

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

JULIANA DE CARVALHO

**Avaliação do Cuidado em Saúde Mental à criança no contexto da Estratégia da
Saúde da Família**

Porto Alegre

2019

JULIANA DE CARVALHO

**Avaliação do Cuidado em Saúde Mental à criança no contexto da Estratégia da
Saúde da Família**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para obtenção do título de Mestrado em Enfermagem.

Área de Concentração: Políticas e práticas em saúde e enfermagem

Linha de Pesquisa: Saúde Mental e Enfermagem.

Orientadora Profa. Dra. Maria de Lourdes Custódio Duarte

Porto Alegre

2019

CIP - Catalogação na Publicação

Carvalho, Juliana

Avaliação do Cuidado em Saúde Mental à criança no contexto da Estratégia da Saúde da Família / Juliana Carvalho. -- 2019.

143 f.

Orientadora: Maria de Lourdes Custódio Duarte.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2019.

1. Saúde Mental. 2. Atenção Psicossocial. 3. Criança. 4. Avaliação em Saúde. 5. Estratégia de Saúde da Família. I. Duarte, Maria de Lourdes Custódio, orient. II. Título.

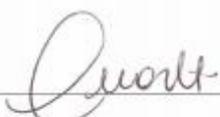
JULIANA DE CARVALHO

**AVALIAÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL À CRIANÇA NO CONTEXTO DA
ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em Porto Alegre, 30 de janeiro de 2019.

BANCA EXAMINADORA



Prof. Dra. Maria de Lourdes Custódio Duarte

Presidente da Banca – Orientadora

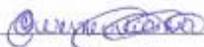
PPGENF/UFRGS



Prof. Dra. Agnes Olschowsky

Membro da banca

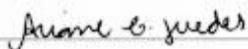
PPGENF/UFRGS



Prof. Dra. Ana Cristina Wesner

Membro da banca

UFCSPA



Prof. Dra. Ariane da Cruz Guedes

Membro da banca

UFPel

Dedico este estudo à minha família, em especial ao meu pai, quem me instiga ao conhecimento, a minha mãe, exemplo de força e determinação. E à minha tia Lurdes, que torce por minhas conquistas como se fosse as suas.

AGRADECIMENTOS

À Deus por estar comigo nesta caminhada!

À minha orientadora, Malu, por aceitar o desafio de me conduzir, pelo aprendizado e por estar ao meu lado mesmo no período de licença maternidade. Meus sinceros agradecimentos por respeitar o meu tempo em cada etapa do percurso.

À minha irmã Cristiane por ter colocado na minha vida, a amiga Jamile. A quem agradeço pela hospedagem, pela companhia e apoio nos momentos de desânimo e cansaço que por vezes se fizeram presentes.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/UFRGS e aos membros do Grupo de Estudos e Pesquisa em Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental – GEPESM pelos momentos de aprendizado, pelas reflexões e aprendizado compartilhado.

Aos colegas do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/UFRGS, especialmente às amigas Fabiane Pavani e Mariane Xavier, com as quais dividi ansiedades e alegrias.

À equipe da ESF Pitoresca pela acolhida, disponibilidade e dedicação ao estudo.

Aos colegas Enfermeiros da UPA de Vacaria/RS e aos colegas da 6ª Coordenadoria Regional de Saúde de Passo Fundo/RS pela compreensão e apoio nos momentos conciliados entre trabalho e viagens.

A todos que entenderam minha ausência e torceram por mim nessa caminhada:
Meu muito obrigado.

“É necessário se espantar, se indignar e se contagiar, só assim é possível mudar a realidade”.

Nise da Silveira

RESUMO

CARVALHO, J. **Avaliação do Cuidado em Saúde Mental à criança no contexto da Estratégia da Saúde da Família**. 2019. 143 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, 2019.

O recente reconhecimento das demandas em saúde mental infantil instiga a necessidade de estudos que avaliem o cuidado que vem sendo realizado nos serviços da RAPS, incluindo na Atenção Básica. Desta forma, o presente estudo teve por objetivo avaliar o cuidado em saúde mental à criança no contexto da ESF, a partir da perspectiva das equipes da ESF. Trata-se de uma pesquisa avaliativa, qualitativa, do tipo estudo de caso, que utiliza a Avaliação de Quarta Geração. Fizeram parte do estudo 14 profissionais de duas equipes de uma ESF no município de Porto Alegre/RS. A coleta ocorreu de maio a agosto de 2018, por meio de observação participante e entrevistas individuais através do Círculo Hermenêutico Dialético, permitindo a construção com diferentes pontos de vista dos profissionais, que constituíram o grupo de interesse do estudo. Para a análises das informações foi utilizado de forma concomitante, o Método Comparativo Constante. O estudo atendeu aos princípios éticos e teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisas da UFRGS nº 2.595.152 e da Secretaria Municipal de Saúde do município de Porto Alegre nº 2.720.722. Emergiram três categorias analíticas: Ambiência, Cuidado de Saúde Mental destinado à Criança e Rede de Saúde Mental infantil. Este estudo permitiu que o grupo de interesse avaliasse que o cuidado de saúde mental à criança ocorre a partir do acolhimento, da visita domiciliar, das ações do Programa de Saúde na Escola, do matriciamento de casos, da reunião de equipe e no espaço de consultas na agenda médica. No entanto, a estrutura física do serviço foi avaliada como um limitador para o cuidado à saúde mental infantil, além da falta de capacitações dos profissionais no assunto e da inexistência de trabalho intersetorial da RAPS. Portanto, os resultados dessa avaliação podem subsidiar gestores dos serviços à qualificar o cuidado em saúde mental que vem sendo destinado às crianças, uma vez que é no território, nas ESF que pode acontecer a identificação e acompanhamento das crianças, instigando o comprometimento das equipes e necessitando de qualificação dos profissionais.

Palavras-chave: Saúde Mental. Criança. Avaliação em Saúde. Atenção Psicossocial. Estratégia de Saúde da Família.

ABSTRACT

CARVALHO, J. **Assessment of Mental Health Care for Children in the Context of the Family Health Strategy**. 2019. 143f. Disclosure (Master in Nursing) - School of Nursing, Federal University of Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2019.

The recent recognition of the demands on children's mental health instigates the need for studies that evaluate the care that has been carried out in the RAPS services, including Primary Care. Thus, the present study aimed to evaluate the mental health care of the child in the context of the ESF, from the perspective of the ESF teams. This is an evaluative, qualitative, case-study research using the Fourth Generation Assessment. The study included 14 professionals from two teams of an ESF in the city of Porto Alegre / RS. The collection took place from May to August of 2018, through participant observation and individual interviews through the Dialectic Hermeneutical Circle, allowing the construction with different points of view of the professionals, who constituted the study interest group. For the analysis of the information was used concomitantly, the Constant Comparative Method. The study complied with ethical principles and was approved by the Research Ethics Committee of UFRGS nº 2.595.152 and the Municipal Health Department of the city of Porto Alegre nº 2.720.722. Three analytical categories emerged: Ambience, Mental Health Care for the Child and Mental Child Health Network. This study allowed the interest group to evaluate that the mental health care of the child occurs from the reception, the home visit, the actions of the Health Program in the School, the case study, the team meeting and the consultation space on the medical schedule. However, the physical structure of the service was evaluated as a limiting factor for child mental health care, as well as the lack of professional skills in the subject and the lack of intersectoral work of RAPS. Therefore, the results of this evaluation can subsidize service managers to qualify the mental health care that is being given to children, since it is in the territory, in the FHI that the identification and follow-up of the children can occur, instigating the commitment of the teams and requiring professional qualification.

Keywords: Mental Health. Child. Health Assessment. Psychosocial Attention. Family Health Strategy.

RESUMEN

CARVALHO, J. **Evaluación del cuidado en salud mental al niño en el contexto de la Estrategia de Salud de la Familia**. 2019. 143f. Disertación (Master de Enfermería) – Escuela de Enfermería, Universidad Federal de Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2019.

El reciente reconocimiento de las demandas en salud mental infantil instiga la necesidad de estudios que evalúen el cuidado que viene siendo realizado en los servicios de la RAPS, incluyendo en la Atención Básica. De esta forma, el presente estudio tuvo por objetivo evaluar el cuidado en salud mental al niño en el contexto de la ESF, desde la perspectiva de los equipos de la ESF. Se trata de una encuesta cualitativa, del tipo estudio de caso, que utiliza la Evaluación de Cuarta Generación. Se realizaron parte del estudio 14 profesionales de dos equipos de una ESF en el municipio de Porto Alegre / RS. La recolección ocurrió de mayo a agosto de 2018, por medio de observación participante y entrevistas individuales a través del Círculo Hermenéutico Dialéctico, permitiendo la construcción con diferentes puntos de vista de los profesionales, que constituyeron el grupo de interés del estudio. Para el análisis de las informaciones se utilizó de forma concomitante, el Método Comparativo Constante. El estudio atendió a los principios éticos y tuvo aprobación del Comité de Ética en Investigaciones de la UFRGS nº 2.595.152 y de la Secretaría Municipal de Salud del municipio de Porto Alegre nº 2.720.722. Se plantearon tres categorías analíticas: Ambiente, Cuidado de Salud Mental destinado al Niño y Red de Salud Mental infantil. Este estudio permitió que el grupo de interés evaluara que el cuidado de salud mental al niño ocurre a partir de la acogida, de la visita domiciliar, de las acciones del Programa de Salud en la Escuela, del matriciamiento de casos, de la reunión de equipo y en el espacio de consultas en la agenda médica. Sin embargo, la estructura física del servicio fue evaluada como un limitador para el cuidado a la salud mental infantil, además de la falta de capacitaciones de los profesionales en el asunto y de la inexistencia de trabajo intersectorial de la RAPS. Por lo tanto, los resultados de esta evaluación pueden subsidiar a los gestores de los servicios a calificar el cuidado en salud mental que viene siendo destinado a los niños, ya que es en el territorio, en las ESF que puede ocurrir la identificación y acompañamiento de los niños, instigando el compromiso de los equipos y necesitando de cualificación de los profesionales.

Palabras clave: Saúde Mental. Niño. Evaluación en Salud. Atención Psicosocial. Estrategia de Salud de la Familia.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Círculo Hermenêutico-Dialético.....	66
Figura 2 – Unidade de Saúde da ESF Pitoresca.....	67
Figura 3 – Área de abrangência da ESF Pitoresca	66
Figura 4– Distribuição do espaço físico da ESF Pitoresca.....	84

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Comparativo entre o Modo Asilar e o Modo Psicossocial.....	34
Quadro 2 - Componentes da Rede de Atenção Psicossocial no SUS	35
Quadro 3 – Perfil dos profissionais da ESF entrevistados	70
Quadro 4 – Construções desdobradas em relação ao cuidado em saúde mental à criança na ESF.....	75
Quadro 5 – Processo de análise do cuidado em saúde mental à criança na ESF Pitoresca	780

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABRASCO	Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AQG	Avaliação de Quarta Geração
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Infantil
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CFC	Código de Defesa do Consumidor
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CECCO	Centro de Convivência e Cultura
CF	Constituição Federal
CNS	Conferência Nacional da Saúde
CNSM	Conselho Nacional de Saúde Mental
CRAS	Centro de Referência em Assistência Social
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
COMPESQ	Comissão de Pesquisa
DINSAM	Divisão Nacional de Saúde Mental
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
EESCA	Equipes Especializadas em Saúde da Criança/Adolescente
ESF	Estratégia de Saúde da Família
ESMA	Equipes Especializadas em Saúde Mental Adulto
EUA	Estados Unidos da América
FEBEM	Fundação para o Bem-Estar do Menor
GD PLP	Gerência Distrital da Lomba do Pinheiro/Partenon
HG	Hospital Geral
IDSUS	Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
IMESF	Instituto Municipal de Estratégia de Saúde da Família
MS	Ministério da Saúde
MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NAPS	Núcleos de Atenção Psicossocial

NASCA	Núcleos de Atenção à Saúde da Criança e Adolescentes
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PcD	Pessoas com Deficiência
PISAM	Plano Integrado de Saúde Mental
PMAQ	Programa para Melhoria do Acesso e da Qualidade
PNASS	Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde
PL	Projeto de Lei
PSE	Programa da Saúde na Escola
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SRT	Serviço Residencial Terapêutico
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TIC	Tecnologias de Informação e Comunicação
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNICEF	Fundo das Nações Unidas
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
VD	Visita Domiciliar

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	17
2	OBJETIVOS	22
2.1	OBJETIVO GERAL	22
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	22
3	REFORMA PSIQUIÁTRICA, O CUIDADO À CRIANÇA E AVALIAÇÃO EM SAÚDE	23
3.1	REFORMA PSIQUIÁTRICA E REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	23
3.1	O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL À CRIANÇA	42
3.2	AVALIAÇÃO EM SAÚDE	51
4	METODOLOGIA	61
4.1	TIPO DE ESTUDO	61
4.1.1	Avaliação de Quarta Geração	61
4.1.2	Enfoque responsivo	62
4.1.3	Enfoque Construtivista	63
4.1.4	Processo Hermenêutico-Dialético	65
4.2	LOCAL DE ESTUDO	66
4.2.1	Participantes do estudo	69
4.2.2	Coleta de dados	70
4.3	ETAPAS DO TRABALHO DE CAMPO	73
4.3.1	Contato com o campo	73
4.3.2	Organização da avaliação	74
4.3.3	Identificando os grupos de interesse	74
4.3.4	Desenvolvendo construções conjuntas	74
4.3.5	Ampliando as construções conjuntas	76
4.3.6	Preparação da agenda para a negociação	77

4.3.7	Execução da negociação.....	77
4.4	ANÁLISE DOS DADOS	79
4.5	ASPECTOS ÉTICOS.....	81
5	AVALIANDO O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL À CRIANÇA NO CONTEXTO DA ESF PITORESCA	82
5.1	AMBIÊNCIA NO TRABALHO DA ESF PITORESCA.....	82
5.2	O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL DESTINADO À CRIANÇA.....	86
5.3	REDE DE SAÚDE MENTAL INFANTIL	104
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	109
	REFERÊNCIAS.....	113
	APÊNDICE A	124
	APÊNDICE B	125
	APÊNDICE C	126
	APÊNDICE D.....	127
	ANEXO – A.....	128
	ANEXO –B.....	135
	ANEXO – C.....	139
	ANEXO – D.....	142
	ANEXO – E.....	143

1 INTRODUÇÃO

O movimento por mudanças no cuidado a pessoas com sofrimento mental no Brasil é conhecido como Reforma Psiquiátrica. Inicialmente nos anos 70, como uma revelação dos trabalhadores de saúde mental sobre as péssimas condições de trabalho e das estruturas dos hospitais psiquiátricos, o movimento agregou interesses de profissionais, usuários e familiares por um cuidado digno, de qualidade e distante dos manicômios. Iniciando um processo de discussão sobre desinstitucionalização, práticas assistenciais territoriais e desconstrução das práticas psiquiátricas (AMARANTE, 2014).

Um importante momento no processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil foi a promulgação da Lei nº 10.216/01, que dispõe sobre a proteção das pessoas acometidas de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental (BRASIL, 2001). Nesse contexto, as repercussões da Lei da Reforma Psiquiátrica redirecionaram para um cuidado centrado no sujeito e fora dos manicômios, através de uma Rede de serviços extra-hospitalares intitulada Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

A RAPS conta com diferentes componentes e serviços, tais como: Atenção Básica em saúde, Atenção Psicossocial Especializada, compreendidos os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em suas diferentes modalidades, Serviços de Urgência e Emergência, Atenção em Residenciais de caráter transitório, Atenção Hospitalar com leitos em hospital geral, dispositivos de desinstitucionalização e Estratégia de Reabilitação Psicossocial (BRASIL, 2011a).

Nesse cenário, o cuidado em saúde mental tem ênfase em serviços de base territorial e comunitários, tendo o CAPS como ponto de cuidado que articula os serviços na RAPS. O CAPS tem sua origem em 1987, em São Paulo, como um serviço entre o hospital e a comunidade, direcionado a pessoas com graves dificuldades de relacionamento e inserção social, a partir de atividades psicoterápicas, entre outras (AMARANTE, 2016). A experiência influenciou a criação de muitos serviços pelo Brasil, sendo regulamentados pelo Ministério da Saúde em 1992 (BRASIL, 2004b). Atualmente as diferentes modalidades de CAPS são regulamentadas pela Portaria nº 336/2002 (BRASIL, 2004b).

Com a elevada demanda de transtornos psicossociais na população infantil, frente às especificidades dessa fase da vida e com o reconhecimento da ausência de lugar de cuidado em saúde mental à criança, em 2002, institui-se o Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPS i), dispositivo destinado ao atendimento de crianças e adolescentes portadores de sofrimentos psíquicos decorrentes de transtornos mentais, incluindo os decorrentes do uso de substâncias psicoativas (BRASIL, 2002).

Além do CAPS, o cuidado à criança apoia-se em estratégias para articulação intersetorial da saúde mental com setores historicamente envolvidos na assistência à infância: saúde, educação, assistência social, justiça e direitos, com vistas à integralidade do cuidado (COUTO; DELGADO, 2015; SINIBALDI, 2013).

Dessa forma, a criança com demanda de cuidado em saúde mental deve ser entendida como pessoa de direitos e em condição peculiar de desenvolvimento. Para o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), considera-se criança a pessoa com até 12 anos incompletos (BRASIL, 1990a). Para fins deste estudo utiliza-se a definição de criança do ECA, tal como sinônimo de infância.

A existência de serviços especializados, como o CAPSi, não contempla a maioria dos municípios no Brasil, esse dispositivo é destinado a municípios com mais de 150 mil habitantes (BRASIL, 2004b). Assim, a ESF encontra-se implantada como modelo de atenção na Atenção Básica na maioria dos municípios, atualmente são 8.712 equipes de Estratégia da Saúde da Família (ESF) nos municípios que estão abaixo do parâmetro populacional para CAPS, incluindo CAPSi (BRASIL, 2015a). Dessa forma, é na Atenção Básica (AB), através da ESF, que ocorre o principal acesso ao cuidado em saúde mental infantil.

A ESF, muitas vezes, representa o primeiro contato da população com o serviço de saúde. A ESF que foi precedida pelo Programa de Saúde da Família em 1994, originado do Programa de Agentes Comunitários de Saúde como forma de reorientação do modelo de saúde (BRASIL, 2010a). A partir de 2006, com a Política Nacional de Atenção Básica, a saúde da família se torna a estratégia para organização da AB, embasada e operacionalizando princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, tendo como pressuposto o vínculo entre famílias e equipe de saúde, além de ações de promoção de saúde desenvolvidas por uma equipe multiprofissional (BRASIL, 2012a).

Assim, a ESF tem no seu escopo de ações o cuidado em saúde mental, pautado em princípios da atenção psicossocial. Realizando promoção de saúde no território, a partir do acolhimento, do vínculo, da responsabilização compartilhada dos casos de forma intersetorial. Princípios, que demonstram a complexidade da atenção psicossocial, que deve ser um compromisso encarado por gestores, profissionais de saúde, usuários, familiares em geral, pois fazer saúde implica aspectos culturais, políticos, econômicos, éticos, além dos aspectos clínicos envolvidos no acompanhamento de pessoas com sofrimento psíquico (MIELKE, 2013).

Dessa forma, é na ESF onde devem chegar as diferentes demandas referentes à saúde mental infantil. A escuta cuidadosa das queixas pode possibilitar uma intervenção efetiva por parte da equipe e um encaminhamento implicado frente demandas das crianças com problemas mentais para serviços especializados, permitindo intervenção terapêutica precisa e oportuna (BRASIL, 2005a).

A aproximação das ações em saúde mental e AB são ainda um desafio (TANAKA; LAURIDSEN RIBEIRO, 2009). No âmbito da população infantil é ainda mais recente o fato de reconhecer que crianças e adolescentes apresentam problemas de saúde mental e que esses problemas podem ser tratados e cuidados (BRASIL, 2014a). Estima-se que 10,8% a 12,7% da população infantil sofram de problemas de saúde mentais, sendo os problemas mais encontrados relacionados à ansiedade, problemas de comportamento, hiperatividade e depressão (BRASIL, 2014a). Essas queixas podem chegar aos profissionais a partir de familiares ou através da identificação por parte da escola.

O cuidado na saúde mental com foco na população infantil tem elevada importância, de acordo com estudos realizados em países desenvolvidos e em desenvolvimento. Além disso, muitas das perturbações mais frequentes observadas em adultos podem ter início durante a infância. Exemplo disso é a depressão, que tem crescente frequência entre crianças (THIENGO *et al.*, 2014).

O cuidado na ESF oportuniza a continuidade do cuidado ao longo do tempo, facilitado por estar inserido no território de vida da criança, no território como lugar psicossocial dessa criança e sua família, a partir do qual seu cuidado ganha sentido e relevância, diminuindo os casos de fracasso e abandono do acompanhamento.

O trabalho em rede desenvolvido pelos serviços de saúde mental à criança deve assumir uma função social, além do fazer técnico. Essa concepção sugere ações

intersetoriais em rede ampliada de serviços públicos que possa comprometer-se e contemplar a necessidade de acesso à educação, ao lazer, ao esporte, à habitação, à cultura, etc., condicionantes de saúde e necessários para a concepção de saúde integral. O contato com o contexto social, familiar, escolar e cultural onde está inserida a criança favorece a identificação precoce de demandas em saúde mental.

Sendo assim, é relevante implementar estudos que avaliem o cuidado em saúde mental a crianças na perspectiva da ESF como ponto na rede psicossocial. Estudos vêm reconhecendo a importância da aproximação da saúde mental à criança no contexto da AB (TEIXEIRA; COUTO; DELGADO; 2017, TAÑO; MATSUKURA; 2015, COUTO; DELGADO; 2015). Apesar de pouco discutido com foco na avaliação do cuidado em saúde mental de crianças, isso pode enriquecer e ampliar as discussões no campo acadêmico, além de contribuir nas práticas dos serviços de saúde. Neste contexto de serviços da RAPS, a avaliação surge como um instrumento importante que pode reconhecer os avanços no cuidado em saúde mental de crianças.

Assim, uma proposta de avaliação que reconhece a necessidade de avanços e vem potencializando a transformação no modelo de cuidado em saúde mental, sem estabelecer indicadores *a priori* nesse processo, é a Avaliação de Quarta Geração (AQG) (WETZEL *et al.*, 2017, GUBA; LINCOLN, 2011).

Nesse cenário, insere-se a AQG como alternativa para avaliar serviços de saúde, tendo em vista que os resultados podem contribuir com a melhoria do cuidado destinado às crianças, através de uma avaliação com abordagem qualitativa, que considere aspectos subjetivos do processo avaliativo.

Assim, proponho um estudo avaliativo qualitativo dentro dos pressupostos da AQG de Guba e Lincoln (2011). Acredito que este estudo oportunizará que as demandas avaliadas pelos profissionais possam dar visibilidade a questões que envolvem o cuidado em saúde mental destinado à criança, propiciando mudanças e contribuindo para um cuidado integral e efetivo.

A motivação para o presente estudo advém das vivências como enfermeira de uma ESF em um município no interior do Rio Grande do Sul, onde atuo e venho evidenciando fragilidades no cuidado à saúde mental infantil, como: ações curativas e biologicistas, pouca articulação entre as ações da ESF e CAPS, despreparo dos profissionais dos diferentes serviços no atendimento a questões da infância e ações pontuais junto à educação, dificultando a integração entre saúde e educação.

E, ainda, durante a realização do estágio de docência em uma ESF no Município de Porto Alegre, pude perceber nas reuniões de equipe as dificuldades sob outro aspecto, não apenas como enfermeira, mas também como pesquisadora. As demandas identificadas pela equipe, muitas delas trazidas pelo Agente Comunitário da Saúde (ACS), são encaminhadas para um atendimento especializado, sem resolubilidade ou acompanhamento no âmbito da ESF, diminuindo o vínculo entre as famílias e a equipe de saúde.

Muitas são as causas que podem estar fragilizando esse cuidado, como a fragmentação da RAPS, o desconhecimento sobre as funções e processos de trabalho das diferentes instituições relacionadas à criança, dificuldade de identificar a demanda em saúde mental, primeiramente pela família, e posteriormente pelos profissionais da saúde, a insegurança ou a falta de capacitação da equipe da ESF para o cuidado em saúde mental.

Logo, este estudo justifica-se pela relevância do tema, considerando que na atualidade os cuidados em saúde mental infantil na ESF necessitam de mais visibilidade no país, no sistema de saúde e no reconhecimento das ações realizadas pelos profissionais, tendo em vista a carência de informações científicas e acadêmicas que subsidiem a atuação técnico-assistencial sobre o assunto. Sinalizo, assim, a importância de estudos que avaliem o cuidado em saúde mental à criança na perspectiva da ESF.

Acredito que a ESF constitui-se como campo fértil para desenvolver atividades que promovam a saúde mental e o bem-estar das crianças. No entanto, o cuidado em saúde mental a essas crianças ainda carece de mais aprofundamento e investigação. Assim, tenho a seguinte questão de pesquisa: Qual a avaliação dos profissionais da ESF sobre o cuidado em saúde mental às crianças?

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar qualitativamente o cuidado em saúde mental à criança no contexto da ESF, a partir da perspectiva das equipes da ESF.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Os objetivos específicos concentram-se em:

- a) Analisar as ações de cuidado à saúde mental infantil na ESF.
- b) Identificar as potencialidades e as dificuldades no cuidado em saúde mental à criança.

3 REFORMA PSIQUIÁTRICA, O CUIDADO À CRIANÇA E AVALIAÇÃO EM SAÚDE

3.1 REFORMA PSIQUIÁTRICA E REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

O objeto deste estudo, *Avaliação do Cuidado em Saúde Mental à criança no contexto da Estratégia da Saúde da Família*, requer uma reflexão sobre o processo de construção da assistência psiquiátrica e da atenção psicossocial à infância, neste momento apresento a construção do objeto do estudo.

O movimento de nível mundial chamado de Reforma Psiquiátrica repercutiu no Brasil e objetivou mudanças no modelo de assistência em saúde mental, substituindo o tradicional e excludente modelo asilar e manicomial por um modelo de reabilitação psicossocial (AMARANTE, 2014). As transformações na área de saúde mental no Brasil refletem os movimentos reformistas mundiais, dessa forma, faz-se necessário um resgate histórico dos acontecimentos que subsidiaram a política na área da saúde mental.

Diferente do conceito atual, a instituição hospitalar nasce na Idade Média com intuito de caridade, oferecendo abrigo, alimentação e assistência religiosa aos pobres, miseráveis, mendigos, desabrigados e doentes (AMARANTE, 2014). O hospital era, nessa época, um lugar em especial para pobres, onde a assistência era obra de caridade realizada por religiosos e leigos (FOUCAULT, 2017). No entanto, já no século XVII, houve a transformação do hospital de caráter religioso e filantrópico para uma intuição médica, tendo como marco o Hospital Geral em Paris no ano de 1656, que objetivou a internação de pessoas consideradas ameaçadoras à ordem pública em decorrência da desorganização social e da crise econômica ocorridas na Europa (DESVIAT, 2015).

Dessa forma, a intervenção médica no espaço hospitalar que antes era eventual passou a ser frequente, pois o saber médico permitiria agrupar as doenças, intervir sobre o doente e transformar o hospital em local de cura (FOUCAULT, 2017). A intervenção da medicina deu-se sobre as doenças, e conseqüentemente sobre as pessoas, através do método das ciências naturais, o qual sistematizou um modelo de conhecimento baseado na experimentação e na busca de leis de causalidade (AMARANTE, 2014).

Nesse contexto, a medicina pautou-se nos princípios de isolamento e do afastamento com objetivo de conhecer e classificar as doenças. O regime de isolamento foi proposto por Philippe Pinel no hospital de Bicetrê (Paris), ao propor regime asilar, num completo isolamento do mundo exterior, do meio que gerava uma série de distúrbios, associado à ordem e disciplina, princípios do tratamento moral considerado como terapêutico (DESVIAT, 2015; AMARANTE, 2016). A loucura passa a ser objeto da medicina pela possibilidade de cura e a pessoa alienada passa a ser institucionalizada em asilos.

O modelo asilar começa a receber críticas a partir da Segunda Guerra Mundial, momento marcado por crescimento econômico, reconstrução social e de movimentos civis que passaram a dar atenção às condições de vida nesses lugares, chegando a ser comparados aos campos de concentração. A partir de buscas por alternativas para o manicômio, nascem as primeiras experiências de Reforma Psiquiátrica pelo mundo, e conseqüentemente no Brasil (DESVIAT, 2015; AMARANTE, 2016; YASUI, 2006).

A tentativa de superação dos manicômios e o cuidado da pessoa com problemas mentais de forma digna ocorreram em três grandes períodos, redimensionando os campos teórico-assistenciais da psiquiatria. Um primeiro grupo, a Psicoterapia Institucional e comunidade terapêutica fundamentada teoricamente a partir da política francesa, influenciada pela psicanálise, numa referência de que a terapia deveria abordar toda a instituição, pessoas e doentes, num processo de transformação das instituições psiquiátricas a partir de uma nova gestão. Um segundo grupo, Psiquiatria de Setor e Psiquiatria Preventiva – o modelo hospitalar deveria ser desmontado na medida em que fossem construídos serviços assistenciais qualificados. E o terceiro grupo, a Antipsiquiatria e a Psiquiatria Democrática, que desarticulam a instituição, consideram que a principal questão estaria no modelo científico psiquiátrico (AMARANTE, 2014; AMARANTE, 2016).

A experiência de Reforma Psiquiátrica Italiana tem sido apontada como inspiração para o processo brasileiro. O movimento conhecido como Reforma Democrática Italiana, iniciada em 1961, deu-se quando Franco Basaglia assumiu a direção do Hospital Provincial Psiquiátrico de Gorizia, propondo-se a transformar o hospital psiquiátrico, o qual era constituído ainda pela relação onde o médico assumia a conduta centrada na doença, reduzindo a loucura a objeto de intervenção médica.

O movimento da Reforma Italiana teve inspiração na Comunidade Terapêutica e na Psicoterapia Institucional (AMARANTE, 2016).

A Comunidade Terapêutica foi consagrada em 1959, na Inglaterra, por Maxwell Jones, caracterizando um processo de reformas institucionais marcadas pela adoção de medidas administrativas, democráticas, participativas e coletivas, com objetivo de transformar a dinâmica institucional asilar. Nessa experiência os internos eram organizados em grupos de discussão, grupos de atividades, fazendo os internos se envolverem na própria terapia, uma tarefa realizada por técnicos, familiares e comunidade (AMARANTE, 2016).

Já a Psicoterapia Institucional foi utilizada inicialmente em 1940 por François Tosquelles no Hospital Saint-Alban, na França, partindo do pressuposto de que as próprias instituições possuíam características doentias e necessitavam de tratamento, logo, a terapia deveria ser estendida para todo o hospital. O objetivo era o resgate terapêutico do hospital psiquiátrico, com influência da psicanálise, acreditava-se na cura da doença mental a partir do hospital reformado (AMARANTE, 2016; DESVIAT, 2015).

Para Amarante (2016) o mérito da Psiquiatria Democrática Italiana refere-se à denúncia das práticas de violência institucional, ampliando o movimento com alianças de forças sindicais, políticas e sociais. Em 1970, Basaglia inicia um processo de desmontagem do aparato manicomial em um hospital psiquiátrico e a construção de novos espaços de lidar com a loucura e a doença mental em Trieste, outra cidade italiana. A substituição do hospital por outros serviços orientada pela ideia de desinstitucionalização dá início à ideia de território, tanto como região geográfica, como cotidiano de vida, espaço subjetivo de construção social e política, de inserção dos sujeitos no meio social (AMARANTE, 2014).

Frente à grande repercussão das experiências de Gorizia e Trieste, no ano de 1978 o Parlamento Italiano aprovou a Lei de Reforma Psiquiátrica, conhecida como Lei 180 ou Lei Basaglia, que revogava a legislação psiquiátrica em vigor de 1904 e reorganizou os recursos para os cuidados psiquiátricos, restituiu a cidadania e direitos sociais aos doentes, garantindo um cuidado de qualidade (YASUI, 2006; AMARANTE, 2016).

Os movimentos pela Reforma Psiquiátrica aconteceram em diferentes países pelo mundo e repercutiram na assistência psiquiátrica brasileira. Neste momento faz-

se importante considerar que, enquanto no continente europeu acontecia o processo de Reforma Psiquiátrica durante o século XVI, o Brasil nesse período estava sendo colonizado pelo império português, desta forma, a loucura passa a ter espaço como causa de tratamento somente no século XIX (RESENDE, 2001).

Com a chegada da família real portuguesa ao Brasil em 1808, a cidade do Rio de Janeiro recebeu a corte portuguesa juntamente com o governo, o que ocasionou uma série de mudanças políticas, econômicas, culturais e sociais na colônia de Portugal, e trouxe também um crescimento populacional e marginalização de mendigos e loucos (AMARANTE, 2014).

Na abordagem da loucura, o grande marco da vinda da família real está na construção do primeiro hospital psiquiátrico brasileiro. Em 1852, Dom Pedro inaugura o Hospício Pedro II, frente à condição dos loucos pela cidade, nas prisões e nos porões dos hospitais gerais (AMARANTE, 2014). Seu caráter filantrópico vinculado à Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro e a ausência de um projeto médico assistencial foram alvo de críticas pelos médicos alienistas da época. Com a Proclamação da República em 1888, compartilhando dos ideais positivistas e republicanos, os médicos aspiravam reconhecimento por parte do Estado para uma intervenção mais ativa no campo da doença mental e assistência psiquiátrica. Assim, o Hospício Pedro II passa a se chamar Hospício Nacional de Alienados, desvinculado da Santa Casa e subordinado à administração pública (AMARANTE, 2016).

A primeira reforma psiquiátrica no Brasil se identifica na implantação de um modelo de colônia no tratamento de doentes mentais, com a Assistência Médico-Legal aos Alienados e a criação das colônias de alienados São Bento e de Conde de Mesquita, primeiras na América Latina, localizadas na Ilha do Galeão no Rio de Janeiro, que desencadearam a expansão de outras pelo país¹. Esses novos hospitais psiquiátricos preconizavam o trabalho como forma de tratamento no espaço asilar inspirados em experiências europeias (AMARANTE, 2016).

A psiquiatria, nos anos de 1950, se fortalecia no intuito de cura das doenças mentais e no processo de psiquiatrização com o aparecimento dos neurolépticos e das técnicas de lobotomia, eletroconvulsoterapia e do choque insulínico e cardiazólico

¹ No Estado do Rio Grande do Sul no ano de 1884 foi inaugurado o Hospital Psiquiátrico São Pedro, instituição filantrópica destinada aos alienados e a todos que apresentavam desvio de conduta, cumprindo a função de saneamento urbano na época. No momento, é tombado pelos poderes público estadual e municipal (PICCININI, 2007).

(AMARANTE, 2014). Neste contexto de uso de medicamentos, os doentes se tornaram mais “dóceis” e as estruturas manicomiais, mais lucrativas com a assistência privada.

O lucro com a psiquiatria foi impulsionado na década de 60, com a compra de serviços privados com recursos públicos no intuito de desafogar a superlotação dos serviços públicos, com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). O INPS chegou a destinar 97% dos recursos da saúde mental para internações na rede hospitalar, segundo Amarante (2014). Esse período ficou conhecido como “indústria da loucura”, pois, enquanto o número de internos no sistema público permanecia estável, as internações em instituições conveniadas passaram de 14 mil para 30 mil, entre os anos de 1965 e 1970 (RESENDE, 2001).

Importante ressaltar que o INPS foi resultado da unificação dos institutos de aposentadoria e pensões, padronizando a assistência médica dos segurados e promovendo a integração do sistema previdenciário brasileiro. Porém, no final dos anos 70, esse modelo privatizante em todo o setor da saúde, inclusive na área da saúde mental, levou à crise financeira da Previdência Social (AMARANTE, 2014).

No campo da saúde mental, em 1975, foi criado o Plano Integrado de Saúde Mental (PISAM), com o objetivo de qualificar médicos generalistas e auxiliares de saúde para a assistência no nível primário (AMARANTE, 2014). A sociedade civil, trabalhadores de saúde e representantes sindicais estavam unidos por mudanças no modelo assistencial de saúde da população brasileira.

Como exemplos do reflexo do PISAM no Município de Porto Alegre, no Rio Grande do Sul, foi criado o Centro Médico Social São José do Murialdo, desde 1971 realizando trabalhos de cunho participativo com a população. A Clínica Pinel nasceu como um serviço privado em parceria com INAMPS e incorporou pressupostos da psiquiatria preventiva em uma unidade ambulatorial (WETZEL, 1995). Já o Hospital Psiquiátrico São Pedro vinha assumindo uma lógica de setorização no atendimento, o que consistia em atendimento por área geográfica, diminuindo a população assistida nesse serviço, ocasião em que muitos pacientes foram levados para seus locais de origem ou para a Colônia Agrícola de Reabilitação Itapoã, criada junto ao antigo leprosário. (WETZEL, 1995; KANTORSKI; WETZEL; MIRON, 2002).

No final da década de 70, o sofrimento mental é marcado por denúncias de violação de direitos humanos a partir do registro das condições precárias, frequentes

ameaças e violências que sofriam profissionais, estudantes e os pacientes, através de agressão, estupro, trabalho escravo e mortes não esclarecidas. Esses fatores provocaram uma crise na Divisão Nacional de Saúde Mental (crise da DINSAM) (AMARANTE, 2016), originando o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM).

Assim nasce o MTSM, cujo objetivo é constituir-se em um espaço de luta não institucional, em um *locus* de debate e encaminhamento de propostas de transformação da assistência psiquiátrica, que aglutina informações, organiza encontros, reúne trabalhadores em saúde, associações de classe, bem como entidades e setores mais amplos da sociedade (AMARANTE, 2016, p. 52).

Concomitante a esse movimento, no ano de 1978, a Organização mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas (UNICEF) realizam a Conferência Internacional de Alma Ata, que estabeleceu metas para a saúde mundial e ampliou o conceito de saúde para além da ausência de doença. O indivíduo passou a ser detentor de direitos e houve a necessidade de inserção de outras esferas na promoção da saúde, como transporte, lazer, renda, habitação, entre outras, propondo ampliar a atenção básica à saúde para toda população para atingir a meta de “saúde para todos até o ano 2000” (BRASIL, 2002b).

Ainda nos anos de 1978 e 79, o MTSM esteve inserido em diversos eventos² e passou a ser influenciado pelos debates ocorridos em um importante evento na área da psicanálise, o I Congresso Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições, no Rio de Janeiro. O evento reuniu no Brasil importantes mentores da crítica em saúde mental, dentre eles Franco Basaglia, Felix Guatari, Robert Castel e Erwing Goffman (AMARANTE, 2016). Com a vinda de Basaglia ao Brasil se intensifica o movimento dos trabalhadores por desintitucionalização, não como desassistência e desospitalização, mas como desmanche das práticas manicomiais, superando o paradigma doença/cura, voltando-se ao sujeito que sofre (DUARTE, 2013).

Neste período de busca por ações no campo da saúde que objetivavam melhorar o atendimento à população em meio ao cenário de escassez de recursos financeiros, inicia-se o movimento pela Reforma Sanitária Brasileira. Ainda nos anos 70, houve a criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), e a criação da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO),

² Em 1978 o V Congresso Brasileiro de Psiquiatria, em Camboriú/SC; em 1979, I Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, em São Paulo/SP; III Congresso Mineiro de Psiquiatria, em Belo Horizonte/MG (AMARANTE, 2016).

instituições relacionadas à formação de profissionais críticos ao modelo de saúde vigente (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

Outros atores importantes na Reforma Sanitária foram primeiramente os movimentos sociais que visavam à melhoria das condições de saúde nas periferias de grandes cidades e alcançaram expressão nacional a partir dos encontros nacionais de medicina comunitária. Para Paiva e Teixeira (2014) houve a ampliação das reivindicações pelos movimentos sociais, por controle social dos serviços de saúde, melhoria da qualidade da medicina previdenciária e desenvolvimento de ações preventivas, além da melhoria das condições de vida que possibilitassem a conquista da saúde. Outros atores envolvidos foram os profissionais médicos, que em associação e sindicatos reivindicavam melhores condições de trabalho e mudanças no sistema de saúde, como luta por democracia (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

O período de redemocratização do país na década de 80 é marcado por importantes mudanças no campo da saúde brasileira impulsionadas por dois eventos. No ano de 1986, a realização da VIII Conferência Nacional da Saúde (CNS), onde surgiu a concepção de saúde como direito de todos e dever do Estado e referência para a configuração do que iria ser o Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro. Essa conferência tratou de temas gerais da política nacional de saúde, como financiamento, modelos de gestão e participação comunitária. (AMARANTE, 2016). Dessa forma, em 1987, acontecia a I Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), com o lema “por uma sociedade sem manicômios”, direcionando o movimento da Reforma Sanitária para o campo da saúde mental, à luz dos princípios propostos na CNS de integralidade, universalização, descentralização, hierarquização e regionalização.

A I CNSM repercutiu na assistência psiquiátrica brasileira, surgindo novas modalidades de atenção, substituindo o modelo tradicional, como, por exemplo, o CAPS Luís da Rocha Cerqueira³ em 1987, e a implementação de um Sistema Psiquiátrico Substitutivo a partir da intervenção na Casa de Saúde Anchieta, com a criação de Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) (AMARANTE, 2016). Ainda na década de 80, a experiência dos serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico e constituição de uma rede de cuidados levou à apresentação do Projeto de Lei (PL) nº

³ O primeiro CAPS do Brasil, na cidade de São Paulo, seguindo experiências do exterior e princípios das comunidades terapêuticas, da Psiquiatria de Setor e da Psiquiatria Democrática Italiana. Tendo forte inspiração nos centros de atenção psicossocial de Manágua (Nicarágua) (AMARANTE 2016).

3.657/89, pelo Deputado Federal Paulo Delgado, que em quatro artigos defendia a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e a sua substituição por outros recursos assistenciais.

Estimulados pelo PL nº 3.657/1989, outros estados⁴ elaboraram projetos de lei com o mesmo propósito, como o Estado do Rio Grande do Sul, Ceará, Pernambuco, Minas Gerais e Rio Grande do Norte (AMARANTE, 2016). O Rio Grande do Sul foi pioneiro, aprovando a Lei de Reforma Psiquiátrica em seu território, a Lei nº 9716/1992, que determinava a substituição progressiva dos leitos em hospitais psiquiátricos por uma rede integral de saúde mental e sobre regras de proteção aos que padecem de sofrimento mental (RIO GRANDE DO SUL, 1992).

Sobre a substituição da tradicional assistência em saúde mental no Rio Grande do Sul, a implantação de serviços substitutivos em dois municípios merece destaque. O primeiro é o Município de São Lourenço do Sul, que em 1988 inaugurou um Centro de Saúde Mental chamado “Nossa Casa”, criada para superar a falta de um serviço especializado frente a complexidade da saúde mental e para a assistência integral do sujeito em sofrimento psíquico (DUARTE, 2013; WETZEL, 2005). E o segundo município é Alegrete, que após a criação do CAPS deu origem ao sistema de saúde da cidade, ampliando os serviços direcionados à infância e ao adolescente, álcool e drogas, leitos em hospital geral, residencial terapêutico, emergência psiquiátrica e atendimentos em UBS (DUARTE, 2013; WETZEL, 2005).

O repensar a assistência psiquiátrica na América Latina teve na Conferência de Caracas, em 1990, o compromisso de países como o Brasil, em assumir a promoção da assistência psiquiátrica no setor primário e o tratamento no território a partir de uma rede de serviços, além da garantia aos direitos humanos (BRASIL, 2002a). Essa reestruturação da atenção psiquiátrica chamava outros apoiadores, como os Ministérios da Saúde e Justiça, Seguridade Social, Parlamento, prestadores de saúde, organizações profissionais, associações de usuários, entre outros envolvidos na causa.

A partir desse momento, o Brasil compromete-se a promover atenção psiquiátrica no campo da atenção primária de saúde, construindo uma rede de serviços. Essa fase de mudanças na abordagem legal da saúde mental reflete-se nas

⁴ No Estado do Ceará a Lei nº 12.151 foi aprovada em 29 de julho de 1993; em Pernambuco, a Lei nº 11.064, de 16 de maio de 1994; em Minas Gerais, a Lei nº 11.802, de 18 de janeiro de 1995; e no Rio Grande do Norte, a Lei nº 6.758, de 4 de janeiro de 1995 (BRASIL, 2004b).

portarias publicadas pelo Ministério da Saúde (MS) nesse período, dando visibilidade ao processo de mudanças na assistência em saúde mental.

Dentre as importantes publicações do MS, a Portaria nº 189/1991, que alterou o financiamento de ações e serviços de saúde mental pelo SUS e definiu o financiamento público para os Núcleos/Centros de Atenção Psicossocial (NAPS/CAPS). Outra Portaria, a de nº 224/1992, que regulamenta o funcionamento de todos os serviços de saúde mental no país, incluindo normas para a assistência em Unidades Básicas de Saúde (UBS), Centros de Saúde e ambulatórios, formalizou as funções dos NAPS/CAPS como unidades de saúde locais e regionalizadas com população adscrita, podendo funcionar 24 horas durante os sete dias da semana, provendo cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, além de atuar como porta de entrada da rede de serviços de saúde mental e atender pacientes referenciados dos serviços de urgência ou egressos de internação psiquiátrica (BRASIL, 2004b).

Posteriormente, a Portaria nº 224/1992 foi atualizada pela Portaria de nº 336/2002, que ampliava a abrangência dos serviços substitutivos de atenção diária e dava novos parâmetros de abrangência para serviços ambulatoriais como os CAPS, além de direcionar CAPS específicos para álcool e outras drogas e crianças e adolescentes (BRASIL, 2004a).

A política em saúde mental foi ganhando espaço no cenário nacional, passando da assistência centrada em referência hospitalar para um modelo de atenção de base territorial comunitária, consolidando a expansão dos CAPS como principal dispositivo de cuidado extra-hospitalar para o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes (AMARANTE, 2016)

Atualmente as diferentes modalidades de CAPS são implantadas de acordo com a finalidade de acompanhamento para a qual se destinam, a densidade populacional que abrangem, modificadas conforme a equipe multidisciplinar e o horário de funcionamento (BRASIL, 2011a):

CAPS I – destina-se ao atendimento de todas as faixas etárias, serviço prioritário para portadores de intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas. Indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de 20 mil habitantes (BRASIL, 2011a).

CAPS II – destina-se a atender prioritariamente pessoas em intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, podendo atender aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas. Indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de 70 mil habitantes (BRASIL, 2011a).

O CAPS III – atende prioritariamente pessoas em intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas. Proporciona serviços de cuidado contínuo, com funcionamento ininterrupto, sendo retaguarda clínica e acolhimento noturno para outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS Álcool e Drogas (CAPS AD). Indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de 200 mil habitantes (BRASIL, 2011 a).

O CAPS AD – destina-se ao atendimento de pessoas de todas as faixas etárias, incluindo crianças a partir dos 6 anos⁵, que apresentem intenso sofrimento psíquico decorrente do uso de *crack*, álcool e outras drogas. Indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de 70 mil habitantes (BRASIL, 2011a). Outra modalidade é o CAPS AD III, que se diferencia por um funcionamento ininterrupto, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno em municípios com mais de 200 mil habitantes (BRASIL, 2012a).

CAPS i – destina-se ao atendimento de crianças e adolescentes⁶ que apresentem prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas. Indicado para municípios ou regiões com população acima de 150 mil habitantes (BRASIL, 2011a).

A proteção dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e o redirecionamento do modelo de assistência na área da saúde mental se deram em 2001, a partir do PL do deputado Paulo Delgado, que tramitou no Congresso Nacional por 12 anos; após modificações no texto original, foi aprovada a Lei Federal sobre a Reforma Psiquiátrica brasileira (Lei 10.216 de abril de 2001) (BRASIL, 2001a).

⁵ Os CAPSad e CAPSad III poderão fazer atendimentos para usuários a partir de 6 anos de acordo com a Portaria nº 854/2012, que altera e cria novos procedimentos para os Centros de Atenção Psicossocial e dá outras providências (BRASIL, 2012c).

⁶ O CAPSi realiza atendimento para usuários de até 25 anos de acordo com a Portaria nº 854/2012 (BRASIL, 2012c)

Essa Lei assegura também o dever do Estado em desenvolver políticas na área, além da assistência e promoção de ações de saúde com a devida participação da família e sociedade, entendendo que estabelecimentos de saúde mental são instituições ou unidades de assistência em saúde. Também regulamenta o cuidado especial direcionado às pessoas em longo período de internação psiquiátrica e conceitua os casos de internação psiquiátrica voluntária, involuntária e compulsória (BRASIL, 2001a).

As modificações no campo da saúde mental em relação ao clima cultural, político e jurídico criam condições para modificações nas práticas direcionadas à concretização da Atenção Psicossocial (COSTA-ROSA, 2013). A expansão dos CAPS juntamente com a criação pelo Ministério da Saúde de instituições substitutivas como as “Residências Terapêuticas”, cooperativas de geração de renda, Núcleos de Apoio Matricial na AB permitiram ampliar as críticas ao Hospital Psiquiátrico e ao modelo asilar (COSTA-ROSA, 2013).

A Atenção Psicossocial, para Costa-Rosa (2012), caracteriza-se por um conjunto de práticas que visam à superação paradigmática da psiquiatria asilar. Dessa forma, o modo psicossocial e o modo asilar se diferenciam quanto aos saberes e práticas, conforme ilustrado no Quadro 1.

A atenção psicossocial é o paradigma transformador da Reforma Psiquiátrica Brasileira, a estratégia orientadora da assistência em saúde mental atual (SANTIAGO; YASUI, 2015). Ao assumir a atenção psicossocial no cuidado, implica aos pontos da rede capacidade de ativar dispositivos do território, diversidade e flexibilidade nas estratégias de cuidado, fazendo a diferença nos momentos de encontro com o sujeito em sofrimento e seus familiares e os serviços de saúde.

A atenção psicossocial transcende as instituições como dispositivos de cuidado. A atenção não se refere a um sistema organizado e hierarquizado por complexidade, todas as demandas são consideradas de alta complexidade, diferindo apenas nas suas especificidades no saber e na ação exigidos (SANTIAGO; YASUI, 2015).

Quadro 1 – Comparativo entre o Modo Asilar e o Modo Psicossocial

Aspectos analisados	Modo asilar	Modo psicossocial
Concepções do objeto e meios de trabalho	<ul style="list-style-type: none"> - Ênfase nas considerações orgânicas dos problemas e tratamento medicamentoso; - Pouca ou nenhuma consideração da existência do sujeito, não o reconhecendo como participante do tratamento; - O indivíduo é visto como doente, ocorrendo isolamento, tanto no contexto familiar quanto social; - O trabalho multidisciplinar ocorre como divisão de trabalho, de forma fragmentada, e o prontuário é considerado elo de interconexão dos profissionais; - A instituição é o hospital psiquiátrico. 	<ul style="list-style-type: none"> - O sujeito é o principal participante do tratamento; - Consideração ao contexto familiar e grupo social no tratamento, considerando o ambiente sociocultural determinante; - Os meios na equipe interprofissional, com arteterapia, superando o modelo médico e medicamentoso; - Uso de dispositivos institucionais como CAPS, Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS), ambulatório de saúde mental e setores para tratamento de saúde mental em hospitais gerais.
Formas de organização institucional	Organização institucional com organogramas piramidais ou verticais, pois o fluxo de poder institucional tem apenas um sentido, do ápice para a base.	O organograma que representaria esse modo se dá na forma horizontal. Considerando a horizontalização de poder e a participação popular.
Formas de relacionamento com a clientela	Relações intersubjetivas verticais, relação entre loucos e sãos. O relacionamento se dá conforme o suprimento e a carência, sabedoria e ignorância.	A instituição passa a ser considerada um espaço de interlocução, práticas horizontais de fala e escuta.
Concepção dos efeitos típicos em termos terapêuticos e éticos	Como a finalidade do tratamento é a internação, deriva-se o efeito da cronificação asilar.	Além da redução dos sintomas, busca-se, como meta principal, o reposicionamento subjetivo da pessoa em sofrimento psíquico através da ênfase na singularidade e nas dimensões sociocultural e subjetiva.

Fonte: Adaptado de Costa-Rosa (2012).

Dessa forma, no ano de 2011, é constituída a RAPS brasileira, a partir da Portaria nº 3.088/2011, tendo entre suas diretrizes de funcionamento o respeito aos direitos humanos; promoção da equidade; combate a estigmas e preconceitos; garantia do acesso e atenção centrada nas necessidades do sujeito, sob a lógica interdisciplinar; desenvolvimento de atividades no território, que favoreçam a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania; promoção de estratégias de redução de danos; ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares; promoção de estratégias de educação permanente; e construção de projeto terapêutico singular no cuidado de pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas (BRASIL, 2011a).

A RAPS é constituída por sete componentes. Cada um deles compreende um conjunto de ações e serviços que têm o propósito de atender às diferentes necessidades dos usuários e seus familiares com base no território, representados no Quadro 2.

Quadro 2 - Componentes da Rede de Atenção Psicossocial no SUS

Atenção Psicossocial Estratégica	- CAPS (nas suas diferentes modalidades).
Atenção de Urgência e Emergência	- Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU); - Sala de estabilização; - Unidade de Pronto Atendimento 24 horas (UPA) e portas hospitalares de atenção à urgência/pronto-socorro, UBS.
Atenção Residencial de Caráter Transitório	- Unidade de acolhimento; - Serviço de atenção em regime residencial.
Atenção Hospitalar	- Enfermaria especializada em Hospital Geral (HG); - Leitos de saúde mental no serviço Hospitalar.
Estratégias de Desinstitucionalização	- Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT); - Programa "De Volta para Casa".
Estratégias de Reabilitação Psicossocial	- Iniciativas de geração de trabalho e renda; - Empreendimentos solidários e cooperativas sociais.
Atenção Básica em Saúde	- UBS; - Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF); - Consultório na Rua; - Centros de Convivência e Cultura

Fonte: Adaptado de Brasil (2014a).

Neste momento, descrevo os componentes da RAPS dentre eles a AB, foco deste estudo como ponto de cuidado à criança.

A Atenção Psicossocial Estratégica se refere aos CAPS, constituídos por equipe multiprofissional, atuando sob a ótica interdisciplinar e que realizam atendimento às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e às pessoas com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas. Atuando de forma territorial em situações de crise ou em processos de reabilitação psicossocial (BRASIL, 2013a; 2014a). As diferentes modalidades de CAPS são implantadas de acordo com a finalidade de acompanhamento para a qual se destina e conforme abordadas anteriormente.

No componente de atenção à urgência e emergência, a RAPS tem como pontos de atendimento o SAMU, Sala de Estabilização, UPA, os serviços hospitalares de pronto atendimento, UBS, entre outros (BRASIL, 2011a). Estes serviços devem realizar o acolhimento, classificação de risco e cuidado nas situações de urgência e emergência das pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas em situações agudas e estar articulados aos CAPS e serviços residenciais (BRASIL, 2011a).

A Atenção Residencial de Caráter Transitório pode ser realizada a partir da Unidade de Acolhimento ou através de Serviços em Regime Residencial. As Unidades de Acolhimento são serviços de acolhimento voluntário a quem encontra-se em situação de vulnerabilidade social e familiar, decorrente do uso de *crack*, álcool e outras drogas. O serviço deve funcionar 24 horas por dia e nos sete dias da semana, tem caráter transitório e deve garantir os direitos de moradia, educação e convivência familiar e social (BRASIL, 2012b).

A Atenção em Residencial de Caráter Transitório conta com serviços de atenção em regime residencial, incluídas as Comunidades Terapêuticas, serviços direcionados ao cuidado de pessoas adultas, com necessidades decorrentes do uso de álcool, *crack* e outras drogas. A indicação por esse acompanhamento dar-se-á a partir da equipe da AB com avaliação da equipe do CAPS. A permanência nesse serviço pode durar um período de até nove meses e a saída do serviço deve ser programada e com vistas à reintegração social (BRASIL, 2012b)

O Componente da Atenção Hospitalar na RAPS é constituído por Enfermarias e Leitos no HG de referência para atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno

mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas. As internações aliadas a outras especialidades médicas ocorrem em casos que necessitem de cuidado médico intensivo, ou que tragam complicações clínicas associadas aos transtornos mentais e ao uso de drogas (BRASIL, 2012a).

Os serviços psiquiátricos em HG devem ter caráter complementar, com função de dar suporte no atendimento de emergências psiquiátricas para o manejo de pacientes em crise ou com sintomas psíquicos agudizados, proporcionando tratamento integral, utilizando recursos laboratoriais e diagnósticos, o que propõe a desconstrução das ideias e características asilares (PAES *et al.*, 2013).

Contrariando os avanços decorrentes da reforma psiquiátrica para um cuidado em serviços substitutivos, aprovou-se em dezembro de 2017 a resolução nº 32, a qual introduziu na RAPS, os ambulatórios de saúde mental e os leitos em hospitais psiquiátricos (HPs) (SOUSA; JORGE, 2018). Retrocede-se, tendo em vista que o movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira tem, insistentemente, se abolir o hospital psiquiátrico como local de acompanhamento das pessoas com transtornos mentais, por se tratar de um modelo manicomial baseado na segregação e violação de direitos.

O componente da Estratégia de Desinstitucionalização compreende os SRT e o Programa “De Volta para Casa”. Os SRT constituem-se de moradias ou casas inseridas na comunidade, destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuam suporte social e familiar, com o intuito de reinserção social (BRASIL, 2000a). No Estado do Rio Grande do Sul, cerca de 200 pessoas vivem atualmente nos 42 SRTs distribuídos em sete municípios do estado, sendo Viamão, Caxias do Sul, Alegrete, Bagé, Canoas, Taquara e também Porto Alegre, onde 27 SRTs estão situados junto ao Hospital Psiquiátrico São Pedro (RIO GRANDE DO SUL, 2014).

Já o programa “De Volta para Casa”, instituído pela Lei nº 10.708/2003, objetiva garantir a assistência, acompanhamento e a integração social de pessoas acometidas de transtornos mentais egressas de longa internação psiquiátrica (com dois anos ou mais de internação) em programas de reinserção social, residentes em SRT ou egressas de Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico. Neste programa é

garantido o auxílio-reabilitação psicossocial⁷ durante um ano, podendo ser renovado, atendendo o propósito de reintegração social do sujeito (BRASIL, 2003a).

As Estratégias de Reabilitação Psicossocial incluem as Cooperativas Sociais e Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda e os Empreendimentos Solidários. As cooperativas sociais têm a finalidade de inserir pessoas dependentes de acompanhamento psiquiátrico permanente e os egressos de hospitais psiquiátricos, entre outros, no mercado de trabalho (BRASIL, 2005b; VOLZ *et al.*, 2015).

O componente da AB em saúde compreende: UB, NASF, Consultório na Rua e Centros de Convivência e Cultura. A descrição sobre a UB, onde está compreendida a ESF, será realizada por último, por ser o foco deste estudo, conforme mencionado anteriormente.

O NASF não se refere a um serviço, mas a equipes formadas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, sendo recomendado que conte com pelo menos um profissional da área de saúde mental, e tem como principal objetivo ampliar as ações e resolubilidade da AB. Instituídos em 2011, os NASFs realizam matriciamento⁸ das equipes da AB a partir de outros núcleos de conhecimento. As equipes realizam apoio a um determinado número de ESF visando instituir a integralidade do cuidado físico e mental dos usuários e podem ser compostas em três modalidades de acordo com o número de equipes da ESF acompanhadas e das áreas de formação em saúde que abrangem (BRASIL, 2008; 2014b).

Importante destacar que o NASF apoia o diálogo com diferentes pontos de cuidado no território e os diferentes espaços por onde circula o usuário e família, que devem ser considerados para a produção do cuidado. As atividades desenvolvidas abrangem tanto a dimensão clínica, sanitária e a pedagógica, que potencializa e articula espaços comunitários como a unidade de saúde, escola, academia de saúde e Centro de Referência em Assistência Social (CRAS) (BRASIL, 2014b).

O Consultório na Rua integra-se às ações da AB e são equipes multiprofissionais que têm como foco de trabalho os diferentes problemas e necessidades de saúde da população em situação de rua. O trabalho é realizado *in*

⁷ A Portaria nº 1.511/2013 reajustou o valor do auxílio-reabilitação psicossocial, instituído pela Lei nº 10.708/ 2003 para R\$ 412,00 (quatrocentos e doze reais) (BRASIL, 2013b).

⁸ Matriciamento ou apoio matricial a partir de duas ou mais equipes, produz saúde num processo de construção compartilhada, uma intervenção pedagógico-terapêutica. É diferente do atendimento realizado por um especialista. Ele pode ser entendido como “um suporte técnico especializado que é ofertado a uma equipe interdisciplinar em saúde a fim de ampliar seu campo de atuação e qualificar suas ações” (BRASIL, 2011d).

loco, articulado à equipe do CAPS e UBS (BRASIL, 2011a). Já os Centros de Convivência não são equipamentos assistenciais, mas espaços de articulação com a vida cotidiana, direcionados às pessoas com transtornos mentais severos e persistentes. Nesses espaços são realizadas oficinas e atividades coletivas, facilitando o convívio, a troca e a construção de laços sociais (BRASIL, 2005b).

Por fim, a atenção à saúde na AB é realizada na UBS, incluindo a ESF, que responsabiliza-se por desenvolver ações de promoção de saúde mental, prevenção e cuidado dos transtornos mentais, ações de redução de danos e cuidado para pessoas com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas (BRASIL, 2011a).

A AB caracteriza-se, a partir da Portaria nº 2.436/2017, por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual, familiar e coletivo, abrangendo a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, onde uma equipe multidisciplinar assume responsabilidade sanitária por uma população de um território definido. (BRASIL, 2017).

A importância desse nível de atenção à saúde justifica-se para Starfield (2002) por oferecer a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, centrado na pessoa e não na doença, fornecendo atenção para todas as condições comuns no decorrer do tempo, integrando ou coordenando a atenção em situações especiais em outros níveis de atenção, a partir de um conjunto de funções exclusivas da AB. É a AB que integra a atenção, oferecendo serviços de prevenção, cura e reabilitação, e lida com o contexto no qual a doença existe, o que influencia a resposta das pessoas a seus problemas de saúde.

No Brasil a ESF, instituída em 2006, como estratégia prioritária para organização da AB, de acordo com os preceitos do SUS, originou-se com objetivo de reorganizar a prática assistencial substituindo o modelo tradicional biomédico por ações interdisciplinares baseadas nos princípios da universalidade e equidade da atenção, tendo o foco na família, visando à integralidade do sujeito inserido em um ambiente familiar e social (BRASIL, 2017).

Além dos princípios da AB, a ESF deve ter caráter substitutivo às tradicionais UBS, atuando no território frente aos problemas de saúde/doença de maneira pactuada com a comunidade, desenvolvendo atividades com base no diagnóstico

situacional, buscando integração com instituições e organizações sociais, sendo espaço de construção de cidadania (BRASIL, 2017).

O trabalho em ESF propõe uma equipe multidisciplinar mínima formada por médico, enfermeiro, técnicos ou auxiliares de enfermagem, um número de ACS ser definido de acordo com base populacional (critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos) e cada ACS deve ter até 750 pessoas cadastradas em jornadas semanais de 40 horas semanais (BRASIL, 2017).

Para resolver os problemas mais comuns da população e promover vínculo entre profissionais e comunidade, o processo de trabalho na ESF pauta-se na análise sistemática da situação de saúde da população adscrita considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, implantando atividades priorizando os problemas de saúde/doença mais frequentes dos indivíduos, famílias e da comunidade. As ações intersetoriais e a participação da comunidade no controle social, no planejamento, na execução e na avaliação das ações diferenciam o processo de trabalho da ESF (BRASIL, 2000b).

A integração das ações na AB, especialmente da ESF e o campo da saúde mental, é relevante para consolidação da Reforma Psiquiátrica Brasileira. O relatório da III CNSM, realizada em 2001, já apontava a necessidade de incluir atenção aos sujeitos portadores de sofrimento psíquico nas ações básicas de saúde, de incorporar ações de saúde mental às ações da ESF, tendo em vista a base territorial e comunitária (BRASIL, 2002a).

Logo, a ESF tem no seu escopo de ações o cuidado em saúde mental, pautado nos princípios da atenção psicossocial de promoção de saúde, território, acolhimento, vínculo, responsabilização compartilhada, intersectorialidade, articulação da rede de cuidados, desinstitucionalização, participação comunitária e promoção de cidadania. Frente a esses princípios que demonstram a complexidade da atenção psicossocial, eles devem ser um compromisso encarado por gestores, profissionais de saúde, usuários, familiares em geral, pois fazer saúde implica aspectos culturais, políticos, econômicos, éticos, além dos aspectos clínicos envolvidos em relação às pessoas com sofrimento psíquico (MIELKE, 2013).

Nesse contexto, foi reconhecida a necessidade de integrar ações psicossociais nas práticas da ESF, inicialmente apresentadas pelo Ministério da Saúde na publicação intitulada "Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo

necessários – inclusão das ações de saúde mental na atenção básica” (2007). Assim, a ESF deve ser a referência maior na atenção psicossocial, mesmo que o sujeito com transtorno psíquico esteja inserido nas atividades do CAPS, ele será sempre compreendido como aquele que está inserido no território, não deixando de estar adscrito a uma ESF.

É importante reconhecer que grande parte das pessoas com transtornos mentais leves ou severos são atendidas pelas equipes de AB, principalmente a ESF, tendo em vista a expansão em grandes e pequenos municípios. Nos municípios que não se enquadram nos critérios populacionais exigidos para implantação de CAPS, o cuidado em saúde mental estrutura-se a partir da AB, com base territorial e estabelecimento de vínculos e acolhimento.

A atenção psicossocial encontra potência na ESF, quando se constata que muitas pessoas com sofrimento psíquico ainda não recebem tratamentos adequados ou nem mesmo são reconhecidas ou diagnosticadas. Dessa forma, as ações em saúde mental na AB podem reduzir esse acontecimento, além de reduzir o estigma. O cuidado no território propicia a desmitificação da doença mental, assim como as ideias relacionadas a doentes mentais como pessoas perigosas, que necessitam ser isoladas ou institucionalizadas (HIRDES; SCARPAROIRDES, 2015).

Tendo em vista que os serviços da ESF são geralmente mais acessíveis, disponíveis e aceitos no território, a saúde mental integra-se como parte desses serviços, onde os transtornos mentais podem ser mais facilmente identificados e tratados, as comorbidades de problemas físicos e mentais também são manejadas de forma mais adequada (WENCESLAU; ORTEGA, 2014).

A articulação da saúde mental às ações da ESF ainda se encontra em fase de estruturação. Mais recente ainda é o reconhecimento de que as demandas em saúde mental infantil constituem-se em demanda de saúde pública no Brasil, historicamente atribuídas às áreas da educação e assistência social (COUTO; DELGADO, 2015).

O trabalho intersetorial indispensável ao cuidado à criança é preconizado no trabalho da ESF, mas foram os indicadores positivos na redução da mortalidade infantil um dos fatores determinantes na consolidação da ESF, inicialmente garantindo a realização do pré-natal, imunização e apoio ao aleitamento materno (DAMASCENO *et al.*; 2016). Atualmente vem sendo o acesso principal ao sistema de saúde para as

diferentes demandas da saúde da criança ao longo do tempo, dentre eles, o cuidado à saúde mental.

Dessa forma, entende-se que o cuidado em saúde mental destinado à criança vem sendo realizado no âmbito da AB através das equipes da ESF, que devem ser apoiadas e ampliadas, na busca por um cuidado integral, realizado no território. Essas práticas desenvolvem-se a partir do empenho de uma equipe multiprofissional e de processos de trabalho instituídos por diretrizes assistenciais engajadas no modelo psicossocial e estendidas a todas as fases de vida, incluindo as particularidades da infância.

3.1 O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL À CRIANÇA

O cuidado à criança esteve à margem do movimento pela Reforma Psiquiátrica Brasileira, que direcionava atenção à população adulta. Neste momento, busca-se descrever o cuidado em saúde mental direcionado à infância no contexto das políticas públicas da área.

A criança foi, por muito tempo, entendida como um adulto em miniatura pela sociedade, sem consciência de particularidades sobre a infância que diferenciassem a criança do adulto (ARIÈS, 1986). A infância passa a ter tratamento diferenciado a partir do século XV, quando se reconheceu a inocência e a fragilidade da criança, influenciado pela mudança nos costumes nos países europeus nesse período (HEYWOOD, 2004).

O sentimento pela criança, chamado de “paparicação” por Ariès (1986 p. 157), refere-se à alegria que elas proporcionavam no convívio com os adultos, principalmente entre mulheres (mães ou amas) encarregadas do cuidado, e o reconhecimento da infância se deu primeiramente no meio familiar. Mas a preocupação com a moral e o surgimento da escola no século XII introduziram a disciplina e a vigilância, separando a criança por longo período do convívio familiar em um processo de enclausuramento (ARIÈS, 1986).

Na Europa do século XIX acreditava-se que as diversas doenças existentes produziam interrupções no desenvolvimento da inteligência e suas faculdades, mas não se acreditava que a loucura afetasse as crianças (ASSUMPÇÃO JR., 1995).

Já, no Brasil, ainda no período colonial, as crianças abandonadas pelas famílias na Europa vieram junto aos primeiros Jesuítas, e se encontravam dividindo espaço em portos e mercados (DEL PRIORE, 2010). Nesse período o atendimento à população carente e às crianças órfãs era desempenhado pelas Santas Casas de Misericórdia.

A prática de abandono de recém-nascidos nessa época foi comum, após o nascimento eram largados em becos, ruas ou portas de casas de famílias. Com os ritos católicos inseridos pela colonização portuguesa, a morte das crianças sem o sacramento do batismo deixava a criança em situação de pecado, sem aporte espiritual (TORRES, 2006).

Para diminuir a situação de abandono nesse período, inserem-se no Brasil do século XVIII as Rodas dos Expostos. Baseadas no sistema de proteção europeu, as rodas caracterizavam-se por ser:

De forma cilíndrica e com uma divisória no meio, esse dispositivo era fixado no muro ou na janela da instituição. No tabuleiro inferior da parte externa, o expositor colocava a criança que enjeitava, girava a Roda e puxava um cordão com uma sineta para avisar à vigilante – ou Rodeira – que um bebê acabara de ser abandonado, retirando-se furtivamente do local, sem ser reconhecido (MARCILIO, 1999, p. 55).

Assim, de forma anônima as crianças eram recolhidas, encaminhadas ao batismo, e para amas de leite⁹ e depois a uma ama-seca, de quem ficavam sob guarda até completar 7 ou 12 anos de idade, período em que as amas-secas eram remuneradas pelas Santas Casas de Misericórdia, e, após, as crianças eram entregues a atividades produtivas (MARCÍLIO, 1999).

Durante o período colonial foram instaladas no Brasil três rodas. A primeira foi criada em Salvador, em 1726, seguida do Rio de Janeiro, em 1738, e em Recife em 1789. No Rio Grande do Sul, a Casa da Roda foi instituída pela Lei Provincial número 9, de 22 de novembro de 1837, na Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, Rio Grande (1838) e Pelotas (1849). Dessa maneira, o estado ganha pela primeira vez, uma solução asilar de assistência (TORRES, 2006).

⁹ As amas de leite eram mulheres extremamente pobres, sem conhecimento das práticas mais elementares de higiene, moravam em aposentos exíguos e pouco higiênicos (MARCILIO, 1999, p. 249).

Já, no século XIX, era necessário que as províncias subsidiassem a filantropia das Santas Casas que já não contavam com a caridade do período colonial. Nesse período, os médicos higienistas apontavam o grande índice de mortes nas casas de expostos e os juristas começavam a pensar na proteção da criança abandonada e no problema social que era a “adolescência infratora” (MARCILIO, 1999). A extinção das rodas foi progressiva e adentrou o século XX, fechando em São Paulo e Salvador nos anos de 1950.

Os médicos higienistas, preocupados com a formação moral, física e intelectual das crianças, acompanhando teorias oriundas da Europa, ditavam regras do “bem-viver” no século XIX, e aliados à consolidação da classe burguesa propagaram ideias políticas e sociais (RIBEIRO, 2006). Com objetivo de adequar as crianças às regras sociais e boas condutas, a questão médica misturou-se com a questão moral e social, as famílias com vestígios de práticas do período colonial eram consideradas nocivas à criança, diante dos altos índices de mortalidade infantil e das precárias condições de saúde dos adultos (ASSUMPÇÃO JR., 1995; RIBEIRO, 2006).

No Brasil, na atenção à criança no século XX com foco higienista¹⁰, prescreviam-se hábitos alimentares, de vestuário e disciplinares em ambientes públicos, principalmente em escolas. A infância era o centro da atenção para prevenção de delinquência e insanidade, momento privilegiado de intervenção, e a saúde física e psíquica passa a ser tratada cientificamente (ASSUMPÇÃO JR., 1995). O colégio interno, longe dos hábitos familiares, passa a ser o espaço onde a infância poderia ser preservada de qualquer mal, de influência danosa, a partir de uma pedagogia higienista. Assim, a medicina higienista buscou solucionar as causas da mortalidade infantil através da imposição de educação física, moral e sexual às crianças, atingindo os costumes familiares e da sociedade (RIBEIRO, 2006).

Importante destacar que, no cenário brasileiro no início do século XX, período republicano, além da cultura local indígena, introduziam-se aspectos culturais da imigração europeia, acontecia a abolição da escravatura com a conseqüente migração desses escravos para as cidades, num período de mudanças econômicas decorrentes da industrialização. Nesse contexto, a população de baixa renda aumentou e as

¹⁰ No século XX iniciou no Brasil o Movimento de Higiene Mental, e se consolida em 1923, quando é fundada no Rio de Janeiro a Liga Brasileira de Higiene Mental com o objetivo de melhorar a assistência aos doentes mentais. As aspirações iniciais do movimento visavam à prevenção da doença mental, à eugenia e à educação dos indivíduos (COSTA, 1976).

condições subumanas de vida estendiam-se à população infantil, despertando sentimentos de pena e repúdio nas elites (RIBEIRO, 2006).

A assistência à criança no Brasil era prestada no modelo institucionalizante, com a participação de instituições de caráter filantrópico. Dessa forma, foi oficializado o modelo vigente e a concepção da criança a ser assistida era da criança deficiente social (pobre) e da deficiente mental e deficiente moral (delinquente) (BRASIL, 2005a).

A presença do Estado em relação à assistência e proteção à criança ocorre com o Código de Menores, em 1927 (MIRANDA, 2016). A primeira legislação específica para crianças e adolescentes se direcionava ao “menor” delinquente, vítima da omissão da família e passível da assistência médico-jurídica pelo Estado.

Para os chamados deficientes sociais abandonados pela família, a assistência era realizada pelas Santas Casas de Misericórdia, que realizavam um cuidado e proteção visando à adaptação cidadã. Ao delinquente restavam as instituições jurídicas e, a partir de 1960, com a Política de Bem-Estar Social do Menor (1964), dava-se pela Fundação para o Bem-Estar do Menor (FEBEM) lugar de abrigo a crianças órfãs, abandonadas ou em conflito com a lei, mantendo o controle social, contendo a criminalidade de jovens infratores das grandes cidades (MIRANDA, 2016). Assim, a FEBEM foi outra forma de institucionalização da infância.

O MS reconhece que muitas crianças com doenças mentais, tratadas como deficientes, sofreram com a desassistência do período, e, como resultado desse longo processo de institucionalização do cuidado e da criminalização da infância pobre, gerou-se um quadro de desassistência, abandono e exclusão (BRASIL, 2005a).

Sobre a criança deficiente mental, incluindo variadas enfermidades e perturbações mentais, começavam a crescer as instituições voltadas a esse cuidado, no início do século XX. As crianças consideradas insanas, geralmente de classes desfavorecidas, compartilhavam o mesmo espaço dos adultos em manicômios, não diferenciava-se a morbidade entre adultos e crianças (RIBEIRO, 2006).

Algumas instituições tiveram caráter de pioneirismo na história do cuidado em saúde mental à criança no Brasil. A inauguração do pavilhão Bonne Ville em 1903, anexo do Hospital Psiquiátrico da Praia Vermelha, no Rio de Janeiro, e mais tarde, em 1942, o Hospital Neuropsiquiátrico Infantil, no Hospital Engenho de Dentro (ASSUMPÇÃO JR, 1995). Em Pernambuco, a criação do Instituto de Psicologia por Ulysses Pernambucano em 1925, com a criação de serviços assistenciais para

crianças, e foi pioneiro no trabalho sobre deficiência mental em 1913, com a publicação do trabalho intitulado “Classificação das crianças anormais: a parada do desenvolvimento intelectual e suas formas. A instabilidade e a astenia mental” (ASSUMPÇÃO JR., 1995; RIBEIRO, 2006). Já, em Minas Gerais, em 1929 é atribuído a Helena Antipoff um modelo de atendimento à criança, quando funda o laboratório de Psicologia da escola de aperfeiçoamento e mais tarde a Sociedade e o Instituto Pestalozzi, com o objetivo de atender crianças acometidas de deficiências mentais. Essa visão introduz a ideia de atendimento médico-pedagógico nas unidades infantis, um exemplo disso foi a criação da seção para menores anormais, anexa ao Hospital do Juqueri, em São Paulo em 1929, em que a disciplina interna contava com um pavilhão escolar (ASSUMPÇÃO JR., 1995).

A atenção à criança é marcada pelos altos índices de morbidade e de mortalidade, em 1975, motivando a implantação do Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil, com objetivo de estimular o aleitamento materno, prevenção da desnutrição materna e infantil, dirigindo as ações à criança menor de 5 anos (BRASIL, 2011c). As ações programáticas na área da criança foram por muito tempo tratadas como área conjunta nos programas de assistência à saúde materna e não faziam referência a problemas mentais na infância.

Durante a década de 70, o movimento pela Reforma Sanitária no Brasil denunciava as limitações de acesso aos serviços de saúde em que a população se encontrava (PAIVA; TEIXEIRA, 2014). Além das dificuldades que a população enfrentava para acessar serviços e ter direito à saúde, no campo da saúde mental, o movimento da Reforma Psiquiátrica realizava, também, uma crítica ao modelo de cuidado em saúde mental vigente no período, denunciando os abusos nos hospitais psiquiátricos no país, que culminaram com o desencadeamento de alternativas para o cuidado à pessoa com transtornos mentais.

Durante o período de redemocratização do país, oportunizaram mudanças na concepção de saúde e do direito à assistência integral à saúde, garantidos na Constituição Federal (CF) de 1988 e com a criação do SUS, no mesmo ano (BRASIL, 2014b). As crianças tiveram seus direitos garantidos como cidadãs, com a CF de 1988, cabendo à família, à sociedade e ao Estado a responsabilidade de assegurar os direitos fundamentais de crianças e adolescentes. (BRASIL, 2014a).

Alguns eventos marcam a construção social e política com atenção a crianças, dentre os quais, a Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança, realizada pela Organização das Nações Unidas (ONU) em 1989, da qual o Brasil foi signatário, que afirmou a criança como sujeito e cidadão de direitos (BRASIL, 2002a). E, no âmbito nacional, a publicação da Lei nº 8.069/90, que dispõe sobre o ECA, que assegura direitos fundamentais e o respeito à dignidade de crianças e adolescentes e define criança como a pessoa até 12 anos incompletos e adolescente aquele entre 12 e 18 anos (BRASIL, 1990a). Dessa maneira, a proteção da criança se estende ao adolescente que pratica infração às leis, cabendo medidas socioeducativas, resguardado o aspecto educacional e preservados os vínculos sociais e comunitários dos adolescentes, além da convivência familiar.

No contexto das conquistas sociais das décadas de 80 e 90, o Estado assume novas funções, oportunizando condições para que os problemas de saúde mental infantil passassem a integrar, no início do século XXI, um espaço nas políticas públicas de saúde mental. Historicamente o papel do Estado no cuidado à criança foi marcado, para Couto e Delgado (2015), por tutelar e institucionalizar e, posteriormente, uma função inversa, onde a criança é sujeito de direitos e o cuidado é realizado em liberdade.

Dessa forma, a criança, que por muito tempo foi mantida institucionalizada para própria proteção e para a ordem da sociedade, reflete a história da atenção destinada ao louco, também excludente. O modelo de atendimento ao doente mental desencadeou uma nova proposta de visão do transtorno mental em 1987, na I CNSM, que aconteceu como desdobramento da XVIII CNS em 1986. Neste evento o transtorno mental foi discutido em dimensão política e social na busca de garantir direitos de cidadania do doente mental (CUNHA; BOARINI; 2011).

No entanto, mesmo com a garantia de direitos à atenção à criança garantidos no ECA, a criança com sofrimento mental ganhou espaço nas discussões da área, somente anos mais tarde, na III CNSM, realizada em dezembro de 2001 (BRASIL, 2002). Essa Conferência constituiu-se num marco na história da saúde mental de crianças e adolescentes, o cuidado em saúde mental já contava com uma rede psicossocial em substituição ao modelo hospitalar e a Reforma Psiquiátrica Brasileira desencadeou a aprovação da Lei nº 10.216/2001.

Para Couto e Delgado (2015), foi na III CNSM que de forma inédita o Estado foi convocado para responsabilizar-se pelo cuidado e tratamento de crianças e adolescentes com problemas mentais, através de um trabalho em rede com dispositivos de base territorial e comunitária, garantindo a inclusão social da criança, sujeito psíquico e de direitos.

A partir na III CNSM desencadearam-se demandas dos atores sociais envolvidos com a causa, o que resultou em formulação de políticas públicas destinadas ao público infantil implantadas no século XXI. As ações no campo da saúde mental da criança e adolescente começariam a compor as políticas públicas de saúde mental conforme as diretrizes da Reforma Psiquiátrica Brasileira e os princípios do ECA. O cuidado à criança passa a ser incluído nos serviços substitutivos e são criados os CAPSi (BRASIL, 2005a). Assim, os CAPSi caracterizam a primeira ação do Estado em relação à saúde mental de crianças e adolescentes que, até aquele momento, não encontravam na atenção psicossocial possibilidade real de atendimento (COUTO; DELGADO, 2015).

O serviço do CAPSi foi regulamentado pela Portaria nº 336/2002, como dispositivo onde o atendimento à criança e ao adolescente que sofre psiquicamente passa a ser realizado preferencialmente (BRASIL, 2002). E, no percurso para construção de uma política pública que compreenda as peculiaridades da população infantil, considerando a criança como sujeito de direitos e calcado em princípios de acolhimento, encaminhamento implicado, trabalho intersetorial e no território, o Ministério da Saúde cria o Fórum Nacional de Saúde Mental de crianças e adolescente, em 2004, e publica o documento “Caminhos para uma Política de Saúde Mental Infanto-juvenil” (BRASIL, 2005a).

O trabalho em rede desenvolvido pelos serviços de saúde mental infantil deve assumir uma função social, além do fazer técnico, incluir no componente cuidado ações de “acolher, escutar, cuidar, possibilitar ações emancipatórias, enfrentar estigmas e melhorar a qualidade de vida das pessoas” (BRASIL, 2014a). Essa concepção sugere ações intersetoriais em rede ampliada de serviços públicos que possa comprometer-se e contemplar a necessidade de acesso à educação, ao lazer, ao esporte, à habitação, à cultura, etc., condicionantes de saúde e necessários para a concepção de saúde integral, entendimento proposto na publicação “Atenção

Psicossocial às crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos” e na IV CNSM realizada em 2010 (BRASIL, 2014a).

A Rede de Atenção Psicossocial, instituída pela Portaria nº 3.088/2011, prevê a articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento mental, e objetiva promover cuidado em saúde, principalmente a grupos considerados vulneráveis, dentre os quais a criança (BRASIL, 2014b).

Destacam-se como pontos de atenção à criança na RAPS: a Atenção Básica, compreendidos as Unidades Básicas e a ESF, Equipe de Consultório de Rua, NASF, Centro de Convivência e Cultura (CECCO); CAPSi; serviços de urgência e emergência, além dos serviços hospitalares (BRASIL, 2014b). Esses serviços devem operar em rede e com base territorial e comunitária, seguindo princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira e do ECA.

Atualmente, o serviço do CAPSi é referência para crianças e adolescentes com doença mental grave e aos que fazem uso de *crack*, álcool e outras drogas, regulando a assistência no território, apoiando as equipes da AB e desenvolvendo ações intersetoriais, principalmente com as áreas de assistência social, educação e justiça (BRASIL, 2014a). No entanto, o CAPSi se insere em municípios ou regiões com população acima de 150 mil habitantes (BRASIL, 2011a). A exemplo, o Estado do Rio Grande do Sul, com uma população de mais de 11.207.000 de habitantes, conta com a implantação de apenas 21 CAPSi (BRASIL, 2015a), sendo três implantados no Município de Porto Alegre (PORTO ALEGRE, 2017). Percebe-se que ainda é um serviço escasso.

Dessa forma, o CAPSi, isoladamente, não tem capacidade de responder a toda a demanda e necessidade da população infantil, o que torna a organização do trabalho em rede indispensável. Essa rede estrutura-se a partir dos serviços dos CAPS, mas, onde eles não existam, acontece a partir da AB (BRASIL, 2004b; 2015a).

A AB, em especial a ESF, tem proximidade com a comunidade e, frente às demandas em saúde mental, este espaço é privilegiado pela proximidade com as pessoas e o contexto familiar, o que possibilita ao profissional uma proximidade com o contexto de vida das pessoas (BRASIL, 2013a).

A aproximação das ações em saúde mental a AB é ainda um desafio (TANAKA; LAURIDSEN-RIBEIRO, 2009). No âmbito da população infantil é ainda mais recente o fato de reconhecer que crianças e adolescentes apresentam problemas de saúde

mental e que esses problemas podem ser tratados e cuidados (BRASIL, 2014a). Sendo os problemas mais encontrados relacionados à ansiedade, problemas de comportamento, hiperatividade e depressão (BRASIL, 2014a). Essas queixas podem chegar aos profissionais a partir de familiares ou através da identificação por parte da escola.

Dessa forma, o MS vem implementando estratégias, a exemplo no NASF que apoia as equipes da ESF, para cumprir os princípios do SUS de garantir o acesso, com uma escuta qualificada que possa dar respostas a cada um e a cada situação, e propõe o entendimento de que:

Do ponto de vista da saúde mental, cada criança e adolescente é um sujeito singular e deve ser abordado a partir dessa condição. Isso significa dizer que cada um tem sua própria história, seu jeito de ser, seu modo de aprender as experiências por que passa suas questões subjetivas, familiares e sociais, suas dificuldades, e suas tentativas de solução. Mesmo que tenham diagnósticos semelhantes, são pessoas únicas, que vivem sob dinâmicas familiares também próprias e, como tais, devem ser tratadas e respeitadas (BRASIL, 2014a p.105).

No contexto da infância, o cuidado é favorecido com ações já consagradas pelo percurso desde a implantação da ESF no Brasil. As ações direcionadas à criança vão desde os primeiros anos de vida, exercem função no desenvolvimento emocional, cognitivo e social da criança, além de ações de promoção, destinadas a atender as especificidades de cada faixa etária (BRASIL, 2014a; 2014b). Os eixos estratégicos das políticas da saúde da criança envolvem a atenção perinatal e aleitamento materno, desenvolvimento na primeira infância, prevenção de violências e promoção da cultura de paz, atenção à saúde de crianças em situações específicas e de vulnerabilidade, prevenção e atenção às doenças crônicas e aos agravos prevalentes na infância (BRASIL, 2014b).

A atenção na ESF oportuniza a continuidade do cuidado ao longo do tempo, facilitado por estar inserido no território de vida da criança, não apenas no espaço geográfico, mas no território como lugar psicossocial dessa criança e sua família, a partir do qual seu cuidado ganha sentido e relevância. Fora dele, o ato do cuidado é pura imposição e, frequentemente, gera fracasso e abandono (BRASIL, 2014a; 2014b). Dessa forma, favorecendo o trabalho intersetorial, articulado com diferentes atores, através de um encaminhamento implicado, ou seja, com envolvimento de quem encaminha durante todo processo (BRASIL, 2013a).

Portanto, considera-se que o cuidado direcionado à saúde mental infantil no âmbito da ESF está acontecendo mediante diretrizes das políticas públicas no Brasil. No entanto, pode não refletir o trabalho em ato, em curto espaço de tempo, principalmente nesta área permeada de subjetividades e que conta com uma trajetória recente de inserção na AB, carecendo de mais atenção sobre os desdobramentos que vêm acontecendo no âmbito da ESF. É nesse contexto que este trabalho se insere, buscando avaliar o cuidado destinado à criança na ESF.

3.2 AVALIAÇÃO EM SAÚDE

Com o aumento expressivo da incorporação de novas tecnologias e modelos de intervenção na área da saúde, é necessária a incorporação de processos avaliativos, para orientar os ajustes e a organização dos sistemas de saúde. A intervenção nessa área, como todo fenômeno social, é complexa, dinâmica e contextualmente diversa, exigindo a produção de respostas em contexto e em tempos oportunos (SANTOS *et al.*, 2017).

Frente a importância do tema e às diversas definições, para fins deste estudo, adotar-se-á a definição de Contandriopoulos *et al.* (1997 p. 31), que define:

Avaliar consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões. Este julgamento pode ser resultado da aplicação de critérios e de normas (avaliação normativa) ou se elaborar a partir de um procedimento científico (pesquisa avaliativa).

Identificam-se entre os objetivos da avaliação poder ajudar no planejamento e na elaboração de intervenção; fornecer informação para melhorar uma intervenção no seu decorrer; determinar os efeitos de uma intervenção para decidir seu curso; e contribuir para o progresso dos conhecimentos para a elaboração teórica (CONTANDRIOPOULOS, 1997).

A avaliação pode ser somativa ou formativa, de acordo com a função que deve cumprir. Enquanto a avaliação do tipo somativo fornece julgamentos sumários sobre aspectos fundamentais do programa, sendo utilizada para tomar decisão sobre a continuidade ou encerramento de um programa, quando os objetivos propostos se encontram atingidos, verifica resultados (FURTADO, 2001; LIMA; SILVA, 2011).

A avaliação de caráter formativo fornece informações para adequar e superar aspectos problemáticos do programa durante o seu andamento, visa acompanhar o seu desenvolvimento (FURTADO, 2001; LIMA; SILVA, 2011). Para Furtado (2001) a avaliação formativa, voltada para o desenvolvimento de intervenções, tem aumentado nos últimos tempos, por estar centrada nos clientes em potencial.

Sobre o processo de avaliação Serapioni (2016) aponta três elementos que aproximam as diversas definições do assunto, sendo a primeira que a avaliação surge no sentido de formular juízos sobre o valor ou mérito de uma intervenção que visa modificar a realidade social; a segunda diz respeito à ênfase na sistematicidade e rigor dos procedimentos de uso de dados que suportam o julgamento do mérito e valor das ações; e a terceira vê a avaliação como ferramenta indispensável para a tomada de decisões, já que oferece aos gestores todas as informações necessárias para aprimorar o processo de planejamento e de gestão dos programas, serviços e políticas.

A ideia de avaliação dos programas públicos aparece nos Estados Unidos América (EUA) após a Segunda Guerra Mundial, marcando o papel do Estado no desempenho das funções de educação, e também a avaliação das políticas públicas, em particular no campo da saúde e da assistência social, buscando eficácia na aplicação de recursos públicos, analisando as vantagens e os custos dos programas públicos (CONTANDRIOPOULOS, 1997; SERAPIONI, 2016).

A partir da década de 60 a expansão mundial das tecnologias na medicina e o aumento dos custos na área da saúde fizeram a “saúde” ser entendida como produto e, portanto, passível de uma padronização na qualidade e alvo de avaliação por profissionais especializados, tanto no setor privado quanto aos serviços prestados no setor público, como parte dos direitos sociais da população, e pelos movimentos de consumidores (LIMA; SILVA, 2011).

Na realidade brasileira, a avaliação desperta crescente interesse a partir da década de 90, quando acontece a ampliação de iniciativas ligadas às políticas públicas sociais no contexto da redemocratização e da CF de 1988, que amplia os direitos civis dos cidadãos brasileiros. A CF instituiu importantes direitos sociais, incluindo direitos na área da saúde (FURTADO; SILVA, 2014).

A avaliação relaciona-se com a busca de qualidade do setor empresarial, e sua implantação no âmbito dos serviços de saúde mudou também o entendimento sobre

o paciente, que passa a ser entendido como cliente, um consumidor dos serviços de saúde. E se tratando de serviços públicos o consumidor é também o cidadão que financia os serviços de saúde.

Nesse contexto, houve a criação do Código de Defesa do Consumidor (CDC), que vem proporcionando que pessoas estejam mais esclarecidas e também mais exigentes quanto às relações de consumo de produtos e serviços (BRASIL, 1990b). Acrescenta-se a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, que assegura, entre os seus princípios, o direito de tratamento adequado e efetivo, além do direito à população de ingresso digno nos sistemas de saúde, baseados em princípios de cidadania (BRASIL, 2007). Dessa forma, avaliar é dar um juízo de valor ao serviço destinado ao cidadão.

No âmbito da saúde, o SUS ampliou a importância econômica e política de serviços e programas, tornando-se alvo de questionamentos sobre sua eficiência, eficácia e efetividade, estimulando o surgimento de demandas por avaliações sistemáticas (FURTADO; LAPERRIÈRE, 2012). É crescente o interesse pela temática, porém, para Furtado e Laperrière (2012), o Brasil tem uma longa caminhada no estabelecimento da avaliação como prática incorporada à gestão pública, retribuindo o investimento de recursos sociais.

Para Tanaka (2011) a avaliação é um instrumento político em busca de poder para transformar a atenção à saúde, consiste em um processo técnico-administrativo para tomada de decisão, envolvendo componentes de mensuração, comparação, emissão de juízo de valor e a tomada decisão.

Nesse contexto, a avaliação configura-se como uma das etapas na orientação da execução das ações de saúde. A avaliação da efetividade, juntamente com a avaliação da eficiência e eficácia dos processos e resultados do trabalho, acesso aos serviços e satisfação do cidadão vêm sendo implementadas em programas de avaliação no SUS. Como exemplos, o Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS), que avalia estabelecimentos de atenção especializada em saúde, ambulatoriais e hospitalares (BRASIL, 2015b). E no âmbito da AB o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), que vem se consolidando como ferramenta de avaliação que aborda estrutura física, aspectos de processo de trabalho e avaliação dos usuários de serviços (CASTANHEIRA *et al.*, 2016).

No entanto, as avaliações referidas apresentam abordagens estruturadas, com critérios e padrões rígidos característicos de abordagens quantitativas, não contemplando a subjetividade inerente à avaliação das ações em saúde, o que pode ser interpretado como limitação na orientação de políticas e melhoria de qualidade (CASTANHEIRA *et al.*, 2016).

Dessa forma, aspectos subjetivos que permitem a compreensão dos processos e dos resultados são encontrados na avaliação com abordagem qualitativa, que pressupõe a participação dos envolvidos na avaliação das dimensões que não estão expressas em números. Para Minayo entende-se por avaliação qualitativa (MINAYO, 2011, p. 7):

Aquela que busca analisar o papel das representações, das crenças, das emoções e das relações no andamento de um programa, projeto ou proposta de política pública ou institucional. A razão principal deste tipo de avaliação se fundamenta na certeza de que os valores, as injunções políticas e as relações humanas influenciam na realização dos projetos e programas. Portanto, saber como ocorre a dinâmica antropológica subjacente às propostas de ação públicas ou institucionais é fundamental para se conhecer os motivos mais profundos que promovem ou emperram os processos e os resultados de uma ação social.

A literatura sobre avaliação em saúde tem apontado predomínio da abordagem quantitativa no âmbito das práticas avaliativas. Em análise da produção científica sobre avaliação no contexto da ESF, no período de 2003 a 2012, constatou-se um predomínio do método quantitativo (PINTO JUNIOR *et al.*, 2015). Tal enfoque é baseado em princípios da ciência positiva, onde existe predomínio das mensurações em detrimento da compreensão dos processos, e a explicação ocorre por meio matemático da relação entre os itens que se pretende investigar (BOSI; PONTES; VASCONCELOS, 2010; PINTO JUNIOR *et al.*, 2015).

A avaliação é uma área de conhecimento ainda jovem, com diferentes abordagens, conceitos e métodos (SERAPIONI, 2016). Para Guba e Lincoln (2011) o campo da avaliação vem se sofisticando desde o seu surgimento, e seu percurso histórico nos últimos cem anos pode ser dividido em quatro gerações, tornando-se mais fundamentada e esclarecida.

A primeira geração caracteriza-se pela mensuração atrelada à avaliação do desempenho de escolares. O principal objetivo da escola era ensinar às crianças o que se considerava como certo, reproduzido em testes de memória. Nesta fase o

avaliador é essencialmente um técnico que deve construir e usar instrumentos que meçam, entre outros, resultados escolares, inteligência, produtividade dos operários, etc. (GUBA; LINCOLN, 2011).

Na segunda geração, caracterizada pela descrição, nasce a chamada avaliação de programas, surgida da necessidade identificada nos EUA, no período pós-guerra, de saber como funcionavam, na prática, os currículos escolares: trata-se de identificar e descrever o processo e como a atividade atinge seus resultados (ou não) e não somente de medir resultados, como na geração anterior. Nasce nesse período, a partir da análise do currículo e a avaliação de programas (GUBA; LINCOLN, 2011).

A terceira geração caracteriza-se pelo julgamento e tem seu marco inicial a partir do final da década de 50. O avaliador continua a exercer a função de descrever e mensurar, agora acrescida daquela de estabelecer os méritos do programa avaliado. O avaliador assume o papel de julgador (GUBA; LINCOLN, 2011).

No entanto, para Guba e Lincoln (2011), existem graves problemas e limitações comuns às três gerações de avaliadores citadas e que se caracterizariam por:

1) Primeiro, a tendência à supremacia do ponto de vista gerencial nos processos avaliativos, pressupondo que o contrato ou financiamento da avaliação, o estabelecimento de parâmetros e delimitações respondem à expectativa do administrador, e gerando consequências indesejáveis, como:

- a) Essa relação exige o administrador de responsabilidade, tanto sobre aspectos de qualidade e principalmente sobre falhas, que serão apontadas para outro lugar.
- b) A relação de avaliador e administrador é enfraquecedora e injusta. A avaliação é direcionada aos interesses do administrador, essa circunstância tira o poder dos grupos de interesse que podem ter outras respostas e contribuições.
- c) A relação entre administrador e avaliador priva de direitos. Através de contratos e barganhas entre administrador e avaliador, os interessados ficam sem informações sobre os resultados da avaliação, ficando impedidos de tomar as medidas recomendadas pelos resultados, bem como de proteger seus interesses, privados de informações e de seus direitos.

2) O segundo refere-se à incapacidade em acomodar o pluralismo de valores. Com a alegação de que a ciência é isenta de valores, o avaliador não seria responsabilizado pela diferença de valores e interpretação dos dados. Dessa forma, o pluralismo de valores da sociedade é uma questão a ser considerada na avaliação.

3) A terceira incapacidade das gerações refere-se à hegemonia do paradigma científico de investigação:

- a) Desconsideração do contexto, o objeto em avaliação é avaliado sem considerar o contexto, considerando apenas os aspectos previamente elencados na pesquisa, obtendo-se resultados mais generalizáveis.
- b) Privilégio e dependência de métodos quantitativos, que consideram concretos os dados provenientes de instrumentos matemáticos e estatísticos. O que não pode ser mensurado não pode ser real.
- c) Isenção moral e ética do avaliador, sob o argumento de que o avaliador não tem responsabilidade de acompanhar como os resultados são usados, simplesmente refletem o que existe na natureza.

A partir das limitações encontradas nas três gerações de avaliação, os autores Guba e Lincoln (2011) propõem a AQG, considerada uma alternativa aos referenciais anteriores, tendo como base uma avaliação inclusiva e participativa, com a qual este estudo busca aproximação.

A importância dessa avaliação justifica-se por incluir a visão do contexto e ser participativa, ou seja, privilegia não apenas a validação dos resultados pelos vários segmentos, mas a inserção dos diferentes atores (e interesses) implicados nos processos sob avaliação, onde se busca garantir diferentes perspectivas, sobretudo a dos usuários, quase sempre excluídos no processo de formulação, pactuação e execução prática das ações (BOSI; PONTES; VASCONCELOS, 2010).

As abordagens centradas nos grupos de interesse engajam os atores no processo de avaliação, possibilitando a sua capacitação e desenvolvimento, além de evitar ou minimizar eventuais efeitos negativos de uma avaliação sobre um dado grupo de implicados, e vem sendo discutidas por pesquisadores da área (FURTADO, 2001; GUBA; LINCOLN, 2011).

Em estudo realizado sobre a AQG, identificou-se que essa avaliação participativa se constitui uma importante possibilidade metodológica no que se refere à qualidade do atendimento nos serviços de saúde mental, uma vez que permite o

acesso às dimensões pouco passíveis de serem apreendidas por medições e indicadores (WETZEL *et al.*, 2017).

A prática da pesquisa avaliativa deve contemplar a necessidade de inclusão de diferentes pontos de vista e valores no processo avaliativo, deve viabilizar e ampliar a utilização dos resultados da avaliação. Deve considerar o inevitável caráter político da pesquisa em geral e da pesquisa avaliativa em particular, e também capacitar os diferentes envolvidos com o programa ou serviço avaliado (FURTADO, 2001).

A participação de diversos atores sociais no processo avaliativo colabora em desconstruir o rigor formal do método científico positivista, que deu origem ao entendimento de que avaliação é uma intervenção possível de ser feita exclusivamente por especialistas. A avaliação, independente da abordagem quantitativa ou qualitativa, é percebida como um processo ameaçador, ligando-se à ideia de controle externo aos atores, atribuída a *experts* na matéria em geral, não implicados nos contextos avaliados (BOSI; PONTES; VASCONCELOS, 2010).

A pesquisa avaliativa muitas vezes compreende análises de estrutura, do processo e do resultado das ações a partir de critérios metodológicos. Pode abordar como objeto da avaliação, um programa, elementos de um serviço ou o serviço na íntegra, ou também analisar a dimensão da qualidade do programa ou serviços de saúde (BOSI; UCHIMURA, 2007). A qualidade, como objeto da avaliação, envolve aspectos objetivos e subjetivos, a partir da qual se vislumbram desafios e possibilidades. O aspecto objetivo é mensurável, e, portanto, generalizável. O mesmo não ocorre com a dimensão subjetiva. A subjetividade na avaliação refere-se ao campo das vivências e da afetividade que, não sendo quantificáveis, expressam singularidades (BOSI; UCHIMURA, 2007).

Dessa forma, pesquisas avaliativas com abordagem qualitativa vêm ganhando espaço nas pesquisas acadêmicas no Brasil, principalmente no campo da saúde mental. Com objetivo de mapear as pesquisas avaliativas de serviços de saúde mental produzidas no Brasil no período compreendido entre 2004 e 2013, uma pesquisa publicada em 2014 apontou que 90% dos estudos usavam metodologia qualitativa, e os demais estavam divididos em abordagem quantitativa e abordagem mista (DANTAS; ODA, 2014). O que oportuniza a inclusão de múltiplos atores sociais e considera a subjetividade inerente ao processo saúde/doença, pontos fortes da metodologia qualitativa (DANTAS; ODA, 2014).

Sobre a abordagem de múltiplos atores, entende-se que o produto dos serviços de saúde resulta da interação entre usuários, profissionais de saúde, gestores e todo o contexto que envolve as relações entre eles. Para Furtado, (2001) torna-se necessária, no processo avaliativo, a inclusão de diferentes julgamentos, a serem realizados a partir dos distintos pontos de vista dos grupos envolvidos com um programa ou serviço, o que justificará a inclusão de representantes de diferentes grupos de interesse no processo.

Com o foco na saúde mental, as pesquisas avaliativas têm ganhado espaço, tendo em vista a transformação em curso, a partir da Reforma Psiquiátrica brasileira, que vem implementando novos e diferentes serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico. Desta forma, para Duarte (2013), não bastam novos serviços de saúde mental, mas são necessárias novas práticas no campo ético e assistencial que rompam com o modelo psiquiátrico tradicional. O processo avaliativo é fundamental para conhecer o rumo dos novos serviços e saber se suas práticas vêm incorporando uma nova concepção de cuidado em saúde mental.

As avaliações dos serviços em saúde mental no Brasil estão no momento de ultrapassar a comparação entre serviços substitutivos e modelo hospitalar, sendo necessária a problematização dos entraves das políticas substitutivas, mudança nas práticas e potencialização dos serviços (COSTA; COLUGNATI; RONZANI, 2015).

Indicadores em saúde mental são ainda restritos, principalmente quando comparados a outras áreas do campo da saúde, como a AB e a atenção hospitalar. Iniciativas como o PMAQ, citado anteriormente, e o Índice de Desempenho do SUS (IDSUS) são ferramentas de implementação de processos avaliativos no âmbito da gestão da saúde pública. Entretanto, não consta indicador relacionado à saúde mental na composição do IDSUS (ONOCKO-CAMPOS *et al.*, 2017). E, quanto aos indicadores no PMAQ-AB, no segundo ciclo de avaliação (2013/2014), as questões sobre “Atenção ao Usuário em Sofrimento Psíquico” referiam-se aos atendimentos prestados pela equipe, preparação da equipe para atender este público, registros de casos e indicadores com foco no uso abusivo de substâncias psicoativas (MENDES; ROCHA, 2016).

Embora se trate de um escopo tímido, diante da complexidade das práticas em saúde mental e da organização dos serviços (ONOCKO-CAMPOS *et al.*, 2017), a avaliação dos serviços no contexto da atenção psicossocial vem sendo realizada,

partindo de estratégias do Ministério da Saúde ou como fruto da produção acadêmica científica.

Sobre avaliação dos serviços, no âmbito do CAPS, Onocko-Campos *et al.* (2017) apresentaram 16 indicadores dirigidos ao monitoramento, à avaliação e à qualificação dos CAPS III, distribuídos em oito temas (Atenção à situação de crise; Qualificação dos atendimentos grupais; Trabalho em rede; Gestão dos CAPS; Educação permanente; Singularização da atenção; Atenção às pessoas com deficiência intelectual; e Uso de medicação).

A publicação “Saúde Mental no SUS: As novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica” apontam como estratégia para implementar avaliação dos serviços de saúde mental o Programa Nacional de Avaliação de Centros de Atenção Psicossocial – AVALIAR CAPS (BRASIL, 2011e). Esse programa, realizado em três edições (2004/2005, 2006 e 2008/2009), subsidia a gestão na área da saúde mental nas esferas federal, estadual e municipal, tendo como instrumento um questionário, que na sua última edição pode ser realizado por meio eletrônico. Embora essa iniciativa do Ministério da Saúde expresse o interesse em avaliar serviços de saúde mental, com uma abordagem que considere a assistência em saúde além das variáveis quantitativas precisas, contemplando indicadores de qualidade na atenção psicossocial, novamente tem o CAPS representando os serviços de saúde mental no SUS.

Em uma revisão sistemática sobre avaliação de serviços em saúde mental, publicada em 2015, dos 35 estudos incluídos, apenas 14% tiveram UBS como objeto de avaliação (COSTA; COLUGNATI; RONZANI, 2015). Dessa forma, indicando a carência de avaliação nesse importante ponto de assistência em saúde mental.

A partir disso, para a realização deste estudo, que tem o intuito de avaliar o cuidado em saúde mental à criança realizado na ESF, optou-se por utilizar a AQG. Entende-se que é imprescindível a utilização de uma metodologia avaliativa que propicie a participação dos sujeitos envolvidos no processo e resultados da avaliação.

O uso de uma metodologia participativa é proposto no presente trabalho, por ser uma abordagem centrada nos diversos atores envolvidos no processo, tendo a preocupação com a utilização dos resultados do processo investigativo do estudo, e a aplicação *in loco* desses resultados, contribuindo com a avaliação em saúde,

incluídas ações direcionadas à saúde mental, numa forma participativa de construção de saberes.

Portanto, a escolha pela AQG deu-se pela construção conjunta entre avaliador e avaliado, através do processo participativo, uma abordagem qualitativa capaz de trazer reflexões e subsídios para qualificar o cuidado destinado a crianças, promover a saúde e a desconstrução de estigmas, reforçando a rede de atenção psicossocial.

4 METODOLOGIA

Neste capítulo serão apresentados o tipo de estudo, o local escolhido para o desenvolvimento da pesquisa, os participantes envolvidos no estudo, os instrumentos para a coleta das informações, o processo de análise dos dados, as considerações éticas e a aplicabilidade prática das informações decorrentes do estudo.

Com o intuito de responder a questão de pesquisa: “Qual a avaliação dos profissionais da ESF sobre o cuidado em saúde mental à criança no contexto da ESF?”, utilizou-se um método coerente para responder aos objetivos propostos, na perspectiva de um estudo avaliativo.

4.1 TIPO DE ESTUDO

A presente pesquisa consiste em um estudo de caráter qualitativo, do tipo estudo de caso, na qual realizou-se uma avaliação do cuidado em saúde mental destinado à criança na ESF, a partir da AQG, proposta por Guba e Lincoln (2011) e adaptada por Wetzel (2005).

Este estudo caracteriza-se também por ser descritivo e analítico. A pesquisa descritiva tem por objetivo a descrição das características de determinada população ou fenômeno, a partir de uma técnica padronizada de coleta de dados (GIL, 2008).

A natureza qualitativa justifica-se, pois, o trabalho se propõe a avaliar questões que não podem ser quantificadas, no universo de significados, motivações, aspirações, crenças, valores e atitudes e relações, dos processos e dos fenômenos ao olhar do pesquisador (MINAYO, 2011).

A opção por uma pesquisa qualitativa, a partir da AQG, deve-se ao fato de que, a partir da negociação entre os participantes do grupo de interesse, oportuniza compreender e repensar formas de cuidado em saúde mental infantil na ESF, desencadeando um enriquecimento na assistência aos usuários do serviço de saúde.

4.1.1 Avaliação de Quarta Geração

A AQG é uma alternativa às avaliações tradicionais, uma avaliação onde as reivindicações, preocupações e questões do grupo de interesse (*stakeholders*)

servem de base para determinar a informação necessária, a qual é implementada através dos pressupostos metodológicos do paradigma construtivista positivista (GUBA; LINCOLN 2011).

O termo inglês *stakeholders* é traduzido como grupos de interesse ou grupos implicados, que são entendidos como grupos ou indivíduos potencialmente vítimas ou beneficiários do processo avaliativo. Esses grupos são formados por pessoas com características comuns (pais, estudantes, gestores, usuários, etc.) e estão de alguma maneira envolvidos na avaliação e por eventuais consequências do processo avaliativo (GUBA; LINCOLN, 2011).

O nível de participação é um diferencial da AQQ, o avaliador deve ganhar direito de entrada no campo de pesquisa, a partir de uma etnografia prévia. Os participantes são tratados como seres humanos e não como objetos de estudo. O processo da AQQ exige que seja desenvolvida a dimensão formativa, de modo que tanto avaliadores como grupos de interesse possam aprimorar sua capacidade de análise, possibilitando o aprofundamento na discussão e delimitação dos temas oriundos da avaliação (KANTORSKI *et al.*, 2009).

A AQQ é um modelo de avaliação em que as reivindicações, preocupações e questões dos grupos de interesse devem ser respondidas e determinam as informações essenciais implementadas na investigação. É uma abordagem de negociação, proporciona o fortalecimento do poder (*empowerment*) dos grupos de interesse.

4.1.2 Enfoque responsivo

O termo “responsivo” é utilizado para designar uma diferente forma de focalizar uma avaliação em relação aos seus parâmetros e limites, pois, nos modelos tradicionais, os parâmetros são definidos *a priori*. A avaliação responsiva determina parâmetros e limites através de um processo interativo de negociação com os grupos de interesse (GUBA; LINCOLN, 2011). A avaliação é responsiva porque responde questões subsequentes à coleta de informações.

Existem diferentes grupo de interesse, identificados por Guba e Lincoln (2011) em três classes:

- a) Os agentes – as pessoas envolvidas em produzir e implementar o serviço;
- b) Os beneficiários – todas as pessoas que se beneficiam, de alguma forma, com o uso do serviço;
- c) As vítimas – as pessoas que são afetadas negativamente pelo serviço.

Os grupos de interesse são formados por pessoas com características comuns que têm algum interesse no desempenho ou no impacto do objeto da avaliação, estão envolvidas ou potencialmente afetadas pelo programa ou pelo processo da avaliação.

No processo, a maior tarefa do avaliador é conduzir a avaliação de forma que cada grupo confronte as suas demandas com os demais, num processo denominado hermenêutico-dialético (GUBA; LINCOLN, 2011). Nesse processo, cada grupo entra em contato com as construções dos outros e suas próprias construções podem se tornar mais elaboradas e mais bem informadas.

O avaliador tem a tarefa de busca por informações externas para resolver questões que poderão surgir. Quando essa informação está acessível, o avaliador prepara uma agenda de negociação, liderando a condução e a moderação da sessão de negociação. Em um esforço conjunto, os representantes do grupo de interesse juntamente com o avaliador resolvem o que continua na mesa de negociações. E as conclusões finais emergem nessa negociação. Outra tarefa do avaliador consiste na identificação dos *stakeholders* e interagir suficientemente para entender quais são suas reivindicações, preocupações e questões (GUBA; LINCOLN, 2011).

Neste estudo o grupo de interesse constituiu-se de profissionais da ESF Pitoresca, com o intuito de avaliar o cuidado em saúde mental à criança. Esse grupo de interesse foi escolhido, pois os resultados do estudo podem proporcionar um instrumento teórico-prático para que os profissionais reconheçam e atendam às demandas, e qualifiquem as ações de cuidado em saúde mental infantil.

4.1.3 Enfoque Construtivista

O termo “construtivista” é utilizado para designar a metodologia empregada para realizar a avaliação e, em origem, um paradigma de pesquisa alternativo ao paradigma científico positivista, também conhecido como interpretativo hermenêutico.

O paradigma construtivista levanta questionamentos sobre as limitações do enfoque positivista. Para os autores, no aspecto *ontológico* não há realidade objetiva, as realidades são construções sociais mentais, existindo tantas quanto existirem indivíduos, não sendo possível haver leis naturais imutáveis que governam as construções. No aspecto *epistemológico*, o paradigma construtivista nega a possibilidade do dualismo sujeito-objeto, propondo que os resultados de um estudo existem precisamente pela interação entre observador e observado que cria o que resulta da investigação. E, *metodologicamente*, substitui a abordagem que caracteriza a ciência por um processo hermenêutico-dialético que leva em conta a interação observador-observado para criar uma realidade construída, fundamentada e esclarecida em um determinado momento (GUBA; LINCOLN, 2011).

A AQG tem as reivindicações, preocupações e questões dos grupos de interesse ou interessados, que definem quais informações são essenciais de acordo com os preceitos metodológicos da investigação construtivista.

Os autores apontam cinco razões para essa utilização das reivindicações, preocupações e questões como organizadores (GUBA; LINCOLN, 2011):

- a) Os interessados são grupos que correm risco – são aqueles que têm algum interesse no sujeito-objeto da avaliação; o grupo de interesse deve ter oportunidade de fazer reivindicações ou levantar qualquer questão que julgar apropriadas e a serem respeitadas.
- b) Os grupos de interesse estão suscetíveis à exploração, privação de poder e à privação de direitos – como produto final da investigação tem-se a informação, o poder intrínseco da informação pode ser utilizado contrariando o interesse do grupo de interesse.
- c) Os grupos de interesse são usuários das informações provenientes da avaliação – é dada oportunidade ao grupo de interesse para que suas demandas sejam contempladas com a avaliação, e terem legitimação que não teriam de outra forma.
- d) Os grupos de interesse estão aptos a ampliar o alcance da investigação avaliativa para proveito do processo hermenêutico-dialético – o avaliador despende tempo e energia para identificar os grupos de interesse, a confrontação força o grupo de interesse a resultar em um mínimo de

consenso, dessa forma, o refinamento e o aprimoramento atendem o objetivo da avaliação.

- e) Os grupos de interesse instruem-se mutuamente na avaliação de quarta geração – além de identificar as reivindicações, preocupações e questões do grupo de interesse, no processo da avaliação os grupos devem lidar com pontos de conflito, passando a entender a própria construção e a dos outros grupos.

Este estudo teve como cenário a ESF, enfocando o cuidado em saúde mental destinado à criança nesse contexto, com um grupo de interesse relevante para a temática abordada, formado por profissionais de saúde da ESF.

4.1.4 Processo Hermenêutico-Dialético

O processo hermenêutico-dialético é um caminho para realizar a avaliação construtivista, responsiva, da Avaliação de Quarta Geração. É hermenêutico porque tem caráter interpretativo e é dialético porque implica na comparação dos diferentes pontos de vista, objetivando consenso, quando possível, e, quando não for possível, o processo expõe e classifica as diferentes visões, permitindo a construção de uma agenda de negociação (GUBA; LINCOLN, 2011). Assim, o processo hermenêutico-dialético proposto por Guba e Lincoln (2011) é caminho para alcançar as condições expostas.

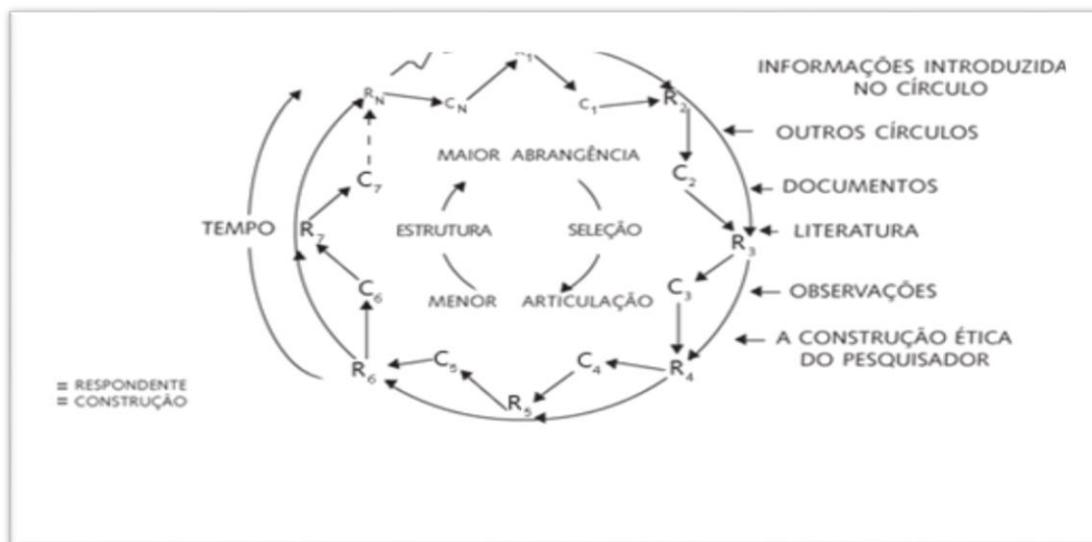
Na Figura 1, apresento um modelo esquemático do círculo Hermenêutico-Dialético (GUBA; LINCOLN, 2011).

No primeiro momento, um respondente inicial (R1) é selecionado pelo pesquisador em função da sua posição estratégica em relação ao objeto da avaliação. É realizada uma entrevista com questões abertas para determinar uma construção inicial. Pede-se que o respondente descreva, em termos pessoais, sobre o cuidado em saúde mental à criança na ESF.

Os temas centrais, conceitos, ideias, valores, problemas e questões expressas por R1 são analisados pelo pesquisador, designados C1. Desse modo, a análise dos dados segue juntamente com a coleta de dados. Após, o R2 será entrevistado. Quando R2 tiver falado suas questões próprias, os temas de análise de R1 são introduzidos e R2 é convidado a comentá-los. Assim, as informações produzidas por

R2 são também críticas em relação às construções de R1. Desta forma, o pesquisador completa sua análise sobre C2 e o processo é repetido com a adição de novos participantes, até que acabe o contingente de participantes do estudo.

Figura 1 – Círculo Hermenêutico-Dialético



Fonte: Guba e Lincoln (2011).

Entende-se que essa metodologia, por seu caráter participativo e inclusivo, possibilita avaliar a realidade de cuidados por profissionais da ESF em saúde mental à criança, propiciando estratégias a partir do conhecimento das facilidades, dificuldades e necessidades do grupo de interesse, repercutindo na organização do trabalho e qualificando o cuidado às crianças.

Para Guba e Lincoln (2011) os participantes do círculo hermenêutico não precisam ser sujeitos homogêneos, mas é importante que os participantes tenham condições de produzir interpretações sobre o tema e analisar suas percepções.

4.2 LOCAL DE ESTUDO

O estudo foi desenvolvido na ESF Pitoresca (Figura 2), integrante da 7ª Gerência Distrital da Lomba do Pinheiro/Partenon (GD PLP), sendo composta por duas equipes da Estratégia de Saúde da Família. A região é dividida em oito microáreas, abrangendo um território com aproximadamente oito mil pessoas.

O horário de atividades da equipe é das: 8 às 12 horas e das 13 horas até às 17 horas. Essa ESF atende cerca de 1.431 famílias, sendo que a equipe um (1) responsável por cerca de 689 famílias e a equipe dois (2), por aproximadamente 742 famílias.

Figura 2 – Unidade de Saúde da ESF Pitoresca



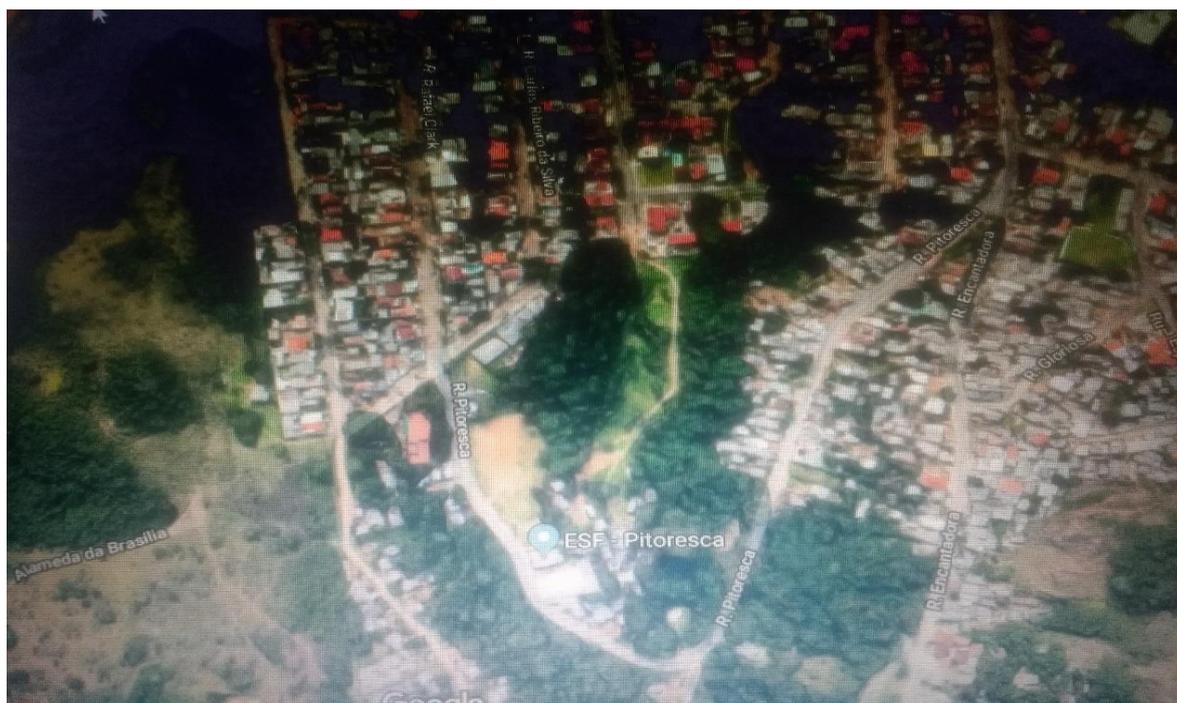
Fonte: Autor (2018).

Esse serviço de saúde foi inaugurado no ano de 2002 como resultado de reivindicações da associação de moradores do bairro. Após, iniciou-se o cadastramento da população da área pelos ACS. Importante ressaltar a grande área verde, chamada de Altos da São Guilherme, que circunda a área da ESF, e que atualmente tem sido espaço para ocupações de novos moradores com residências irregulares (Figura 3). Os novos moradores estão sendo atendidos pela equipe de saúde da ESF Pitoresca e estão em fase de cadastramento. Esse processo de cadastramento é dificultado por exigir a apresentação de documentos, já que muitos usuários não possuem, e pela chegada diária de novas famílias à área.

Dessa forma, houve mudanças no perfil socioeconômico dos moradores, tendo em vista que essa região é conhecida como vulnerável, com presença de tráfico de drogas e violência (PORTO ALEGRE, 2018).

A coordenação das equipes é realizada há cerca de um ano por uma das enfermeiras, período que compreende sua chegada ao serviço. São duas equipes, 1 e 2, cada uma composta por enfermeira, médica, dois técnicos de enfermagem e ACS. O dentista é comum às duas equipes e os atendimentos são realizados em outro serviço de Saúde, pois o espaço físico não contempla o consultório odontológico.

Figura 3 – Área de abrangência da ESF Pitoresca



Fonte: Google (2018).

Os profissionais de saúde são contratados a partir de um processo seletivo por uma Fundação Pública de direito privado, sem fins lucrativos, que atua exclusivamente no SUS e preferencialmente na Saúde da Família, chamada Instituto Municipal de Estratégia de Saúde da Família (IMESF). Essa fundação foi instituída no Município de Porto Alegre/RS através da Lei municipal nº 11.062 de 6 de abril de 2011 (PORTO ALEGRE, 2016).

O Município de Porto Alegre conta com uma rede de serviços com 211 equipes de ESF, 141 Unidades Básicas de Saúde, nove equipes de NASF, oito Equipes Especializadas em Saúde Mental Adulto (ESMA) e oito Equipes Especializadas em Saúde da Criança/Adolescente (EESCA) nas Gerências Distritais (PORTO ALEGRE, 2016b).

A rede psicossocial do Município de Porto Alegre conta também com três CAPS III, seis CAPS II e três CAPSi. Os atendimentos em CAPSi concentram-se em regiões distantes da ESF Pitoresca. A atenção à saúde mental na GD PLP é composta de CAPS AD, SRT, EESCA, ESMA (PORTO ALEGRE, 2016). Atualmente não conta com NASF de referência.

O Município de Porto Alegre/RS faz parte da maior região metropolitana do Sul do país e, de acordo com o censo de 2010, possui cerca de 1.409.351 habitantes, sendo 653.787 homens e 755.564 mulheres (IBGE, 2010). Faz parte da 1ª Coordenadoria Regional de Saúde, e encontra-se na gestão plena de saúde pela Norma Operacional Básica do SUS/2001.

A rede de serviços de saúde no município conta com 630 estabelecimentos de saúde, 484 estabelecimentos privados, 128 estabelecimentos públicos, 115 estabelecimentos de saúde pública municipal, quatro estabelecimentos de saúde pública estadual e nove estabelecimentos de saúde públicos federais (IBGE, 2010).

A escolha pela ESF Pitoresca foi intencional e em decorrência da aproximação com a equipe, durante a disciplina de estágio docência vinculado ao Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), realizada no segundo semestre de 2017, e também no primeiro semestre de 2018. Além disso, a ESF Pitoresca é campo de estágio da disciplina de Cuidado em Enfermagem na Saúde Mental II, do curso de Enfermagem da UFRGS, há cerca de oito anos.

4.2.1 Participantes do estudo

Para o presente estudo, os profissionais das duas equipes da ESF foram considerados grupo de interesse. As informações e construções dos profissionais durante o processo avaliativo podem possibilitar novos modos de perceber e atender as necessidades de cuidado em saúde mental infantil na ESF.

No momento da coleta de dados, as duas equipes da ESF contavam com 18 profissionais de saúde, sendo: duas médicas, duas enfermeiras, quatro técnicas de enfermagem, nove ACS e um dentista. No entanto, dois profissionais estavam de licença saúde, um profissional não aceitou participar das entrevistas e outro estava na equipe havia menos de seis meses, não atendendo aos critérios de inclusão ao estudo.

Para fins deste estudo, foram considerados como critérios de inclusão ser profissional da equipe de saúde contratado pela IMESF e ter no mínimo seis meses de atuação no serviço de saúde. E como critério de exclusão: estar de férias ou licenças no período de coleta de dados.

Assim, participaram do estudo 14 profissionais que atenderam aos critérios deste estudo (Quadro 3).

Quadro 3 – Perfil dos profissionais da ESF entrevistados

Nome	Idade	Sexo	Escolaridade	Tempo em que atua na equipe
E1	50	F	Ensino Superior	5 anos
E2	31	F	Ensino Superior	11 meses
E3	26	F	Ensino Superior	1 ano
E4	31	F	Ensino superior	4 anos
E5	29	F	Ensino Superior	11meses
E6	43	F	Superior inc.	14 anos
E7	38	M	Ensino médio	5 anos
E8	37	F	Ensino Superior inc.	16 anos
E9	69	F	Ensino médio	16 anos
E10	45	F	Ensino médio	6 anos
E11	35	F	Ensino Superior inc.	4 anos
E12	34	F	Ensino Superior	2 anos
E13	43	F	Ensino médio	14 anos
E14	52	F	Ensino médio	2 anos

Legenda: M: masculino, F: feminino

Fonte: Autor (2018).

A maioria dos profissionais era do sexo feminino (92,8%). A idade variou entre 26 e 69 anos, e o tempo de atuação no serviço variou entre 11 meses e 16 anos.

4.2.2 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada através de duas técnicas de pesquisa: observação participante a partir de um roteiro (Apêndice A) e entrevista semiestruturada utilizando o (Apêndice B) com aplicação do círculo hermenêutico dialético. Sobre estas etapas descreve-se a seguir.

A observação constitui elemento fundamental para a pesquisa, fase de coleta de dados em que o papel do pesquisador se torna mais evidente (GIL, 2008). Para Gil (2008) a observação participante consiste na participação real do conhecimento na vida da comunidade, do grupo ou de uma situação determinada. Neste caso, o observador assume, pelo menos até certo ponto, o papel de um membro do grupo.

Dessa maneira, a técnica de observação possibilita ao pesquisador obter informações detalhadas sobre um determinado fenômeno, no caso deste estudo, avaliar o cuidado em saúde mental à criança na perspectiva da equipe da ESF. A observação permite que o avaliador conheça o contexto do serviço, sem ainda estar engajado nas atividades de avaliação, o que Guba e Lincoln (2011) denominam de etnografia prévia (*prior ethnography*). Esta fase foi realizada inicialmente buscando conhecer o funcionamento do serviço, durante as duas primeiras semanas.

Segundo Triviños (2008), a descrição é uma etapa da observação, recomendando algumas técnicas: descrever os comportamentos, ações, atitudes, tal como foram observadas; descrever os sujeitos por seus traços concretos; descrever o ambiente físico; descrever as atividades específicas; descrever os diálogos e anotações de campo de forma reflexiva.

As recomendações acima descritas facilitam a compreensão do fenômeno estudado a partir da observação da rotina do serviço. Neste estudo, foi observado o cotidiano de trabalho da equipe de saúde, incluindo Visitas Domiciliares, acolhimento de pacientes e grupos na comunidade, a fim de participar da dinâmica de trabalho e identificar o cuidado em saúde mental a crianças.

A aproximação com o campo aconteceu em agosto de 2017, durante a realização de Estágio Docência. Com as atividades na disciplina, tive a oportunidade de participar das reuniões da equipe e perceber a sensibilidade dos profissionais para casos de sofrimento mental do território. Após, buscou-se saber o interesse dessa equipe na realização do estudo e as contribuições na prática do cuidado.

Foi utilizado um diário de campo para registro das 120 horas de observações, realizadas pela pesquisadora exclusivamente, durante o horário de funcionamento da ESF (das 8 h às 12 h e das 13 h às 17 h) e realizadas entre maio e julho de 2018. Os registros em diário de campo permitiram anotações de comportamentos, gestos, atitudes, expressões verbais e não verbais dos sujeitos de interesse para a pesquisa

(MINAYO, 2011). Incorporaram-se, também, conversas informais e comportamentos oriundos do intervalo para almoço e lanches.

Houve o cuidado de solicitar a autorização dos profissionais para a observação durante as atividades. No entanto, no decorrer do estudo os próprios profissionais solicitavam a presença da pesquisadora para acompanhamento das suas atividades no serviço.

Em um segundo momento, após a observação mais ampla realizada no período de etnografia prévia, a observação foi direcionada às questões do estudo, buscando avaliar o cuidado em saúde mental a crianças por um período de seis semanas. Os registros em diário de campo foram identificados pela letra "O", de observação, seguida de número crescente, data e turno.

Ao término das horas previstas para o período de observação, no dia 27 de julho de 2018, foi iniciado o período das entrevistas, que se estendeu até final de agosto.

Para Minayo (2011) a entrevista consiste em um procedimento pelo qual o pesquisador busca informações contidas nas falas, não se trata, portanto, de uma conversa neutra, é coleta de dados de uma realidade que está sendo pesquisada.

A maior vantagem dessa técnica, segundo Guba e Lincoln (2011), é a possibilidade de mover-se no tempo para reconstruir o passado, interpretar o presente e prever o futuro. Através desse procedimento podem-se obter dados objetivos e subjetivos. Em geral as entrevistas podem ser categorizadas pelo seu grau de estrutura, pela informação e pela qualidade do relacionamento entre entrevistador e entrevistado.

As entrevistas ocorreram com a aplicação do círculo hermenêutico-dialético. A primeira entrevista foi menos estruturada, permitindo que o entrevistado falasse livremente sobre o cuidado em saúde mental à criança na ESF e sobre como chegavam as demandas de atendimento de crianças no serviço. À medida que as entrevistas foram sendo realizadas e analisadas concomitantemente, permitiu identificar diferentes questões a serem introduzidas nas entrevistas seguintes, tornando-as cada vez mais estruturadas.

Os entrevistados foram convidados a participar através de uma Carta Convite (Apêndice D) com as informações relativas ao estudo. As entrevistas foram previamente agendadas, de acordo com a disponibilidade dos participantes, e

realizadas em lugar silencioso nas dependências da ESF, por se entender que fosse de fácil acesso aos participantes. As entrevistas foram gravadas e, posteriormente, ouvidas a fim de introduzir no círculo hermenêutico questões/assuntos na próxima entrevista. Assim, as primeiras entrevistas foram mais breves e as últimas mais longas, por absorverem assuntos introduzidos no círculo. O pesquisador nesse momento necessita ser o sujeito que dá voz para os avaliadores (grupo de interesse), para que se possa discutir, manifestar, negociar suas opiniões, concordâncias e divergências sobre o que está sendo avaliado (DUARTE, 2013).

Após, as entrevistas foram identificadas com a letra E de entrevista, seguida da ordem cronológica crescente na qual aconteceu, assegurando o anonimato dos participantes. Posteriormente, as entrevistas foram transcritas integralmente, garantindo a fidedignidade das informações. Elas serão arquivadas pelo período de cinco anos e, após, destruídas, de acordo com aspectos éticos da pesquisa.

4.3 ETAPAS DO TRABALHO DE CAMPO

A aplicação do processo da AQG consiste em algumas etapas para o desenvolvimento propostas por Guba e Lincoln (2011) e adaptadas por Wetzel (2005) que incidem em: contato com o campo, organização da avaliação, identificação dos grupos de interesse, desenvolvendo negociações conjuntas, ampliação das negociações conjuntas, agenda de negociação e execução da negociação. Essas etapas serão apresentadas a seguir.

4.3.1 Contato com o campo

Como mencionado anteriormente, o primeiro contato com o campo deu-se no decorrer da disciplina de estágio docência realizada na ESF Pitoresca, durante o segundo semestre de 2017 e primeiro semestre de 2018.

Esse contato com a equipe de saúde permitiu identificar o interesse pelo estudo por parte dos profissionais, e posteriormente da coordenação da Atenção Primária da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Porto Alegre.

Após o contato inicial, o estudo foi encaminhado à Comissão de Pesquisa (COMPESQ) da Escola de Enfermagem da UFRGS, ao Comitê de Ética da UFRGS e

ao Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Porto Alegre, respeitando as exigências formais da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012d). Após, foi apresentado em reunião de equipe no dia 7 de junho de 2018, explicitando-se as etapas de desenvolvimento, negociando a participação de todos.

4.3.2 Organização da avaliação

Neste momento o pesquisador adquire o direito de entrada, buscando estabelecer uma relação de confiança com o serviço e com o grupo de interesse. A etnografia prévia consiste em experimentar o contexto sem ainda estar engajado nas atividades de avaliação (GUBA; LINCOLN, 2011). Esse período de contato permite que o pesquisador interaja e seja conhecido.

Dessa maneira, foi propiciada aproximação com o cotidiano do serviço. É importante para a pesquisa avaliativa que o avaliador interaja com o grupo de interesse e isso é necessário para coleta de dados que busca intercâmbio entre pesquisador e participantes.

4.3.3 Identificando os grupos de interesse

Em uma pesquisa qualitativa o número de sujeitos não é relevante, o necessário é a inclusão de participantes que tragam diversidade ao fenômeno a ser estudado. O grupo de interesse é formado por pessoas com características comuns e que tenham algum interesse no desempenho, produto ou impacto do objeto avaliado, sendo de alguma maneira envolvidos ou potencialmente afetados pelo processo avaliativo (GUBA; LINCOLN, 2011).

Neste estudo, o grupo de interesse foi composto por profissionais das duas equipes de saúde da família, que totalizaram 14 participantes, objetivando, no processo avaliativo, identificar o cuidado em saúde mental à criança realizado na ESF.

4.3.4 Desenvolvendo construções conjuntas

Esta etapa constitui-se pela aplicação do círculo hermenêutico-dialético, a aplicação permite desenvolver diferentes construções (GUBA; LINCOLN, 2011).

O primeiro respondente foi escolhido de forma aleatória, entendendo-se que qualquer participante traria alguma contribuição ou construção (GUBA; LINCOLN, 2011). Na primeira entrevista (R1), solicitou-se ao entrevistado que comentasse sobre duas questões abertas versando sobre o cuidado em saúde mental infantil realizado pela equipe de saúde e, concomitante, foi realizada a análise (fase hermenêutica) dessa entrevista. As diferenças e semelhanças nas opiniões (fase dialética) fizeram surgir apontamentos relevantes a serem incluídos nas entrevistas seguintes.

Nesta etapa, como pesquisadora, era importante que as entrevistas fossem sinceras e que trouxessem situações vivenciadas sobre o tema em estudo. O conjunto de construções que emergiram do grupo de interesse foi o resultado final a ser apresentado na etapa de negociação (Quadro 4).

Quadro 4 – Construções desdobradas em relação ao cuidado em saúde mental à criança na ESF

Grupo de interesse	Questões iniciais	Construções desdobradas
<p>Profissionais da ESF</p>	<p>Fale sobre o cuidado em saúde mental a crianças na ESF Pitoresca.</p> <p>Fale-me sobre como chegam as demandas de atendimentos de crianças na ESF Pitoresca.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - As demandas de cuidado à criança chegam através de atividades do Programa de Saúde na Escola, professores na escola e família. - Os Agentes Comunitários de Saúde identificam a necessidade de cuidado e acompanham casos no domicílio. - O matriciamento de casos em Saúde Mental Infantil são realizados pela Equipe Especializada em Saúde da Criança e Adolescente. - A Estratégia de Saúde da Família tem retorno dos casos acompanhados pela Equipe Especializada em Saúde da Criança e Adolescente. - A equipe não identifica suporte de rede psicossocial para o cuidado da saúde mental da criança. - O Telessaúde auxilia na conduta médica e reduz a fila de espera por especialistas. - A reunião de equipe é espaço para discussão de casos de Equipe Especializada em Saúde da Criança e Adolescente. - Ser campo de estágio para disciplina de saúde mental é um diferencial da equipe para o atendimento e acompanhamento de casos. - O atendimento de casos pela equipe é identificado como resolutivo.

		<ul style="list-style-type: none"> - O espaço para a saúde mental na agenda médica é importante para o cuidado. - Não existe atendimento conjunto com Conselho Tutelar e Centro de Atenção Psicossocial. - Não há Núcleo de Apoio à Saúde da Família nem Centro de Atenção Psicossocial Infantil na região, o que dificulta o matriciamento dos casos em saúde mental. - A equipe é atenta para queixas de sofrimento mental. - A escuta é importante para as queixas de saúde mental. - Grupos e atividades educativas são identificados como importantes, mas dificultados pela falta de espaço físico. - O atendimento de crianças por especialistas é identificado como demorado. - Existe falta de materiais didáticos, manuais para consulta e capacitação em saúde mental.
--	--	---

Fonte: Autor (2018).

4.3.5 Ampliando as construções conjuntas

Esta etapa prevê a sistematização das informações obtidas nas construções do grupo de interesse durante a aplicação do círculo hermenêutico-dialético (GUBA; LINCOLN, 2011). No entanto, outras informações estavam disponíveis e contribuíram para as construções, e nesta etapa introduziu-se sistematicamente esse material das seguintes fontes:

- a) Observação: as observações sobre o campo permitem ao avaliador adquirir experiência do contexto, trazendo questões para as entrevistas.
- b) Construção ética do avaliador: o avaliador tem conhecimento prévio e opiniões sobre o serviço e o seu contexto. As construções do avaliador sofrem o mesmo grau de crítica das construções do grupo de interesse.
- c) Documentos e registros: protocolos do MS relativos à abordagem da saúde mental na AB e informações sobre os serviços de saúde do Município de Porto Alegre.

4.3.6 Preparação da agenda para a negociação

Nesta etapa, ao representar a todos os interessados, se expõe e se considera uma gama de valores, essa sessão de negociação decide o que os fatos significaram (GUBA; LINCOLN, 2011). Permite-se ao grupo fazer modificações nos dados e dar credibilidade aos resultados da avaliação.

A preparação da agenda de negociação envolve uma série de atividades por parte do avaliador. Para esse momento foram convidados todos os entrevistados, para apresentação do resultado final (porém provisório) da análise dos dados. As atividades realizadas para a agenda de negociação foram:

- a) Definição dos núcleos temáticos do grupo de interesse a fim de torná-los claros a todos.
- b) Preparação de material utilizando recurso audiovisual para exposição do material ao grupo. Foram retomados o delineamento do estudo, os achados a partir das entrevistas, as unidades de significado, os consensos e as discordâncias para serem negociados.
- c) Organização de material impresso, com cópia para cada participante do grupo, facilitando o acesso às informações para negociação.
- d) Negociação do melhor momento, data, local e horário para o grupo de interesse. Esta etapa foi mediada pela enfermeira coordenadora via *e-mail* e mensagens via aplicativo de telefone celular.

Dessa maneira, ficou acordado que a negociação seria realizada em uma reunião de equipe com pauta única no dia 11 de setembro, às 13 h, nas dependências do serviço, facilitando a participação do grupo de interesse.

4.3.7 Execução da negociação

Este momento deve ser um processo hermenêutico e dialético em busca de consenso das questões não resolvidas. No entanto, nem sempre o consenso será atingido, podendo permanecer construções competitivas e, frente a construções em que o consenso não foi atingido, persiste-se com o processo de negociação até o menor número de construções conflitantes (GUBA; LINCOLN, 2011).

Nesta etapa, foi apresentado ao grupo de interesse o material analisado, a partir das entrevistas realizadas, possibilitando o acesso às informações obtidas alusivas ao cuidado em saúde mental destinado à criança na ESF Pitoresca.

O grupo de negociação ocorreu na sala de espera da ESF, local onde ocorrem as reuniões de equipe. O local é pequeno, sendo necessário utilizar as cadeiras das salas e consultórios para acomodar a todos. No horário acordado, às 13 horas, todos os participantes estavam no local e, como acontece nas reuniões de equipe, os assentos foram dispostos em círculo, facilitando o debate e a visualização da apresentação dos resultados.

Nesta etapa contou-se com a presença de uma aluna do curso de Enfermagem da UFRGS bolsista de iniciação científica, que observou e realizou registros do que foi discutido no grupo, da manifestação dos participantes e dos resultados das questões que pudessem ser esclarecidas. No momento da negociação, dos 14 entrevistados, quatro não puderam estar no dia da reunião, por motivo de férias, atestado e reunião fora do serviço de saúde.

Inicialmente todos estavam atentos à apresentação e à discussão dos resultados, estavam à vontade para interagir com falas paralelas, gestos com a cabeça em concordância. Apenas quatro participantes fizeram contribuições verbais sobre o que era apresentado. Duas entrevistadas, ao identificarem suas falas na apresentação, estavam compartilhando com o grupo suas ideias.

O encontro durou 45 min e houve consenso sobre todos os pontos apresentados. Ao final, os participantes avaliaram que o resultado apresentado retratava as suas opiniões, fragilidades e potencialidades relacionadas ao cuidado em saúde mental destinado à criança ofertado pela equipe.

Nesse sentido, Guba e Lincoln (2011) ressaltam três caminhos para a negociação com o grupo de interesse, a partir da avaliação:

- a) Resolução plena – a ação a ser tomada é evidente, algumas não exigem nenhuma medida, outras exigem certo grau de refinamento e ainda outras que se abandone a estratégia. Uma resolução sempre subentende uma ação.
- b) Resolução parcial – por alguns motivos as demandas continuam insolúveis, as medidas são adiadas até um estudo complementar.

Algumas medidas temporárias podem ser implementadas até que as informações complementares sejam obtidas.

- c) Resolução pendente – quando construções diferentes e conflitantes se mantêm, deve-se continuar trabalhando sobre o problema em busca de um ajuste para uma medida prática, que não seja a ausência de alguma medida, nem medida arbitrária.

No caso deste estudo, a negociação com o grupo de interesse teve consenso pleno. Os participantes ressaltaram que as dificuldades expostas em relação ao cuidado em saúde mental destinado à criança eram de natureza que extrapolava o querer dos profissionais, mas implicavam a Gerência e também a rede de assistência de competência da Secretaria de Saúde do município.

4.4 ANÁLISE DOS DADOS

Para a análise dos dados foi utilizado o Método Comparativo Constante, pois permite que a análise seja realizada de forma concomitante à coleta de dados. Esse método foi elaborado por Glaser e Strauss para o desenvolvimento de teorias, sendo utilizado por Guba e Lincoln (2011) para o processamento de dados.

No intuito de estruturar o conjunto de informações sobre o cuidado realizado na área da saúde mental infantil a partir dos profissionais da ESF, com a aplicação do círculo hermenêutico-dialético e do Método Comparativo Constante, deu-se origem às categorias iniciais e às unidades de significado. Assim, as unidades de significado, que organizaram os temas comuns, possibilitaram construir as categorias temáticas, que posteriormente direcionaram para as categorias analíticas deste estudo.

A proposta envolveu três etapas principais: identificação das unidades de significado, as categorias temáticas e as categorias analíticas.

- a) Unidades de significado: serviram para definir as categorias iniciais, oriundas do material coletado, desta forma, codificou-se sobre a fonte, entrevista do estudo;
- b) Categoria temática: a principal tarefa foi reunir em categorias provisórias todas as unidades de significado pertinentes ao mesmo conteúdo;
- c) Categoria analítica: com base nas categorias temáticas os temas foram ampliados em três grandes categorias.

E, assim, a categoria analítica *Ambiência* foi embasada em uma categoria temática: *Estrutura Física*, a partir da unidade de significado *estrutura física*.

A categoria analítica *Cuidado de Saúde Mental Destinado à Criança* foi embasada nas categorias temáticas: *Tecnologias Relacionais e Cuidado*; A categoria temática *Tecnologias Relacionais* foi organizada a partir da unidade de significado *acolhimento*; e a categoria temática *Cuidado* foi organizada a partir das unidades de significado: *Visita Domiciliar (VD)* e *Programa da Saúde na Escola (PSE)*, *Matriciamento*, *Reunião de Equipe*, *Espaço na agenda médica* e *Capacitação*.

A categoria analítica *Rede de Saúde Mental* foi embasada na categoria temática *Cuidado no Território*, organizada a partir da unidade de significado: *Trabalho em Rede*.

E, assim, as informações obtidas nas entrevistas a partir de um processo hermenêutico e dialético evidenciam o cuidado em saúde mental à criança e a preocupação do grupo de interesse com os moradores atendidos. Para compreensão do processo de análise, o Quadro 5 sintetiza o delineamento das ideias descritas.

Quadro 5 – Processo de análise do cuidado em saúde mental à criança na ESF Pitoresca

Unidade de Significado	Categoria Temática	Categoria Analítica
A estrutura física dificulta os atendimentos por falta de consultórios, sala de reuniões e, até, sala de espera.	Estrutura física	Ambiência
A equipe acolhe e é atenta às queixas de saúde mental infantil.	Tecnologias relacionais	Cuidado de Saúde Mental destinado à criança
Os ACS identificam as necessidades de cuidado em saúde mental à criança através das VDs e das atividades do PSE.	Cuidado	
A EESCA, a Universidade e Telessaúde são meios de matriciamento para casos de saúde mental infantil.		
A reunião de equipe é espaço para discussão de casos de crianças com necessidades de cuidado em saúde mental.		
O espaço na agenda médica possibilita o acompanhamento casos de saúde mental infantil.		
Há carência de capacitação profissional na área de saúde mental infantil.		
O trabalho em rede é dificultado pela falta de NASF e CAPSi na região, além da falta de trabalho conjunto com o Conselho Tutelar.	Cuidado no Território	Rede de Saúde Mental Infantil

Fonte: Autor (2018).

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

Para realização deste estudo, o projeto foi encaminhado para COMPESQ da Escola de Enfermagem UFRGS, submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFRGS, aprovado sob o Parecer nº 2.595.152 (Anexo A) e aprovado sob o Parecer nº 2.720.722 no CEP da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Porto Alegre (Anexo B). O estudo teve o aceite da Coordenação Geral da Atenção Primária do Município de Porto Alegre (Anexo C), da GD PLP (Anexo D) e da Coordenadora da ESF Pitoresca (Anexo E).

Também foi assegurado aos participantes um estudo minimizando desconforto, frente as responsabilidades e deveres como Enfermeiro previstos no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (COFEN, 2017).

A pesquisa foi devidamente esclarecida aos participantes, assegurando-lhes sigilo e privacidade para a integridade física e psicológica. Os participantes assinaram o TCLE (Apêndice D), conforme a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012c), em duas vias, uma para o participante e a outra via para o pesquisador.

Foi assegurado aos participantes o direito de desistência em qualquer momento da pesquisa. E esclarecido que os participantes não seriam beneficiados de forma direta com os resultados do estudo. Sobre os riscos e desconfortos da pesquisa que poderiam ocorrer a partir dos questionamentos feitos, poderiam mobilizar sentimentos e causar sofrimento no momento da entrevista. E se deixou claro também sobre a não inclusão de nenhum tipo de método invasivo ou coleta de material biológico, ou experimento com seres humanos, e que os resultados serão usados apenas para fins científicos.

As entrevistas foram gravadas em MP3, transcritas integralmente, e os resultados analisados com responsabilidade e honestidade. Considerando-se aspectos éticos de consentimento e o caráter de confidencialidade, serão guardadas por cinco anos e destruídas após esse prazo.

5 AVALIANDO O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL À CRIANÇA NO CONTEXTO DA ESF PITORESCA

A seguir apresento o cuidado em saúde mental destinado à criança na avaliação do grupo de interesse.

5.1 AMBIÊNCIA NO TRABALHO DA ESF PITORESCA

O conceito de ambiência tem ampla abrangência, é composto pelo meio material onde se vive e pelo efeito moral que esse meio físico induz no comportamento dos indivíduos (BESTETTI, 2014). Nos espaços da saúde, além da composição técnica dos ambientes, consideram-se as situações que são construídas nesses espaços por um grupo de pessoas com seus valores culturais e relações sociais (BRASIL, 2010c).

Segundo Brasil (2010c), ambiência conceitua-se sob três eixos:

- a) O espaço para a confortabilidade focada na privacidade e individualidade dos sujeitos, a partir de elementos do ambiente que interagem com as pessoas (cor, cheiro, som, iluminação, morfologia), proporcionando conforto aos trabalhadores e usuários.
- b) O espaço proporciona encontro de sujeitos por meio da ação e reflexão sobre os processos de trabalho.
- c) O espaço como facilitador do processo de trabalho, favorecendo a otimização de recursos, atendimento humanizado, acolhedor e resolutivo.

Ainda para Brasil (2010c), ambiência assume importância quando se considera aspectos de humanização da assistência. Nesse sentido, a noção de confortabilidade lida com componentes que atuam como modificadores e qualificadores do espaço, estimulando a percepção ambiental. Dentre os componentes estão:

- a) Morfologia – Formas, dimensões e volumes configuram e criam espaços, que podem ser mais ou menos agradáveis ou adequados para profissionais e usuários.
- b) Luz – A iluminação, seja natural ou artificial, é caracterizada pela incidência, quantidade e qualidade. Além de necessária para a realização de atividades, contribui para a composição de uma ambiência aconchegante.

- c) Cheiro – Considerar os odores que podem compor o ambiente, interferindo ou não no bem-estar das pessoas.
- d) Som – Podemos utilizar a música ambiente em alguns espaços como área de espera. Ou, em algumas situações, considerar a proteção acústica que garanta a privacidade e controle de ruídos.
- e) Sinestesia – Diz respeito à percepção do espaço por meio dos movimentos, assim como das superfícies e texturas.
- f) Arte – Como meio de inter-relação e expressão das sensações humanas.
- g) Cor – As cores estimulam nossos sentidos e podem nos encorajar ao relaxamento, ao trabalho, ao divertimento ou ao movimento.

Os componentes citados qualificam o espaço e, quando aplicados com equilíbrio e harmonia, dão contribuições significativas no processo de produção de saúde. Uma ambiência que proporcione privacidade, que respeite valores culturais do sujeito e da comunidade contribui para o processo de bem-estar, desfazendo-se o mito de espaços que abrigam serviços de saúde serem frios e hostis (BRASIL, 2010c).

No entanto, a ambiência isoladamente não institui uma postura acolhedora e humanizada para os profissionais, mas pode ser usada como uma das ferramentas a propiciar esse processo de mudança. Na ESF os espaços devem integrar os profissionais, com áreas de encontro entre trabalhadores e entre trabalhadores e usuários (BRASIL, 2010c). Assim, são de extrema importância espaços coletivos destinados a reuniões, orientações, palestras e oficinas.

Nesse contexto, onde o público infantil é frequente, como o da ESF Pitoresca, ressalta-se que não havia espaço destinado a atividades lúdicas. No entanto, observou-se um ambiente acolhedor com salas decoradas, portas identificadas com figuras coloridas, ursinhos e bonecas, principalmente na sala destinada a puericultura.

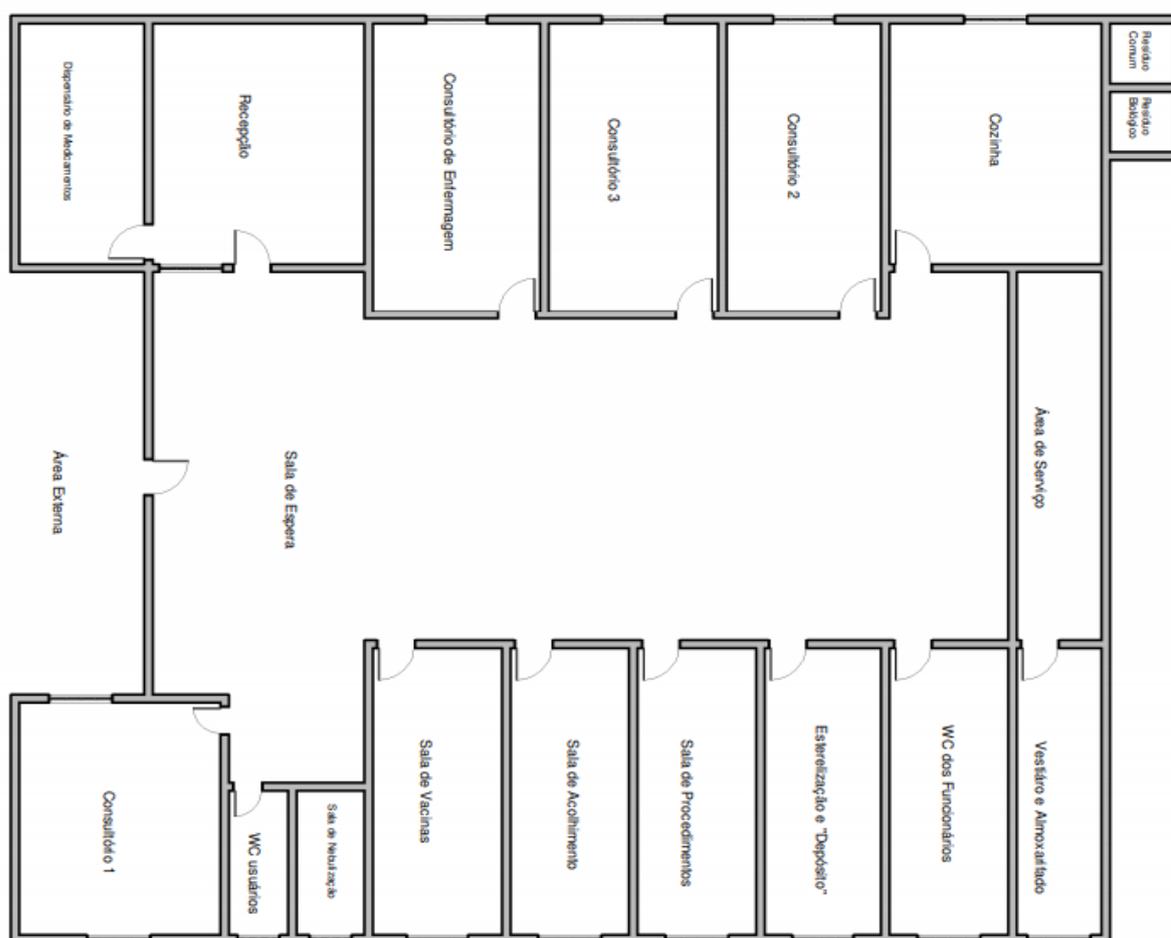
No que diz respeito à estrutura física da ESF, salienta-se que cada equipe deve atender até 4.000 pessoas do seu território, de forma interdisciplinar, onde a lógica de trabalho otimiza a utilização dos espaços, permitindo o uso dos mesmos por diferentes profissionais e atividades (BRASIL, 2006).

A estrutura física para a ESF deve observar aspectos que compreendem a ambiência, ventilação, materiais de acabamento, pisos, paredes, janelas, cobertura, atenção à área externa e ao fluxo de pessoas e materiais (BRASIL, 2006). Ressaltam-se, também, aspectos voltados às pessoas com deficiência (PcDs) ou com mobilidade

diminuída, o que inclui atenção à acessibilidade física e autonomia das pessoas, compreendendo áreas internas e externas no serviço de saúde (MARQUES *et al.*; 2018).

De acordo com Brasil (2006), são sugeridos para um serviço com duas unidades da ESF os seguintes ambientes: recepção para pacientes e acompanhantes, sala de espera, quatro consultórios, um deles com sanitário, sala de procedimentos, almoxarifado, três sanitários, consultório odontológico, cozinha, sala de utilidades, área para depósito de materiais, área para reuniões e educação em saúde, sala de lavagem de materiais, sala de esterilização de materiais e abrigo de resíduos sólidos. A disposição da estrutura física da ESF Pitoresca está ilustrada na Figura 4.

Figura 4– Distribuição do espaço físico da ESF Pitoresca



Fonte: Autor (2018).

Nesse contexto, a estrutura da ESF Pitoresca, em um prédio próprio, conta com uma área pequena de recepção e dispensação de medições, nove a 12 assentos, entre bancos e cadeiras, na área de espera, um banheiro público masculino e feminino com barras de apoio, sala de vacinas, sala para acolhimento, sala de curativos, sala de esterilização de materiais, banheiro para os profissionais, cozinha e uma pequena área de depósito. O serviço não conta com consultório odontológico conforme preconizado pelo Ministério da Saúde.

Os espaços são divididos por um longo e estreito corredor onde ficam armários, balança e murais, obstáculos que dificultam o trânsito de profissionais e usuários, dificultando a circulação principalmente à pessoas com deficiência.

A equipe tem disponíveis quatro consultórios, sendo dois utilizados pelas médicas, equipados com maca, biombo e armário, mesa com computador e impressora, ar condicionado, ventilador de teto, pia para lavagem das mãos e lixeiras. Em um dos consultórios, por sugestão da profissional, a mesa fica perto da parede, permitindo um contato mais próximo e acolhedor com crianças, pais ou responsáveis.

A estrutura física do serviço é insuficiente, não contempla a necessidade dos profissionais, a demanda dos usuários e também compromete as atividades como campo de estágio, principalmente em dias chuvosos. Dessa maneira, foi observado e avaliado pelo grupo de interesse que a estrutura física dificulta os atendimentos por falta de consultórios, sala de reuniões e até pela sala de espera, que não consegue acomodar todos os usuários e seus acompanhantes.

A Unidade de Saúde conta com duas equipes, sendo oito ACS, no entanto, não há sala para esses profissionais. Eles utilizam um dos consultórios, que é dividido por um armário, onde permanecem no horário em que estão na ESF, dias de chuva ou para uso de digitação no computador. (O2, 21.6.2018, manhã)

A sala de vacina é extremamente pequena, é difícil uma mãe entrar com mais de um filho. (O1, 15.6.2018, tarde)

Na disciplina de Saúde Mental II/UFRGS, os cinco alunos e a professora dividem com os ACS um dos consultórios, as atividades do grupo de alunos, certamente ficou comprometida com a digitação dos ACS na mesma sala. (O2, 21.6.2018, tarde)

Se tivesse uma sala pra nós que tivesse computador. Não sonho com um computador pra cada um, que tivesse uns três computadores, a gente conseguia mais acesso. Porque até nossas coisas tem que fazer correndo, porque a gente não tem espaço. (E13)

A deficiência na quantidade de salas e consultórios e a falta de computadores comprometem as atividades dos profissionais e alunos. A estrutura física do serviço, no processo avaliativo, apresentou-se como um limitador para uma assistência mais humanizada. Dificultam também as atividades dos profissionais, mesmo comprometidos com seus fazeres no serviço, a exemplo dos registros em prontuário eletrônico.

A falta de estrutura e de ambiência desse serviço corrobora com o identificado pela gestão municipal, que identifica a falta de salas para reuniões e atividades de grupo, de consultórios para atendimentos e de equipamentos de informática como um obstáculo para a ampliação e qualificação das ações de ensino em serviço (PORTO ALEGRE, 2017). Corrobora também com estudo de Glanz e Olschowsky (2017) que identificou que os profissionais das equipes de Saúde da Família do município de Porto Alegre, identificam a ambiência como um indicador de sofrimento, que interfere no cotidiano de trabalho, prejudicando o conforto da equipe e dos usuários do serviço.

A ambiência potencializa a compreensão das influências dos espaços de saúde em suas intervenções diárias e apresenta o desafio da constituição de espaços de saúde adequados às necessidades do sujeito. Na atenção psicossocial no campo da saúde mental infantil, pensar a ambiência possibilita a discussão da constituição de serviços substitutivos como espaços de cuidado, facilitando o desenvolvimento de um trabalho terapêutico (RONCHI; AVELLAR, 2015).

Dessa forma, a organização do trabalho na ESF Pitoresca encontra limitações no espaço físico em uma área de abrangência que vem ganhando moradores diariamente. A equipe é sensível ao aumento da demanda por atendimentos, mas encontra potência para o trabalho no comprometimento dos profissionais no cuidado em saúde mental às crianças no serviço.

5.2 O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL DESTINADO À CRIANÇA

Nesta categoria analítica, apresenta-se o cuidado em saúde mental realizado na ESF Pitoresca voltado à criança, e as condições para seu desenvolvimento nesse espaço.

No contexto da reforma psiquiátrica e da implantação da RAPS, o cuidado visa a uma atenção de modo psicossocial, com foco no sujeito, família e comunidade, em

serviços substitutivos no seu território, que se constitua em planos terapêuticos com atenção singular para as necessidades da criança (BRASIL, 2014a).

A superação do modo asilar pelo modo psicossocial conta com a implantação de vários dispositivos para dar conta dessa abordagem, dentre eles a ESF. A ESF se insere no cuidado no território, beneficiada pelo vínculo entre a criança, família e os profissionais da equipe de saúde.

Na atenção psicossocial, a identificação e acompanhamento da criança de acordo com a complexidade do caso se dão na ESF. Identifica-se uma superação no modo de cuidado, afinal, em meio à Reforma Psiquiátrica, crianças e também adolescentes com necessidades em saúde mental ficaram desassistidas ou submetidas a processos de institucionalização externos ao sistema psiquiátrico asilar (COUTO; DELGADO, 2015).

Acolher as diferentes demandas da população infantil com necessidade de cuidado em saúde mental se privilegia da forma de trabalho da ESF, que tem, entre outras especificidades: a) existência de equipe multiprofissional; b) número de ACS suficiente para cobrir 100% da população cadastrada; c) o número de pessoas cadastradas considerando o grau de vulnerabilidade das famílias do território, sendo que, quanto maior o grau de vulnerabilidade, menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe; d) carga horária de quarenta horas semanais para todos os profissionais de saúde membros da equipe de saúde da família (BRASIL, 2012a).

E assim, no dia a dia do serviço os profissionais da ESF vão incorporando o cuidado em saúde mental infantil, para que a AB e certamente a ESF sejam reconhecidas pelo cuidado psicossocial no território e na história do cuidado da criança com demandas em saúde mental.

No processo avaliativo, os profissionais da ESF Pitoresca avaliaram o uso de tecnologias relacionais no cuidado em saúde mental às crianças na organização do trabalho da equipe.

Para Franco e Merhy (2005), além dos instrumentos e de conhecimento técnico, que são tecnologias mais estruturadas, é fundamental para a produção de cuidado o uso das tecnologias relacionais, que se materializam no encontro entre duas pessoas, trabalhador e usuário. As tecnologias relacionais compreendem o acolhimento, integração, formação de vínculos, espaço para escuta, valorização à autonomia, corresponsabilização, empatia e postura ética, entre outros atributos.

Essas tecnologias remetem à ideia de que o trabalhador de saúde deveria ter em seu objeto de trabalho a noção de lidar com pessoas, e, assim, organizando seus atos para as necessidades daquele de quem cuida (CAMPOS, 2000). Dentre as tecnologias relacionais, na ESF Pitoresca os profissionais avaliaram o acolhimento como ferramenta de cuidado em saúde mental destinado à criança.

A utilização de tecnologias relacionais como o acolhimento pressupõe uma escuta qualificada pelo profissional no momento de acolher a demanda da criança com necessidades em saúde mental.

A escuta e o diálogo são próprios do ser humano, uma escuta qualificada vai além do ato de ouvir, refere-se a uma ferramenta essencial para que o profissional identifique as diversas formas de demandas de cuidado à criança, integrante de um contexto familiar e social. No processo avaliativo, o acolhimento é realizado como uma postura dos profissionais, em acolher e escutar as necessidades de cuidado em saúde mental infantil.

Na verdade aqui a gente tem bastante demanda de saúde mental infantil das diversas formas, seja da escola solicitando uma ajuda por falta de concentração, por dificuldade de aprendizado, seja pelos pais. Então, são diversas questões que vêm pra gente. (E5)

Aquele paciente, adulto ou criança, que está com problema de saúde mental muitas vezes bate aqui no posto todos os dias, porque ele quer uma atenção, tá pedindo socorro e as vezes, se a gente não tem um olhar diferenciado aquele paciente vai ficando pra trás. (E8)

Na recepção está o ACS, observo uma mãe solicitando ajuda, sua filha está caída na rua. Prontamente a Enfª e uma Técnica de Enfermagem, buscam a criança que está na rua, caída em uma crise convulsiva. A criança estava a caminho da Unidade de Saúde, a consulta médica estava agendada para aquele horário. Mas o ACS estava preparado e atento para prestar atendimento. (O2, 21.6.2018, manhã)

A criança tá assim! Daí a gente vê todo contexto, como está a família, se a mãe vem e conta, a gente dá uma olhada no restante porque se a criança tá com problema as pessoas que circulam também estão. (E7)

Para mim ao menos é assim, vou observando todo o contexto da família, o relacionamento familiar para ver se existe alguma coisa, através desse olhar a gente já detectou criança com autismo, criança com sérios problemas de desenvolvimento. (E1)

A prática do acolhimento na ESF Pitoresca possibilita aproximação entre criança, família e profissionais. Assim, o acolhimento no serviço avaliado é entendido como uma postura, uma atitude por parte do trabalhador no momento em que recebe,

escuta e trata de forma humanizada a criança e suas demandas de cuidado em saúde mental.

Ressalta-se que o trabalho do SUS é instrumentalizado para a prática do acolhimento nos serviços. O acolhimento é apresentado como a diretriz de relevância ética, estética e política. Ética, por se pautar no reconhecimento da subjetividade do usuário; estética, quando propõe a dignificação da vida e do viver; e política, pelo fato de implicar o compromisso coletivo de envolvimento no processo de produção de saúde (BRASIL, 2010b).

No Município de Porto Alegre, o acolhimento está previsto na rotina de trabalho das equipes, de forma que as equipes acolham os sujeitos durante todo o horário de funcionamento do serviço em sala destinada à “Identificação de Necessidades” (PORTO ALEGRE, 2015).

Assim, a partir desse momento de escuta é possível a construção de vínculos, a produção de relações de acolhimento, de respeito à diversidade e à singularidade no encontro entre quem cuida e quem recebe o cuidado (MAYNART *et al.*, 2014). Ainda para Maynard *et al.* (2014), a organização do trabalho na saúde deve contemplar o uso da escuta qualificada, tecnologia leve, que agencia modos menos endurecidos de cuidado.

De acordo com Tanaka e Ribeiro (2009) a AB, compreendida a ESF, tem potencial para desenvolver importantes ações de saúde mental, como detectar as queixas relativas ao sofrimento psíquico, e de lidar com os problemas detectados, com tratamento na própria AB ou encaminhando os pacientes para serviços especializados. Os autores ressaltam que na efetiva abordagem dos problemas de saúde mental pela equipe está incluída uma escuta qualificada.

Nesse contexto, o cuidado à criança com demandas de saúde mental é possível quando se acolhe. Ter uma escuta qualificada compreende dar atenção à fala, o que possibilita pensar saídas e repensar os próprios atos na rotina, no dia a dia do serviço. Possibilita, também, auxiliar o outro, a família a repensar seu problema. Em estudos avaliativos realizados nessa mesma ESF, identificaram as tecnologias relacionais de acolhimento e escuta no cuidado em saúde mental (LAVALL; 2010, MIELKE; OLSCHOWSKY, 2011; KOHLRAUSCH, 2012).

O cuidado em saúde mental infantil precisa de um olhar atento de profissionais e familiares para a identificação de crianças que exijam atendimento de saúde.

Profissionais como ACS e professores, que estão em contato com o contexto domiciliar, ou profissionais que estejam diariamente em contato com a criança. Afinal, podem ter maior facilidade em identificar necessidade de cuidado em saúde mental.

Assim, uma forma de cuidado evidenciada pelo grupo de interesse no processo avaliativo foi a visita domiciliar realizada pelos ACS, como meio de identificar crianças com necessidades de cuidado em saúde mental no território da ESF.

Acho que eles trazem bastante, até porque eles tã dentro da comunidade, né. Eles conseguem apontar mais casos do que nós, vimos a criança esporadicamente por dor de garganta, uma febre. (E11)

Casos de abuso as vezes chegam para a equipe trazidos pelos Agentes. (E5)

Quando a gente entra na casa, a mãe fala ou a responsável fala, e o agente tem que ter um olhar para ver o que está acontecendo com a criança e ai traz pra reunião de equipe. (E7)

O ACS detecta no domicílio, na própria casa e vai trazendo para o posto, para a doutora, para a equipe que direciona a quem tem que ser direcionado essa criança. (E1)

Os entrevistados avaliaram que fazer VD e morar na comunidade, características do trabalho dos ACS, são aspectos importantes na identificação de casos de saúde mental infantil. Dessa forma, o acesso ao domicílio através da VD possibilita observar a rotina e uma aproximação maior com as famílias.

O contato com o ambiente familiar da criança proporciona um cuidado ampliado a partir da visita ao domicílio. A visita domiciliar é um dispositivo de cuidado, um instrumento facilitador na abordagem aos usuários no seu contexto sociocultural, definida como um conjunto de ações voltadas para o atendimento, tanto educativo quanto assistencial (FERNANDES; DUARTE; SCHMALFUSS, 2014).

O cuidado em saúde mental infantil detectado no domicílio, por meio das VD, pode ser um recurso estratégico no âmbito de serviços substitutivos de saúde mental, como é o caso da ESF. A VD passa ser uma estratégia para humanizar o atendimento e desencadear vínculos entre usuário, equipe e família. Promove a autonomia das pessoas, adultos ou crianças em sofrimento mental (FERNANDES; DUARTE; SCHMALFUSS, 2014).

Na rotina das famílias, as queixas ou sinais das crianças assinalando necessidades de cuidado em saúde mental podem passar despercebidos e serem agravados pela demora em acessar o serviço de saúde. Assim, as VDs tornam-se

extremamente importantes para a identificação dessas demandas e na continuidade do cuidado em saúde mental.

A VD na ESF Pitoresca é instrumento de trabalho principalmente para os ACS no contexto avaliado. A partir das VDs são identificadas situações de risco, realizada orientação às famílias e comunidade. Além de identificar casos e situações que serão compartilhados com outros membros das equipes de saúde (ALONSO *et al.*, 2018). Essas ações aproximam as relações subjetivas entre profissionais, usuário e familiar. A VD, como cuidado em saúde mental, possibilita interação, promove vínculo e facilita uma assistência integral à criança e à família, tornando o domicílio em espaço terapêutico no atendimento à criança nesta área.

No entanto, a VD, como ferramenta de cuidado, pode ser utilizada pelos diferentes profissionais, e não ficar apenas sob responsabilidade do ACS. Esse cuidado no domicílio permite desvelar as relações no ambiente familiar, situações que influenciam o cuidado em saúde mental à criança.

Outro meio de cuidado em saúde mental infantil avaliado pelo grupo de interesse foram as atividades do Programa de Saúde na Escola (PSE). Essas atividades que os ACS realizam junto às escolas da comunidade aproximam os professores do serviço de saúde, promovendo acesso oportuno à atenção psicossocial.

Geralmente o professor fala com o pai, e a gente inclui a escola no acompanhamento, porque a escola é uma parte fundamental do parecer da criança. A criança passa mais tempo às vezes na escola do que na casa. (E4)

Quando os ACS vão na escola fazer esse acompanhamento (PSE), as professoras, as diretoras trazem algum caso de alguma criança. (E5)

A escola detecta e pede que as mães venham em consulta aqui no Posto. (E1)

Sempre que os ACS vão na escola através do PSE. A professora chama a gente de canto e fala para o ACS, que passa para equipe. (E10)

Muitas vezes a escola também identifica, porque a criança passa muito tempo na escola, as vezes um turno inteiro, as vezes o dia inteiro. Então tem muito relato da escola entra em contato com os pais e pedem para trazer em consulta médica. (E2)

Vem um relato dos professores qual é o problema, com a queixa que tem na escola, e a gente lê aquele relatório e conversa com a família, e também avalia no consultório. (E2)

O grupo de interesse avaliou a existência de um cuidado, a partir do olhar dos professores às crianças, cujas demandas são identificadas e repassadas aos ACS através das atividades do PSE. Essa relação entre professores e ACS é facilitada através do PSE, no qual o cuidado em saúde mental destinado às crianças tem continuidade na ESF Pitoresca por meio de agendamento de consultas e de encaminhamento à EESCA.

A comunidade próxima à ESF Pitoresca conta com duas escolas: Escola Municipal de Educação Infantil Jardim Bento Gonçalves e Escola Professora Marina Martins de Souza. O encontro das ações entre a ESF e a escola é incentivado pelo PSE. Na ESF Pitoresca, tem definidas uma técnica de enfermagem e duas ACS como articuladoras dessas ações. Essa equipe segue um cronograma de atividades a serem desenvolvidas nas escolas junto aos professores, crianças e adolescentes.

O PSE foi instituído em 2007, pelo Decreto Presidencial nº 6.286, como política intersetorial entre saúde e educação. E tem dentre suas diretrizes: permitir a progressiva ampliação das ações executadas pelos sistemas de saúde e de educação com vistas à atenção integral à saúde de crianças e adolescentes; promover a comunicação, encaminhamento e resolutividade entre escolas e unidades de saúde, assegurando as ações de atenção e cuidado sobre as condições de saúde dos estudantes; e também atuar, efetivamente, na reorientação dos serviços de saúde para além de suas responsabilidades técnicas no atendimento clínico (BRASIL, 2011b).

Essa facilidade de interlocução entre educação e saúde é positiva para o cuidado infantil. Afinal, a criança muitas vezes utiliza de forma simultânea esses setores e de forma desarticulada. E, especificamente no caso de saúde mental de crianças e adolescentes, frequentemente isso envolve setores da saúde, educação e, também, assistência social, justiça e direitos (DELFINI, 2015; BRASIL, 2005a).

No campo da atenção psicossocial a corresponsabilização do cuidado no território é potencializada com ações do PSE. De tal modo, em municípios maiores a educação e a saúde deparam-se com comunidades de grande extensão territorial, com diversidade no perfil de vulnerabilidade social e de necessidades da população (CHIARI *et al.*, 2018).

Para Chiari *et al.* (2018), o PSE visa contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de educação com ações de prevenção, promoção e

atenção à saúde. No entanto, o grupo de interesse avaliou que as ações estão longe de atingir o objetivo do programa, pois são pontuais e não conseguem oferecer uma atenção ampliada no cuidado em saúde mental.

Trabalhamos com a antropometria, peso, altura, acuidade visual, se faz orientações a respeito de saúde e muitas vezes junto com as professoras. (E1)

Na saúde mental assim, não vi nada que esteja relacionado ao PSE, é mais orientações sobre dengue, piolho, escovação de dente. (E3)

Com a escola tem o cuidado visual, o cuidado odontológico, acho que esse cuidado, de pesar e medir, essas coisas do PSE. (E4)

O PSE é um programa mais voltado no sentido de antropometria, de acuidade visual, é pouco voltado na questão de saúde mental. (E5)

Os profissionais avaliaram que o cuidado à criança no ambiente escolar restringe-se ao preconizado pelo programa, voltado aos padrões de crescimento para a faixa etária e atenção com foco sanitário. Ou seja, uma atenção fragmentada em um momento oportuno de prestar cuidado integral à criança com foco na saúde mental.

Dessa maneira, o efetivo trabalho compartilhado entre setores requer trabalhadores sensíveis e comprometidos. A resolução das questões de saúde infantil atribuídas aos serviços de saúde devem ser repensadas, sendo necessário diálogo entre os serviços do território, superando os encaminhamentos, sem troca entre os profissionais na RAPS (TEIXEIRA; COUTO; DELGADO, 2017). E ainda, no âmbito do cuidado à criança, a oportunidade de articular saúde mental ao espaço escolar deve ser incentivado e consolidado através de ações que integrem ESF, escola e comunidade.

Entende-se que a atenção psicossocial preconiza o trabalho em rede intersetorial, cria laços com outros setores das políticas públicas, distintos segmentos sociais, diferentes serviços, atores e olhares (SOUZA, 2015). Nesse sentido, os profissionais da ESF podem comprometer-se com o cuidado em saúde mental destinado às crianças, minimizando possíveis riscos e desassistência.

Tendo em vista a necessidade de apoio para continuidade do cuidado à criança, foram evidenciados neste processo avaliativo meios de apoio e matriciamento para o cuidado em saúde mental infantil a partir da Equipe Especializada em Saúde da Criança e Adolescente (EESCA).

A criança vem aqui consulta e, se não tem resolutividade aqui com a doutora, ela pega o caso e leva pro matriciamento, que tem uma vez por mês, tem a EESCA, que é o da saúde mental infantil. (E7)

A gente tá conseguindo passar os casos mais urgentes para a EESCA. E daí elas entram em contato, é uma psicóloga ou psiquiatra, e daí vão passando o caso, vai ser encaminhada pra algum especialista ou recebem alguma orientação pra dar pra essa família. (E2)

Casos ainda mais graves, a gente faz matriciamento com a EESCA, que é um matriciamento com profissionais, tem neurologista, psiquiatra, fono, psicólogo. É uma reunião onde a gente passa os casos que a gente acha que tem necessidade de encaminhar para o especialista, e a criança vai seguir o acompanhamento tanto aqui na unidade quanto com especialista. (E1)

Sobre a EESCA, existe um caderno de anotações dos pacientes para matriciamento, as reuniões acontecem 1x ao mês. Um profissional de cada equipe representa suas demandas em uma reunião com psicólogos, terapeutas ocupacionais, entre outros, que definirão prioridade para agendamento especializado. (O1, 15.6.2018, manhã)

Tem o caso da L.A., que já está há muitos anos, uns três a quatro anos em acompanhando aqui no posto, mais pediatra, fono, neuro e agora psiquiatra também, a criança está com vários especialistas. Depende o problema mesmo, tem crianças que tem um retardo mental, por exemplo, mais grave ou moderado que precisa de um acompanhamento multiprofissional, então aqui na unidade a gente não consegue atender sozinhos preciso desses especialistas. (E1)

Ao meu ver, a saúde mental da criança, tanto aqui como nas outras unidades, ela é bem deficitária porque a gente só tem a EESCA, que é atendimento de saúde mental da criança, onde a gente leva os casos que a gente entrevista aqui, matricia aqui na unidade. Nessa reunião, as vezes têm psicóloga, nutricionista, psiquiatra, matricia para ver qual o direcionamento que vai dar para essa criança. (E5)

As falas dos entrevistados retratam o cotidiano da assistência à criança com necessidade de articulação de saberes para a integralidade do cuidado. O cuidado em saúde mental infantil na ESF Pitoresca transcende o conhecimento da clínica médica, uma equipe que lança mão de mecanismos de apoio para o atendimento, o que demonstra a implicação da equipe frente aos casos.

Um importante apoio identificado pelos profissionais nesta avaliação refere-se à EESCA. A EESCA é uma equipe multidisciplinar para casos de crianças e adolescentes. Essas equipes são estrategicamente distribuídas e responsáveis por determinadas unidades da ESF, de acordo com as Gerências Distritais (GDs). No caso, para equipes de ESF dos bairros Partenon e Lomba do Pinheiro.

A implantação dessas equipes refere-se à estratégia do Município de Porto Alegre desde 2011, quando, a partir das Áreas Técnicas de Saúde Mental e da Infância, foi proposta a unificação das Equipes de Saúde Mental da Infância e

Adolescência com os Núcleos de Atenção à Saúde da Criança e Adolescentes em Idade Escolar (NASCA), que trabalhavam de forma desarticulada até então (GUEDES; PEREIRA; LEITE, 2014).

A EESCA é destinada a crianças e adolescentes de 0 a 17 anos de acordo com o seu território. Conta com equipe multiprofissional com formação em saúde da criança e do adolescente: psicólogos, médico pediatra, médico hebiatra, médico neurologista para infância e adolescência, médicos psiquiatras, fonoaudiólogo, terapeuta, nutricionista, assistente social, terapeuta ocupacional e profissional com formação em psicopedagogia. A principal forma de acesso ao serviço parte do matriciamento, sendo realizado atendimento especializado na Atenção de Média Complexidade Ambulatorial (GUEDES; PEREIRA; LEITE, 2014).

As informações do Relatório de Gestão do Município de Porto Alegre (2014) apontam que o trabalho das EESCA nos territórios da cidade estão relacionados à redução de 57,8% das internações do ano de 2014 para o ano de 2013, e as internações na infância correspondem a 0,1% das internações em saúde mental no município. Esse trabalho pressupõe a articulação intersetorial, o que favorece o cuidado integral no território, o que é fundamental para o desenvolvimento nessa faixa etária (PORTO ALEGRE, 2014).

No entanto, o serviço da EESCA que é referência para a GD PLP, à qual pertence a ESF Pitoresca, abrange uma população de 181.945 pessoas, atendidas por 32 equipes de ESF distribuídas em 16 Unidades de Saúde nessa região (PORTO ALEGRE, 2017a).

Dessa forma, a articulação entre a equipe de especialistas e a equipe de ESF é dificultada pelo elevado número de equipes a serem matriciadas pela EESCA, que acaba priorizando o atendimento de casos mais graves em detrimento de outros. Essa situação acaba se agravando pelo tempo em espera para ser matriciado ou para ser atendido por alguma especialidade um determinado caso de saúde mental, gerando uma fila de espera, desassistência e muitas vezes a piora do caso.

A proposta do matriciamento vem organizar as práticas mediante a conformação de núcleos e de campos profissionais. Núcleo como um saber que demarca a identidade de uma área de saber e de prática profissional, e o campo refere-se a um espaço de limites imprecisos onde cada profissão busca apoio em outra profissão para cumprir suas tarefas teóricas e práticas (CAMPOS, 2000).

Nesse contexto, o apoio matricial se diferencia do atendimento tradicional realizado por especialista, é entendido como um suporte de um profissional especializado a uma equipe de saúde, ampliando e qualificando as ações (BRASIL, 2011d, JORGE *et al.*, 2014). Essa lógica integradora de atenção é um contraponto à tradicional lógica de encaminhar, referenciar ou contrarreferenciar, de um cuidado fragmentado.

Dessa forma, o matriciamento proporciona retaguarda especializada do cuidado em saúde mental à criança no contexto da ESF Pitoresca. Refere-se a um suporte técnico-pedagógico que integra saúde mental e AB, para uma assistência colaborativa, produzindo trocas entre diferentes áreas de saber para a construção de projetos terapêuticos exitosos.

O grupo de interesse avaliou a Universidade como apoio no cuidado em saúde mental à criança, uma vez que é através das atividades do professor e alunos na disciplina de saúde mental II do Curso de Enfermagem da UFRGS que ocorrem a identificação e acompanhamento de alguns casos.

É de grande ajuda ter os estudantes, para quem está aqui no posto de saúde dentro do bairro. Não é lá no hospital, é aqui no bairro que precisa. Já vi a professora ir na casa e conversar, tem outra visão de profissional preparada para saúde mental, orienta bem a família. (E13)

A gente tem ajuda dos estudantes da UFRGS que vem aqui, que são da enfermagem que nos ajudam nos casos de saúde mental das crianças. (E6)

É importante para os alunos por causa da convivência com a ESF, e para o público nas casas. Nas reuniões, entregam para nós a devolutiva dos casos que os alunos acompanham, já tem resolutividade no semestre porque eles fazem várias atividades. (E7)

Sempre teve estudantes aqui, eu acho bem importante e a comunidade já está acostumada com a participação dos estudantes de enfermagem de saúde mental. (E8)

Sempre teve um bom retorno, falamos que os alunos começarão, já vamos trazer os casos pra professora. Só uma ACS tem uns cinco casos. (E12)

Ser campo de estágio para atividades da Universidade foi avaliado pelos profissionais como um apoio no cuidado em saúde mental ofertado à criança. Durante as atividades realizadas no estágio pelos estudantes do curso de enfermagem, ocorrem visitas domiciliares em domicílios que são indicados pela equipe em reunião. Os resultados dessas VDs são discutidos semanalmente entre todos: alunos, professor e equipe, que planejam qual a melhor conduta a ser tomada.

O professor e seus alunos foram avaliados como forma de qualificar a assistência à criança e família, fortalecendo o cuidado na ESF.

Esse apoio avaliado pelos profissionais permite ao graduando, durante o estágio, estar em contato com a realidade dos sujeitos em sofrimento mental considerando seu espaço de vida, atendendo aspectos sociais, culturais e econômicos. Essa aproximação com a rede extra-hospitalar estimula o aluno a ter um olhar ao sujeito, mudando o foco da doença mental comumente encontrado nas atividades de ensino realizadas em espaços manicomial (OLSCHOWSKY *et al.*, 2014).

Dessa forma, no contexto avaliado o serviço de saúde beneficia-se com a presença da Universidade por ampliar a possibilidade de cuidado em ações de promoção de saúde e prevenção de doenças na comunidade, prerrogativas básicas da ESF (OLSCHOWSKY *et al.*, 2014). Ao passo que a Universidade se beneficia na formação de profissionais reflexivos sobre a teoria e prática na área da saúde mental. Assim, no contexto da saúde mental infantil a parceria da Universidade e ESF pode proporcionar um cuidado criativo e humanizado a partir desse contato com a criança e seu contexto de vida.

Outro apoio a condutas terapêuticas e continuidade da assistência à criança na ESF Pitoresca foi reconhecido pelo grupo de interesse como sendo o Telessaúde.

A doutora às vezes inicia aqui mesmo, sendo criança. Ela iniciou pra duas, uma com depressão, de dez anos, e uma outra criança, Não lembro qual o transtorno, mas ela já iniciou o tratamento aqui. Então, acho que o Telessaúde é mais efetivo pros médicos mesmo, porque conseguem ter uma resolutividade melhor. (E5)

Sim, as doutoras usam bastante, elas têm 1 hora para o Telessaúde, inclusive usam essa parte de saúde mental no Telessaúde. (E7)

A gente pode ligar pro Telessaúde, ah tem um paciente assim, assim, que eles ajudam a gente. Ah, pode aumentar ou pode trocar, então isso também é um suporte, o Telessaúde que pode ser via telefone ou plataforma. (E4)

Eles te passam para um enfermeiro e tu passa o caso que tu tem dúvida, se a enfermeira consegue resolver ela resolve se não, te passa para o médico especialista, então ele é bem resolutivo mesmo. Agora voltou para os enfermeiros, agora faz tempo que eu não uso mais Telessaúde, mas de um modo geral, todas as vezes que eu precisei foi bem bom assim. (E12)

Essa questão de saúde mental sabe, falta ainda para ser mais efetiva assim. Tem Teleoftalmo, Teledermato, dão muita importância para as outras clínicas e a saúde mental fica um pouco desassistida. (E12)

O grupo de interesse avaliou o Telessaúde como uma ferramenta importante para matricular as crianças com casos de saúde mental, seja para tomada de condutas clínicas e terapêuticas, seja para o encaminhamento à especialidade médica, o que demonstra o comprometimento dos profissionais com os casos acompanhados.

A utilização do Telessaúde para as diferentes linhas de cuidado, dentre elas a saúde mental infantil, foi instituída pela coordenação da AB do município. A equipe tem uma hora semanal na agenda médica destinada ao Telessaúde, o que estimula a utilização deste recurso.

Mais utilizado pelas profissionais médicas, que usam o recurso disponível na plataforma digital ou através de contato telefônico. Essa ferramenta é indispensável ao encaminhamento de casos no sistema de regulação no município, o que qualifica o acesso a especialidades, dentre elas a área de saúde mental infantil.

A utilização do Telessaúde como recurso de apoio aos serviços foi prevista pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e pela OMS, definindo o emprego das Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC), como estratégicas nos casos onde a prestação de serviços é dificultada pela distância. Dessa maneira, são alternativas para a realização de diagnóstico, tratamento e prevenção de doenças, além de pesquisas e educação continuada (SANTOS *et al.*, 2014).

No Brasil, essa ferramenta refere-se a um componente do Programa de Requalificação das UBS, instituído pela Portaria nº 2.554/2011, chamado Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica, que estimula o uso das TICs para atividades a distância no intuito de qualificar, entre outros, a ESF. Esse recurso possibilita a interação entre profissionais e o acesso remoto a recursos de apoio educacional, clínico e diagnóstico (BRASIL, 2015c).

Outro recurso para o cuidado em saúde mental, principalmente no âmbito da criança, avaliado pelo grupo de interesse foi o momento de reunião de equipe na ESF Pitoresca. A reunião de equipe é espaço para discussão de casos de crianças com necessidades de cuidado em saúde mental.

As pessoas tão valorizando mais a reunião. A gente sempre considera na pauta. Acho que é bem legal, bem importante, porque é onde eu tenho um caso da minha área, aí eu falo para ciência de todos, já que todos passamos pela recepção. (E12)

Chega muito pelo ACS e aí é resolvido em reunião de equipe, é passado o caso na reunião de equipe e aí vai ser dado o encaminhamento. Não a

solução, o encaminhamento devido, naquele problema de saúde mental infantil. (E13)

Chega para mim em consulta ou nas reuniões, também se debate muito esses casos na reunião de equipe. (E2)

Quando o ACS entra na casa, a mãe fala ou a responsável fala, tem que ter um olhar para ver o que está acontecendo e ai traz pra reunião. (E7)

Quando surge um caso que é encaminhado via EESCA, é matriciado, sempre é falado em reunião de equipe. Sempre se fala alguma coisa, foi marcado, não foi, consegui matricular, não consegui. (E14)

Os casos da EESCA sempre a gente passa em reunião quando tem agendamento. (E12)

Eu vejo que é priorizado isso, se tenta trazer em reunião de equipe o problema da família em si, pra ver toda família, as vezes não é só um elemento da família, são vários né, pra ter um olhar diferenciado. (E8)

O momento da reunião de equipe foi avaliado pelo grupo de interesse como um momento importante para troca de informações entre os profissionais na ESF. Com a pauta fixa, a equipe aborda o relato de casos de saúde mental de crianças e suas famílias. Refere-se a casos que merecem maior atenção e abordam uma contextualização das relações sociais, arranjos familiares conflituosos, situações de vulnerabilidade que repercutem nas necessidades de cuidado.

A reunião de equipe de uma equipe multidisciplinar possibilita uma visão mais global e coletiva dos casos de crianças que demandam cuidado em saúde mental. Num contexto de atenção psicossocial, esse momento proporciona integração, escuta, valorização do profissional e também de planejamento dos casos.

Assim, a reunião de equipe proporciona a troca de informações, de comunicação entre os profissionais. A comunicação é fator indispensável para o trabalho na ESF, o exercício do diálogo e de trocas no ambiente de trabalho abre possibilidades para um trabalho resolutivo e comprometido com as necessidades da população (DUARTE; BOECK, 2015).

O momento de reunião de equipe é preconizado na organização do trabalho da ESF Pitoresca, acontecendo das 13 h às 14 h, às terças e quartas-feiras. Essa reunião é coordenada pela enfermeira, com pauta pré-estabelecida e com registro em ata. Esse momento foi avaliado pelos participantes como um espaço para acolher casos e discussão em equipe de crianças com necessidade de cuidados em saúde mental da população atendida.

O encontro dos profissionais na reunião de equipe pode proporcionar momentos de formação em saúde mental, momentos que através de reflexões sobre situações práticas do cotidiano e discussão de casos, podem ser potentes na ampliação e qualificação do cuidado interdisciplinar.

As reuniões de equipe tiveram alteração no tempo semanal, passando de um turno para dois momentos de uma hora, há cerca de dois anos, por determinação da Coordenação da AB do município. Os profissionais avaliaram que a reunião instituída a ser realizada em dois momentos de apenas 1 h acabou prejudicando momentos de capacitação, discussão de casos, dificultando inovações na organização do trabalho.

Eu considerava mais importante quando tinha mais tempo, agora só com uma hora, para resolver todos os assuntos e falar das rotinas e o que elas trazem pra nós da reunião de enfermagem, eu acho que ficou reduzida essa parte. (E11)

Acho bem importante. Mas eu acho que deveria se manter no formato que era antes. A gente sempre aproveitava bem as reuniões, mas a gente tem que se adaptar. (E12)

Eu acho que a reunião ficou muito rápida, eu ainda preferia o modo antigo, que a gente tinha uma tarde toda, antigamente a gente tinha tempo de ter capacitações nessa tarde. Porque agora não tem, é uma horinha e os usuários já estão chamando no portão. (E13)

Os entrevistados avaliaram que a redução no tempo traz impacto sobre a discussão de casos de crianças e suas famílias, na divulgação de informações e atualização da equipe, que são atribuídos a esse momento.

Na rotina de trabalho da ESF deve-se ter garantida a duração média de duas horas semanais para a realização de reuniões de equipe. Afinal, é momento de discutir o trabalho e analisar indicadores de saúde, construir projetos terapêuticos a partir de troca de conhecimento entre os profissionais (BRASIL, 2017).

Nesse contexto, estudo de Peruzzo *et al.* (2018) corrobora sobre o papel da reunião de equipe. É considerada como importante estratégia para o estreitamento das relações entre os membros das equipes da ESF e para o melhor desempenho e planejamento de cuidados.

Concordando com Cardoso e Hennington (2011), que a simples composição de equipes nos serviços não corresponde necessariamente à configuração de um 'trabalho em equipe', podendo acontecer diversas modalidades de intervenção multiprofissional frente às distintas demandas por cuidados no cotidiano da equipe. A

reunião de equipe promove uma gestão participativa e discussão de ideias, importante para a valorização do trabalho em equipe (PERUZZO *et al.*, 2018).

O momento de reunião de equipe é indispensável para diferenciar a ESF do modelo tradicional e especializado. Permite a troca de informações e vivências do dia a dia, propiciando um processo participativo na construção de consensos na rotina de trabalho e na elaboração de projetos assistenciais compartilhados sobre a saúde mental infantil.

Para que haja práticas psicossociais, a estratégia de troca de informações e discussão de casos na reunião na equipe proporciona acolher as demandas trazidas e desencadear a responsabilização pela criança ou família, atitudes que possibilitam a integralidade da atenção em saúde mental. Para uma atenção integral, o projeto assistencial visa às necessidades de saúde do usuário com articulação das ações e interação dos agentes (CARDOSO; HENNINGTON, 2011). Além disso, pressupõe o trabalho integrado dos profissionais de saúde para o levantamento tanto de demandas de saúde mental, como de possibilidades de cuidado a essas necessidades no território.

Assim, o cuidado em saúde mental no contexto da ESF produz novas respostas para o cuidado de crianças com algum sofrimento psíquico, gerando colaboração e adquirindo novas habilidades e competências profissionais, influenciando a assistência oferecida à população (SOUZA, 2015).

Outra estratégia de trabalho atribuída ao cuidado em saúde mental da criança foi o espaço na agenda médica. O espaço na agenda foi avaliado como importante para o acompanhamento de casos de saúde mental infantil.

Tem os agendamentos de saúde mental, saúde mental adulto e criança, não são divididos, mas tem horário específico para esse tipo de atendimento. Agora a gente está até ampliando os horários. (E1)

Eu acho bom e agora as médicas arrumaram a agenda, daí tem mais espaços, a população tá cada dia mais precisando de saúde mental, todo mundo tem problemas. Mas a procura de saúde mental é bem grande na população, tanto adulto quanto infantil. (E11)

A gente tem consultas de demanda espontânea, a primeira consulta na maior parte das vezes quando os pais estão muito ansiosos é na demanda espontânea mesmo, na consulta do dia, para a gente fazer um primeiro apanhado, ver o que está acontecendo. E aí depois, tem os agendamentos de saúde mental, saúde mental adulto, criança. (E2)

Antes era uma agenda única, tinha ali gestante, criança, mas não se tinha específico de saúde mental e hoje tem esse espaço que prevalece na agenda,

disponibilizando vaga em saúde mental. Esse suporte eu acho bem bom agora. (E8)

A doutora resolve, marca consulta, que tem essa consulta de saúde mental tanto pra criança quanto pra adulto, marca consulta e começa a fazer o tratamento. E se acha que precisa encaminhar para outro lugar, aí é encaminhado ou faz o tratamento aqui, tem a agenda de saúde mental. (E13)

Esses arranjos traduzem a preocupação da equipe na perspectiva de atender ao usuário com necessidade de cuidado em saúde mental, em especial a criança, definindo meios para que essas demandas sejam acolhidas e acompanhadas na rotina da equipe. A preocupação da continuidade do acompanhamento demonstra compromisso com o cuidado singular ao usuário.

A equipe organiza a agenda semanal de atividades com espaço na agenda médica para acompanhamento de saúde mental. Esses momentos específicos à saúde mental estão definidos nas quartas e quintas-feiras à tarde. Na agenda das enfermeiras os horários nas quintas-feiras são para atendimento específico de crianças com demandas de cuidado em de saúde mental.

Ressalta-se que o atendimento profissional neste ponto de atenção deve ser com enfoque psicossocial. Atender com uma abordagem psicossocial compreende a construção de autonomia e superação das práticas de saúde curativas individuais e especializadas, considera a subjetividade e aborda o sofrimento no território de vida dessa criança (SOALHEIRO; MARTINS, 2017).

Além do agendamento de saúde mental, a equipe da ESF Pitoresca tem suas práticas gerenciais e sanitárias com foco aos problemas de saúde mais frequentes no território, considerando os programas tradicionais do Ministério da Saúde disponíveis na AB. Assim, a saúde mental prevaleceu nos agendamentos no cotidiano do serviço.

A equipe realiza ações programadas, como o acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos, PraNenê, Saúde da Mulher, acompanhamento do Bolsa Família, PSE, Teste Rápido para HIV, Sífilis e Hepatite (B e C), vacinação e saúde bucal. Além de acompanhamento de idosos, planejamento familiar, VD e Reunião de Equipe.

A equipe contempla a saúde mental na agenda médica, com consultas agendadas e programação de retorno para acompanhamento de forma sistemática e periódica, conforme avaliação de necessidade da criança.

Para consolidação de uma atenção psicossocial destinada à criança no âmbito da ESF, faz-se necessária atualização sobre modelos e políticas de atenção em saúde. A falta de capacitação prejudica o desenvolvimento de ações integrais e

qualificadas ao atender pessoas com algum tipo de sofrimento, em especial na saúde mental infantil.

Na avaliação foi evidenciado pelo grupo de interesse que a rotina do serviço não contempla momentos de capacitação ou educação continuada. As falas avaliam a necessidade de momentos de educação formal, que oportunizem a discussão de casos como estratégia de atualização profissional.

Nunca se teve uma capacitação, um treinamento para essa linha, porque chega aquelas coisas, aqueles problemas, e tu não sabe o que fazer, o que dizer para mãe. Às vezes, as mães querem o mínimo de orientação, só que tu não sabe dar. (E12)

Não tem a capacitação, eu acho que falta a capacitação em si, tu entendeu porque material tem. Mas a capacitação, porque o material tu lê, lê, mas tu não tem uma conversa, uma capacitação. (E13)

Se alguém quiser se aperfeiçoar te algum conhecimento maior, tem que ir por conta procurar alguma bibliografia, alguma coisa, mas não tem, não é ofertado aqui. (E14)

A qualificação dos profissionais da ESF para a atenção em saúde mental infantil pressupõe, além da disponibilidade para acolher os problemas, lidar com as situações. A construção desta condição depende da oferta de estratégias que permitam o real compartilhamento do conhecimento na área de saúde mental que contribuam para maior segurança dos trabalhadores da ESF no desenvolvimento de intervenções psicossociais. O conhecimento adquirido em espaços formais certamente impactará positivamente o acesso e a qualificação da assistência da saúde mental infantil.

Salienta-se que é função da ESF a detecção precoce de casos de saúde mental em crianças, por ter a característica de ser a porta de entrada preferencial ao sistema de saúde, pela proximidade da equipe com a população atendida, pelo caráter menos estigmatizante no entendimento das famílias (TEIXEIRA; COUTO; DELGADO, 2017).

No entanto, os profissionais precisam estar preparados e sensibilizados para esse cuidado, sendo de fundamental relevância a capacitação de todos os profissionais. Assim, são necessários olhares preparados e atualizados, utilizando recursos disponíveis e incluindo momentos de formação na organização do trabalho.

A falta de qualificação sobre saúde mental infanto-juvenil por parte dos profissionais da AB compromete o acolhimento dos problemas, intervenções e encaminhamentos qualificados (TEIXEIRA; COUTO; DELGADO, 2017). A falta de

formação na área é um impasse para articular a saúde mental da criança à ESF, importante ponto da RAPS.

Nesse contexto, sem capacitação e investimento em recursos humanos, os profissionais vêm atuando sob o signo da Reforma Psiquiátrica, pois muitos são formados em escolas que, em geral, ainda ensinam o modelo de atenção médico-centrado e biologicista (JORGE *et al.*, 2014). Essa falta de investimento pode repercutir negativamente no cuidado de saúde mental destinado às crianças.

Assim, ter um atendimento seguro, com recursos humanos e técnicos qualificados é um direito dos usuários dos serviços de atenção psicossocial (BRASIL, 2014e). A formação continuada nos serviços de saúde permite “aprender a aprender” a partir de dispositivos de educação permanente, superando lacunas na formação com atenção ao modelo psicossocial destinado a crianças.

Nesse sentido, reconhecendo a fragilidade de momentos de educação continuada no contexto avaliado, cabe aos profissionais da ESF Pitoresca ampliar as discussões, proporcionar internamente espaços de formação em saúde mental infantil a fim de ampliar e qualificar esse cuidado na perspectiva do modo psicossocial.

5.3 REDE DE SAÚDE MENTAL INFANTIL

O cuidado à criança deve ser organizado numa rede, articulando áreas intersetoriais visando ao cuidado e resolutividade de casos, articulando no sentido de atender as necessidades de cuidado expressas pelas crianças e seus familiares. Nesta categoria avaliativa, apresenta-se como os profissionais avaliaram a rede de saúde mental infantil.

Uma rede de atenção consiste em utilizar diversos recursos de forma integrada, operando diversas formas de cuidado. As redes de atenção consideram os recursos disponíveis, incluindo outras áreas de conhecimento na produção de saúde (SOUZA, 2015).

A rede de cuidados em saúde mental infantil precisa ter uma estrutura de organização que proporcione o atendimento das necessidades de cuidado que as crianças e famílias apresentam, dentro dos seus variados níveis de complexidade. Assim, a ESF precisa de uma articulação com outros serviços e setores na atenção

psicossocial. A atenção psicossocial preconiza o trabalho em rede, criando laços com outros setores das políticas públicas, distintos segmentos sociais, diferentes serviços, atores e olhares (SOUZA, 2015).

Frente as demandas de cuidado em saúde mental infantil, foram avaliadas a fragilidade na rede de serviços da área e a falta de articulação com setores envolvidos no cuidado de crianças, dificultando o atendimento e, muitas vezes, cronificando os casos.

Nesse contexto, o Município de Porto Alegre identifica como desafios a ampliação e regionalização da atenção em saúde mental para crianças, adolescentes e atenção à dependência química (álcool e drogas). Reconhece, também, a necessidade de apoio e capacitação permanente na AB para ações de saúde mental, incluindo álcool e drogas e infância (PORTO ALEGRE, 2018).

Salienta-se que no Município de Porto Alegre as crianças e adolescentes atendidos nos Plantões de Saúde Mental, após avaliação, são encaminhados para as EESCAs ou CAPSi. Os CAPSi não têm trabalho conjunto com a ESF e a EESCA de referência da ESF Pitoresca fica com casos em espera pela dificuldade em dar alta aos atendidos, dificultando o diálogo entre as equipes e a resolução e acompanhamento dos casos (PORTO ALEGRE, 2017a).

E, ainda, no atendimento infantil no Município de Porto Alegre, houve a recente ampliação de leitos no Hospital São Pedro, passando de sete para 25, onde 15 leitos são destinados a crianças e adolescentes do município (PORTO ALEGRE, 2017b).

No entanto, tendo em vista a população de 1.409.351 mil habitantes do Município de Porto Alegre, onde cerca de 264.269 são crianças e adolescentes com idade entre zero e 14 anos (IBGE, 2010), apresenta-se uma rede de atenção psicossocial insuficiente, a partir da pouca quantidade de serviços para esse cuidado em saúde mental. Dessa maneira, a falta de serviços de saúde mental para o público infantil pode prejudicar o cuidado destinado a essas crianças, já que o contato e a articulação entre os serviços existentes é quase nula.

Os profissionais avaliaram que a falta de CAPSi de referência e de um trabalho de retaguarda especializada em saúde mental, como é o caso do NASFs, prejudica o cuidado e o atendimento dos casos de saúde mental infantil, mostrando a fragilidade da rede.

Tinha boatos sobre um CAPSi aqui no Partenon, só que nunca saiu do papel. Bem importante, porque o Partenon é uma área muito extensa. (E13)

É muito difícil conseguir matricular paciente direcionado pra CAPS. É bem precário. A gente não tem esse contato direto. (E14)

Não há matriciamento a partir dos profissionais do CAPSi, não realizam VD em conjunto, nunca foi solicitado apoio para algum caso conforme relato do um profissional da equipe. (O6, 2.6.18, manhã)

A gente não tem o NASF a única forma de a gente encaminhar saúde mental para especialista é depois da EESCA. (E2)

Em uma unidade que eu trabalhei tinha o NASF, ali tinha o psiquiatra, e o psiquiatra ia na unidade, médico da unidade juntamente com o psiquiatra atendia aquele paciente. Eu achei aquilo muito legal sabe. Mas era onde o NASF fazia cobertura, mas o Partenon não tem NASF. (E 12)

Os profissionais avaliaram de forma negativa a inexistência de CAPSi e NASF para apoio, pois esses serviços poderiam qualificar o atendimento no território e fortalecer ações de cuidado em saúde mental infantil. Afinal, a atenção psicossocial tem como principal objetivo a ampliação e a qualificação do cuidado com base no território, mais próximo da rede familiar, social e cultural do usuário.

O trabalho conjunto entre equipes é decisivo para o desenvolvimento de ações de saúde mental na ESF e promover o cuidado infantil, tanto em relação a situações de menor complexidade, quanto na qualificação dos encaminhamentos necessários, garantindo maior adesão dos usuários e familiares ao processo de cuidado (TEIXEIRA; COUTO; DELGADO, 2017).

Desse modo, avalia-se a fragilidade da rede de cuidados de saúde mental infantil sem a presença de NASF e CAPSi, uma vez que esses dispositivos propiciariam meios de interlocução entre os serviços, atendendo às necessidades e demandas das crianças e suas famílias. Essa condição de rede fragmentada acaba por agravar o sofrimento da criança em sofrimento mental, que se beneficiaria com essa forma de cuidado colaborativo entre a AB e serviços especializados de saúde mental (MACHADO; CAMATA, 2013).

Nesse sentido, a troca entre diferentes saberes traz uma nova configuração às equipes, construindo possibilidade de atitudes interdisciplinares para atenção à saúde no contexto de saúde mental. O apoio do NASF aumentaria a capacidade das equipes de SF em lidar com as demandas do sofrimento psíquico infantil.

O apoio do NASF vem romper com a lógica do encaminhamento, uma vez que propõe ações de planejamento e acompanhamento de saúde mental da população do território com discussão de casos multiprofissional e educação permanente. Além disso, propõe o atendimento compartilhado por meio de consultas, visitas domiciliares e integração com dispositivos da comunidade (BRASIL, 2010b).

Importante destacar que o NASF apoia o diálogo com diferentes pontos de cuidado no território e os diferentes espaços por onde circula o usuário e família, em atividades que abrangem tanto a dimensão clínica, sanitária e a pedagógica. Assim, potencializa e articula espaços comunitários como serviços de saúde, escola, academia de saúde e Centro de Referência em Assistência Social (CRAS) (BRASIL, 2014a).

O NASF é capaz de potencializar a integração das equipes de ESF à rede. Contudo, a ampliação das 4.406 equipes em todo o país é um desafio para proporcionar a troca de conhecimentos em construção de projetos terapêuticos, uma abordagem clínica ampliada e favorecer a integração entre especialidades e profissionais de saúde da ESF e NASF (BRASIL, 2014a, CHAVES *et al.*, 2018).

O desafio é ampliar equipes de NASF e meios de apoio especializado em saúde mental à ESF, para um cuidado qualificado e resolutividade dos casos de crianças acompanhados pela AB. No entanto, a ampliação de equipes não significa um cuidado compartilhado entre os serviços, uma vez que é necessário articular o trabalho nos dispositivos de atenção, de acordo com a complexidade do caso, e assim acompanhar e promover a saúde mental infantil.

Outra dificuldade identificada no processo avaliativo refere-se à falta de trabalho conjunto ao Conselho Tutelar e Centro de Referência em Assistência Social (CRAS). O trabalho intersetorial entre esses dois serviços poderia ser incluído para compor os planos de cuidado, frente ao perfil de vulnerabilidade social identificado na comunidade.

Não temos muita parceria e, poucas vezes que a gente precisou, a gente não teve a resposta que esperava do Conselho Tutelar. (E14)

Em muitos casos o conselho está trabalhando no caso e a gente nem sabe, ficamos sabendo através da escola ou o conselho faz contato porque não achou mais a mãe. Dai o conselho quer uma ajuda, mas a gente não tem essa troca assim. (E12)

De vez em quando o Conselho Tutelar aciona o ESF. Muito raro a ESF acionar o Conselho. Só quando é trazida alguma coisa muito grave assim pra

nós, mais o Conselho aciona nós, a procura de alguma criança, alguma família. (E11)

Poucos casos eram encaminhados para o CRAS, que daí seria uma questão social, às vezes alimentar, questão de moradia, mais social. (E12)

O grupo de interesse avaliou a falta de trabalho conjunto em casos de crianças atendidas pelos serviços. Os profissionais da ESF identificam as diferentes posições ocupadas, competências, saberes e práticas distintas em relação ao Conselho Tutelar e à Assistência Social, dispositivos de proteção social que não trabalham de forma conjunta com a ESF Pitoresca, o que torna o cuidado destinado à criança com demanda de saúde mental fragmentado no próprio território.

Entende-se intersetorialidade como um conceito polissêmico, utilizado no campo da saúde, que representa a forma como os diferentes setores sociais (educação, assistência social, justiça, cultura, lazer, entre outros) com seus saberes e práticas integram-se e articulam-se para orientar e garantir a resolutividade e acompanhamento de casos (NUNES; KANTORSKI; COIMBRA, 2016).

Salienta-se que articular serviços e dispositivos da rede de saúde com outros setores envolvidos com a atenção de crianças e adolescentes, tal como dispositivos da Assistência Social, está previsto na Política de Saúde Mental infanto-juvenil frente às demandas dessa população (BRASIL, 2014a).

No entanto, diante da fragilidade e falta de trabalho conjunto na atenção em saúde mental infantil, cabe ao setor da saúde mental a função de iniciar a montagem da rede, a partir da responsabilidade sobre o caso, e posterior envolvimento de todos os profissionais e setores (TEIXEIRA; COUTO; DELGADO, 2017). Assim, o serviço de saúde, frente à necessidade de cuidado infantil, deve tomar a responsabilidade sobre o caso e buscar estratégias conjuntas, a partir da implicação com o caso, que deve ser imperativa aos profissionais da ESF implicados no processo de cuidado.

Dessa forma, visualizar as equipes da ESF Pitoresca como serviço ordenador da rede de atenção na saúde, referência na AB para moradores do território, torna-se importante o cuidado em saúde mental infantil a partir do comprometimento com os casos. A busca pela atenção integral destinada às crianças com demandas de saúde mental deve ser uma premissa de todos os serviços da rede de saúde mental.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta dissertação teve como objetivo avaliar qualitativamente o cuidado em saúde mental à criança no contexto da ESF, a partir da perspectiva das equipes da ESF, por meio de um processo avaliativo junto à ESF Pitoresca, do Município de Porto Alegre.

Foi realizada uma pesquisa qualitativa que utilizou o referencial da Avaliação de Quarta Geração, que pressupõe um modelo participativo, construtivista e responsivo, dando voz àqueles que estão inseridos no processo investigativo, neste caso, os profissionais da ESF Pitoresca.

No processo avaliativo foram identificadas três categorias avaliativas: A ambiência, O Cuidado de Saúde Mental destinado à Criança e a Rede de Saúde Mental Infantil.

E, assim, a categoria analítica Ambiência foi embasada em uma categoria temática: Estrutura Física, a partir da unidade de significado estrutura física.

A categoria analítica Cuidado de Saúde Mental Destinado à Criança foi embasada nas categorias temáticas: Tecnologias Relacionais e Cuidado; A categoria temática Tecnologias Relacionais foi organizada a partir da unidade de significado acolhimento; e a categoria temática Cuidado foi organizada a partir das unidades de significado: Visita Domiciliar (VD) e Programa da Saúde na Escola (PSE), Matriciamento, Reunião de Equipe, Espaço na agenda médica e Capacitação.

A categoria analítica Rede de Saúde Mental foi embasada na categoria temática Cuidado no Território, organizada a partir da unidade de significado: Trabalho em Rede.

A respeito da categoria analítica Ambiência, avalia-se que as equipes da ESF Pitoresca realizam suas atividades em uma estrutura física limitada, pela falta de sala de reuniões, consultório odontológico e principalmente pela dificuldade de trânsito de moradores em uso de cadeira de rodas. A restrição no espaço dificulta até mesmo acomodar os usuários na sala de espera, na qual muitos aguardam em pé ou na área externa do serviço.

No entanto, a ESF Pitoresca oferece ambiência nas cores dos detalhes na decoração, encontradas nos murais ou na identificação das salas; a ambiência encontra-se nas salas climatizadas para o frio do inverno que fazia no período do

estudo. Avaliou-se o cuidado com a privacidade dos usuários do serviço, importante para o acolhimento das necessidades e formação de vínculo entre o usuário e o profissional de saúde.

Em relação à categoria analítica Cuidado de Saúde Mental destinado à criança, foi avaliado o uso do acolhimento, entendido como uma tecnologia relacional utilizada no cuidado ofertado no contexto da ESF Pitoresca. A prática do acolhimento foi entendida como uma postura que possibilita aproximação entre criança, família e profissionais, fortalecendo o vínculo.

A prontidão em acolher no cotidiano da equipe, além de uma postura profissional, apoia-se como diretriz do município para os serviços de saúde, comprometendo todos os profissionais em acolher e, nesse contexto, promover a detecção oportuna de casos em saúde mental infantil.

As visitas domiciliares realizadas pelos Agentes Comunitários de Saúde foram avaliadas como um espaço de cuidado, pois o acesso ao domicílio através das visitas domiciliares possibilita observar a rotina e uma aproximação maior com as famílias. O grupo de interesse avaliou a VD como estratégia potente para identificar casos que demandem cuidado em saúde mental infantil.

Do mesmo modo, ações junto à escola em atividade do PSE oportunizam a identificação de casos que demandam cuidado em saúde mental, que são levados pelos ACS para discussão em reunião de equipe. Assim, orientados pela proposta de atenção psicossocial, o cuidado intersectorial entre saúde e educação proporciona corresponsabilização no cuidado, identificando e acompanhando crianças e suas famílias.

No entanto, reconheceu-se que as ações da ESF Pitoresca junto às escolas da área de abrangência estão longe de atingir o objetivo do PSE, de assegurar ações de atenção e cuidado sobre as condições de saúde dos estudantes. Essas atividades ainda são pontuais e não conseguem oferecer uma atenção ampliada no cuidado em saúde mental.

Outra questão avaliada foi o apoio para o cuidado em saúde mental da criança através do matriciamento. Os casos são levados às reuniões com a Equipe Especializada em Saúde da Criança e Adolescente, uma vez que as condutas terapêuticas de casos de maior complexidade exigem um olhar multiprofissional no acompanhamento dos casos. Embora, o apoio do Centro de Atendimento Psicossocial

Infantil seja inexistente e represente uma importante lacuna no acompanhamento dos casos graves.

Entretanto, avalia-se como apoio a presença da Universidade no serviço, oportunizando uma atenção especializada em saúde mental através das atividades realizadas durante os estágios de graduandos do curso de enfermagem. Neste sentido, o grupo de interesse considerou-os como aliados no matriciamento das ações de cuidado em saúde mental de casos de crianças.

E, ainda, a utilização do Telessaúde pela equipe da ESF Pitoresca foi avaliada como uma maneira de matriciamento. A ferramenta do Telessaúde é utilizada a partir da implicação dos profissionais com os casos de saúde mental infantil atendidos, onde a demora no atendimento especializado repercute no agravamento do sofrimento de crianças e famílias.

O grupo de interesse reconheceu a reunião de equipe da ESF como espaço para discussão de casos, o que favorece o cuidado em saúde mental. Esse momento permite a integração da equipe, proporcionando o planejamento do cuidado ofertado no contexto da atenção psicossocial infantil.

Os profissionais da ESF Pitoresca, orientados pela proposta de atenção psicossocial, criaram o espaço na agenda médica para atendimento e o acompanhamento de casos de saúde mental infantil. Nesse sentido, avaliou-se a preocupação na continuidade do acompanhamento dos casos a partir da garantia de agendamento de consultas.

Nessa lógica, o grupo de interesse avaliou que existe carência de capacitação profissional na área de saúde mental e especialmente na abordagem infantil. A importância do cuidado ofertado pela Atenção Básica, lugar onde devem chegar as queixas de saúde mental infantil, não corresponde à oferta de atualização aos profissionais da ESF.

Há desafios a serem enfrentados pela equipe da ESF Pitoresca no intuito do cuidado integral destinado a crianças, dentre eles, a falta de trabalho integrado entre componentes da rede de atenção psicossocial do município. Avaliou-se, também, a inexistência de trabalho intersetorial com dispositivo importante na atenção à infância, como é o caso do Conselho Tutelar.

Faz-se necessário ressaltar as limitações deste estudo, considerando que o processo hermenêutico-dialético traz dinamicidade ao mesmo, havendo dados que

podem ser melhor provocados nas discussões desse processo avaliativo, o que demandaria maior tempo para a avaliação.

Além disso, outra limitação do estudo refere-se à importância do tema, o qual foi avaliado apenas pelo grupo de interesse dos profissionais da ESF. Visualiza-se a necessidade de outros estudos que contemplem as famílias e outros dispositivos da RAPS, para possibilitar o aprofundamento da discussão.

Avaliar o cuidado destinado à criança com demandas em saúde mental, a partir dos profissionais da ESF Pitoresca permitiu que os dados fossem compartilhados, discutidos, refletidos e negociados de acordo com o grupo de interesse, tendo em vista a dimensão participativa proporcionada pela Avaliação de Quarta Geração, metodologia utilizada no estudo. Considera-se que a aproximação da equipe com a Universidade como campo de estágio para disciplina de saúde mental foi um diferencial, que certamente tornou o estudo possível do contexto avaliado.

Portanto, enfatiza-se sobre a necessidade de outros estudos e investimentos nas medidas que valorizem esses serviços como espaços de cuidado em saúde mental infantil, no sentido da proposta de Reforma Psiquiátrica de cuidado em liberdade, ameaçado com o retrocesso da inclusão dos Hospital Psiquiátrico na RAPS. Outros estudos, podem reforçar o papel da ESF nesse contexto, tendo em vista, as alterações na Política Nacional de Atenção Básica, representando uma ameaça a universalização do acesso e da integralidade do cuidado.

Conclui-se que os resultados dessa avaliação podem subsidiar gestores dos serviços a qualificar o cuidado em saúde mental que vem sendo destinado às crianças, uma vez que é no território que acontece o cuidado do sujeito, com identificação e acompanhamento de crianças e suas famílias, instigando o comprometimento da equipe.

REFERÊNCIAS

- ALONSO, C. M. C. *et al.* Trabalho dos agentes comunitários de saúde na Estratégia Saúde da Família: metassíntese. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 52, n. 14, p. 1-13, 2018.
- AMARANTE, P. **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2016.
- AMARANTE, P. **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 2014.
- ARIÈS, P. **História Social da Criança e da Família**. 2 ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1986.
- ASSUMPÇÃO JÚNIOR, F. B. **Psiquiatria Infantil Brasileira**: Um esboço histórico. São Paulo: Lemos, 1995.
- BESTETTI, M. L. T. Ambiência: espaço físico e comportamento. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p.601-610, 2014.
- BOSI, M. L. M.; PONTES, R.J.S.; VASCONCELOS, S.M. Dimensões da qualidade na avaliação em saúde: concepções de gestores. **Revista de Saúde Pública**, v. 22, n. 2, p.318-324, 2010.
- BOSI, M. L. M.; UCHIMURA, K. Y. Avaliação da qualidade ou avaliação qualitativa do cuidado em saúde? **Revista de Saúde Pública**, v. 41, n. 1, p. 150-153, 2007.
- BRASIL, **Lei nº 8.078** de 11 de setembro de 1990. Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. Brasília, DF, 1990b.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Ambiência**. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010c.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS**: tecendo redes para garantir direitos. Brasília, DF, 2014e.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS**: tecendo redes para garantir direitos. Brasília, DF, 2014^a.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Autoavaliação para melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica**: AMAQ. Brasília, DF, 2017.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Caderno de atenção básica** – programa de saúde da família, Brasília, DF, 2000b.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Caminhos para uma Política de Saúde Mental Infanto-juvenil**. Brasília, DF, 2005a.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Custeio dos Núcleos de Telessaúde, manual instrutivo**. Brasília, DF, 2015c.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família**. Brasília, DF, 2010b.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Gestões e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança: 70 anos de história**. Brasília, DF, 2011c.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. (org.) Dulce Helena Chiaverini, et al. Brasília, DF, 2011d.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Instrutivo PSE**. Brasília, DF, 2011b.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Legislação em saúde mental: 1990-2004**. 5. ed. Brasília, DF, 2004b.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF, 2001a.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família**. Brasília, DF, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Manual do Programa “De Volta para Casa”**. Brasília, DF, 2003a.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Memórias da saúde da família no Brasil**. Brasília, DF, 2010a.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília, DF, 2014b. (Cadernos de Atenção Básica, n. 39).

BRASIL, Ministério da Saúde. **PNASS: Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde**. Brasília, DF, 2015b.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF, 2012a.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Formação e intervenção. Brasília: 2010a.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.511 de 24 de Julho de 2013**. Reajusta o valor do auxílio-reabilitação psicossocial, instituído pela Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003. Brasília, DF, 2013b.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 106 de 11 de fevereiro de 2000**. Cria os Serviços Residenciais Terapêuticos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2000a.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 121 de 25 de Janeiro de 2012**. Institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas (Unidade de Acolhimento), no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial. Brasília, DF, 2012b.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 130, de 26 de janeiro de 2012**. Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros. Brasília, DF, 2012a.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 154 de 24 de Janeiro de 2008**. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Brasília, DF, 2008.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de Setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2011a.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 854 de 22 de agosto de 2012**. Institui Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, 2012e.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, DF, 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Saúde Legis**. Brasília, DF, 2012d.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde mental e economia solidária: inclusão social pelo trabalho**. Brasília, DF, 2005b.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados – 12**, Informativo eletrônico. Brasília, v. 10, n. 12, p. 47, out. 2015a. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/>. Acesso em 21 ago. 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde mental na atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários.** Brasília, DF, 2007.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial.** Brasília, DF, 2004a.

BRASIL, Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). **Lei Federal nº 8.069, de 13 de Julho de 1990.** Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, DF, 1990a.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma a Psiquiátrica.** Relatório de Gestão 2007-2010. Brasília, DF, 2011e.

BRASIL. Ministério da Saúde. **E-SUS Atenção Básica: Sistema com Coleta de Dados Simplificada: CDS.** Brasília. DF. 2013c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental:** Brasília, DF. 2013a. (Cadernos de Atenção Básica n. 34).

CAMATTA, M. W.; TOCANTINS, F. R.; SCHNEIDER, J.F. Ações de saúde mental na Estratégia Saúde da Família: Expectativas de familiares. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, RJ, v.20, n. 2, p. 281-288, 2016.

CAMPOS, G. W. S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, RJ, v. 5, n.2, p.219-230, 2000.

CARDOSO, C. G; HENNINGTON, E. A. trabalho em equipe e reuniões multiprofissionais de saúde: uma construção à espera pelos sujeitos da mudança. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, RJ, v. 9, n.1, p. 85-112, 2011.

CASTANHEIRA, E. R. L. *et al.* Desafios para a avaliação na Atenção Básica no Brasil: A diversidade de instrumentos contribuiu para a instituição de uma cultura avaliativa? *In:* AKERMAN, FURTADO (Org.) **Práticas de avaliação em saúde no Brasil: diálogos.** Porto Alegre, Rede Unida, 2016.

CHAVES, L. A., *et al.* Integração da atenção básica à rede assistencial: análise de componentes da avaliação externa do PMAQ-AB. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 2, p. 1-16, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v34n2/1678-4464-csp-34-02-e00201515.pdf>. Acesso em: 11 dez. 2018.

CHIARI, A. P. G. et al. Rede intersetorial do Programa Saúde na Escola: sujeitos, percepções e práticas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, RJ, v. 34, n. 5, p. 1-15, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v34n5/1678-4464-csp-34-05-e00104217.pdf>. Acesso em: 11 dez. 2018.

COFEN. **Resolução COFEN nº 564/2017.** Aprova o novo código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html. Acesso em 12 dez. 2018.

CONTANDRIOPOULOS, A. P.; CHAMPAGNE, F.; PINEAULT, J. L. D. R. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A. (Org.). **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997.

COSTA, P. H. A.; COLUGNATI, A. B; RONZANI, T. M. Avaliação de serviços em saúde mental no Brasil: revisão sistemática da literatura. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, RJ, v. 20, n.10, p.3243-3253, 2015.

COSTA-ROSA, A. **Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica**, contribuições a uma clínica crítica dos processos de subjetivação na saúde coletiva. São Paulo, UNESP, 2013.

COSTA-ROSA, A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, P. **Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade.** (Coord.) AMARANTE, P. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

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

CUNHA, C. C.; BOARINI, M. L. O Lugar da Criança e do Adolescente na Reforma Psiquiátrica. **Revista Psicologia e Saúde**, Campo Grande, MS, v. 3, n. 1, jan./ jun. p. 68-76, 2011.

DAMASCENO, S. S.*et al.* Saúde da criança no Brasil: orientação da rede básica à Atenção Primária à Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, RJ, v. 21, n. 9, p. 2961 -2973, 2016.

DANTAS, C. R; ODA, A. M. G. R. Cartografia das pesquisas avaliativas de serviços de saúde mental no Brasil (2004-2013). **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.24, n. 4, p.1127-1179, 2014.

DEL PRIORE, Mary. **Uma breve história do Brasil.** São Paulo: Planeta do Brasil, 2010.

DELFINI, P. S. S. **O cuidado em saúde mental infantil na perspectiva de profissionais, familiares e crianças.** 2015. 222 f. Tese (Doutorado em Ciências) – Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.

DESVIAT, Manuel. **A reforma psiquiátrica.** Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 2015.

DUARTE, M. L. C; BOECK, J. N. O trabalho em equipe na enfermagem e os limites e possibilidades da estratégia saúde da família. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, RJ, v. 13 n. 3, p. 709-720, set./dez. 2015.

DUARTE, M.L.C. **Familiares dos usuários de crack em um CAPS AD III: avaliação das necessidades de cuidados.** 2013. 204 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Curso de Doutorado em Enfermagem, Porto Alegre, 2013.

FERNANDES, M.; DUARTE, M. L. C.; SCHMALFUSS, M. J. Facilidades e dificuldades na realização de visitas domiciliares em um centro de atenção psicossocial. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, PR, v. 19, n.3, p. 451-458, jul/set. 2014.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder**. 5 ed. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 2017.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. A produção imaginária da demanda e o processo de trabalho em saúde. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.). **Construção social da demanda**: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2005.

FURTADO, J. P. Um método construtivista para a avaliação em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, RJ, v. 6, n. 1, p.165-181, 2001.

FURTADO, J. P.; LAPERRIÈRE, H. Parâmetros e paradigmas em meta-avaliação: uma revisão exploratória e reflexiva. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 17, n. 3, p.695-705, 2012.

FURTADO, J. P.; SILVA, L. M. V. A avaliação de programas e serviços de saúde no Brasil enquanto espaço de saberes e práticas. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, RJ, v. 30, n.12, p.2643-2655, dez, 2014.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GLANZN, C. H.; OLSCHOWSKY, A. A ambiência e sua influência no trabalho de equipes de saúde da família. **Revista Saúde e Desenvolvimento Humano**. Canoas, RS, v. 5, n. 1, 2017.

GUBA, E.; LINCOLN, Y. **Avaliação de quarta geração**. Tradução: Beth Honorato. Campinas, SP: Unicamp, 2011.

GUEDES, K. C.; PEREIRA, L. P.; LEITE, L. S. Impactos da implantação das Equipes Especializadas em Atenção à Saúde da Criança e Adolescente na cidade de Porto Alegre. **X Salão de ensino da UFRGS**. Porto Alegre. 2014.

HEYWOOD, C. **Uma história da infância**: da idade média à época contemporânea no ocidente. Porto Alegre: ArtMed, 2004.

HIRDES, A., SCARPARO, H. B.K. O labirinto e o minotauro: saúde mental na Atenção Primária à Saúde. **Ciência e saúde Coletiva**. v. 20, n. 2, p. 283-393, 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Assistência Médica Sanitária 2009**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em:<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=431490&idtema=5&search=rio-grande-do-sul|porto-alegre|servicos-de-saude-2009> . Acesso em: 10 jul 2017.

JORGE, M. S. B., *et al.* Resolubilidade do cuidado em saúde mental na Estratégia Saúde da Família: representação social de profissionais e usuários. **Rev Esc Enferm**, São Paulo, SP, v. 48, n. 6, p.1062-1068, 2014.

KANTORSKI, L. P. *et al.* Avaliação de quarta geração - contribuições metodológicas para avaliação de serviços de saúde mental. **Interface**, Botucatu, SP, v. 13, n. 31, p. 343-355, out. /dez., 2009.

KOHLRAUSCH, E. R. **Avaliação das ações em saúde mental relacionadas ao indivíduo com comportamento suicida na Estratégia de Saúde da Família**. 2012. 207 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

KOLB, S.M. **Grounded theory and the constant comparative method**: valid research strategies for educators. **JETERAPS**, v.3, n. 1, p. 83-86, 2012.

LAVALL, E. **Família e o cuidado de saúde mental no domicílio**: estudo avaliativo. 2010. 117 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

LIMA, R.T.; SILVA, E. P. Avaliação na Práxis da Saúde: Histórico, Enfoques Teóricos e Fortalecimento da Institucionalização. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, João Pessoa, PB, v.15, n. 1, p.103-114, 2011.

MACHADO, D. K. S.; CAMATTA, M. W. Apoio matricial como ferramenta de articulação entre a Saúde Mental e a Atenção Primária à Saúde. **Cad. saúde colet.** Rio de Janeiro, RJ, v.21, n.2, p.224-232, 2013.

MARCILIO, M. L. **História social da criança abandonada**. São Paulo: Hucitec, 1999.

MARQUES, J. F. *et al.* Acessibilidade física na atenção primária à saúde: um passo para o acolhimento. **Rev. Gaúcha Enferm.** Porto Alegre, RS, v. 39, n. 2, 2018.

MAYNART, W. H. C. *et al.* A escuta qualificada e o acolhimento na atenção psicossocial. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, SP, v. 27, n.4, p.300-303, 2014.

MENDES, M. F. M; ROCHA, C. M. F. Avaliação em saúde mental: uma análise de políticas nacionais e internacionais. **Saúde em Redes**, Porto Alegre, RS, v. 2, n. 4, p. 352-359, 2016.

MIELKE, F. B., **Avaliação da gestão da atenção psicossocial na estratégia de saúde da família**: com a palavra os coordenadores. 2013 218 f. Tese (Doutorado em Enfermagem), Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Curso de Doutorado em Enfermagem, Porto Alegre, 2013.

MIELKE, F. B.; OLSCHOWSKY, A. Ações de saúde mental na estratégia saúde da família e as tecnologias em saúde. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, RJ, v. 15, n. 4, p.762-768, 2011.

MINAYO, M. C. S. Importância da Avaliação Qualitativa combinada com outras modalidades de Avaliação. **Saúde e Transformação Social**, Florianópolis, SC, v.1, n.3, p.02-11, 2011.

MIRANDA, H. S. **A FEBEM, o código de menores e a “pedagogia do trabalho”** (Pernambuco, 1964-1985). São Paulo, Projeto História, n.55, p.45-77, Jan.-Abr. 2016.

NUNES, C. K.; KANTORSKI, L. P.; COIMBRA, V. C. C. Interfaces entre serviços e ações da rede de atenção psicossocial às crianças e adolescentes. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, RS, v. n.3, set. 2016.

OLSCHOWSKY, A. *et al.* Avaliação das parcerias intersetoriais em saúde mental na Estratégia Saúde da Família. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, SC, v. 23, n. 3, Jul-Set. 2014.

ONOCKO-CAMPOS, R. *et al.* Indicadores para avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial tipo III: resultados de um desenho participativo. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, RJ, v. 41, n. especial, p. 71-83, mar. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório Mundial da Saúde. Saúde mental: nova concepção, nova esperança**. Lisboa, 2002.

PAES, M. R. *et al.* O papel do hospital geral na rede de atenção à saúde mental no Brasil. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, PR, v. 12, n. 2, p. 407-412, Abr./Jun., 2013.

PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde**, Rio de Janeiro, RJ, v.21, n.1, jan.-mar. 2014, p.15-35, 2014.

PERUZZO, H. E. *et al.* Os desafios de se trabalhar em equipe. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, RJ, v. 22, n.4, 2018. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/ean/v22n4/pt_1414-8145-ean-22-04-e20170372.pdf. Acesso em 20 out. 2018.

PICCININI, W. J. História da Psiquiatria. Um pouco da História do Hospital Psiquiátrico São Pedro. **Psichiatry on line Brasil**, v. 12, n.6, Jun, 2007. Disponível em: <http://www.polbr.med.br/ano07/wal0607.php>. Acesso em 11 set. 2017.

PINTO JUNIOR, E. P. *et al.* Análise da produção científica sobre avaliação, no contexto da saúde da família, em periódicos brasileiros. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 268-278, jan.-mar. 2015.

PORTO ALEGRE, Instituto Municipal de Saúde da Família. **Manual do trabalhador do IMESF**. Porto Alegre, 2016a.

PORTO ALEGRE, Secretaria Municipal de Saúde Gerência Distrital Partenon/Lomba do Pinheiro. **Plano local de acesso mais seguro: Unidade de Saúde Pitoresca**, 2018.

PORTO ALEGRE. **Saúde Mental**. In: _____ [site, Porto Alegre, 2017]. Disponível em: <http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p_secao=686>. Acesso em 10 out. 2017.

PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal da Saúde. **Relatório Anual de Gestão - 2017**. Porto Alegre, 2017a. Disponível em: http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/rag.pdf. Acesso em 29. out. 2018.

PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal da Saúde. **Relatório anual de Gestão – 2014**. Porto Alegre, 2014. Disponível em: http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/rag_2014.pdf. Acesso em 29. out. 2018.

PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal de Saúde. **Guia de apoio à tomada de decisão para o acolhimento com identificação de necessidades das Unidades de Saúde da Atenção Básica**. (Org.) RITTER, F. Porto Alegre: 2015.

PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal de Saúde. **Saúde Mental: Diagnóstico e Processo de Expansão da RAPS**. 2016b. Disponível em: http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/cms/usu_doc/linha_de_tempo_saude_mental_ii.pdf. Acesso em 10 set 2018.

RESENDE, H. História da Saúde Mental no Brasil: uma visão histórica. In: TUNDIS, A. S.; COSTA, N. R. (org). **Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 2001.

RIBEIRO, P. R. M. História da saúde mental infantil: a criança brasileira da Colônia à República Velha. **Revista Psicologia em estudo**, Maringá, PR, v.11, n. 1, p. 29-38, jan./abr. 2006.

RIO GRANDE DO SUL. **RESOLUÇÃO CIB/RS nº 655 de 12 de novembro de 2014**. Institui o Plano de Ação Estadual da Rede de Atenção Psicossocial do Rio Grande do Sul. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20170208/23110822-1419957095-cibr655-14.pdf>. Acesso em 4 dez 2018.

RONCHI, J. P.; AVELLAR, L. Z. Ambiência no atendimento de crianças e adolescentes em um CAPSi. **Psicologia em revista**. Belo Horizonte, MG, v. 21 n. 2, 2015.

SANTIAGO, E. YASUI, S. Saúde mental e economia solidária: cartografias do seu discurso político. *Psicologia e Sociedade*. Belo Horizonte, MG, v.27, n.3, p. 700-711, 2015.

SANTOS, A. F. *et al.* Uma visão panorâmica das ações de Telessaúde na América Latina. **Rev Panam Salud Publica**, São Paulo, v. 35, n. 5/6, p.465–470, 2014.

SANTOS, E. M. *et al.* Apresentação. **Saúde Debate**, v.41, n. especial, Rio de Janeiro, mar, 2017.

SERAPIONI, M. Conceitos e métodos para a avaliação de programas sociais e políticas públicas. **Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto**. v. 31, p. 59-80, 2016.

SINIBALDI, B. Saúde mental infantil e atenção primária: relações possíveis. **Revista de Psicologia da UNESP**. São Paulo, SP, v. 12, n.2, 2013.

SOALHEIRO, N.; MARTINS, D. Atenção Psicossocial e a (Des)institucionalização como Eixo do Cuidado. In: **Saúde Mental para a Atenção Básica** (org.) SOALHEIRO, N. Fiocruz, Rio de Janeiro, 2017.

SOUSA, F. S. P.; JORGE, M. S. B. O Retorno da centralidade do Hospital Psiquiátrico: retrocessos recentes na política de saúde mental. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, 2019.

SOUZA, Andrea Cardoso de. **Estratégias de inclusão da saúde mental na atenção básica**: um movimento das marés. São Paulo: Hucitec, 2015.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, 2002.

TANAKA, O. Y. Avaliação da Atenção Básica em Saúde: uma nova proposta. **Saúde Soc**. São Paulo, SP, v.20, n.4, p.927-934, 2011.

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

TAÑOA, B.L.; MATSUKURA, T.S. Saúde mental infantojuvenil e desafios do campo: reflexões a partir do percurso histórico. **Caderno de Terapia Ocupacional**, São Carlos, SP, v. 23, n. 2, p. 439-447, 2015.

TEIXEIRA, M. R.; COUTO, M. C. V.; DELGADO, P. G. G. Atenção básica e cuidado colaborativo na atenção psicossocial de crianças e adolescentes: facilitadores e barreiras. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, RJ, v. 22, n. 6, p.1933-1942. 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017226.06892016>. Acesso em 20 out. 2018.

THIENGO, D. L. *et al.* Prevalência de transtornos mentais entre crianças e adolescentes e fatores associados: uma revisão sistemática. **J Bras Psiquiatr**, Rio de Janeiro, RJ, v. 63, n. 4, p. 360-372, 2014.

TORRES, Luiz Henrique. A casa da roda dos expostos na cidade de Rio Grande. Rio Grande: **Biblos**, Rio Grande, RS, v.20, p.103-116, 2006.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação.** São Paulo: Atlas, 2008.

VOLZ, P. M.; *et al.* A inclusão social pelo trabalho no processo de minimização do estigma social pela doença. **Saúde soc.** São Paulo, SP, v.24, n.3, jul./set. 2015.

WENCESLAU, L. D.; ORTEGA, F. Saúde mental na atenção primária e Saúde Mental Global: perspectivas internacionais e cenário brasileiro. **Interface.** São Paulo, SP, v. 19, n. 55, p.1121-1132, 2015.

WETZEL, C. **Avaliação de serviços em saúde mental: a construção de um processo participativo.** 2005. 291 f. (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

WETZEL, C. **Desinstitucionalização em saúde mental: a experiência de São Lourenço do Sul – RS.** 1995. 216 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1995.

WETZEL, C. et al. **Avaliação de Quarta Geração no contexto da Reforma Psiquiátrica brasileira.** *Investigação Qualitativa em Saúde.* v.2, 2017. Disponível em: <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2017/article/view/1208/1169>. Acesso em 11 dez. 2018.

YASUI, S. **Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira.** 2006. 208 f. Tese (Doutorado em Ciências na área da saúde) Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2006.

APÊNDICE A

Roteiro - Diário de observação

Serviço/ equipe:

- Ambiente (ruído, privacidade, limpeza, iluminação);
- Número de salas e distribuição;
- Oferta de atendimentos (grupos, oficinas, atividades individuais, visitas domiciliares);
- Cronograma de atividades;
- Funcionamento do serviço (horários, agenda, forma de acesso);
- Existe algum planejamento das ações?
- Como o serviço se articula com outros serviços no território;
- Como o usuário chega à Unidade de saúde, como é recepcionado, como é acolhida sua demanda (ficha/demanda espontânea).
- Como o serviço faz articulação com outros serviços no território;
- Observação das relações do serviço (coordenação e trabalhadores) com a Secretaria Municipal da Saúde existe negociação, diálogo participação, representatividade, enfrentamentos, etc.;
- Observação das relações da equipe com Conselho Local de Saúde e com o Conselho Municipal de Saúde, existe negociação, diálogo, participação, representatividade, enfrentamentos, etc.
- Que tipo de reuniões é realizada no serviço?
- Quais temas, conteúdo, coordenação dessas reuniões?

Atendimento à população infantil:

- Como acontece o acesso ao serviço?
- Quem realiza atendimento?
- Identificação do problema que levou a procura do serviço;
- Uso de protocolos no serviço;
- Qual a orientação para quem não consegue atendimento imediato?
- O atendimento é de forma multidisciplinar?
- Existe a articulação com outros pontos da Rede de Atenção Psicossocial? Como isso acontece?
- Como a equipe está implicada com os encaminhamentos realizados para outros serviços?
- Como acontece a busca por faltosos em consultas agendadas?
- Observar as dificuldades encontradas no cotidiano do trabalho para atendimento de crianças e cuidados em saúde mental;
- Observar o conhecimento dos profissionais sobre o ESF na RAPS

APÊNDICE B**Roteiro da entrevista**

1 – Identificação

Nome: _____

Formação profissional: _____

Idade: _____

Sexo: () masculino () feminino

Tempo em que trabalha no serviço: _____

2 – Roteiro da entrevista semiestruturada:

- (i) Fale sobre o cuidado em saúde mental às crianças na ESF Pitoresca.
- (ii) Fale-me como chega as demandas de atendimentos de crianças na ESF Pitoresca.

APÊNDICE C
Carta Convite

Prezado Sr. (a),

Venho por meio deste, convida-lo (a) a participar da pesquisa intitulada: “*Avaliação do cuidado em saúde mental às crianças no contexto da Estratégia da Saúde da Família*”, que tem por objetivo avaliar as ações realizadas pela equipe de Saúde da Família destinadas às crianças.

Sua participação será a partir de uma entrevista. No entanto, todas as informações, dados obtidos e divulgação dos resultados terá preservado (a) a sua identidade.

A pesquisa é decorrente é realizada por mim, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - UFRGS e orientada pela Professora Dra. Maria de Lourdes Custódio Duarte.

Todos os procedimentos adotados no estudo obedecem aos critérios da Ética em Pesquisa com seres Humanos conforme a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, sendo aprovado pelo comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS e da SMS de Porto Alegre, e foi consentida pela Coordenada da 7ª Gerência Distrital Lomba do Pinheiro/Partenon e da Coordenação da Atenção Básica de Saúde do município de Porto Alegre.

Atenciosamente,

Juliana de Carvalho
Mestranda PPGEnf-UFRGS

Maria de Lourdes Custodio
Profª Drª PPGEnf-UFRGS

APÊNDICE D

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado a participar do estudo “*Avaliação do cuidado em saúde mental à crianças no contexto da Estratégia da Saúde da Família*”, que tem por objetivo avaliar as ações realizadas pela equipe de Saúde da Família destinadas às crianças.

Para tanto serão realizadas entrevistas com os trabalhadores da ESF. Gostaria de convidá-lo a participar dessa entrevista e informá-lo que todas as informações, dados obtidos na pesquisa e divulgação dos resultados será preservado (a) a sua identidade. Todos os procedimentos adotados no estudo obedecem aos critérios da Ética em Pesquisa com seres Humanos conforme a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Os arquivos de áudio gravados e as transcrições serão armazenados em CD-ROOM e HD externo ficando em poder da pesquisadora e arquivados por cinco (5) anos e após este período serão incinerados. Para coleta de dados será utilizada observação e entrevista semiestruturada.

Essa entrevista terá duração média de 60 (sessenta) minutos, e compreenderá questões abertas sobre o cuidado realizado pelos profissionais. Os participantes serão informados quanto aos benefícios decorrentes do estudo que consiste em troca de conhecimentos, bem como contribuir para a avaliação do cuidado à Saúde Mental Infantil. Os participantes não serão beneficiados de forma direta com os resultados do estudo. Os riscos e desconfortos da pesquisa que incidem nos questionamentos feitos aos participantes para responder ao objetivo do estudo, o que poderá mobilizar sentimentos e causar sofrimento no momento da entrevista. A entrevista pode ser interrompida e contar com apoio profissional, se necessário.

No presente consentimento, declaro que fui informado(a) de forma clara, livre de qualquer forma de constrangimento ou coerção, dos objetivos, da justificativa, riscos, benefícios e dos instrumentos utilizados na presente pesquisa. Do mesmo modo, fui igualmente informado (a) da liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem que isso me traga prejuízo algum, da segurança de que não serei identificado (a), que a entrevista será gravada com meu consentimento e que responderei as questões de livre e espontânea vontade, que este documento será elaborado em duas (2) vias idênticas, sendo que uma (1) cópia fica com o participante e a outra com o pesquisador. Que os resultados serão transcritos e analisados com responsabilidade e honestidade e usados exclusivamente para fins científicos. A coleta de dados será realizada por mim, Enfermeira Juliana de Carvalho sob a orientação da Prof^a. Dr^a. Maria de Lourdes Custódio Duarte em dias e horário pré-acordados entre os participantes do estudo e a pesquisadora.

A aluna e pesquisadora deste trabalho é Juliana de Carvalho (juli.carvalho.pf@hotmail.com/54999551129) e a professora orientadora é Maria de Lourdes Custodio Duarte (malulcd@yahoo.com.br/5192650696). Permite-se ser chamada a cobrar.

Porto Alegre ____/____/____

Assinatura e telefone do participante

Assinatura da Pesquisadora

ANEXO – A

Parecer do CEP/UFRGS

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Avaliação do Cuidado em Saúde Mental à criança no contexto de uma Estratégia da Saúde da Família

Pesquisador: Maria de Lourdes Custódio Duarte

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 84773118.4.0000.5347

Instituição Proponente: Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.595.152

Apresentação do Projeto:

É um projeto de mestrado da aluna Juliana de Carvalho, orientado pela professora Maria de Lourdes Custódio Duarte, do PPGenf, na Área de Concentração 'Políticas e práticas em saúde e enfermagem', e na Linha de Pesquisa 'Saúde Mental e Enfermagem'. A Secretaria Municipal da Saúde é copartícipe.

Conforme resumo apresentado pelas autoras: "A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no Brasil tem a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como o principal contato e identificação de demandas em saúde mental da população infantil, facilitado pelo trabalho multiprofissional, intersetorial e de base territorial. Nesse sentido, o cuidado à criança é preconizado nas ações programáticas da ESF e, enquanto ponto da RAPS, vem agregando o cuidado em saúde mental no cuidado integral à essa população. O recente reconhecimento das demandas em saúde mental infantil na ESF, instiga a necessidade de estudos que avaliem o cuidado que vem sendo realizado neste contexto. Desta forma, o presente estudo tem por objetivo geral avaliar qualitativamente o cuidado em saúde mental à criança no contexto de uma equipe de ESF no município de Porto Alegre – RS. Trata-se de uma pesquisa avaliativa, qualitativa, que utilizará a Avaliação de Quarta Geração (AQG) para construção do processo e condução da coleta de informações. A coleta será realizada por meio de observação participante e entrevistas semiestruturadas através do Círculo Hermenêutico Dialético, permitindo a comparação dos diferentes pontos de vista dos profissionais da ESF, que constituem

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 2.595.152

o grupo de interesse do estudo. A análise dos dados será realizada pelo Método Comparativo Constante. [...] A partir do estudo, vislumbra-se que as demandas sugeridas pelos profissionais possam dar visibilidade a questões que envolvem o cuidado em saúde mental destinado à criança, propiciando mudanças e corroborando em cuidado integral e efetivo, consolidando a ESF como espaço de atenção psicossocial.*

Objetivo da Pesquisa:

Geral

Avaliar qualitativamente o cuidado em saúde mental à criança no contexto da ESF, a partir da perspectiva dos partir da perspectiva da equipe da Estratégia de Saúde da Família.

Específicos

- a) Analisar as ações de cuidado a saúde mental infantil em uma ESF.
- b) Identificar as potencialidades e as dificuldades no cuidado em saúde mental à criança.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

PENDÊNCIA 1 – os riscos e benefícios devem ser idênticos em todos os documentos. Devem ser descritos quais os riscos possíveis e como podem ser minimizados. Deixar claro, também que os benefícios não serão diretos aos participantes, ou se as autoras acharem que há benefício direto, descrever.

Resposta das autoras (em todos os documentos):

Os participantes serão informados quanto aos benefícios decorrentes do estudo que consiste em troca de conhecimentos, bem como contribuir para a avaliação do cuidado à Saúde Mental Infantil. Os participantes não serão beneficiados de forma direta com os resultados do estudo. Os riscos e desconfortos da pesquisa provenientes dos questionamentos feitos aos participantes para responder ao objetivo do estudo poderá mobilizar sentimentos e causar desconforto no momento da entrevista. A entrevista poderá ser interrompida a qualquer momento e se necessário, o participante será encaminhado ao apoio psicológico da rede de saúde sendo direcionado pela pesquisadora responsável da pesquisa.. Pendência ATENDIDA.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

As autoras realizaram revisão da literatura bem detalhada, especialmente sobre a Reforma

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
 Bairro: Farroupilha CEP: 90.040-060
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE
 Telefone: (51)3308-3738 Fax: (51)3308-4085 E-mail: etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 2.595.152

Psiquiátrica e Rede De Atenção Psicossocial, mas também sobre Cuidado em Saúde Mental à Criança e Avaliação em Saúde.

Ao discorrerem sobre o método, afirmam que o estudo se caracteriza por ser descritivo e analítico, de natureza qualitativa. Informam ser uma avaliação construtivista, responsiva, com abordagem hermenêutica dialética, conforme proposta por Guba e Lincoln (2011), denominada Avaliação de Quarta Geração.

"A Avaliação de Quarta Geração é uma alternativa às avaliações tradicionais, uma avaliação onde as reivindicações, preocupações e questões do grupo de interesse (stakeholders) servem de base para determinar a informação necessária, a qual é implementada através dos pressupostos metodológicos do paradigma construtivista positivista (GUBA, LINCOLN 2011). [...] O nível de participação é um diferencial da AQG, o avaliador deve ganhar direito de entrada no campo de pesquisa, a partir de uma etnografia prévia. Os participantes são tratados como seres humanos e não como objetos de estudo. O processo da AQG exige que seja desenvolvida a dimensão formativa, de modo que tanto avaliadores como grupos de interesse possam aprimorar sua capacidade de análise, possibilitando o aprofundamento na discussão e delimitação dos temas oriundos da avaliação (KANTORSKI et al., 2009)."

Após a definição de AQG, são apresentadas a conceituação de Enfoque Responsivo, Enfoque Construtivista e Processo Hermenêutico Dialético.

O estudo será realizado na ESF Pitoresca (Figura 2), equipe integrante da 7ª Gerência Distrital da Lomba do Pinheiro/Partenon, sendo composta por duas equipes da Estratégia de Saúde da Família. A região é dividida em oito micro-áreas, abrangendo um território com cerca de seis mil pessoas. A escolha por essa Unidade de saúde deve-se a aproximação com a equipe durante a disciplina de estágio docência, realizada no segundo semestre de 2017 e por ser campo de atividade prática há mais de três anos da professora orientadora na disciplina de Cuidado em Enfermagem na Saúde Mental II, do curso de Enfermagem.

Para o presente estudo, o grupo de interesse será os profissionais das duas equipes da Estratégia de Saúde da Família Pitoresca, no município de Porto Alegre/RS. Serão convidados a participar do estudo todos os 17 profissionais de saúde que atuam na ESF, integrantes das duas equipes.

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
 Bairro: Farroupilha CEP: 90.040-080
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE
 Telefone: (51)3308-3738 Fax: (51)3308-4085 E-mail: etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 2.595.152

Para fins deste estudo, serão convidados a participar os sujeitos que aceitarem participar e assinar o Termo de Consentimento Livre e Informado (Apêndice A) autorizando a gravação da entrevista.

São critérios de inclusão ser profissional da equipe de saúde contratados pela IMESF e ter no mínimo seis meses de atuação no serviço de saúde. Como critério de exclusão os sujeitos que estiverem de férias, licenças ou atestado no período de coleta de dados. [SIC]

A coleta de dados consistirá em duas técnicas de pesquisa: observação participante e entrevistas semiestruturada.

Para registro de cerca de 120 horas de observações, a ser realizado exclusivamente pela pesquisadora, será utilizado diário de campo de acordo com roteiro pré-estabelecido (apêndice B) durante o horário de funcionamento da Unidade de Saúde (das 8h às 12h e das 13h às 17 h). Essas horas de observação serão realizadas no decorrer de três semanas, ou seja, 40 horas semanais.

Será realizada entrevista semiestruturada contemplando questões pertinentes ao tema da pesquisa, a saber: Fale sobre o cuidado em saúde mental à crianças na SF Pitoresca; Fale como chega às demandas de atendimentos de crianças na ESF Pitoresca [SIC]. Depreende-se, pelas informações do projeto, que cada participante será entrevistado mais de uma vez, de forma a aprofundar os temas abordados.

A aplicação do processo da Avaliação de Quarta Geração consiste em algumas etapas para o desenvolvimento que incidem em: (1) contato com o campo, (2) organização da avaliação, (3) identificação dos grupos de interesses, (4) desenvolvendo negociações conjuntas, (5) ampliação das negociações conjuntas, (6) agenda de negociação e (7) execução da negociação. As etapas 1 a 3 já aconteceram.

Para a análise dos dados será utilizado o Método Comparativo Constante, pois permite que a análise seja realizada de forma concomitante à coleta de dados. Esse método foi elaborado por Glaser e Strauss para o desenvolvimento de teorias, sendo utilizada por Guba e Lincoln (2011) para o processamento de dados.

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
 Bairro: Farroupilha CEP: 90.040-060
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE
 Telefone: (51)3308-3738 Fax: (51)3308-4085 E-mail: etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 2.595.152

PENDÊNCIA 2 - explicitar como será feito o convite, pois é dito que "Para fins deste estudo, serão convidados a participar os sujeitos que aceitarem participar". A assinatura no TCLE não pode ser anterior ao convite a participar da pesquisa.

Resposta das autoras:

"Será entregue aos profissionais que responderem aos critérios de inclusão do estudo uma carta convite para participação da pesquisa (APÊNDICE A)." A informação está contida no projeto; carta convite está em anexo e redigida adequadamente. Pendência ATENDIDA.

PENDÊNCIA 3 – Esclarecer se haverá a participação do Conselho Tutelar no estudo, já que na justificativa do estudo foi questionada a falta de preparo dos profissionais do Conselho Tutelar, porém não há qualquer outra menção ao mesmo no desenrolar do projeto.

Resposta das autoras:

"O estudo não terá a participação do Conselho Tutelar, por isso o parágrafo abaixo foi reformulado: "A motivação para o presente estudo advém das vivências enquanto enfermeira de uma ESF em um município no interior do Rio Grande do Sul, onde atuo e venho evidenciando fragilidades no cuidado à saúde mental infantil, como: ações curativas e biologicistas, pouca articulação entre as ações da ESF e CAPS, despreparo dos profissionais dos diferentes serviços no atendimento a questões da infância e ações pontuais junto a educação, dificultando a integração entre saúde-educação".

A reformulação foi realizada no Projeto: Pendência ATENDIDA.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Projeto na íntegra – adequado.

Instrumento de coleta de dados – apenas está inserido no projeto

TCLE – foi adequado quanto à redação dos riscos e benefícios.

Cronograma – foi adequado.

Orçamento – está adequado.

Termos de concordância – foram inseridos.

PENDÊNCIA 4 – Deve ser obtido o termo de concordância ou anuência da Gerência Distrital e da Chefia da Unidade. Incluídos ambos os termos, pendência ATENDIDA.

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
 Bairro: Farroupilha CEP: 90.040-050
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE
 Telefone: (51)3308-3738 Fax: (51)3308-4085 E-mail: etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 2.595.152

Recomendações:

Recomendação: Alterar nos documentos o termo "sujeitos" para "participante". Recomendação ATENDIDA.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As pendências foram atendidas, projeto encontra-se em condições de aprovação quanto aos aspectos éticos.

Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1079353.pdf	06/04/2018 10:00:15		Aceito
Outros	RESPOSTAAOCEP.pdf	06/04/2018 09:59:30	Maria de Lourdes Custódio Duarte	Aceito
Outros	CartaConvite.pdf	06/04/2018 09:57:21	Maria de Lourdes Custódio Duarte	Aceito
Outros	TermoCHEFIA.pdf	06/04/2018 09:54:51	Maria de Lourdes Custódio Duarte	Aceito
Outros	TermoGerencia.PDF	06/04/2018 09:53:47	Maria de Lourdes Custódio Duarte	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEAJUSTADO.pdf	06/04/2018 09:52:09	Maria de Lourdes Custódio Duarte	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETORESPOSTACEP.pdf	06/04/2018 09:50:08	Maria de Lourdes Custódio Duarte	Aceito
Folha de Rosto	Folhadrosto.pdf	08/03/2018 16:17:13	Maria de Lourdes Custódio Duarte	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
 Bairro: Farroupilha CEP: 90.040-080
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE
 Telefone: (51)3308-3738 Fax: (51)3308-4085 E-mail: etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 2.595.152

PORTO ALEGRE, 12 de Abril de 2018

Assinado por:
MARIA DA GRAÇA CORSO DA MOTTA
(Coordenador)

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha CEP: 90.040-060
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 Fax: (51)3308-4085 E-mail: etica@propeq.ufrgs.br

ANEXO –B**Parecer do CEP/SMS Porto Alegre****PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**Título da Pesquisa:** Avaliação do Cuidado em Saúde Mental à criança no contexto de uma Estratégia da Saúde da Família**Pesquisador:** Maria de Lourdes Custódio Duarte**Área Temática:****Versão:** 2**CAAE:** 84773118.4.3001.5338**Instituição Proponente:** Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio**DADOS DO PARECER****Número do Parecer:** 2.720.722**Apresentação do Projeto:**

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no Brasil tem a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como o principal contato e identificação de demandas em saúde mental da população infantil, facilitado pelo trabalho multiprofissional, intersetorial e de base territorial. Nesse sentido, o cuidado à criança é preconizado nas ações programáticas da ESF e, enquanto ponto da RAPS, vem agregando o cuidado em saúde mental no cuidado integral à essa população. O recente reconhecimento das demandas em saúde mental infantil na ESF, instiga a necessidade de estudos que avaliem o cuidado que vem sendo realizado neste contexto. Desta forma, o presente estudo tem por objetivo geral avaliar qualitativamente o cuidado em saúde mental à criança no contexto de uma equipe de ESF no município de Porto Alegre – RS. Trata-se de uma pesquisa avaliativa, qualitativa, que utilizará a Avaliação de Quarta Geração (AQG) para construção do processo e condução da coleta de informações. A coleta será realizada por meio de observação participante e entrevistas semiestruturadas através do Círculo Hermenêutico Dialético, permitindo a comparação dos diferentes pontos de vista dos profissionais da ESF, que constituem o grupo de interesse do estudo. A análise dos dados será realizada pelo Método Comparativo Constante. Este estudo respeitará os aspectos éticos e legais para a pesquisa que envolve seres humanos, de acordo com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde e será encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). A partir do estudo, vislumbra-se que as

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 7º andar
 Bairro: Centro Histórico CEP: 90.010-040
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE
 Telefone: (51)3289-5517 Fax: (51)3289-2453 E-mail: cep_sms@hotmail.com



Continuação do Parecer: 2.720.722

demandas sugeridas pelos profissionais possam dar visibilidade a questões que envolvem o cuidado em saúde mental destinado à criança, propiciando mudanças e corroborando em cuidado integral e efetivo, consolidando a ESF como espaço de atenção psicossocial.

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO GERAL

Avaliar qualitativamente o cuidado em saúde mental à criança no contexto da ESF, a partir da perspectiva dos partir da perspectiva da equipe da Estratégia de Saúde da Família.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Analisar as ações de cuidado a saúde mental infantil em uma ESF.
- b) Identificar as potencialidades e as dificuldades no cuidado em saúde mental à criança.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Conforme os autores do estudo:

Os participantes serão informados quanto aos benefícios decorrentes do estudo que consiste em troca de conhecimentos, bem como contribuir para a avaliação do cuidado à Saúde Mental Infantil. Os participantes não serão beneficiados de forma direta com os resultados do estudo. Os riscos e desconfortos da pesquisa provenientes dos questionamentos feitos aos participantes para responder ao objetivo do estudo poderá mobilizar sentimentos e causar desconforto no momento da entrevista. A entrevista poderá ser interrompida a qualquer momento e se necessário, o participante será encaminhado ao apoio psicológico da rede de saúde sendo direcionado pela pesquisadora responsável da pesquisa. E também, da não inclusão de nenhum tipo de método invasivo ou coleta de material biológico, ou experimento com seres humanos, e que os resultados serão usados apenas para fins científicos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisador responsável: Maria de Lourdes Custódio Duarte

Assistente de pesquisa: -

- 1.Nível da pesquisa: mestrado
- 2.Instituição: UFRGS
- 3.Curso: enfermagem
- 4.Local de realização do estudo: ESF Pitoresca

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 7º andar
 Bairro: Centro Histórico CEP: 90.010-040
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE
 Telefone: (51)3289-5517 Fax: (51)3289-2453 E-mail: cep_sms@hotmail.com



Continuação do Parecer: 2.720.722

5. Duração do estudo: 8 meses
 6. Duração da coleta local: 30/04/2018 à 30/06/2018
 7. Número de sujeitos da pesquisa: 17
 8. Data prevista para conclusão do estudo: 30/12/2018

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos obrigatórios apresentados.

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Apos a avaliação ética foram identificadas as seguintes pendências:

1 - Esclarecer que não haverá custos a PMPA por horário de entrevista ser após as atividades diárias dos servidores;

Resposta do pesquisador: O projeto não incide em custos a PMPA. Alteração no Projeto de pesquisa, página 65, parágrafo 4º.

Análise: pendência atendida.

2 - Como será o apoio psicológico em caso de desconforto na entrevista. Descrever fluxo;

Resposta do pesquisador: O apoio psicológico esta descrito no Projeto de pesquisa, TCLE, pagina 81, parágrafo 4º. Caso aconteça desconforto, o participante pode interromper a entrevista. A pesquisadora realizará uma escuta atenta e qualificada e se necessário, será encaminhado para acompanhamento da Professora responsável e referenciado para atendimento psicológico na rede de serviços no Sistema Único de Saúde.

Análise: pendência atendida.

3 - Esclarecer como será preservado o sigilo dos entrevistados em relação ao conteúdo coletado nas entrevistas, uma vez que os sujeitos exercem as atividades no mesmo estabelecimento, sendo conhecidos entre si e facilmente identificáveis em relação as suas funções. Descrever.

Resposta do pesquisador: O anonimato dos participantes será mantido através da identificação de todos por uma letra pré-determinada pelo pesquisador, seguida por um número crescente de entrevistas (pagina 68, parágrafo 1º). De acordo com a metodologia utilizada para análise dos dados (Método Comparativo Constante) que acontecerá concomitante à coleta de dados através do

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 7º andar
 Bairro: Centro Histórico CEP: 90.010-040
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE
 Telefone: (51)3289-5517 Fax: (51)3289-2453 E-mail: cep_sms@hotmail.com



Continuação do Parecer: 2.720.722

círculo-hermenêutico-dialético, os dados serão categorizados em unidades de significado e posteriormente apresentadas ao grupo para negociação e redefinidas a partir do processo avaliativo. Logo, as considerações não aparecem como falas e sim como constructos. E, o objetivo do processo é a construção conjunta do grupo, onde as diferentes funções trazem diferentes pontos de vista e contribuições podendo ser defendidas ou refutadas durante o momento da negociação.

Análise: pendência atendida.

4 - Solicitar aceite do projeto pela Coordenação da Rede de Atenção Primária em Saúde- CGAPSES, através do documento Termo de Ciência e Autorização da Coordenação, disponível no link http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p_secao=913;

Resposta do pesquisador:O aceite do Projeto pela Coordenação da Rede de Atenção Primária em Saúde aconteceu em 18/12/17, conforme documento em anexo. Consta como documento anexado ao CEP na Plataforma Brasil.

Análise: pendência atendida.

5 - Corrigir texto, na sua redação e gramática, para deixar mais claro o entendimento do estudo. Por exemplo, o TCLE no primeiro e segundo parágrafos apresenta duplicidade de convite para participar do estudo: "VOCÊ ESTÁ SENDO CONVIDADO a participar do estudo "Avaliação do cuidado em saúde mental à crianças no contexto de uma Estratégia da Saúde da Família", que tem por objetivo avaliar as ações realizadas pela equipe de Saúde da Família destinadas à crianças. Para tanto serão realizadas entrevistas com os trabalhadores da ESF. GOSTARIA DE CONVIDÁ-LO a participar dessa entrevista e informá-lo (...)"

Resposta do pesquisador:Pendencia corrigida no Projeto de pesquisa, TCLE, página 80, parágrafo 1º.

Análise:pendência atendida.

6 - Corrigir redação do objetivo geral.

Resposta do pesquisador: Pendencia corrigida no Projeto de pesquisa, página 14, parágrafo único.

Análise: pendência atendida.

7 - Quanto ao TCLE:

a) sujeito do TCLE, a primeira pessoa em alguns momentos faz referência ao entrevistado e em

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 7º andar
 Bairro: Centro Histórico CEP: 90.010-040
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE
 Telefone: (51)3289-5517 Fax: (51)3289-2453 E-mail: cep_sms@hotmail.com



Continuação do Parecer: 2.720.722

outro pesquisador "declaro que fui informado(a) " ou "A coleta de dados será realizada por mim".

b) inserir que a pesquisa foi avaliada pelo CEP/SMSPA, com endereço e telefone para contato.

Resposta do pesquisador: Pendência corrigida no Projeto de pesquisa, página 80, parágrafos 1 e 4 e pendência corrigida e inserida informação no Projeto de pesquisa, página 80, parágrafo, respectivamente. 5.

Análise:pendência atendida.

Considerações Finais a critério do CEP:

O parecer de aprovação do CEP SMSPA deverá ser apresentado à Coordenação responsável, a fim de organizar a inserção da pesquisa no serviço, antes do início da mesma.

Apresentar relatórios semestrais do CEP SMSPA.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO 1112694.pdf	26/05/2018 09:42:39		Aceito
Parecer Anterior	CGAPS.pdf	26/05/2018 09:39:25	Maria de Lourdes Custódio Duarte	Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	respostaCEPPOA.pdf	26/05/2018 09:37:12	Maria de Lourdes Custódio Duarte	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOCEPPOA.pdf	26/05/2018 09:23:55	Maria de Lourdes Custódio Duarte	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	26/05/2018 00:19:24	Maria de Lourdes Custódio Duarte	Aceito
Outros	RESPOSTAAOCEP.pdf	06/04/2018 09:59:30	Maria de Lourdes Custódio Duarte	Aceito
Outros	CartaConvite.pdf	06/04/2018 09:57:21	Maria de Lourdes Custódio Duarte	Aceito
Outros	TermoCHEFIA.pdf	06/04/2018 09:54:51	Maria de Lourdes Custódio Duarte	Aceito
Outros	TermoGerencia.PDF	06/04/2018 09:53:47	Maria de Lourdes Custódio Duarte	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	TCLEAJUSTADO.pdf	06/04/2018 09:52:09	Maria de Lourdes Custódio Duarte	Aceito

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 7º andar
 Bairro: Centro Histórico CEP: 90.010-040
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE
 Telefone: (51)3289-5517 Fax: (51)3289-2453 E-mail: cep_sms@hotmail.com



Continuação do Parecer: 2.720.722

Ausência	TCLEAJUSTADO.pdf	06/04/2018 09:52:09	Maria de Lourdes Custódio Duarte	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETORESPOSTACEP.pdf	06/04/2018 09:50:08	Maria de Lourdes Custódio Duarte	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 19 de Junho de 2018

**Assinado por:
Thaís Schossler
(Coordenador)**

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 7º andar
 Bairro: Centro Histórico CEP: 90.010-040
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE
 Telefone: (51)3289-5517 Fax: (51)3289-2453 E-mail: cep_sms@hotmail.com

ANEXO – C

Termo de Ciência e Autorização - Coordenação Geral da Atenção Primária do
Município de Porto Alegre

**TERMO DE CIÊNCIA E AUTORIZAÇÃO DA COORDENAÇÃO
ONDE SERÁ REALIZADA A PESQUISA**

Eu THIAGO FRANK, matrícula 592639-2

Coordenador do/a (x) Coordenadoria da Rede de Atenção Primária em Saúde e
Serviços Especializados Ambulatoriais e Substitutivos (CGAPSES)

- () Coordenadoria da Rede de Urgências e Emergências
 () Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde (CGVS)
 () Coordenadoria de Regulação de Serviços em Saúde (GRSS)
 () Comissão Multiprofissional de Ensino-Serviço e Pesquisa
(COMESP) do Hospital de Pronto Socorro
 () Assessoria de Planejamento (ASSEPLA)
 () Outra área/secretaria: _____

conheço o Protocolo de Pesquisa intitulado " AVALIAÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE
MENTAL À CRIANÇA NO CONTEXTO DE UMA ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA",
tendo como Pesquisador Responsável Profª Drª Maria de Lourdes Custódio Duarte

Declaro estar ciente do projeto e autorizo, após o parecer de aprovação do Comitê de
Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, a realização desta
pesquisa.

Porto Alegre, 18/12/17.

Thiago Frank
Matrícula 592639-2
CRMPS 30854
Coordenador de Atenção Primária
e Saúde Família

Assinatura e carimbo

Obs.: Este documento não autoriza o início da pesquisa, sendo apenas um requisito exigido pelo Comitê de
Ética da SMSPA para análise do projeto de pesquisa. Sua finalidade é atestar que a Coordenação da área
tem ciência e autoriza a realiza do projeto de pesquisa, quando forem cumpridas as instâncias de avaliação
ética.

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre – CEP SMSPA
Rua Capitão Montanha, 27 - 7º andar – CEP 90.010-040

ANEXO – D

Termo de Ciência e Autorização - Coordenação da Gerência Distrital
Partenon/Lomba do Pinheiro.



Prefeitura Municipal de Porto Alegre
Secretaria Municipal de Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa

**TERMO DE CIÊNCIA E AUTORIZAÇÃO DA COORDENAÇÃO
ONDE SERÁ REALIZADA A PESQUISA**

Eu Luiziane Jorgeta B. Peixoto, matricula 1133492021

- Coordenador do/a () Coordenadoria da Rede de Atenção Primária em Saúde e
Serviços Especializados Ambulatoriais e Substitutivos (CGAPSES)
- () Coordenadoria da Rede de Urgências e Emergências
- () Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde (CGVS)
- () Coordenadoria de Regulação de Serviços em Saúde (GRSS)
- () Comissão Multiprofissional de Ensino-Serviço e Pesquisa
(COMESP) do Hospital de Pronto Socorro
- () Assessoria de Planejamento (ASSEPLA)
- (x) Outra área/secretaria: Gerência Partenon/ Lomba do Pinheiro

conheço o Protocolo de Pesquisa intitulado "Avaliação do cuidado em saúde mental à
criança no contexto de uma Estratégia da Saúde da Família",

tendo como Pesquisador Responsável Profª Drª Maria de Lourdes Custódio Duarte

Declaro estar ciente do projeto e autorizo, após o parecer de aprovação do Comitê de
Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, a realização desta
pesquisa.

Porto Alegre, 28/03/18.

Cristiane J. Peixoto
Gerência Distrital
GD APSMS
Matr. 1133492021

Assinatura e carimbo

Obs.: Este documento não autoriza o início da pesquisa, sendo apenas um requisito exigido pelo Comitê de
Ética da SMSPA para análise do projeto de pesquisa. Sua finalidade é atestar que a Coordenação da área
tem ciência e autoriza a realiza do projeto de pesquisa, quando forem cumpridas as instâncias de avaliação
ética.

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre – CEP SMSPA
Rua Capitão Montanha, 27 - 7º andar – CEP 90.010-040
☎ 3289.5517 ✉ cep-sms@sms.prefpoa.com.br cep_sms@hotmail.com

TERMO DE CIÊNCIA E AUTORIZAÇÃO – CEP SMSPA

ANEXO – E

Termo de Ciência e Autorização - Coordenadora da ESF Pitoresca



Prefeitura Municipal de Porto Alegre
Secretaria Municipal de Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa

TERMO DE CIÊNCIA E AUTORIZAÇÃO DA COORDENAÇÃO
ONDE SERÁ REALIZADA A PESQUISA

Eu Lourdes Soares Velho Sausen, matrícula 2728

- Coordenador do/a () Coordenadoria da Rede de Atenção Primária em Saúde e Serviços Especializados Ambulatoriais e Substitutivos (CGAPSES)
- () Coordenadoria da Rede de Urgências e Emergências
- () Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde (CGVS)
- () Coordenadoria de Regulação de Serviços em Saúde (GRSS)
- () Comissão Multiprofissional de Ensino-Serviço e Pesquisa (COMESP) do Hospital de Pronto Socorro
- () Assessoria de Planejamento (ASSEPLA)
- (x) Outra área/secretaria: Chefia da ESF Pitoresca

conheço o Protocolo de Pesquisa intitulado **“Avaliação do cuidado em saúde mental à criança no contexto de uma Estratégia da Saúde da Família”**,

tendo como Pesquisador Responsável Prof^ª Dr^ª Maria de Lourdes Custódio Duarte

Declaro estar ciente do projeto e autorizo, após o parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, a realização desta pesquisa.

Porto Alegre, 05/04/18.

Lourdes Soares Velho Sausen

Assinatura e carimbo

Lisiane Soares Velho Sausen
 Enfermeira – COREN-RS 381.258
 IMESF – PMPA
 Matrícula 2902128

Obs.: Este documento não autoriza o início da pesquisa, sendo apenas um requisito exigido pelo Comitê de Ética da SMSPA para análise do projeto de pesquisa. Sua finalidade é atestar que a Coordenação da área tem ciência e autoriza a realização do projeto de pesquisa, quando forem cumpridas as instâncias de avaliação ética.

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre – CEP SMSPA
 Rua Capitão Montanha, 27 - 7º andar – CEP 90.010-040
 ☎ 3289.5517 ✉ cep-sms@sms.prefpoa.com.br; cep_sms@hotmail.com

TERMO DE CIÊNCIA E AUTORIZAÇÃO – CEP SMSPA