade de tratamento e aprimorar a capacitação profissional, bem como propostas de intervenções precoces que levam a uma melhora da saúde em geral e o sucesso no aprendizado escolar, e que, inversamente, reduz conflitos com a lei e a privação de liberdade (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2001). Assim, a oferta de tratamento deve ser na Atenção Primária, e, para que isso ocorra, é imprescindível a capacitação dos profissionais da rede básica de saúde.

CAPÍTULO 4

Saúde mental na infância e na adolescência e Atenção Primária

A assistência à saúde mental na infância e na adolescência apresenta especificidades próprias quando comparada em adultos, já que os padrões psicopatológicos, as comorbidades e os tratamentos são diferentes. Além disso, pesquisas recentes têm demonstrado que a maioria das patologias nos adultos começa ainda no período da infância e da adolescência. Desse modo, é necessário que haja capacitação de profissionais e serviços específicos para essa faixa etária, além de uma articulação intersetorial de diferentes secretarias (PAULA et al., 2009b; GRAEFF-MARTINS et al., 2008).

A ausência de políticas públicas nessa área vem sendo destacada como um fator de extrema relevância ao redor do mundo (COUTO; DUARTE; DELGADO, 2008). Assim, a OMS tem recomendado algumas diretrizes para a melhoria dos sistemas de saúde mental para a infância e a adolescência:

- » aprimoramento dos sistemas de informação, incluindo pesquisas e informatização de dados sobre saúde mental;

- » implantação e aprimoramento de políticas públicas, dependendo da realidade de cada país;
- » capacitação em saúde mental para profissionais da saúde;
- » integração de serviços seguindo um contínuo que vai da Atenção Primária à internação, entre outras (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005).

Segundo o Ministério da Saúde, a Atenção Primária tem potencial para desenvolver dois principais tipos de ações no campo da saúde mental. O primeiro consiste em detectar queixas relativas ao sofrimento psíquico e prover uma escuta qualificada desse tipo de problemática, enquanto o segundo compreende as várias formas de lidar com os problemas detectados, oferecendo tratamento na própria AP ou encaminhando os pacientes para serviços especializados (TANAKA; LAURIDSEN-RIBEIRO, 2009).

Atualmente, integradas à política geral de saúde mental do SUS, existem ações específicas para a infância e a adolescência que têm como principal finalidade a construção de uma rede de cuidados capaz de responder com efetividade às necessidades de crianças e de adolescentes. Como principais ações podemos citar a implantação dos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi) pelo SUS e a construção de estratégias para a articulação intersetorial da saúde mental com a saúde geral, a educação, a assistência social, a justiça e os direitos (COUTO; DUARTE; DELGADO, 2008).

Por meio da revisão sistemática da literatura científica, no Brasil, foram identificados quatro artigos que trazem conhecimentos atuais sobre o tema da realidade brasileira referindo-se à saúde mental na infância e na adolescência e à AP (PAULA; MIRANDA; BORDIN, 2010). Somente três desses quatro estudos apresentaram dados empíricos relacionados à AP e, portanto, serão descritos a seguir.

O estudo de Tanaka e Lauridsen-Ribeiro (2006, 2009) teve como principais objetivos: 1. correlacionar a frequência dos problemas de saúde mental diagnosticados pelo pediatra com os instrumentos padronizados de rastreamento de saúde mental; e 2. analisar a atuação dos pediatras frente a esses problemas. Os principais resultados indicaram que pediatras apresentaram dificuldades em reconhecer problemas de saúde mental entre crianças e adolescentes, já que apenas 25% dos casos foram identificados por eles. Os pais das crianças da amostra demonstraram preocupação com problemas de saúde mental dos filhos, mas não reportaram essas queixas nas consultas com os pediatras por não considerarem que os médicos teriam interesse ou tempo para o tema. Os pediatras, por sua vez, consideram a saúde mental um assunto importante, mas referem dificuldades pessoais em trabalhar com essas questões, as quais avaliam como não objetivas, além de reconhecerem a falta de domínio a respeito do tema, decorrente, principalmente, de uma deficiência na formação médica. Entendem, contudo, que, quando os problemas são graves, ficam mais fáceis de serem identificados. O descrédito quanto à efetividade no encaminhamento dos casos também foi uma das barreiras que os pediatras declararam enfrentar no seu cotidiano.

Observou-se ainda que os pediatras não valorizam situações de intervenções concretas e alegam que essas atuações são do senso comum, ou do bom senso, deixando de serem vistas como tecnologias de intervenção respaldadas pelo conhecimento científico. Por último, citaram que a organização do processo de trabalho é um impedimento, tendo como justificativa o curto tempo das consultas e a falta de profissionais especializados que pudessem servir de retaguarda em casos de maior dificuldade.

O segundo estudo, por meio de metodologia qualitativa, foi realizado em seis comunidades de três cidades brasileiras, Embu (SP), Rio de Janeiro (RJ) e Fortaleza (CE), e teve como objetivo compreender a realidade da UBS para identificar pontos fortes e

barreiras no atendimento à saúde mental de crianças e de adolescentes, buscando aprimorar as estratégias de atendimento. Seus principais resultados foram:

- » a realidade e as dificuldades são semelhantes nas seis comunidades;
- » os pais sentem falta de apoio e orientação no cuidado com seus filhos e atribuem grande parte dos problemas emocionais/comportamentais a situações de vida precárias;
- » os pais acham que as UBS poderiam ser um recurso interessante para tratamento em saúde mental, mas sentem que os médicos nunca têm tempo ou interesse sobre o tema e, por isso, buscam outros recursos, como ajuda na escola ou instituições religiosas;
- » os profissionais de saúde classificam muitos dos problemas como sendo dos pais e não exatamente de saúde mental dos filhos;
- » os adolescentes e os pais acreditam que os profissionais não especializados são mais disponíveis para apoiá-los do que os médicos. Tais profissionais demonstram interesse em receber capacitação em saúde mental, apesar de não se sentirem preparados para lidar com as questões de saúde mental da infância e da adolescência;
- » psicólogos referem que muitos casos poderiam ser orientados por outros profissionais treinados.

As conclusões gerais do artigo apontam para um grande potencial na Atenção Primária de várias regiões do Brasil, mas alertam que o sistema precisa ser adaptado, principalmente levando em conta aspectos culturais da população a receber o atendimento (PAULA et al., 2009a).

Por fim, um estudo realizado em uma região metropolitana de baixa renda do estado de São Paulo procurou estimar a prevalência de problemas de saúde mental em crianças e adolescentes e

caracterizar a capacidade de assistência da rede pública de serviços do município, relacionando à necessidade de tratamento em saúde mental da infância e da adolescência. De acordo com a taxa de prevalência de problemas de saúde mental em crianças e adolescentes encontrada e a capacidade anual de assistência dos casos, calculou-se que seriam necessários aproximadamente sete anos para que todas as crianças e adolescentes fossem atendidos. Segundo os autores, isso revela que a infraestrutura atual da rede pública de serviços do município analisado não está preparada para atender, em tempo hábil, os casos que necessitam de tratamento (PAULA; DUARTE; BORDIN, 2007).

Alguns dados encontrados nos estudos nacionais citados anteriormente são similares a estudos internacionais. Um estudo realizado com pediatras nos Estados Unidos demonstrou que 90% deles acreditavam ser de sua responsabilidade reconhecer depressão em crianças e adolescentes. Entretanto, apenas 25% consideraram ser de sua responsabilidade realizar o tratamento. Outro dado que apresenta semelhança é que apenas 13% dos pediatras disseram ter confiança nas suas habilidades para tratar crianças e adolescentes com depressão (OLSON et al., 2001).

Outro estudo realizado em 2004 com pediatras, dessa vez investigando sua capacidade de reconhecimento e tratamento de diversos transtornos da infância e da adolescência, apresentou resultados similares. Mais de 80% responderam acreditar ser de responsabilidade do pediatra a identificação de transtornos como TDAH, transtornos alimentares, depressão infantil, abuso de substâncias na infância e problemas de comportamento. Porém, quando questionados sobre quais transtornos deveriam tratar, 70% dos pediatras disseram ser responsáveis apenas pelo tratamento de TDHA e se isentaram da responsabilidade de tratar qualquer outro transtorno (STEIN et al., 2008).

Esse breve resumo da literatura atual leva à conclusão de que é essencial o desenvolvimento de modelos educativos com pediatras

para diagnóstico e tratamento dos principais transtornos de saúde mental na infância e na adolescência. Dentre alguns modelos já desenvolvidos de capacitação de pediatras em outros países, o “Mental health communication skills for child and adolescent primary care” vem apresentando resultados significativos na capacitação desses profissionais (WISSOW et al., 2008).

Esse treinamento foi desenvolvido nos Estados Unidos pelo Dr. Lawrence Wissow, pediatra e psiquiatra da infância e da adolescência e mestre em saúde pública com especialidade na área da saúde mental da infância e da adolescência, em conjunto com outros dois professores americanos. O modelo tem como principais objetivos auxiliar profissionais da AP a reconhecer problemas de saúde mental em crianças e adolescentes, a lidar com questões emocionais e de comportamento básicas e a encaminhar corretamente os casos identificados (WISSOW et al., 2008).

A fundamentação desse programa é que, além de identificar os principais transtornos de saúde mental na infância e na adolescência, os profissionais da AP precisariam desenvolver habilidades de fácil aplicabilidade para convencer pais e filhos da importância da saúde mental, bem como estabelecer parcerias com as famílias para encontrar formas aceitáveis de tratamento, além de aumentar a expectativa de que o tratamento será efetivo e útil. Assim, resumidamente, os principais conceitos do treinamento “Mental health communication skills for child and adolescent primary care” são:

- » identificar e encaminhar casos de emergências médicas, sociais e psiquiátricas;
- » reconhecer e abordar problemas emocionais e de comportamento de crianças e adolescentes;
- » oferecer orientações relacionadas à saúde mental na infância e na adolescência que sejam compreendidas e bem aceitas

- pelos familiares (incluindo acompanhamento dos casos encaminhados, quando for necessário);
- » intervir visando reduzir conflitos e preocupações dos pais em relação a seus filhos;
 - » criar uma cumplicidade entre os profissionais e a população para aumentar a adesão às orientações e aos tratamentos propostos, assim como a satisfação dos pacientes e obter resultados dos tratamentos (WISSOW et al., 2008).

Tendo em vista que esse treinamento foi desenvolvido para a AP e seu conteúdo é baseado numa perspectiva desenvolvimentista por meio do atendimento continuado, contando com a confiança da população, e como a ESF é um programa nacional que apresenta princípios semelhantes, pode-se afirmar que esse modelo vai ao encontro das diretrizes do Ministério da Saúde.

CAPÍTULO 5

Prática educativa

A educação, nas últimas décadas, vem passando por um processo de mudança muito significativo, ou seja, os paradigmas atuais já não estão dando conta das relações, das necessidades e dos desafios sociais. Com isso, o modelo da sociedade industrial, que privilegia a cultura do ensino, vem se transformando no modelo denominado sociedade em rede, que dá ênfase à cultura da aprendizagem significativa, convergindo para um novo modelo educativo. O modelo educativo na sociedade industrial privilegia o ensino tecnicista, tendo como função preparar os indivíduos para o desempenho de papéis, de acordo com suas aptidões. Assim, a prática pedagógica vivenciada não apresenta relação com o cotidiano do aprendiz, pouco desperta a curiosidade e privilegia o acúmulo de conhecimentos, valores e normas da sociedade. O aprendiz passa a se desinteressar por não perceber o sentido do que está sendo ensinado. No modelo da sociedade em rede, aprender caracteriza-se por uma apropriação de conhecimento que se dá numa realidade concreta, isto é, parte-se da situação real vivida pelo aluno, que é apoiado pela presença mediadora e gestora do professor, procurando responder ao princípio da aprendizagem significativa (BEHAR, 2009).

Quando um aprendiz possibilita a interação de um novo conteúdo com sua estrutura cognitiva, e esse conteúdo adquire significado, ocorre a aprendizagem significativa, ou seja, o aprendiz

transforma o significado lógico do material pedagógico em significado psicológico, na medida em que esse conteúdo se insere de modo peculiar na estrutura cognitiva. Entretanto, cada indivíduo possui um modo específico e particular de fazer essa inserção, o que torna essa atitude um processo idiossincrático. Assim, duas pessoas aprendem significativamente o mesmo conteúdo, partilham os mesmos significados comuns sobre a sua essência e, no entanto, as opiniões pessoais e experiências prévias fazem com que o aprendizado seja diferenciado e significativo para cada um (ROMERO, 2006).

Em 1970, a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (Unesco) propôs a utilização do termo “andragogia” como a “formação ou educação permanente de adultos”. A andragogia não veio substituir a pedagogia, e sim complementá-la. A diferença central entre ambas é a quantidade e a qualidade de experiências de quem está aprendendo e o controle dos alunos sobre o processo de aprendizado e o ambiente (COLLINS, 2004). Já as singularidades da andragogia são representadas por: envolvimento dos alunos durante o planejamento, avaliação durante a aprendizagem, experimentação como etapa importante para o aprendizado, preferência por temas de relevância no trabalho e na vida profissional e o aprendizado centrado em problema (KNOWLES, 1970).

Na educação de adultos, é necessário observar quem são os atores envolvidos, em qual cenário estão inseridos, além de identificar quais os objetivos e as múltiplas possibilidades dos alunos. O adulto aprende aquilo que faz, aprende a fazer “fazendo”, utilizando dinamicamente a ação-reflexão-ação, dando significado e buscando a resolução de problemas encontrados em sua realidade concreta (RIZZO, 2002). Com isso, estão sempre propensos a aprender algo que contribua para suas atividades profissionais ou para resolver problemas reais (COLLINS, 2004).

Diversas variáveis interferem com o complexo processo que determina o aprendizado, por exemplo, o tipo de memória evocado. Aprendizes visuais preferem informações obtidas por meio de recursos ligados à representação por imagens: esquemas, gráficos e diagramas. Os que apresentam memória auditiva enfatizam a informação ouvida. Os cinestésicos necessitam estar envolvidos fisicamente, ou seja, gostam de interagir com os componentes, manipulá-los e experimentá-los. Na prática, a maioria das pessoas usa uma combinação desses diferentes tipos de memória, mas referem preferência por um deles (HAYDEN, 1999).

Nesse contexto, quando a educação se preocupa em desenvolver competências, os conteúdos deixam de ser um fim em si mesmos; o professor passa de transmissor do conhecimento a facilitador da aprendizagem; a avaliação, de classificatória e excludente, se transforma em instrumento para guiar intervenções pedagógicas; o aprendiz, antes passivo, vira participante ativo na construção do próprio conhecimento (FREIRE, 2009).

CAPÍTULO 6

Teleducação interativa

Várias são as sinonímias para definir a teleducação: educação mediada por tecnologia, educação a distância, educação não presencial, educação *on-line*, teleducação interativa, educação via internet e *e-learning* (RUIZ; MINTZER; LEIPZIG, 2006; CHAO, 2003; CHAO et al., 2003).

A teleducação não é uma invenção advinda do uso do computador ou do aparecimento da internet. Vários ensaios usando diferentes recursos, como correspondência, rádio e televisão, foram feitos no passado. Todavia, tanto o computador quanto a internet promoveram avanços nesse campo.

A teleducação interativa possibilita o uso de tecnologias interativas para ampliar as possibilidades de construção de conhecimentos, seja facilitando o acesso a materiais educacionais de qualidade, seja permitindo o acesso a centros de referência ou a estruturação de novas sistemáticas educacionais, por meio de educação a distância ou por meio de tecnologias de apoio à educação presencial (CHAO, 2008).

Diversos são os benefícios trazidos pela educação apoiada por tecnologia, tais como: velocidade no acesso à informação, rapidez de atualização de conteúdo, aprendizagem supervisionada, facilidade de distribuição da informação e flexibilidade na busca da informação. Essa prática tem sido particularmente inte-

ressante para adultos, pois favorece a interatividade, além de se adequar bem aos preceitos andragógicos (PAIXÃO, 2008).

Determinados fatores propiciam uma maior aprendizagem e retenção de conhecimento, mesmo que se possa aprender por diversos meios. Aprende-se mais em função do que se vê e menos por meio dos outros sentidos, do mesmo modo que se retém maior conhecimento quando se diz algo e quando isso é decorrente de uma ação. Assim, pode-se afirmar que os ambientes virtuais de aprendizagem são ferramentas potenciais para aprender, pois, ao navegar no ambiente, o aluno não só estará visualizando, participando, interagindo, cooperando, como construindo o conhecimento. Assim, existem diferenças de como ocorrem os processo de aprendizagem e de retenção do conhecimento conforme é demonstrado no Quadro 1.

QUADRO 1 • DESCRITIVO DE COMO SE APRENDE E COMO SE RETÉM O CONHECIMENTO

CONHECIMENTO	
Como se aprende	Como se retém
1,0% em função do gosto	10% do que se lê
1,5% em função do tato	20% do que se escuta
3,5% em função do olfato	30% do que se vê
11,0% em função da audição	50% do que se vê e escuta
83,0% em função da visão	70% do que se diz e se discute
	90% do que se diz e logo se faz

FONTE: MEHLECKE E TAROUCO (2003).

Outro aspecto relevante da teleducação é sua implicação quanto à desigualdade no acesso à educação de qualidade e sua flexibilidade no acesso. O uso da teleducação oferece diversas oportunidades a alunos com características pessoais, socioeconômicas e culturais distintas, como flexibilidade de tempo e de espaço

para cumprirem as tarefas acadêmicas conforme seus próprios interesses, gostos e necessidades, o que pode contribuir para a melhoria do processo de ensino-aprendizagem (VIANNA, 2009).

A situação no setor da saúde é complexa, e a utilização de ferramentas para a diminuição das desigualdades no território nacional representa a oportunidade para aumentar a eficiência dos serviços de saúde. A teleducação tem um alcance ilimitado e pode atingir profissionais que, por restrições econômicas ou impossibilidade de abandonar suas atribuições diárias, não tem acesso a congressos, eventos científicos ou outras fontes de informação para atualização profissional. A teleducação interativa pode ser um meio para a difusão do conhecimento dos grandes centros de pesquisa, facilitando o aperfeiçoamento profissional daqueles que residem em áreas distantes (CHRISTANTE et al., 2003). Uma meta-análise realizada por Cook et al. (2008) demonstrou que a teleducação voltada para profissionais de saúde, além das vantagens mencionadas acima, é, no mínimo, tão efetiva quanto a capacitação presencial.

A efetividade prática da teleducação foi confirmada pelo estudo de Ruiz, Mintzer e Leipzig (2006). Os resultados da pesquisa demonstraram que os participantes aprenderam de forma mais eficiente e com maior retenção de conteúdo. Os autores apresentam ainda outros benefícios em relação aos cursos presenciais, como reduções de viagens e de custos envolvidos no ensino e a facilidade de expansão em outras propostas educacionais, que podem trazer economias de até 50% frente aos cursos presenciais. Com relação aos quesitos motivacionais, os aprendizes mostraram-se mais satisfeitos com a teleducação do que com o modelo tradicional, além do fato de que ela pode atuar de forma complementar à educação presencial e não como sua substituta.

Empenhado com a mudança de qualidade no atendimento da saúde à população brasileira, em janeiro de 2007, por meio da portaria 35/GM/MS, o Ministério da Saúde instituiu o Programa

Nacional de Telessaúde, com o objetivo de desenvolver ações de apoio à assistência à saúde e, sobretudo, de educação permanente de Saúde da Família, visando a educação para o trabalho na perspectiva de mudanças de práticas que resultem na qualidade do atendimento da Atenção Primária do SUS (BRASIL, 2007b).

Desde então, diversos trabalhos e projetos pilotos foram realizados no Brasil com amplo sucesso, o que garantiu que, em outubro de 2011, o Ministério da Saúde publicasse a portaria 2.546, redefinindo e ampliando o programa, que passou a chamar-se Programa Nacional de Telessaúde Brasil Redes, com o objetivo de apoiar a consolidação das redes de atenção à saúde ordenadas pela Atenção Primária no âmbito do SUS. Entre as diversas ações propostas está a teleducação por meio da utilização de tecnologias da informação e comunicação (BRASIL, 2011b). O Telessaúde Brasil Redes é um programa que tem crescido a cada dia com investimentos das três esferas do governo, além de parcerias com instituições de ensino. Atualmente, existem 11 estados com Núcleos de Telessaúde Técnico-Científicos que atingiram, até julho de 2011, 974 municípios, onde 82.165 profissionais participaram de práticas educativas (BRASIL, 2011a).

CAPÍTULO 7

Objeto de aprendizagem e unidade de conhecimento

O objeto de aprendizagem representa um recurso, uma unidade, um instrumento que pode ser digital ou não, vinculado ou não à internet, com uma proposta voltada para a educação. Seu uso favorece a aquisição de conhecimentos, competências e habilidades (SEQUEIRA, 2009).

Os objetos de aprendizagem se configuram como construções virtuais programadas, que além de permitir designers, cores, movimentos, efeitos, são um novo tipo de instrução, utilizando outras linguagens de computação (ANTONIO JUNIOR; BARROS, 2005). São elementos baseados no computador e na internet e têm sido apontados pela literatura como uma solução eficiente para os problemas de redução de custo de desenvolvimento de conteúdo devido à sua grande capacidade de reutilização, ou seja, um objeto de aprendizagem desenvolvido é disponibilizado a outros instrutores que podem utilizá-lo de diferentes maneiras (MIRANDA; COSTA, 2009). A pluralidade de recursos midiáticos nos objetos de aprendizagem pode promover uma maior eficiência do processo educacional (NASH, 1999).

Segundo Martinez (2000), os objetos de aprendizagem devem ser desenhados usando um enquadramento conceitual inserido em teorias, estratégias e metodologias instrucionais. Caso

contrário, será apenas um objeto de conteúdo e não um objeto de aprendizagem. Assim, deve-se considerar que:

[...] para desenhar objetos com sucesso é necessário levar em conta os muitos fatores que impedem ou facilitam a aprendizagem, além de identificar e combinar as teorias, os enquadres conceituais, os processos, as relações, as metodologias, os tratamentos e os ambientes que melhor influenciem a aprendizagem de sucesso para diferentes tipos de aluno (MARTINEZ, 2000).

Portanto, é necessário o conhecimento e entendimento das diversas memórias para planejar melhor os objetos de aprendizagem, o que pode determinar ou não o êxito do processo de aprendizagem. Os princípios para a construção de objetos de aprendizagem buscam integrar a usabilidade do design e a usabilidade pedagógica (ANTONIO JUNIOR; BARROS, 2005).

O Projeto Homem Virtual é um exemplo de objeto de aprendizagem que utiliza recursos de comunicação visual por meio da computação gráfica 3D para transmitir conhecimentos de forma dinâmica (CHAO, 2008). Se a esse objeto de aprendizagem forem agregados recursos como roteirização de assuntos com inclusão de mensagens significativas, sonoplastia e narração para reforçar a transmissão de conhecimentos, formamos uma unidade de conhecimento (CHAO, 2011), ou seja, um recurso pedagógico interativo resultante da combinação de diferentes ferramentas multimídias, objetivando um processo de aprendizagem estruturado como uma rede de conceitos. O design estrutural da unidade de conhecimento considera que pessoas diferentes aprendem de formas diferentes e, para tanto, são utilizados fatos e informações das diversas esferas do conhecimento disponibilizadas por linguagens multimídias de vídeo, infográficos, *slides*, textos, exercícios, referências, em uma só página (BRASIL, 2011c).

CAPÍTULO 8

Capacitação em saúde mental na infância e na adolescência para profissionais da Atenção Primária

Um modelo de educação interativa sobre saúde mental na infância e na adolescência foi desenvolvido, implementado e avaliado para capacitar profissionais da Atenção Primária. O principal foco foi a construção de instrumentos educacionais interativos (audiovisual e website) e sua aplicação.

A capacitação foi organizada em dois módulos: a distância e presencial. A estruturação pedagógica foi baseada no contexto das competências, ou seja, buscando mobilizar um conjunto de recursos cognitivos como saberes, habilidades e informações para solucionar com eficácia situações diversas.

Para a definição das competências necessárias aos profissionais da AP foi necessário o estudo dos seguintes fatores:

- » identificação do papel e das funções do profissional da AP em relação à saúde mental na infância e na adolescência;
- » identificação dos principais problemas dos profissionais da AP em relação à saúde mental na infância e na adolescência

- para definição das competências necessárias ao atendimento clínico (conhecimentos e habilidades);
- » revisão da literatura para embasamento científico;
 - » estrutura dos assuntos e correlação com a prática clínica.

Módulo a distância

O planejamento do módulo a distância foi baseado em tecnologias educacionais interativas e no desenvolvimento de unidades de conhecimento. Os materiais foram desenvolvidos por uma equipe de profissionais de saúde, especialistas em saúde mental na infância e na adolescência, um médico especializado em telemedicina e teleducação interativa e profissionais das equipes de Design de Comunicação Educacional (DCE) e de desenvolvimento da disciplina de Telemedicina (DTM) da Faculdade de Medicina da USP.

Unidades de conhecimento

As unidades de conhecimento desenvolvidas foram: videomosaico, videoentrevista e tutorial animado.

1 Videomosaico:

Com a finalidade de prover informações sobre os transtornos mentais mais prevalentes na infância e na adolescência, foram elaborados quatro videomosaicos sobre ansiedade, depressão, transtorno de conduta e transtorno de déficit de atenção e hiperatividade. Além desses, outro videomosaico foi elaborado sobre os transtornos globais do desenvolvimento por serem os mais severos na faixa infância. O modelo educacional do videomosaico foi desenvolvido pelo Professor Chao Lung Wen, coordenador da disciplina de Telemedicina da FMUSP.

Para cada videomosaico foram elaborados roteiros com as informações científicas e clínicas mais relevantes de cada transtorno incluindo: 1. conceitos de normalidade *versus* patológico; 2. principais sintomas para reconhecimento do transtorno com base no DSM-IV e CID 10; 3. orientações aos profissionais de saúde sobre procedimentos e condutas no atendimento a crianças e adolescentes, seus familiares e profissionais da escola; 4. orientações sobre o encaminhamento mais adequado para os equipamentos de saúde do sistema público. O tempo médio de cada vídeo era de mais ou menos 10 minutos.

Os vídeos eram compostos por uma entrevista com um especialista em psiquiatria da infância e da adolescência, que abordava a definição de cada transtorno, orientações sobre procedimentos, condutas e encaminhamentos, além de infográficos (ilustrações) sobre os principais sintomas.

As ilustrações foram desenvolvidas por meio da decomposição de situações complexas em elementos significativos simples, ou seja, depois da seleção dos sintomas, cada um foi descrito por meio de situações cotidianas em ambientes escolares e familiares para um ilustrador da equipe de Design de Comunicação Educacional da DTM-FMUSP que desenvolveu as ilustrações. Esse processo foi um trabalho coletivo entre a equipe científica e a equipe de DCE-DTM-FMUSP. Para cada situação, foram feitas inúmeras modificações, quantas foram necessárias, para que as ilustrações representassem o mais fielmente possível cada sintoma, utilizando somente o recurso visual. No total, foram criadas 47 ilustrações, dentre elas, a Figura 1.

Depois da criação das ilustrações e da gravação das entrevistas, os vídeos foram editados segundo a concepção teórica do videomosaico.

A Tabela 1 apresenta o número de ilustrações e a duração de cada videomosaico.

FIGURA 1 • ILUSTRAÇÃO SINTOMA DE TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA

CRÉDITO: ILUSTRAÇÃO DE FÁBIO LUIZ U. MOINO.

TABELA 1 • NÚMERO DE ICONOGRAFIAS E DURAÇÃO DOS VIDEOMOSAICOS

VÍDEO	ICONOGRAFIAS (N)	DURAÇÃO (MINUTOS)
Depressão	9	7,54
Ansiedade	6	8,26
TDAH	13	11,32
Conduta	8	8,24
TGD	11	15,26
Total	47	50,62

FONTE: ELABORADA PELA AUTORA.

É importante deixar claro que para a realização de 50 minutos de vídeo foram necessárias 2500 horas de trabalho da equipe, desde a concepção da reflexão da ideia até a produção final de cada produto.

2 Videoentrevista:

Para explicar a organização do sistema brasileiro de saúde mental infantojuvenil, foram desenvolvidas duas videoentrevistas (média de 10 minutos cada) com um especialista na área.

O desenvolvimento da videoentrevista seguiu alguns passos padronizados, sendo o primeiro deles a elaboração de um texto com os principais tópicos, visando atingir os objetivos da capacitação, a saber: elaborar um material simples e objetivo sobre como está estruturado o sistema público de saúde mental da infância e da adolescência brasileiro e como melhor utilizá-lo. Inicialmente, estruturou-se um resumo com os seguintes assuntos: 1. organização do sistema de saúde mental na infância e na adolescência; 2. opções de encaminhamento de pacientes que necessitam de atendimento especializado; 3. localização de equipamentos de saúde disponíveis no Brasil de acordo com a Política Nacional de Saúde Mental; 4. atribuições dos profissionais de saúde da AP na saúde mental da infância e da adolescência; e 5. funções do CAPSi e NASF. Esse material foi encaminhado para a DCE-DTM-FMUSP que o transformou em modelo de questionário (pauta) com 15 perguntas.

Esse questionário foi encaminhado para o especialista, que respondeu por escrito cada uma das perguntas. A partir dessas respostas, a DCE-DTM-FMUSP, montou o roteiro final da entrevista. Por fim, ocorreu a gravação com posterior edição da entrevista, realizada por profissionais de audiovisual da DCE-DTM-FMUSP. Vale ressaltar que a primeira versão da entrevista resultou em um vídeo bruto de 90 minutos, o qual, editado, gerou os dois vídeos descritos anteriormente.

3 Tutorial animado:

Tutorial na informática é definido como uma série de instruções que explicam o funcionamento de determinado programa.

O tutorial animado é um recurso interativo que, baseado na internet, ensina, em tempo real, o passo a passo de um determinado procedimento, utilizando recursos visuais e/ou auditivos. Assim, foi desenvolvido um tutorial animado do instrumento estruturado, o “Strenghts and difficulties questionnaire” (SDQ), para explicar os preenchimentos, as pontuações e o cômputo geral do questionário utilizando o programa Adobe Captivate 5.0, composto por 46 slides com duração de 11 minutos.

O SDQ, traduzido para o português como Questionário de Capacidades e Dificuldades, é um instrumento de rastreamento de saúde mental na infância e na adolescência validado no Brasil em 2000 (FLEITLICH-BILYK; CORTÁZAR; GOODMAN, 2000). Por ser um questionário de preenchimento rápido, fácil e gratuito pode ser de grande utilidade para os profissionais da AP.

Esse questionário é composto por 25 itens divididos em cinco subescalas: problemas do comportamento pró-social, hiperatividade, problemas emocionais, de conduta e de relacionamento. Cada subescala apresenta cinco itens que podem ser respondidos como falso, mais ou menos verdadeiro ou verdadeiro. Cada item recebe uma pontuação específica, e a soma de cada escala e a soma total permitem a classificação da criança ou do adolescente em três categorias: desenvolvimento normal, desenvolvimento limítrofe ou anormal. Nas subescalas (hiperatividade, problemas emocionais, de conduta e de relacionamento), quanto maior a pontuação, maior o número de sintomas, enquanto na subescala de comportamento pró-social, quanto maior a pontuação, menor é a quantidade de sintomas. O SDQ apresenta três versões diferentes, pois pode ser aplicado nos pais, nos professores e nos próprios adolescentes entre 11 e 16 anos.

Ferramenta interativa

Como ferramenta interativa nessa capacitação, a lista de discussão foi incorporada para promover a interação entre os partici-

pantes de forma assíncrona, com participação voluntária, não obrigatória. A lista de discussão tinha como objetivo ser um espaço de troca de experiências entre os participantes e a coordenação e entre os próprios participantes, bem como um local para resolução de problemas e dúvidas. Durante toda a capacitação, a lista de discussão ficou disponível.

Ambiente interativo de aprendizagem

Para o módulo a distância, foi desenvolvido um ambiente interativo de aprendizagem (AI-A) que permitiu a disponibilização dos conteúdos como vídeos e tutorial animado e a interação dos participantes em lista de discussão, além do preenchimento de questionários de avaliação.

O ambiente interativo de aprendizagem foi gerenciado por um tutor eletrônico direcionado ao controle do conteúdo científico, à participação dos profissionais durante a capacitação, ao desempenho do aluno e à participação da lista de discussão.

Os participantes tiveram acesso por meio do uso de senha, o que garantiu uso exclusivo dos participantes da capacitação. A hospedagem do AI-A foi programada em servidor com domínio da internet da DTM-FMUSP. A infraestrutura tecnológica foi desenvolvida pela equipe de desenvolvimento e web designer da DTM-FMUSP com a utilização das seguintes linguagens, *softwares* e banco de dados: Microsoft Visual Studio 2010 – programa de desenvolvimento de aplicativos –, Microsoft Expression Web 4 – *software* utilizado para criar o website –, Adobe Photoshop – editor de imagem –, ASP. Net – plataforma para o desenvolvimento do sistema –, Ajax e C# – linguagens – e Micro SQL Server – sistema de gerenciamento de dados.

MÓDULO PRESENCIAL

O módulo presencial foi baseado no treinamento “Mental health communication skills for child and adolescent primary care” de

autoria do Dr. Lawrence Wissow, da Universidade Johns Hopkins (WISSOW et al., 2008).

Esse treinamento foi readaptado para a realidade brasileira por nossa equipe junto com o Dr. Lawrence Wissow, em 2011, e nomeado “Técnicas de comunicação para lidar com a saúde mental de criança e adolescentes na Atenção Primária”.

A readaptação constou de: 1. novas aulas presenciais em *slides*; 2. inclusão de material específico sobre os transtornos mais prevalentes na infância; 3. nova formatação do treinamento para aplicação em oito horas.

O módulo presencial teve duração de oito horas e foi composto principalmente por metodologias ativas com recursos audiovisuais simples, como *slides* no programa PowerPoint, vídeos e *role plays*.

Os objetivos dessa etapa da capacitação foram ajudar os profissionais a entender as principais necessidades na área da saúde mental infantojuvenil, incluindo técnicas para: 1. reconhecer e abordar as necessidades de saúde mental; 2. elaborar sessões com finalidades terapêuticas com crianças e adolescentes desiludidos, desmotivados ou irritados; 3. aconselhar crianças, adolescentes e seus pais sobre como lidar com problemas emocionais e de comportamento conjuntamente; 4. propor recomendações terapêuticas, inclusive encaminhamentos, que possam ser bem aceitos e seguidos; 5. propor estratégias de acompanhamento dessas famílias visando um plano para diminuir conflitos e dificuldades; e 6. adquirir confiança para ajudar as famílias e as crianças com problemas de saúde mental, e, conseqüentemente, gerar com elas um elo de confiança a partir de experiências de sucesso e a longo prazo.

Para que os profissionais pudessem alcançar os objetivos propostos, cada uma das habilidades citadas a seguir foram discutidas, uma a uma, a partir do modelo teórico com textos base até a prática diária por meio de vídeos com situações reais e *role plays*. As habilidades foram as seguintes:

- » envolver todas as pessoas presentes na consulta (adultos, crianças e adolescentes);
- » explorar de forma eficiente as principais preocupações e os problemas considerados mais relevantes;
- » estabelecer uma estratégia conjunta para o desenrolar da consulta;
- » administrar divergências entre membros da família/paciente;
- » responder a manifestações muito emocionais;
- » propor um diagnóstico e orientar;
- » administrar o desânimo e a falta de perspectivas no manejo de problemas;
- » administrar resistências ao diagnóstico e tratamento;
- » lidar com pacientes insatisfeitos, revoltados, agressivos com o contexto do atendimento.

AVALIAÇÃO DA CAPACITAÇÃO

Como parte do modelo educacional interativo, foram realizadas as avaliações objetiva, subjetiva e de atitude e práticas. Os instrumentos utilizados foram desenvolvidos especificamente para essa capacitação.

A avaliação objetiva foi realizada por meio de um questionário elaborado com questões de múltipla escolha, com a finalidade de identificar o grau de conhecimento de cada participante sobre transtornos mentais na infância e na adolescência e a organização do sistema de saúde mental no Brasil. Foi aplicado antes e imediatamente depois do módulo a distância.

A avaliação de atitude e prática foi desenvolvida com base no “Knowledge, attitude and practice survey” (KAP), modelo de questionário utilizado há mais de 40 anos por governos, organizações não governamentais e importantes agências, como as Nações Unidas e o Banco Mundial, com a finalidade de avaliar possíveis mudanças de conhecimento, atitudes e práticas em resposta a uma determinada intervenção (WORLD HEALTH ORGANIZATION,

2008). Os estudos que utilizam o KAP buscam descrever o quanto os sujeitos sabem sobre um determinado assunto investigado, como se sentem frente a ele e como se comportam na presença de determinadas situações. Assim, permitem mensurar não apenas o nível de conhecimento, mas a forma como atuam frente a determinados problemas e as barreiras para melhor lidar com eles (KALIYAPERUMAL; EXPERT, 2004). Nesse sentido, esse tipo de medida amplia o escopo da mensuração, incluindo componentes mais singulares e pragmáticos às medidas de avaliação, permitindo avaliar desde a compreensão de conceitos, passando pela dimensão emocional relacionada ao domínio afetivo, até a tomada de decisão para a execução de uma ação (MARINHO et al., 2003).

Para essa capacitação, o KAP abarcou itens como: aptidão para diagnosticar transtornos mentais na infância e na adolescência, estar confortável para tratar crianças e adolescentes com problemas de saúde mental, entre outros. Os itens foram aplicados antes de iniciar o módulo a distância e depois do módulo presencial.

Por fim, um questionário com perguntas de múltipla escolha foi aplicado no final do módulo presencial para avaliação subjetiva da capacitação. Esse questionário continha perguntas sobre a opinião dos participantes a respeito da capacitação sob diversos aspectos, entre eles: 1. a dinâmica e o formato da capacitação; 2. a metodologia utilizada nos módulos a distância e presencial; 3. o material didático desenvolvido; e 4. a interatividade entre os participantes e a equipe de coordenação.

Os objetivos principais dessa avaliação subjetiva foram: conhecer a opinião dos participantes sobre a qualidade de cada etapa da capacitação, visando o seu aprimoramento e, ao mesmo tempo, procurando saber o quanto ela é aplicável e útil na rotina profissional de médicos e enfermeiros da AP.

Nesse questionário foram incluídas também perguntas específicas sobre as condições de trabalho nas UBS para atendimento de crianças e adolescentes com problemas de saúde mental.

Depois da finalização do módulo a distância, foi solicitado a cada participante que fizesse um texto-síntese com, no máximo, 500 palavras sobre os principais conteúdos apresentados no módulo a distância.

METODOLOGIA DA CAPACITAÇÃO

Descreveremos, neste item, a dinâmica da capacitação desenvolvida.

O primeiro passo para a realização da capacitação é o contato com o órgão gestor das UBS e a seleção daquelas que têm o programa ESF. Em seguida, as equipes de saúde da família (médicos e enfermeiros) são selecionados pelos coordenadores.

Cada participante recebe por e-mail as orientações iniciais e se cadastra no site no qual o ambiente interativo de aprendizagem está hospedado.

Como primeira atividade do módulo a distância, os participantes têm três dias para preencher os questionários iniciais de conhecimento e o KAP. Depois do preenchimento dos dois questionários, o material interativo é liberado e os participantes têm duas semanas para acessá-los. Durante esse período, a lista de discussão está ativa. Ao final das duas semanas, os participantes devem preencher o questionário de conhecimento novamente e entregar um texto com, no máximo, 500 palavras sobre os principais aprendizados do módulo a distância.

Deve haver uma pausa entre o módulo a distância e o módulo presencial de, no mínimo, duas semanas e no máximo de um mês. Esse período é fundamental para que os profissionais, além de assimilar o conhecimento do módulo a distância, possam perceber na prática diária possíveis casos que devem ser tratados.

O módulo presencial “Técnicas de comunicação para lidar com a saúde mental de crianças e adolescentes na Atenção Primária” tem duração de oito horas e deve ter, no máximo,

16 participantes. É obrigatória a presença do médico e do enfermeiro da mesma equipe. Ao final da capacitação presencial, os questionários KAP – conhecimentos, atitudes e práticas e avaliação subjetiva da capacitação – devem ser preenchidos por todos os participantes. O Quadro 2 resume a dinâmica desenvolvida para a capacitação.

QUADRO 2 • DINÂMICA DA CAPACITAÇÃO

MÓDULO	ATIVIDADE	INSTRUMENTO	TEMPO
A distância	Avaliação sobre os conhecimentos, atitudes e práticas de saúde mental da infância e da adolescência e organização do Sistema de saúde mental no Brasil (pré-capacitação)	» Questionário de avaliação de conhecimentos » Questionário de avaliação de conhecimentos, atitudes e práticas (KAP)	3 dias
	Capacitação sobre transtornos mentais da infância e da adolescência, organização do sistema de saúde mental no Brasil, instrumentos de rastreamento (SDQ, ASQ)	» Vídeos » Tutorial animado » Lista de discussão	14 dias
	Avaliação sobre os conhecimentos de saúde mental da infância e da adolescência e organização do sistema de saúde mental no Brasil (pós-capacitação)	» Questionário de avaliação de conhecimentos » Texto de 500 palavras	7 dias

CAPACITAÇÃO EM SAÚDE MENTAL NA INFÂNCIA E NA ADOLESCÊNCIA
PARA PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

77

Presencial	Capacitação sobre "Técnicas de comunicação para lidar com a saúde mental de crianças e adolescentes na Atenção Primária"	» Aulas expositivas » Slides em PowerPoint » Vídeos	8 horas
	Avaliação de conhecimento, atitude e prática KAP (pós-capacitação)	» Questionário de conhecimento, atitude e prática (KAP)	
	Avaliação subjetiva da metodologia da capacitação	» Questionário de avaliação da capacitação	

FONTE: ELABORADO PELA AUTORA.

CAPÍTULO 9

Projeto piloto – aplicação da capacitação em São Paulo

A capacitação foi realizada, como projeto piloto, em cinco UBS da microrregião Butantã/Jaguaré, zona oeste da cidade de São Paulo, administradas pelo Projeto Região Oeste da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Todas as UBS têm o programa Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Depois do apoio e da indicação das UBS por parte da coordenação do Projeto Região Oeste, entrou-se em contato com os gerentes de cada UBS e foi agendada uma reunião com as equipes de saúde da família (SF). Nossa equipe foi até as 5 UBS (Vila Dalva, Jardim D'Abril, Jaguare, São Jorge e Jardim Boa Vista) e participou, em cada uma delas, da reunião técnica que semanalmente é realizada entre os profissionais da UBS e gestores. Nessa reunião, foi explicado a todos os profissionais sobre a capacitação, sua metodologia e a forma de seleção dos participantes, além de uma breve conversa sobre como os profissionais lidavam com a questão da saúde mental na infância e na adolescência e se achavam interessante uma capacitação sobre esse assunto. Em seguida, os gerentes de cada UBS sortearam as equipes que participariam da capacitação e encaminharam a lista com nomes e e-mails pessoais para a coordenação da capacitação.

Em cada UBS foram sorteadas metade das equipes, sendo obrigatória a participação do médico e do enfermeiro da mesma equipe.

Durante esse período, também ocorreram duas reuniões entre a coordenação da capacitação e as equipes do NASF que atendem a essas UBS para explicar os objetivos do estudo. Essa demanda partiu dos profissionais do NASF que, como equipamento parceiro das UBS em ações no campo da saúde mental, mostraram-se interessados em saber sobre nossa proposta.

A Tabela 2 apresenta a distribuição dos profissionais capacitados por UBS.

TABELA 2 • DISTRIBUIÇÃO DE PROFISSIONAIS POR UBS

UBS	EQUIPES	MÉDICOS	ENFERMEIROS
Vila Dalva	3	3	3
Jardim D'Abril	2	2	2
Jaguaré	2	2	2
São Jorge	3	3	3
Jardim Boa Vista	3	2	3
Total	13	12	13

FONTE: ELABORADA PELA AUTORA.

Um médico indicado pela coordenação não participou da capacitação por problemas de saúde.

Dos 25 participantes, 6 profissionais eram do sexo masculino e 19 do sexo feminino, a média de idade foi de 34,22 anos (DP = 6,96). A grande maioria, 88%, informou ter especialização em saúde da família e apresentava mais de 10 anos de formação.

Em posse da lista de todos os sorteados a participar da capacitação, foi encaminhado um e-mail individual a cada um deles com as instruções de como se cadastrar no ambiente virtual, além de outras orientações sobre a capacitação.

Depois de se cadastrarem no site “Estação Digital Médica”¹, os participantes tiveram três dias para preenchimento dos questio-

1 Disponível em: <<http://www.edm.org.br>>.

nários iniciais: 1. de conhecimento; e 2. KAP – conhecimento, atitude e prática. Depois do preenchimento dos dois questionários, o acesso ao material interativo do módulo a distância (vídeos, tutorial animado e lista de discussão) foi automaticamente liberado e, durante duas semanas, os participantes puderam ter acesso a eles.

Ao final dessas duas semanas, os participantes preencheram o material pós-teste: 1. questionário de conhecimento; 2. um texto com, no máximo, 500 palavras sobre os principais aprendizados do módulo a distância.

Quando comparados os questionários de conhecimento antes e depois do módulo a distância, foi observado um ganho de conhecimento estatisticamente significativo ($p < 0,01$) entre todos os participantes.

Ao comparar individualmente, por participante, o número de acertos do questionário, notou-se que 19 participantes aumentaram o nível de conhecimento, três pioraram e três mantiveram-se no mesmo nível (Gráfico 1).

A média de acertos também foi comparada em relação aos grupos de médicos e enfermeiros, e observou-se que os médicos apresentaram um nível maior que o dos enfermeiros, tanto

GRÁFICO 1 • AQUISIÇÃO DE CONTEÚDO POR PARTICIPANTE ANTES E DEPOIS DO MÓDULO A DISTÂNCIA

FONTE: ELABORADO PELA AUTORA.

antes quanto depois da capacitação. Entretanto, o aumento foi similar nos dois grupos, conforme demonstrado no Gráfico 2, o que mostra que a capacitação a distância apresentou resultados positivos para ambos os grupos, ou seja, médicos e enfermeiros aumentaram seu conhecimento igualmente.

GRÁFICO 2 • COMPARAÇÃO DAS MÉDIAS DE ACERTO ANTES E DEPOIS DA CAPACITAÇÃO ENTRE MÉDICOS E ENFERMEIROS

FONTE: ELABORADO PELA AUTORA.

Esses dados de análise dos resultados específicos do conhecimento nos mostram a eficácia de uma metodologia inovadora utilizada no módulo a distância, na qual foram aplicados exclusivamente materiais didáticos multimídia e ferramentas interativas.

Os textos entregues pelos profissionais tinham como objetivo conhecer um pouco mais os conteúdos absorvidos pelos participantes para poder nortear o módulo presencial. Entretanto, eles não só cumpriram seu objetivo como também mostraram o interesse e a necessidade de capacitação dos profissionais, como podemos ver nos trechos a seguir.

Bem, gostei muito de ter participado do curso de capacitação de saúde mental da criança e do adolescente. Pude perceber vários sintomas que

nos deparamos durante todos os dias nas consultas de rotina, os quais precisamos ligar uns com os outros pra entender o porquê dos comportamentos de crianças e adolescentes, antes do encaminhamento da escola ou queixas dos pais que procuram ajuda. Achei um ótimo instrumento o SDQ, não conhecia, sendo algo mais palpável do que um relato familiar ou encaminhamento da escola. Notei a importância da articulação entre ESCOLA – UBS – FAMÍLIA. Muitas vezes, a grande maioria, a família não tem a mínima estrutura pra poder entrar numa estratégia em relação à criança ou ao adolescente. Quantas e quantas crianças ficam só, em casa, tomando “conta” de outros irmãos, pois seus pais estão trabalhando, saem cedo e chegam no início da noite. Como criar um vínculo? O que fazer se a mãe e o pai “faltam” no trabalho pra levar a criança em consulta médica? Eles necessitam de um atestado, porque senão perdem a cesta básica. Essas são as mesmas famílias que têm dificuldades pra levá-los ao psicólogo, terapeuta, psiquiatra ou à UBS. O diagnóstico, o “tentar” criar um plano de ação, achei ótimo. Durante essas duas semanas, já avaliei de forma diferente algumas crianças, mas o que me deixa preocupada é como atingir o contexto familiar, tão difícil. Como eleger alguém responsável pela criança se, muitas vezes, os pais ainda são os adolescentes (Médico).

O panorama da saúde mental no Brasil vem aos poucos se modificando de maneira positiva graças a ações que permitiram mostrar às pessoas que muito pouco se fazia para desmistificar e retirar o rótulo que envolvia o portador de qualquer transtorno que envolvesse a saúde mental.

Nos dias de hoje, o que temos observado trabalhando na atenção básica é, de certa forma, o despreparo que temos em tratar de assuntos relacionados à saúde mental. Em especial, temos recebido muitos encaminhamentos de escolas pedindo ajuda com alunos que apresentam “transtornos de comportamento”, “dificuldade no aprendizado”, “síndrome de Peter Pan” etc. (só para citar alguns poucos!).

Em geral, realizamos o atendimento da criança/jovem e sentimos que falta um algo mais na abordagem. Não fomos devidamente treinados

na graduação para essa demanda que vem crescendo e nos desafiando a cada dia.

Os conteúdos explanados a distância na capacitação em saúde mental da infância e da adolescência nos fez perceber que há um eixo estruturado e bem delineado para esses atendimentos desde a Atenção Primária até o seguimento especializado quando necessário. O grande problema é que muitos profissionais desconhecem esses fluxos e acabam não diagnosticando e subnotificando casos graves.

Observamos também a importância das ações intersetoriais com a escola, saúde da família, conselho tutelar e CAPS. Não podemos esquecer da família nesse contexto, da importância da sua coparticipação no processo saúde-doença.

Os instrumentos para auxílio na avaliação da criança/adolescente são bastante específicos, porém necessitam de capacitação para serem aplicados, assim como as pontuações.

A possibilidade do aprendizado e conhecimento da rede de apoio e da importância da ação conjunta entre atenção básica e serviço de referência trará qualidade e resolubilidade refletindo na melhoria da qualidade de vida de nossas crianças e jovens (Enfermeiro).

Aprendi a avaliar melhor, observar com outro olhar uma criança ou um adolescente. Avaliando melhor o histórico trazido para a consulta de enfermagem, com novos padrões comportamentais.

À minha prática como enfermeira, foi acrescentando o aprendizado sobre depressão, hiperatividade, desvio de conduta, problemas de socialização, como detectar problemas de transtorno de ansiedade, o que pensar quando uma criança ou adolescente apresenta dificuldades na escola, desvios comportamentais, queixas evasivas de dor sem reflexos patológicos.

Na minha prática, já recebi muitas crianças e adolescentes com queixas muito semelhantes às aprendidas no curso a distância. Essas queixas eram tratadas como falta de estímulo em casa por ter pais analfabetos, ficar sob cuidados de outra criança ou adolescente

poucos anos mais velha, pais que saem cedo e retornam tarde, dificuldades financeiras, na escola, muitos alunos para atenção e observação de um professor. As queixas eram sempre:

“A professora diz que essa criança é muito ‘arteira’”.

“Essa criança não faz nada em casa para ajudar, é muito relaxada”.

“Esse(a) menino(a) é assim mesmo, fica sempre ‘na dele(a)’”.

“Eu também era assim quando criança”.

Os pais acreditam que o desvio de comportamento seja algo natural da infância e da adolescência.

Agora posso entender essas queixas e aprimorar a escuta para os diversos transtornos relacionados à saúde mental das crianças e dos adolescentes, nessa primeira fase do aprendizado, podendo, posteriormente, encaminhar devidamente os casos selecionados ou não para atendimento nos CAPSi com profissionais habilitados (Enfermeira).

Para o módulo presencial, os profissionais foram divididos em dois grupos, sendo o primeiro composto por profissionais de três UBS e o segundo com o restante dos profissionais. Uma médica e um enfermeiro não participaram da capacitação presencial por estarem de férias. Por questões circunstanciais da dinâmica das UBS, o primeiro grupo recebeu o módulo presencial “Técnicas de comunicação para lidar com a saúde mental de criança e adolescentes na Atenção Primária” logo após a finalização do módulo a distância, enquanto a segunda turma foi capacitada três meses após a finalização do módulo a distância. A capacitação presencial foi de oito horas, e ambos os grupos foram regidos pelo mesmo profissional. Ao final da capacitação presencial os questionários KAP – conhecimentos, atitudes e práticas – e de avaliação subjetiva da capacitação foram preenchidos por todos os participantes.

O KAP, como descrito no capítulo anterior, é um questionário que abrange conhecimentos, atitudes e práticas. Para sua análise foi considerado o KAP total (com todas as afirmativas) e três

domínios: conhecimento (afirmativas referentes ao conhecimento), atitudes (afirmativas relacionadas às atitudes) e práticas (afirmativas relacionadas à prática).

Quando analisado o KAP dos participantes como um todo, antes e depois da capacitação, a média da somatória das afirmativas teve um aumento estatisticamente significativo tanto no KAP total ($p < 0,01$) como nos três outros domínios: conhecimento ($p < 0,01$), atitudes ($p < 0,01$) e práticas ($p = 0,02$).

Como complementação de análise dos resultados, foi verificado se havia diferença nos domínios do KAP por categoria profissional, antes e depois da capacitação. Os resultados demonstraram que médicos tinham um nível médio mais alto antes da capacitação nas afirmativas de KAP total, atitudes e práticas, enquanto no domínio conhecimento a média era similar a dos enfermeiros. Depois da capacitação, em todas as categorias houve aumento de forma similar entre médicos e enfermeiros, ou seja, estatisticamente significativa (gráficos 3, 4, 5 e 6).

GRÁFICO 3 • COMPARAÇÃO DA SOMATÓRIA DAS AFIRMAÇÕES ANTES E DEPOIS DA CAPACITAÇÃO ENTRE MÉDICOS E ENFERMEIROS NO KAP TOTAL

FONTE: ELABORADO PELA AUTORA.

GRÁFICO 4 • COMPARAÇÃO DA SOMATÓRIA DAS AFIRMAÇÕES ANTES E DEPOIS DA CAPACITAÇÃO ENTRE MÉDICOS E ENFERMEIROS NO KAP CONHECIMENTO

FONTE: ELABORADO PELA AUTORA.

GRÁFICO 5 • COMPARAÇÃO DA SOMATÓRIA DAS AFIRMAÇÕES ANTES E DEPOIS DA CAPACITAÇÃO ENTRE MÉDICOS E ENFERMEIROS NO KAP ATITUDE

FONTE: ELABORADO PELA AUTORA.

GRÁFICO 6 • COMPARAÇÃO DA SOMATÓRIA DAS AFIRMAÇÕES ANTES E DEPOIS
DA CAPACITAÇÃO ENTRE MÉDICOS E ENFERMEIROS NO KAP PRÁTICA

Fonte: Elaborado pela autora.

O aumento dos escores foi mais expressivo na somatória total do que nos domínios, enquanto entre os três domínios específicos, a mudança de atitude foi a que se mostrou mais significativa. O desafio da educação em saúde mental para médicos que atuam na AP tem sido desenvolver métodos que atuem na dimensão afetiva do aprendizado, levando à mudança de atitude, o que vai muito além da simples aquisição do conhecimento (BALLESTER et al., 2005). A mudança de atitude é um dos passos primordiais para a mudança de uma ação. Contudo, a atitude é composta essencialmente por opiniões, sentimentos, predisposições e crenças; já a prática é a tomada de decisão para executar a ação (MARINHO et al., 2003).

Assim, as afirmativas do KAP que mais mostraram sensibilidade à mudança foram as relacionadas à atitude e, em seguida, as relacionadas à prática, o que sugere que a capacitação como um todo funcionou para que os profissionais pudessem começar a pensar e tratar a saúde mental na infância e na adolescência com um novo olhar. No que concerne à essência do processo educativo, a capacitação deve considerar, sobretudo, a possibilidade de

uma mudança efetiva no comportamento dos profissionais (ROSCHE; DAVINI; HADDAD, 1993). Sabemos que a mudança na prática clínica precede principalmente a mudança de atitudes e do conhecimento adquirido.

Do mesmo modo, em todas as análises realizadas nos questionários, concluímos que os aprendizados e as mudanças de atitudes e de práticas ocorreram tanto nos médicos quanto nos enfermeiros, sem diferença entre os grupos, ou seja, podemos inferir que a capacitação foi efetiva, agregando conhecimentos e valores independentemente da formação e da função profissional a ser realizada.

No atendimento à saúde mental, existem funções que são exclusivas dos médicos, como diagnóstico e prescrição de medicação, porém a maioria das ações deve ser realizada no formato multidisciplinar. Conduzir adequadamente uma entrevista é tão importante para os enfermeiros quanto para os médicos. Portanto, se os enfermeiros souberem reconhecer os sintomas dos transtornos mentais na infância e na adolescência mais prevalentes, poderão orientar os pacientes e suas famílias, assim como referenciá-los corretamente, quando necessário.

Adotar uma postura de escuta ativa, no sentido de buscar compreender o que está acontecendo com o paciente e o modo como seus problemas são vistos tanto pelo próprio paciente quanto por sua família, também pode ser feito por ambos os profissionais, bem como a utilização de escalas estruturadas no diagnóstico. Por fim, os enfermeiros podem desenvolver ações de saúde mental no tratamento de casos, encorajando a aderência ao tratamento, monitorando os efeitos colaterais de medicamentos, avaliando as respostas às medicações, ajudando no tratamento de apoio e nas estratégias de terapia cognitivo-comportamental e encaminhando para grupos de autoajuda (PEREIRA, 2007), contribuindo muito para a assistência à saúde mental de crianças e adolescentes da AP.

Por fim, a capacitação foi bem avaliada pelos participantes em diversos aspectos. Em relação ao tempo de duração, no módulo a

distancia, 86,8% avaliaram como excelente e boa e, no módulo presencial, 60,8%.

Quanto à qualidade do material de conteúdo científico em relação à facilidade do entendimento e utilidade nas situações do dia a dia, 95,7% dos participantes avaliaram os vídeos como excelentes e bons, assim como 85,8% o fizeram em relação ao tutorial do SDQ.

A avaliação da aplicabilidade prática dos objetivos da capacitação foi 52,5% boa e 34,8% excelente, resultado similar na avaliação das situações apresentadas na capacitação presencial, 60,9% consideraram excelente e 39,1% boa.

Em relação a quais partes da avaliação os participantes consideraram mais útil para o seu aprendizado: 43,5% apontaram os vídeos como muito bons e 47,8% como bons. Já a discussão com o treinador durante o módulo presencial foi considerada muito boa por 36% e boa por 47% dos participantes.

Por fim, foi questionado aos participantes se eles fariam outras capacitações com a mesma sistemática e 87% responderam que sim e 12% que talvez.

Com os resultados relacionados à avaliação subjetiva da capacitação, da aquisição de conhecimento, bem como da mudança de atitudes e práticas dos profissionais depois da capacitação, podemos afirmar que a proposta é possível de ser realizada e de baixo custo, o que vai de encontro com a necessidade de capacitações em larga escala. Entretanto, é importante lembrar que é uma capacitação breve e pontual, sem a continuidade e o acompanhamento dos profissionais. Assim, para melhorar ainda mais essa proposta, acreditamos ser extremamente importante estruturar uma rede de apoio virtual ao final da capacitação para que os participantes possam ter orientações, suporte para dúvidas que aparecerão durante a clínica diária, discussão de casos e possível atualização de informações, transformando a capacitação pontual em educação continuada.

Referências

AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION: DSM-IV. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

ANSELM, L. et al. Prevalence of psychiatric disorders in a Brazilian birth cohort of 11-year-olds. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, v. 45, p. 135-142, 2010.

ANTONIO JUNIOR, W.; BARROS, D. M. V. Objetos de aprendizagem virtuais: material didático para a educação básica. 2005. Disponível em: <<http://www.abed.org.br/congresso2005/por/pdf/006tcc1.pdf><http://www.periodicos.ufsc.br/index.php/eb/article/view/104/5247>>. Acesso em: 20 jul. 2010.

ASBAHR, F. R. Transtornos ansiosos na infância e adolescência: aspectos clínicos e neurobiológicos. *Jornal de pediatria*, v. 80, supl. 2, p. 28-34, 2004.

BALLESTER, D. A. et al. The general practitioner and mental health problems: challenges and strategies for medical education. *Medical Journal*, v. 123, n. 2, p. 72-76, 2005.

BEHAR, P. A. *Modelos pedagógicos em Educação a distância*. Porto Alegre: Artmed, 2009.

BERNSTEIN, G. A.; BORCHARDT, C. M.; PERWIEN, A. R. Anxiety disorders in children and adolescents: a review of the past 10 years. *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, v. 35, n. 9, p. 1110-1119, 1996.

BORDIN, I. A. S.; OFFORD, D. R. Transtorno da conduta e comportamento anti-social. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 22, supl. II, p. 12-25, 2000.

BRAGA, I. F. A sociedade civil e as políticas de saúde no Brasil nos anos 80 à primeira década do sec. XXI. In: MOROSINI, M. V. G. C.; REIS, J. R. F. *Sociedade, estado e direito à saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

BRASIL. *Relatório VIII Conferência Nacional de Saúde*. 1986. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/relatorioIconferencianacionaldesaudebucal.doc>>. Acesso em: 5 abr. 2010.

_____. Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990. Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 20 set. 1990a. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/legislacao/index.htm>>. Acesso em: 5 abr. 2010.

_____. Lei n. 8142, de 28 de dezembro de 1990. Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 29 dez. 1990b. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/legislacao/index.htm>>. Acesso em: 5 abr. 2010.

_____. Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e direciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 9 abr. 2001. Seção 1. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/lei10216.pdf>>. Acesso em: 5 abr. 2010.

_____. Ministério da Saúde. *Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS. *Para entender a gestão do SUS*. Brasília: CONASS, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde Mental o SUS: os Centros de Atenção Psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde, 2004.

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*, de 5 de outubro de 1988. 25. ed. São Paulo: Atlas, 2005.

_____. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica*. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 35, de 4 de janeiro de 2007b. Institui o Programa Nacional de Telessaúde. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2007/GM/GM-35.htm>>. Acesso em: 19 jan. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde na escola. *Diretrizes do Nasf – Núcleo de Apoio a Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão no trabalho e educação na saúde. *Telessaúde Brasil Redes*, 2011a. Disponível em: <http://www.telessaudebrasil.org.br/agendas/seminac2/public/documents/2_Ana_Hadad-155412.pdf>. Acesso em: 19 jan. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.546, de 27 de outubro de 2011b. Redefine e amplia o Programa Telessaúde Brasil, que passa a ser denominado Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes (Telessaúde Brasil Redes). Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/110256-2546.html>>. Acesso em: 21 jan. 2012.

_____. Biblioteca Virtual em Saúde. Glossário da Rede Telessaúde Brasil. 2011c. Disponível em: <<http://www.telessaudebrasil.org.br/glossario/>>. Acesso em: 27 mar. 2012.

BRUMARIU, L. E.; KERNS, K. A. Parent-child attachment and internalizing symptoms in childhood and adolescence: a review of empirical findings and future directions. *Development and Psychopathology*, v. 22, p. 177-203, 2010.

BURKE, J. D.; LOEBER, R.; BIRMAHER, B. Oppositional defiant disorder and conduct disorder: a review of the past 10 years, part II. *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, v. 41, n. 11, p. 1275-1293, 2002.

CÂMARA FILHO, J. W. S.; SOUGEY, E. B. Transtorno de estresse pós-traumático: formulação diagnóstica e questões sobre comorbidade. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 23, n. 4, p. 221-228, 2001.

CASTILLO, A. R. G. L.; ASBHR, F. R.; MANFRO, G. G. Transtornos ansiosos. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 22, supl. II, p. 20-23, 2000.

CHAO, L. W. *Modelo de ambulatório virtual (cyber ambulatório) e tutor eletrônico (cyber tutor) para aplicação na interconsulta médica, e educação à distância mediada por tecnologia*. 2003. Tese (Livre-docência em Telemedicina)–Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

_____. Telemedicina e telessaúde: um panorama no Brasil. *Informática Pública*, v. 10, n. 2, p. 7-15, 2008.

_____. Videoaula teleeducação interativa. 2011. Disponível em: <<http://www.chaowen.med.br/unidadeconhecimento.aspx>>. Acesso em: 17 dez. 2011.

CHAO, L. W. et al. Telemedicine model for training non-medical persons in the early recognition of melanoma. *Journal of Telemedicine and Telecare*, v. 9, supl. I, p. 4-7, 2003.

CHRISTANTE, L. et al. O papel do ensino a distância na educação médica continuada: uma análise crítica. *Associação Médica Brasileira*, v. 49, n. 3, p. 326-329, 2003.

COELHO, L. et al. Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) na criança: aspectos neurobiológicos, diagnóstico e conduta terapêutica. *Acta Médica Portuguesa*, v. 23, p. 689-696, 2010.

COLLINS, J. Education techniques for lifelong learning. *Radiographics*, v. 24, n. 5, p. 1483-1489, 2004.

COOK, D. A. et al. Internet-based learning in the health professions: a meta-analysis. *Journal of the American Medical Association*, v. 300, n. 10, p. 1181-1196, 2008.

COSTELLO, E. J.; FOLEY, D. L.; ANGOLD, A. 10 Year research review: the epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders: II. Developmental epidemiology. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, v. 45, p. 8-25, 2006.

COUTO, M. C. V.; DUARTE, C. S.; DELGADO, P. G. G. A saúde mental infantil na Saúde Pública brasileira: situação atual e desafios. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 30, n. 4, p. 390-398, 2008.

FEULLER, J. How definition of mental health problems can influence help seeking in rural and remote communities. *The Australian Journal of Rural Health*, v. 8, n. 3, p. 148-153, 2000.

FLEITLICH-BILIK, B.; CORTAZAR, P. G.; GOODMAN, R. Questionário de capacidades e dificuldades (SDQ). *Infanto: Revista de Neuropsiquiatria da Infância e Adolescência*, v. 8, p. 44-50, 2000.

FLEITLICH-BILIK, B.; GOODMAN, R. Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders in southeast Brazil. *Journal of American Academic Children and Adolescent Psychiatry*, v. 43, n. 6, p. 727-734, 2004.

FOMBONNE, E. Epidemiology of pervasive developmental disorders. *Pediatric Researchs*, v. 65, n. 6, p. 591-598, 2009.

FREIRE, P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. 39. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2009.

GRAEFF-MARTINS, A. S. et al. Diffusion of efficacious interventions for children and adolescents with mental health problems. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, v. 49, n. 3, p. 335-352, 2008.

HAYDEN, P. *The learners' pocketbook*. Alresford: Management Pocket Book, 1999.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: um panorama da saúde no Brasil: acesso e utilização dos serviços, condições e saúde e fatores de risco e proteção à saúde – 2008*. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia Estatística, 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/panorama_saude_brasil_2003_2008_saude.pdf>. Acesso em: 12 maio 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. *Sinopse do Censo Demográfico 2010*. 2012. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010tabelas_pdf/brasil_tab_1_12.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2012.

INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRIA DO DESENVOLVIMENTO. 2009. Disponível em: <<http://inpd.org.br>>. Acesso em: 10 jul. 2010.

KALIYAPERUMAL, K.; EXPERT, I. E. C. Guideline for conducting a knowledge, attitude and practice (KAP) study. *Community Ophthalmology*, v. 4, n. 1, p. 7-9, 2004.

KLIN, A. Autismo e síndrome de Asperger: uma visão geral. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 28, supl I, p. 3-11, 2006.

KLIN, A.; MERCADANTE, M. T. Autismo e transtornos invasivos do desenvolvimento. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 28, supl I, p. 1-2, 2006.

KLIN, A.; ROSARIO, M. C.; MERCADANTE, M. T. Autismo, síndrome de Asperger e cérebro social. In: MERCADANTE, M. T.; ROSARIO, M. C. *Autismo e cérebro social*. São Paulo: Segmento Farma, 2009.

KNOWLES, M. S. *The modern practice of adult education: andragogy versus pedagogy*. New York: Association Press, 1970.

LEE FU, I.; CURATOLO, E.; FRIEDRICH, S. Transtornos afetivos. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 22, supl. II, p. 24-27, 2000.

LIMA, C. R. M. Reforma do estado e política de saúde: discussão da agenda do Banco Mundial e da crítica de Laurell. *Saúde Debate*, v. 49, p. 34-43, 1996.

MARINHO, L. A. B. et al. Conhecimento, atitude e prática do auto-exame das mamas em centros de saúde. *Rev Saúde Pública*, v. 37, n. 5, p. 576-582, 2003.

MARTINEZ, M. Designing learning objects to mass customize and personalize learning. In: WILEY, D. A. (Ed.). *The Instructional use of learning objects*: online version. 2000. Disponível em <<http://reusability.org/read/chapters/martinez.doc>>. Acesso em: 23 jul. 2010.

MEHLECKE, Q. T. C.; TAROUÇO, L. M. R. Ambientes de suporte para educação a distância: a mediação para aprendizagem cooperativa. *Novas Tecnologias na Educação*, v. 1, n. 1, p. 1-13, 2003.

MENDES, E. V. *Os grandes dilemas do SUS*. Salvador: Casa da Qualidade, 2001. Tomo I.

MIRANDA, R. M.; COSTA, A. C. R. Estruturação de objetos de aprendizagem no sistema Groa. Disponível em: <<http://www.niee.ufrgs.br/ri-bie2004/Trabalhos/Comunicacoes/com355-362.pdf>>. Acesso em: 20 jul. 2010.

MONNERAT, G. L.; SENNA, M. C. M. A seguridade social brasileira: dilemas e desafios. In: MOROSINI, M. V. G. C.; REIS, J. R. F. *Sociedade, estado e direito à saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

NASH, J. Learning materials: their use and evaluation. *Lepr Rev*, v. 70, n. 3, p. 254-260, 1999.

OLSON, A. L. et al. Primary care Pediatricians' roles and perceived responsibilities in the identification and management of depression in children and adolescents. *Ambulatory Pediatrics*, v. 2, n. 2, p. 91-98, 2001.

PAIXÃO, M. P. *Modelo de educação a distância em hanseníase voltado para rede de detecção de casos e diagnóstico*. 2008. Tese (Doutorado em Ciências)–Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

PAULA, C. S. et al. Primary care and children's mental health in Brazil. *Academic Pediatrics*, v. 9, n. 4, p. 249-255, 2009a.

_____. Desafios e implicações da política pública relacionada à saúde mental na infância e adolescência – descrição dos serviços de saúde e de assistência/desenvolvimento social do centro de São Paulo. In: BOGGIO, P. S.; CAMPANHÃ, C. *Família, gênero e inclusão social*. São Paulo: Mennon Editora, 2009b.

PAULA, C. S.; DUARTE, C. S.; BORDIN, I. A. Prevalence of mental health problems in children and adolescents from the outskirts of São Paulo City and estimation of services need and capacity. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 29, p. 11-27, 2007.

PAULA, C. S.; MIRANDA, C. T.; BORDIN, I. A. Saúde mental na infância e adolescência: revisão dos estudos epidemiológicos brasileiros. In: LAURIDSEN-RIBEIRO, E.; TANAKA, O. Y. (Org.). *Atenção em Saúde Mental para crianças e adolescentes no SUS*. São Paulo: Editora Hucitec, 2010.

PEREIRA, A. A. Saúde mental para médicos e enfermeiros que atuam no Programa de Saúde da Família: uma contribuição sobre o processo de formação em serviço. *Revista CliniCAPS*, n. 2, 2007. Disponível em: <http://www.clinicaps.com.br/clinicaps_pdf/Rev_02/Revista02_art3_Alexandre.pdf>. Acesso em: 14 mar. 2012.

POSSA, M. A.; SPANEMBERG, L.; GUARDIOLA, A. Comorbidades do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade em crianças escolares. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, v. 63, n. 2-B, p. 479-483, 2005.

PRAGER, L. M. Depression and suicide in children and adolescents. *Pediatrics in Review*, v. 30, p. 199-206, 2009.

RIZZO, R. *Aprendizes adultos, sujeitos multireferenciais nos serviços de saúde*. 2002. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Informática na Educação)–Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Curitiba, 2002.

ROHDE, L. A. et al. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 22, supl. II, p. 7-11, 2000.

ROMERO, T. *Aprendizagem significativa, codificação dual e objetos de aprendizagem*. In: CONGRESSO DE ENSINO SUPERIOR A DISTÂNCIA, 2006, Brasília.

ROSCHKE, M. A. C.; DAVINI, M. C.; HADDAD, J. Q. Educación permanente y trabajo en salud: um processo em construcción. *Educacion Médica y Salud*, v. 27, n. 4, 1993.

RUIZ, J. G.; MINTZER, M. J.; LEIPZIG, R. M. The impact of e-learning in medical education. *Academic Medical*, v. 81, n. 3, p. 207-212, 2006.

SCOZ, T. M. X.; FENILI, R. M. Como desenvolver projetos de atenção à saúde mental no Programa de Saúde da Família. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 5, n. 2, p. 61-67, 2003. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>>. Acesso em: 23 fev. 2010.

SEQUEIRA, E. *Aplicação de modelo educacional interativo como recurso para orientação e motivação sobre saúde oral em idosos*. 2009. Tese (Doutorado em Ciências)–Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

SLONIMS, V.; BAIRD, G.; CASS, H. Diagnosis of autism. *British Medical Journal*, v. 327, p. 488-493, 2003.

SOUZA, R. R. *O Sistema Público de Saúde Brasileiro*. Brasília: Editora MS, 2002. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/observatorio/arquivos/sala299.pdf>>. Acesso em: 5 abr. 2010.

STEIN, R. E. K. et al. Do pediatricians think they are responsible for identification and management of child mental health problems? Results of the AAP Periodic Survey. *Ambulatory Pediatrics*, v. 8, n. 1, p. 11-17, 2008.

TANAKA, O. Y.; LAURIDSEN-RIBEIRO, E. Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. *Ciências & Saúde Coletiva*, v. 14, n. 2, p. 477-486, 2009.

_____. Desafio para atenção básica: incorporação da assistência em saúde mental. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 9, n. 22, p. 1845-1853, 2006.

VIANNA, J. A. Educação a distância, inclusão e mobilidade social. *Inter Science Place*, v. 2, n. 5, 2009. Disponível em: <http://www.interscience-place.org/downloads/numero_cinco/ead_e_inclusao_dr_jose_antonio_estacio_de_sa.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2010.

WISSOW, L. S. et al. Improving child and parent mental health in primary care: a cluster-randomized trial of communication skills training. *Pediatrics*, v. 121, n. 2, p. 266-275, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Definition of health*, 1946. Disponível em: <<http://www.who.int/about/definition/en/print.html>>. Acesso em: 20 jul. 2010.

_____. *Classificação dos transtornos mentais e do comportamento da CID-10*. Tradução Dorgival Caetano. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

_____. *World Health Report 2001 – mental health: new understanding, new hope*. Geneva: World Health Organization, 2001.

_____. *Child and adolescent mental health resources*. Geneva: World Health Organization, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *World Health Organization Advocacy, communication and social mobilization for TB control: a guide to developing knowledge, attitude and practice surveys*. Geneva: World Health Organization, 2008. Disponível em: <<http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596176-eng.pdf>>. Acesso em: 14 jun. 2011.

Índice

A

Ambiente interativo de
aprendizagem 71, 75
Andragogia 56
Ansiedade 35, 37, 39, 40, 42, 44,
66, 68, 84
Aprendizagem significativa 55
Assistência à saúde mental 13,
47, 89
Atenção primária (AT) 14-15,
17, 25-26, 29-31, 33, 46,
48, 50, 52-53, 62, 65, 84
Autismo 44-46
Avaliação 38, 56, 57, 71, 73, 74, 76
da aplicabilidade 90
de risco 33
da capacitação 73, 74, 76

C

Capacitação profissional 13, 46,
65, 73, 82
Comorbidades 40, 42, 47

Competências 24, 57, 63, 65, 66
Comunicação 26, 45, 46, 62,
72, 75
Conduta 41, 42, 67, 68, 70, 84
Conhecimento 26, 32, 48, 49,
55, 57, 59, 60, 61, 64, 66,
73-77, 81, 82, 84-90

D

Déficit de atenção e
hiperatividade 35, 66
Depressão 35-37, 39, 40, 43, 44,
51, 66, 68, 84
Desatenção 40-42
Diagnóstico 25, 30, 33, 35, 36,
38, 42, 44, 46, 52, 73, 83, 89

E

Educação
a distância 59
interativa 14, 65
Equipe de saúde da família 33

Estratégia de saúde da família
14, 15, 21, 26, 29, 79

F-H

Ferramentas interativas 82

Fobia social 37, 38

Genética 45

Habilidades 25, 35, 46, 51, 52,
63, 65, 66, 72

Hierarquização 23, 24

I-L

Impulsividade 40-42

Instituto Nacional de Psiquiatria
do Desenvolvimento 18

Integração 32, 33, 48

Interação social 43, 45, 46

*Knowledge, attitude and practice
survey* 73

Lauridsen-Ribeiro, Edith 31,
48, 49

Lista de discussão 70, 71, 75, 76

M

Ministério da Saúde 23, 25, 30,
31, 48

Modelo 13, 14, 15, 18, 25, 30,
52, 55, 72
administrativo 24
assistencial 21, 30
de bem-estar social 23
de questionário 69, 73
de seguro social 21
educativo 51, 66, 73

Módulo a distância 66, 73-76,
81, 82, 84

Movimento sanitário 21, 23

Multimídia 64, 82

N-O

Neurobiologia 45

Neurodesenvolvimento 45

Nutrição 32

Objeto de aprendizagem 63, 64

Organização Mundial da Saúde
(OMS) 13, 17, 29, 30, 46

P-R

Paula, Cristiane Silvestre de 17,
24, 25, 35, 47, 48, 50, 51

Pedagogia 56

Políticas públicas 17, 47, 48

Prática 33, 73, 75, 76, 81, 84, 85,
86, 88, 89, 90
clínica 66

corporais 33

educativa 15, 55, 62

gerencial 25

integrativa e complementar 32

Problemas emocionais 18, 50

Problemas de saúde mental 13,
14, 18, 19, 31, 34, 35, 49,
50-52, 72, 74

Programa de Saúde da Família
19, 25

Regionalização 23, 24, 32

Reforma sanitária 22, 23

S

Sistema Único de Saúde (SUS) 15,
17, 21, 23, 25, 48, 62

Sociedade

industrial 55

em rede 55

T

Tanaka, Oswaldo Yoshimi 48, 49

Teleducação 59, 62

Telemedicina 19, 66

Telessaúde 62

Transtorno

de ansiedade 35-37, 39, 40,
44, 84

de conduta 35, 36, 39, 40, 66

de déficit de atenção e
hiperatividade (TDAH) 35,
40-42, 51, 66

de estresse pós-traumático
37, 38

de pânico 37-39

do espectro autista (TEA)

36, 44, 45, 68

global do desenvolvimento 44

Transtornos mentais 17, 18, 29,
30, 34, 35, 46, 73, 74, 76, 89

Tutorial animado 66, 69, 70, 71,
76, 81

U-Z

Unidade de conhecimento 63-73

Unidades básicas de saúde (UBS)
13, 19, 26

Universalidade 23

Vídeomosaico 66-68

Vídeoentrevista 66, 69

Wen, Chao Lung 19, 66

Wissow, Lawrence 14, 52, 72

Este livro foi composto em Sabon LT
e impresso em offset 90g e cartão supremo 250g
pela gráfica Digital Page em junho de 2013.