

## Capítulo 4

Saúde mental na infância e na adolescência e Atenção Primária

Rosane Lowenthal

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

LOWENTHAL, R. Saúde mental na infância e na adolescência e Atenção Primária. In: *Saúde mental na infância*: proposta de capacitação para atenção primária [online]. São Paulo: Editora Mackenzie, 2013. Saberes em tese collection, vol. 2, pp. 47-53. ISBN 978-85-8293-727-3. Available from: doi: [10.7476/9788582937273](https://doi.org/10.7476/9788582937273). Also available in ePUB from: <http://books.scielo.org/id/db864/epub/lowenthal-9788582937273.epub>.



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

# 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.