



Saúde e Sociedade

ISSN: 0104-1290

saudesoc@usp.br

Universidade de São Paulo

Brasil

de Azevedo Gomes, Fernanda Márcia; de Oliveira Cintra, Ana Maria; Ricas, Janete; Dalla  
Vecchia, Marcelo

Saúde mental infantil na atenção primária à saúde: discursos de profissionais médicos

Saúde e Sociedade, vol. 24, núm. 1, enero-marzo, 2015, pp. 244-258

Universidade de São Paulo

São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406263640028>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

# Saúde mental infantil na atenção primária à saúde: discursos de profissionais médicos

## Child mental health in primary health care: physicians' speeches

### Fernanda Márcia de Azevedo Gomes

Espaço Psicoalimentar. São João del-Rei, MG, Brasil.  
E-mail: fmazevedogomes@yahoo.com.br

### Ana Maria de Oliveira Cintra

Universidade Federal de São João del-Rei. Departamento de Psicologia. São João del-Rei, MG, Brasil.  
E-mail: acintra@ufsj.edu.br

### Janete Ricas

Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina, Departamento de Pediatria. Belo Horizonte, MG, Brasil.  
E-mail: janricas@gmail.com

### Marcelo Dalla Vecchia

Universidade Federal de São João del-Rei. Departamento de Psicologia. São João del-Rei, MG, Brasil.  
E-mail: mdvecchia@ufsj.edu.br

## Resumo

O impacto de ações que asseguram o crescimento e o desenvolvimento da criança, tais como a redução da mortalidade infantil e dos índices de desnutrição, é significativo nos últimos anos. No entanto, estima-se que 10 a 20% da população infantil sofre com transtornos mentais, e de 3 a 4% necessitam tratamento intensivo. Neste sentido, é fundamental compreender como os profissionais médicos da atenção primária à saúde (APS) lidam com tais questões. A pesquisa buscou compreender sentidos e significados sobre saúde mental infantil (SMI) dos profissionais médicos da APS por meio dos seus discursos. Foram realizadas entrevistas contendo um questionário para a caracterização sociodemográfica e um roteiro semidirigido. Como resultados do processo de análise, emergiram cinco núcleos de significação, indicando: (1) limitações com relação à implicação no tratamento das condições que envolvem problemas de SMI; (2) a “família desestruturada” como determinante fundamental do sofrimento psíquico da criança que nela convive; (3) a mãe como principal responsável pela saúde mental de seu filho; (4) a transcrição da receita e averiguação dos retornos aos especialistas como condutas centrais nos casos de problemas de SMI, e (5) a fragmentação das ações de cuidado devido à segmentação das responsabilidades no tratamento de problemas de SMI. É fundamental a escuta qualificada das necessidades das famílias e das mães e/ou responsáveis pelas crianças que enfrentam problemas de saúde mental, bem como a concentração de esforços na construção de ações intersetoriais e na formação continuada em SMI.

**Palavras-chave:** Saúde Mental; Atenção Primária à Saúde; Infância; Família; Medicalização Social.

## Correspondência

Marcelo Dalla Vecchia  
Praça Dom Helvécio, 74 — Sala 1.22 (DPSIC), Dom Bosco.  
CEP 36.301-160. São João del-Rei, MG, Brasil.

## Abstract

The impacts of actions that ensure child's physical development, such as the reduction of the infant mortality rate and of the malnutrition taxes, have been significant on the last years. However, approximate 10 to 20% of the infant suffer with mental illnesses and, among them, 3 to 4% require intensive treatment. Considering this data, it is very important to understand how Primary Health Care (PHC) physicians deal with such issues. The research intended to understand the PHC physicians' meanings and significations related to Child Mental Health (CMH). Interviews were conducted with questions and a semi-structured script to build a sociodemographic characterization of the participants. It was possible to identify, as a result of the analysis process, five signification cores indicating that: (1) there are limitations related to the implication of conditions that involve CMH problems on the treatment, (2) "non-structured families" are considered determinant to the child's mental illness, (3) the mother is considered the main responsible for her son or daughter's mental health, (4) the medical prescription and the checking of follow-ups are central activities in CMH problems cases, and (5) the healthcare fragmentation due to the responsibilities segmentation on the CMH problems treatment. It is essential to develop an active listening to the needs of the families, mother and/or responsible adults that are related to the children that have mental health problems, as well as concentrating efforts to build intersectional actions and continuing education on CMH.

**Keywords:** Mental Health; Primary Health Care; Child; Family; Social Medicalization.

## Introdução

O impacto das ações que visam assegurar o crescimento e o desenvolvimento da população infantil brasileira é significativo, expressando-se na redução da mortalidade infantil e dos índices de desnutrição, constante nas últimas décadas. No entanto, estima-se que de 10 a 20% das crianças sofram com transtornos mentais e, dessas, 3 a 4% requeiram tratamento intensivo. Nessa população, são mais frequentes: a deficiência mental, o autismo, a psicose infantil e os transtornos de ansiedade (Brasil, 2005).

Existe um avanço no estatuto legal da infância, sendo a criança vista como cidadão e pessoa em condição especial de desenvolvimento, à qual devem ser garantidos determinados direitos. A Constituição Federal de 1988 assegura um conjunto de direitos às crianças, reiterados no Art. 4º do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Para atender às prerrogativas legais foram constituídas, historicamente, ações em vários setores: (1) de educação, por meio de instituições de ensino, públicas (educação infantil e ensino fundamental) e filantrópicas (de educação especial, projetos sociais etc.); (2) de assistência social, através da proteção social básica e especial do Sistema Único de Assistência Social - SUAS; (3) de justiça, via juizados de menores, varas da criança e do adolescente, promotorias do menor etc.; (4) de garantia de direitos, centralmente por intermédio da atuação autônoma dos Conselhos Tutelares, e (5) de saúde, tanto em nível mais geral, via implantação de Programas de Saúde da Criança (PSC) como parte de ações de atenção primária nas unidades básicas de saúde (UBS) com ou sem Estratégia de Saúde da Família (ESF), quanto por meio de ações de saúde mental nos ambulatorios de saúde mental e/ou Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSi) (Campos, 1989; Couto; Duarte; Delgado, 2008).

No entanto, observam-se limitações na concretização destes direitos. Ainda que voltados para o atendimento integral das necessidades da criança, nota-se fragmentação das ações setoriais, com dificuldades marcantes para contemplar demandas para além das suas responsabilidades específicas (Ribeiro, 2003; Tanaka; Lauridsen-Ribeiro, 2006; Tanaka; Ribeiro, 2009). A integração e a cooperação

intersetorial são importantes para que a criança, que demanda cuidados múltiplos e interdependentes, possa ter suas necessidades atendidas enquanto sujeito integral. No entanto, direta ou indiretamente, entidades componentes desses setores desenvolvem ações relacionadas à saúde mental infantil (SMI). Frequentemente, estes serviços realizam ações intersetoriais, mas sem uma adequada articulação em torno de uma agenda de gestão que busque implementá-las. A intersectorialidade, enfim, é um princípio norteador importante do trabalho com a SMI, possibilitando o desenvolvimento de atividades de promoção da saúde e prevenção de doenças, assim como a intervenção precoce (Andrade, 2006).

Nos PSC desenvolvidos na atenção primária, para além das tradicionais ações de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, abranger ações de SMI consiste em um desafio a ser enfrentado. A APS tem como objetivo promoção da saúde, prevenção e tratamento de doenças, coordenando o cuidado em um território com abrangência definida, abordando a família como unidade de cuidado e se articulando com os recursos existentes. Para realizar tais ações, é importante que os trabalhadores da APS problematizem o modelo tradicional de assistência à saúde, focado em ações biomédicas, individuais e curativas (Brasil, 2012).

Neste sentido, é fundamental compreender como os profissionais da APS lidam com as questões de SMI (Campos, 1989; Couto; Duarte; Delgado, 2008). Há marcante lacuna de informação científica e acadêmica para subsidiar a atuação técnico-profissional sobre SMI na APS no Brasil. A escassez de trabalhos, a importância da área e as demais questões acima discutidas apontaram para a necessidade de ampliar e aprofundar a investigação referente a essa temática (Gomes, 2010). Diante disso, são apresentados e discutidos os resultados do desenvolvimento da pesquisa de mestrado da primeira autora, que visou compreender os sentidos e significados sobre SMI de profissionais médicos atuantes na APS em um município do interior do Estado de Minas Gerais (Gomes, 2012).

## Metodologia

A pesquisa foi desenvolvida em Divinópolis/MG, localizada a 117 km da capital mineira, na região Centro-Oeste do estado. Conforme estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no ano de 2013 o município contava com 226.345 habitantes<sup>1</sup>. Mesmo consistindo em uma sede de macrorregião de saúde, até o final de 2012, quando foi concluída a pesquisa, o município não contava com um serviço especializado em SMI, nem com uma política específica na área.

Foi adotada uma metodologia qualitativa pelo fato de serem enfocados sentidos e significados, que englobam motivos, crenças, valores, princípios e atitudes, propiciando “um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos, que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis” (Minayo, 1994, p. 22). Ainda segundo esta autora, pesquisas qualitativas se interessam em interpretar o sentido da dinâmica cotidiana das relações sociais, que materializam valores, crenças e comportamentos de grupos sociais.

A população-alvo desta pesquisa consistiu nos profissionais médicos vinculados às equipes da ESF e pediatras dos centros de saúde (UBS sem ESF), desde que preenchessem os seguintes critérios de inclusão: (1) manter vínculo empregatício com a Secretaria Municipal de Saúde de Divinópolis/MG (SEMUSA) ou com a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG) há mais de seis meses; (2) atender crianças na sua prática cotidiana; (3) atuar na APS ou ser referência para atendimento em SMI da rede de APS; (4) ter interesse em participar da pesquisa, e (5) ter interesse em compartilhar sua experiência.

Para selecionar os participantes, definiu-se inicialmente uma amostragem do tipo aleatória envolvendo todos os sujeitos que preenchessem os critérios de inclusão acima descritos. Não foi necessário definir o número exato dos sujeitos que comporiam a amostra previamente ao trabalho de campo, por ter sido prevista a utilização da saturação teórica

1 IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades@. Minas Gerais: Divinópolis. 2013. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=312230>>. Acesso em: 1 dez. 2014.

como critério para interrupção da coleta de informações. No entanto, durante o trabalho de campo, o fechamento amostral foi mais bem caracterizado como tendo ocorrido por exaustão (Fontanella; Ricas; Turato, 2007). Isto porque todos os médicos atuantes na APS do município que preenchiam os critérios de inclusão haviam sido entrevistados ao fim do período previsto em cronograma, à exceção dos entrevistados cujo contato não foi viabilizado, que se recusaram a participar da pesquisa, ou que estavam em férias.

Foi possível agendar e realizar entrevistas com um total de 17 profissionais: 12 médicos de equipes de Saúde da Família e cinco pediatras atuantes em UBS sem ESF. Os participantes tiveram entre 27 e 59 anos de idade. Em relação ao tempo de formação, têm entre dois e 35 anos, com média de 20,9 anos. Estão vinculados à SEMUSA por um período que varia de seis meses a 28 anos, com média de 9,7 anos. O tempo de atuação na unidade de saúde no momento da entrevista variou de seis meses a 16 anos, com média de 6,4 anos. Considerando-se as médias obtidas, pode-se afirmar que, de modo geral, trata-se de profissionais que contam com uma experiência considerável de atuação na APS.

Tanto a entrevista-piloto quanto as entrevistas com os sujeitos da pesquisa que compuseram a amostra, foram registradas em gravador digital, com posterior transcrição, visando à realização dos procedimentos de análise. O referencial teórico-metodológico que orientou o percurso analítico foi a psicologia sócio-histórica ou histórico-cultural. Dado que as pesquisas qualitativas se detêm na linguagem e em seu significado como aspecto importante para a investigação do objeto de pesquisa construído pelo investigador, é fundamental situar o lugar que esta ocupa no referencial selecionado.

Para a psicologia sócio-histórica ou histórico-cultural, apreender o significado da fala implica tomá-la como produto de atos de pensamento, visto a unidade entre pensamento e fala. Assim, trata-se de uma construção passível de interpretação. Aguiar e Ozella (2006) propõem que o investigador percorra um conjunto de etapas visando à análise de sentidos e significados. Uma primeira fase consistiu na *leitura flutuante e organização do material*.

Nesta fase, foram levantados pré-indicadores por meio da sistematização inicial de temas que representaram aspectos significativos das falas e que sugeriam a constituição de núcleos de significação. Na segunda fase, foram estabelecidos *indicadores e conteúdos temáticos*, por meio da aglutinação dos pré-indicadores em indicadores, com base na sua similaridade, complementaridade ou contraposição. Na terceira fase, ocorreu a *construção e análise dos núcleos de significação*. Trata-se, aqui, de um percurso do empírico ao interpretativo, zelando-se por uma densidade teórica desde o início do processo de análise. Na quarta e última fase ocorreu a *análise dos núcleos*, realizando-se um movimento que parte de cada núcleo de significação específico voltando-se posteriormente aos demais, ou seja, uma análise inicialmente intranúcleo e posteriormente internúcleos.

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Campus Centro-Oeste Dona Lindu da Universidade Federal de São João del-Rei (CEPES/CCO-UFSJ). O projeto recebeu o protocolo de número 008/2011 e foi aprovado para desenvolvimento no dia 10 de outubro de 2011. Previamente à submissão do projeto, foram realizados os contatos institucionais requeridos para viabilizar a pesquisa junto da Diretoria de Atenção Primária à Saúde (DAPS) e da SEMUSA, tendo sido obtidas as referidas autorizações. Foi assegurada a confidencialidade dos dados e o anonimato de cada entrevistado, e informados os objetivos, procedimentos e metas da pesquisa. Cada entrevista foi iniciada pela obtenção do consentimento do participante, que foi livre e esclarecido.

## Resultados e discussão

O processo de análise do material resultou na delimitação de cinco núcleos de significação, cuja denominação refere-se a passagens curtas, porém significativas, das entrevistas transcritas: “todas as histórias são sempre parecidas”, “porque educação você começa em casa”, “o maior problema está aí, na mãe”, “todo mundo quer que as pílulas coloridas resolvam um problema”, e “saúde mental eu mando direto”.

### Núcleo 1: “Todas as histórias são sempre parecidas”

Observa-se que a criança não se encontra presente no discurso dos entrevistados em sua singularidade, sendo referida de forma genérica. Um dos entrevistados, ao ser convidado a falar a respeito de um caso atendido envolvendo uma criança em que suspeitou haver algum problema ou dificuldade emocional ou comportamental, diz não saber informar. O motivo:

*todas as histórias são sempre parecidas (M4).*

Em várias entrevistas, houve dificuldade pelos médicos em relatar os casos solicitados ou detalhes desses casos e das intervenções realizadas, o que sugere limitações com relação à capacidade ou possibilidade de implicar-se no acompanhamento destas condições. A fala de um dos entrevistados, neste sentido, é ilustrativa:

*Não, eu não me lembro de detalhes, não. É possível que eu tenha visto e observado alguns e talvez alguns eu tenha visto e não observei né? Porque, às vezes, no dia a dia, você não consegue ter essa percepção. Mas, assim, pra citar exemplo, assim... Pessoalmente, eu não estou lembrado... (M4).*

Miranda (1994) discute que a suposição de igualdade de todas as crianças leva à naturalização da criança e do seu processo de desenvolvimento, havendo idealização em torno de uma criança abstrata: assexuada, obediente e bem-comportada. Para a autora, é necessário considerar que, para além de um imaginário social acerca da “infância”, há, de fato, uma criança singular, cuja biografia é concreta e socialmente determinada, em um contexto histórico e sociocultural específico.

O foco da atenção é depositado no indivíduo doente, com distinção nas formas de assistir o que é compreendido como doença “orgânica” daquela “com origem emocional”, conforme a fala dos entrevistados. Pode-se inferir uma limitação significativa no reconhecimento das diversas formas de manifestação de sofrimento emocional nas crianças, que é ainda maior do que no caso dos adultos. Desta forma, a criança com problemas cuja manifestação é predominantemente emocional sofre uma negligência dupla: por ser criança e pelo seu problema ser de ordem emocional.

Não investigar a história da criança atendida e aspectos da sua vida pessoal, familiar e social que podem estar associados ao sofrimento vivenciado pode ser devido ao fato de o médico não julgar isto como uma responsabilidade sua, uma vez que irá necessariamente encaminhar a criança para o atendimento de outro profissional. Outro motivo possível para esta omissão seria não considerar-se competente para lidar com a situação de sofrimento mental da criança, daí a inutilidade de investigar mais sobre sua história. Outra hipótese seria considerar estes dois fatores em conjunto: o fato de não se julgar responsável levar ao não desenvolvimento da competência para atender estas situações.

Caprara e Franco (1999) consideram que o sentimento de responsabilidade do médico acontece quando ele consegue estabelecer relações humanas com os usuários, conseguindo melhores resultados e maior adesão ao tratamento, propiciando satisfação pelo atendimento oferecido. Torna-se necessário que o médico compreenda o modo de vida do indivíduo e de seus familiares, assim como esses interpretam a própria doença ou situação. Mattos (2001) extrapola esta discussão, considerando a integralidade enquanto princípio do Sistema Único de Saúde (SUS), termo que comportaria sentidos distintos e igualmente fundamentais para contemplar a concepção de saúde consignada no SUS. Dentre eles, está o de integralidade da prática profissional, requerendo o desenvolvimento de uma escuta para os problemas de saúde que extrapole a dimensão biomédica. Nos discursos da maior parte dos médicos entrevistados, é possível observar uma discrepância com essa perspectiva, podendo-se depreender uma flagrante compartimentalização entre o âmbito anatomopatológico do adoecimento, que seria de sua competência, e os âmbitos emocional e psicossocial, que seriam de responsabilidade de outrem.

A longitudinalidade ou continuidade do cuidado vem sendo elencada por diversos autores como uma propriedade fundamental da APS, possibilitando conhecer mais e melhor o usuário, sua família e sua história, demandando o desenvolvimento de competências relacionais que possibilitam maior responsabilização pelos casos atendidos e a constituição de vínculos de cuidado (Conill, 2008; Gil, 2006; Mello; Fontanella; Demarzo, 2009). Como parte deste



processo, a relação terapêutica precisa incorporar uma modalidade de comunicação que leve em conta os sentidos atribuídos pelo usuário a respeito da sua situação. Neste sentido, a escuta da versão dos pais/responsáveis acerca do processo de sofrimento da criança é importante a fim de buscar em conjunto estratégias para lidar com a sua condição.

## **Núcleo 2: “Porque educação você começa em casa”**

Os entrevistados apresentam uma surpreendente similitude na conceituação do que denominam “família desestruturada”. Ao analisar as falas dos entrevistados, evidencia-se que a expressão ganhou sentido a partir do contato com arranjos familiares distintos da família nuclear burguesa composta por mãe, pai e filhos. A “família desestruturada” referida pelos entrevistados tem determinadas características: os pais são separados; o pai e/ou a mãe estão presos; a avó assume a responsabilidade pelo cuidado dos netos no lugar da mãe; há uso de drogas; existe violência familiar; ocorre abandono de pai e mãe; houve morte dos pais devido a uso de drogas; os filhos têm pais diferentes; etc.

*Ou família, tipo, que é de muitos filhos, ou então que... É... Que a mãe, assim, né? Não dá uma assistência... Geralmente, esse menino vai ter problema. Desenvolver ou hiperatividade ou mesmo a depressão, né? Ou algum... É... Distúrbio de conduta. (M3)*

Szymanski (1995) discute sobre o papel das “teorias” no desenvolvimento do modelo de família, aprofundando naquelas produzidas pela psicologia: “supõe-se e aceita-se, irrefletidamente, um modelo imposto pelo discurso das instituições, da mídia e até mesmo de profissionais, que é apresentado não só como o jeito ‘certo’ de se viver em família, mas também como um valor” (Szymanski, 1995, p. 25). Neste sentido, os saberes a respeito da família e suas representações, inclusive a de “família desestruturada”, originam-se e são mantidos pela circulação de certo discurso de especialistas que toma como base um modelo idealizado. Como as interpretações das interações familiares são realizadas a partir desse modelo, quanto mais a família apresenta um padrão diferente deste, mais é considerada desestruturada ou incompleta e maiores são os problemas emocio-

nais tidos como frutos dessa situação (Reis, 1989).

Para Sarti (2008) a família não deve ser vista como um núcleo, mas como uma rede constituída de obrigações morais e sociais mútuas, que sustentam relações de interdependência e reciprocidade entre seus membros. “Família”, assim, é uma categoria nativa, cabendo aos profissionais que prestam assistência acolher e validar o discurso desta sobre si, observando-se que esta se mantém como *locus* de referência para o pertencimento subjetivo de seus membros. Nas palavras de Moreira, Bedran e Carellos (2011):

Acreditamos que somente se acolhermos a complexidade da situação, sem negarmos a tensão inerente à convivência de vários e poderosos discursos que devastam as particularidades de cada sistema familiar, poderemos avançar para uma interação de apoio genuíno no lugar de uma interação de invasão (p. 179).

O depoimento de um dos entrevistados é representativo da persistente recorrência de uma concepção idealizada de família:

*Que uma criança... Que ela não tem uma base, né? Uma estrutura familiar boa, que não tem regra, que a mãe ou então é muito depressiva, ou tem família muito grande, ou o pai briga... Tipo assim... Não está... Ou está ausente... Igual eu te falei... Deixa com avó, com um com outro... Então, isso... De... Faz com que a criança deixe de ter uma saúde mental adequada, boa. E vai... Né? Repercutir nesses sintomas de ansiedade, hiperatividade, depressão (M3).*

Conforme os entrevistados, a “família desestruturada” é um determinante fundamental do sofrimento das crianças com as quais tiveram contato, ocorrendo com frequência entre famílias pobres. Poucos entrevistados, a exemplo de M6, relataram que a “família desestruturada” não ocorre tão somente em estratos de baixo nível socioeconômico:

*As novas conformações familiares e as novas... É... A dificuldade que as pessoas têm de assumirem o papel de pai, de mãe, né? Porque também já tiveram essa dificuldade (M6).*

Porém, consideram que por atuarem na APS acompanham muitos casos de famílias “desajustadas” (sic):

*Se a gente for analisar bem, a saúde mental da família brasileira... Do povo [ênfatisa] de baixa renda, é precária mesmo. Dá até dó. (M12).*

É inquestionável a importância da família e a sua influência na vida da criança e de todo indivíduo, mas é necessário levar em consideração tanto o contexto desta criança quanto a singularidade de sua biografia. O que muitos profissionais parecem não considerar é que todo sujeito detém a capacidade de ressignificar a sua própria história. Além disso, nota-se que, mesmo quando está presente um conjunto importante de adversidades ambientais enquanto fatores de risco para o desenvolvimento infantil, mesmo no âmbito da família, há indivíduos que atingem patamares de desenvolvimento congruentes com padrões ótimos para seu contexto sociocultural: trata-se da denominada resiliência (Sapienza; Pedromônico, 2005). Sarti (2008), nesta direção, considera que a hegemonia da família nuclear burguesa enquanto “ideal” de família não impede que seus integrantes elaborem e “filtrem” sua experiência familiar de uma forma singular na elaboração de seus próprios mitos.

Diferentemente, por considerarem que a criança é um reflexo imediato de sua família, os entrevistados supõem que o pertencimento às famílias ditas “desestruturadas” pode levar estas crianças a desenvolver doenças, sintomas e comportamentos típicos:

*Algumas crianças aqui até têm um ambiente familiar assim... Conturbado. Até... Só que a criança ainda não manifestou nenhum sintoma, ainda, assim, da saúde... Mental. Né? Tipo, ela ainda não... Está tranquilinha, ainda. Mas é uma criança que tem tudo pra desenvolver (M3).*

Asbahr e Lopes (2006), em uma pesquisa realizada com professores e alunos, notam a presença de discursos psicologizantes que sustentam as explicações acerca do fracasso escolar. As autoras registraram a vigência da “teoria da carência cultural”, para a qual o mau desempenho escolar, a

evasão, a repetência etc. decorrem da convivência da criança em um ambiente familiar culturalmente empobrecido (com referência à cultura erudita) gerando obstáculos intransponíveis para a aquisição do saber escolar. Traços desta teoria também podem ser observados no seguinte trecho:

*[...] porque educação você começa em casa... Se você não começar em casa você não vai ter em lugar nenhum. E aí tem outros agravantes que eu vejo hoje em dia... A questão de droga, alcoolismo (M8).*

### Núcleo 3: “O maior problema está aí, na mãe”

A ideia da mãe como principal responsável pela saúde mental da criança é mencionada repetidas vezes pelos entrevistados como desencadeadora do problema e também como responsável pela “cura” da criança. Consideram que muitas mães não se preocupam com o desenvolvimento dos seus filhos e não cuidam dos fatores importantes para esse desenvolvimento, como: mãe analfabeta que não estimula a leitura e a escrita em casa; mãe que não sabe dialogar e comporta-se com violência (fica “zangada”, dá “tapa na cabeça”); mãe que não organiza a rotina; mãe emocionalmente carente; mãe que não realiza os cuidados materno-infantis adequadamente; mãe que é responsável pelo distúrbio alimentar do filho.

Scavone (2001) aponta a existência de um ideal de maternidade impossível de ser concretizado, principalmente por mulheres pobres. A família brasileira foi construída a partir dos moldes da família burguesa europeia, na qual a mulher tinha a responsabilidade pelo cuidado da casa e dos filhos. No entanto, ao colaborar com a renda da família, a mulher trabalhadora não conta com a possibilidade de dedicar-se em tempo integral, e de modo considerado adequado pelos médicos entrevistados, para o cuidado da casa e a educação dos filhos. Os entrevistados reforçam o papel da realização de orientações com caráter prescritivo neste sentido:

*Quando eu percebo, eu perco um tempo a mais na consulta tentando, assim... Orientar, tal... De como ela deve agir, tentando educá-la no sentido de que, às vezes, aquela ansiedade dela pode estar desencadeando aquilo no menino... Pra ela tentar mudar um pouco nesse sentido. (M7)*



Moura e Boarini (2012) discutem que a mãe é concebida como a responsável por viabilizar a realização das instruções recebidas. Contudo, há uma variedade de formas de vivência da maternidade: mães donas de casa, mães chefes de família, mães “produção independente”, casais igualitários etc. Com isso, as estratégias de divisão do cuidado da criança também são diversas: escolas em tempo integral, creches públicas, babás, escolinhas especializadas, vizinhas que “dão uma olhadinha”, crianças entregues aos seus próprios cuidados, avós solícitos etc., sendo impossível não pensarmos em uma transformação na maternidade concretamente existente.

Mesmo diante de tantas transformações, cabe questionar: por que a maternidade ainda é concebida de forma naturalizada, assim como as obrigações e deveres na criação dos filhos? Por que na era do discurso de divisão de responsabilidades na criação dos filhos, na inclusão plena das mulheres no mundo do trabalho, na formação de diferentes arranjos familiares, a mulher ainda é a grande responsável pelo desenvolvimento adequado ou não da criança? Por que em pleno século XXI a maternidade idealizada apresenta uma vasta semelhança com aquela dos séculos XIX e XX? As falas a seguir ilustram esta situação:

*[...] porque é a mãe que vai dar medicação, a mãe que vai seguir as orientações do médico (M15);*

*[...] eu acho que o maior problema está aí, na mãe, no pai... Mas o mais importante é a mãe porque está mais próxima, né? Educação dela... Ensinar mesmo o básico. Porque às vezes nem o básico mesmo eles sabem (M13).*

É possível notar que, nas entrevistas, os médicos entendem terem assumido, em muitas situações, o papel de “salvadores” das mães e, conseqüentemente, da criança. Essa posição contrasta com o desconhecimento concreto da realidade e de informações sobre a vida dessas mães e de suas famílias, tais como: o que fazem, qual é sua renda, quais os seus projetos de vida, quais as suas dificuldades. Isso pode ter como consequência um distanciamento do médico com as necessidades destas famílias,

centrando a sua consulta em um modelo “queixa-conduta” que despreza aspectos sociais, econômicos e culturais. Essa discussão pode ser elucidada pelo seguinte trecho:

*[...] todo profissional tem que estar engajado nisso. Eu procuro despertar a maior parte das mães que eu consigo porque é uma questão de despertar. Elas estão dormindo... Então eu procuro despertar (M15).*

É paradoxal que a mãe apareça nas falas dos entrevistados, na literatura técnico-científica e nas políticas públicas como fundamental para o desenvolvimento adequado da criança, porém essa mãe é negligenciada no que tange às suas demandas. Tais demandas são nitidamente compreendidas pelos médicos, porém estes não se sentem responsáveis por elas, não realizando intervenções correspondentes. Alguns profissionais até mesmo indicam o que precisaria ser feito, porém não operacionalizam essas intervenções:

*Tem várias, várias mães que levam seus filhos toda semana. Às vezes busca no centro de saúde alguma coisa que está faltando. [...] Às vezes até um pouco de atenção mesmo, né? Às vezes... ‘Eu acho que ela não tem nada não, mas eu trouxe pra dar uma olhadinha’. Então às vezes só de você conversar um pouquinho já ajuda (M13).*

*Porque as mulheres que estão aqui, quando não estão com a criança na mão, estão com ele na barriga. Não fazem planejamento familiar, é só querer ter filho pra poder ter bolsa-família. Entendeu? Mas não... Não tem uma educação, não almejam uma coisa, um futuro (M11).*

No processo de análise das falas, é fundamental considerar o dito e o não dito. Sobre a figura do pai, portanto, é preciso discutir sobre o não dito, pois o pai sequer é mencionado, aparecendo de forma periférica em três entrevistas. Por que o pai não apareceu nas entrevistas, se estamos em uma época em que teoricamente há maior divisão entre pai e mãe no processo de educação e criação dos filhos? Por que há uma ausência do pai como figura efetiva? Seria em decorrência desse novo papel do pai

ainda estar em processo de construção? Qual será o lugar deste pai na família do século XXI? Conforme o entrevistado:

*[...] então o filho já começa a atuar. A agir de forma agressiva com a mãe, né? Ele repete o que o pai faz* (M8).

Pode-se notar que a participação do homem no espaço familiar ainda está distante de alcançar uma divisão igualitária de responsabilidades. O modelo de pai tradicional ainda é presente tanto no imaginário como na realidade, e sua função permanece a de prover a família e ser a referência de autoridade para os filhos. Isso é ilustrado no trecho a seguir:

*Então eu explico muito pra mãe: 'escuta: se você não precisa desse dinheiro pra você comer, se você tem um marido que providencia pra você uma casa, paga a sua conta de água e luz e põe comida na sua casa... Esses primeiros dois anos do seu filho são fundamentais no aspecto psicológico, no desenvolvimento motor... Você precisa ficar com ele'* (M15).

#### **Núcleo 4: "Todo mundo quer que as pílulas coloridas resolvam o problema"**

O tema da prescrição e uso de medicação pelas crianças, de modo geral, foi algo pouco mencionado pelos entrevistados. Isso nos levou a questionar se é uma intervenção pouco usual ou se houve uma censura na fala deles por julgarem que seria uma conduta considerada inadequada pela entrevistadora, ou se havia um entendimento implícito de que esta não seria uma interlocutora competente para dialogar acerca da questão.

Os entrevistados relatam que a demanda formulada pela família/mãe, quando se refere ao tratamento do sofrimento da criança, é pela prescrição de medicamentos e pela realização de consulta com especialistas. Mencionam que a demanda "já chega pronta" (sic), sendo que as mães vão à consulta com a expectativa de conseguir um encaminhamento para o neurologista, assim como a solicitação de exames tais quais tomografia e raio-x:

*Qualquer dor de cabeça que a criança relata a mãe já acha que já tem que ir pra o neurologista... Fazer*

*tomografia... Fazer um raio-x... Aí a gente freia, 'não, não é assim, não. A gente vai dar um remédio pra ela, vai esperar'* (M11).

Camargo Jr. (2013), ao considerar os fatores que levam as pessoas a procurar os serviços de saúde, resgata o conceito de farmacologização (*pharmaceuticalization*) proposto por Williams, Martin e Gabe (2011). Trata-se da realização de operações que visam converter problemas ou questões de ordem humana ou social em circunstâncias que possibilitam a intervenção farmacológica. Ainda que seja possível encontrar analogias entre este conceito e o de medicalização social, o diagnóstico médico não seria, aí, um elemento central. Ocorre uma relação direta entre o consumidor e a indústria farmacêutica levando à automedicação, à criação da expectativa de haver um medicamento para cada doença e, consequentemente, à "colonização da vida humana pelos produtos farmacêuticos" (Camargo Jr., 2013, p. 845). Com efeito, é preciso considerar que quando pais ou responsáveis elaboram a demanda por tratamento em torno da prescrição de um medicamento podem estar nada mais que agindo em consonância com a cultura farmacocêntrica vigente.

Para os entrevistados, os pais ou responsáveis pela criança não confiam na capacidade do generalista, e a demanda por especialistas deve-se à crença de que estes vão efetivamente solucionar o problema que se apresenta. Um dos entrevistados mencionou que sua maior dificuldade é convencer a mãe sobre o diagnóstico que tem da situação da criança. Os médicos das UBS com ESF ressaltam que as suas intervenções não são valorizadas pelos usuários do serviço nem pelos próprios colegas de profissão:

*Convencer a mãe. [pausa] Convencer. [pausa] Isso é a maior dificuldade. Por mais que você passa conhecimento, tranquilidade, a mãe sempre fica com um pé atrás* (M11).

Tesser (2006), ao discutir acerca do sucesso da biomedicina na construção do monopólio do saber legítimo sobre a saúde e a doença, aponta, dentre outros efeitos da racionalidade biomédica, a crescente tecnificação do ato médico, o uso intensivo de tecnologia e a fragmentação em uma infinidade

de saberes específicos, produzindo uma superespecialização da prática médica. Como reações a estes efeitos emergiram projetos de reforma da assistência médica como a medicina comunitária, a medicina integral e a medicina familiar, incorporando ou não transformações nas estratégias de formação (Paim, 1993) ou outras racionalidades médicas como a homeopatia, a medicina ayurvédica e a medicina tradicional chinesa (Tesser; Luz, 2008). Neste sentido, alguns entrevistados relataram que não concordam com a forma instituída de encaminhamento dos casos e com o desfecho consistindo quase que absolutamente na prescrição de medicamentos, pois consideram ser importante trabalhar com a família e que esta necessita de um suporte psicológico. Porém, ainda assim, não propõem outra intervenção senão o mero encaminhamento para o especialista, cabendo ainda à família fazer o relato sobre a consulta efetuada no retorno:

*Eu não quero ter essa responsabilidade de continuar um tratamento que eu não concordo. De qualquer jeito, eu não concordo pra prescrever isso, né? Mas já que é um especialista que prescreveu, eu continuo a prescrever porque o acesso lá é difícil, né? (M7).*

Nas oportunidades que os médicos entrevistados relatam acerca da prescrição de medicamentos para os casos que envolvem problemas de SMI, referem não envolver-se diretamente na discussão com o especialista a respeito da conduta adotada. Ora relata-se que essa criança já chega medicada, ora transcrevem-se receitas para que a medicação possa ser retirada “na farmácia do SUS” (sic), ora as receitas são renovadas pela dificuldade em conseguir o retorno com o especialista por conta da pressuposta necessidade de uso contínuo da medicação. Em nenhum momento foram relatadas prescrições iniciais realizadas pelo médico entrevistado. O trecho a seguir é ilustrativo:

*Eu acabo renovando. Pela dificuldade de marcar e principalmente de crianças que têm convulsão. [...] Mas, aí quando vem muitas vezes eu falo: ‘não... Agora está na hora de você voltar lá, marcar de novo com o neurologista’. Porque se deixar, também, eles procuram só o mais fácil (M13).*

Apenas dois entrevistados relataram ter confrontado prescrições dos especialistas, entendendo-se criteriosos em realizar encaminhamentos para o neurologista. Na maior parte das entrevistas, os médicos relataram que normalmente mantêm o caso com o especialista e “renovam” as receitas prescritas:

*Quando essa criança vai pro neurologista e que ela volta, se ela voltar com a contrarreferência e aí a gente achar que aquilo ali é válido a gente mantém, mas se não... Aí a gente não mexe... Aí a gente mantém ele com neurologista... Você entendeu? Porque se não tem uma contrarreferência não tem como argumentar. Porque não existe um diálogo entre especialidade com a atenção primária. Eles acham que eles são a palavra final (M9).*

O apoio matricial vem sendo apontado como uma estratégia formativa e de (re)organização dos dispositivos assistenciais que possibilita problematizar a lógica do encaminhamento pautada na referência e contrarreferência, buscando ampliar a capacidade de acolhimento da equipe de APS e a corresponsabilização em torno de projetos terapêuticos singulares (PTS) (Bonfim et al., 2013; Cunha; Campos, 2011; Quinderé et al., 2013; Sousa; Tófoli, 2012; Vasconcelos et al., 2012). Este tipo de arranjo organizacional possibilita a construção de um espaço para compartilhamento das responsabilidades na condução de um PTS, acolhendo e endereçando, por exemplo, a necessidade de discussão prévia à prescrição (ou não) de psicofármacos junto do psiquiatra e/ou do neurologista. No entanto, conforme apontam Cavalcante, Jorge e Santos (2012), a SMI muitas vezes permanece como uma demanda invisível no contexto da APS.

Outro espaço importante e muitas vezes pouco aproveitado em termos de proporcionar trocas é a reunião de equipe. Trata-se de uma oportunidade para discutir casos atendidos pela unidade e pensar a construção de PTS de acordo com a necessidade de cada usuário e suas famílias. Na reunião de equipe pode-se ampliar a responsabilização pelas situações acompanhadas, não se restringindo a responsabilização ao médico ou ao enfermeiro pelo cuidado em saúde da população atendida, mas sim a toda a equipe.

## Núcleo 5: “Saúde mental eu mando direto”

Os relatos dos entrevistados atestam que a demanda que autoriza o acesso à consulta médica, e, ao mesmo tempo, o que leva o indivíduo a procurar a unidade de saúde é o caso agudo, ou seja, um episódio de sofrimento que envolve a suspeita de uma doença, sendo o problema orgânico a queixa inicial. Os médicos relatam que “a febre é que assusta” (sic) e a mãe, então, procura a unidade para o atendimento da criança. Assim, a criança é acolhida devido à queixa orgânica, e durante a consulta o médico percebe que há um problema emocional. No entanto, o foco do trabalho continua sendo a doença:

*Eu atendo, aqui... Crianças doentes. Aqui, puericultura eu não faço... Puericultura eu não faço. Se a criança é sadia... Teste do pezinho é o auxiliar de enfermagem que faz. A enfermeira faz puericultura. Se está doente ou alguma coisa, aí eu atendo. Se não está doente, criança sadia fica com ela [a enfermeira]. (M10)*

*Aqui fica só com a outra... Parte clínica de... De infecção, de amidalite... Parte... Parte de TDAH fica com ele [neurologista]... Ele que suspende medicamento, aumenta a dose... (M10)*

Cavalcante, Jorge e Santos (2012) discutem que, mesmo na APS, onde deveriam ser propostas práticas integrais e interdisciplinares, os cuidados em saúde estão assentados em intervenções fragmentadas através das especialidades, havendo uma segmentação do processo de trabalho própria do modelo biomédico. Esse panorama é reflexo da fragmentação do saber acerca do processo saúde-doença: “cada profissional é responsável por uma parte do corpo e mente do indivíduo, característica da formação inicial da maior parte dos cursos da área da saúde, desenvolvida mediante disciplinas teóricas e anatomo-patológicas” (Cavalcante; Jorge; Santos, 2012, p.168).

Essa fragmentação desencadeia consequentemente obstáculos para a consolidação da integralidade e para a efetivação de uma prática clínica que supere o reducionismo biomédico, ratificando as considerações realizadas acima no Núcleo 1. Estratégias de formação continuada que contemplem um

enfoque multiprofissional são fundamentais, pois nesses espaços podem ser estabelecidas conexões entre práticas e a apropriação do saber-fazer das outras profissões com relação à SMI.

As falas abaixo são ilustrativas de alguns dos efeitos de uma concepção fragmentada de processo saúde-doença no cotidiano da assistência:

*A dentista vai à escola... É... Atende as crianças lá, né? Parte odontológica. Aí, assim... Alguma dificuldade que a criança está tendo na aprendizagem é comigo... Puericultura é com a... Quer dizer, puericultura, eu não... Alguma queixa que a professora tem, ela manda por escrito. Entendeu? Exame de vista, assim... Eles fazem lá uma... Tipo uma triagem. Aí, se tiver alguma alteração, encaminha pra o oftalmologista. Entendeu? Às vezes, vem com... Com um relatório, lá, da professora, falando que a criança precisa de um tratamento... Psicológico. Aí, ela passa por mim e aí eu vejo, ‘não, esse aqui é mais pro neurologista, mesmo’. Aí, eu interfiro nessa situação (M11).*

Os médicos relatam não realizarem atividades preventivas, em especial o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, pois consideram que este é de responsabilidade da enfermeira durante a puericultura. Contraditoriamente, em algumas entrevistas é possível notar que os médicos consideram que suas atividades com crianças deveriam estar mais bem relacionadas com prevenção de doenças e promoção de saúde.

Segundo os entrevistados, a escola é a principal responsável pelo encaminhamento da criança com queixas de aprendizagem por meio da solicitação de avaliação médica. Tais encaminhamentos são formalizados através de “bilhetinhos” (sic), de um relatório da situação escolar da criança, ou do relato realizado pelos próprios pais. Para alguns entrevistados, as suspeitas que dão origem à demanda de avaliação não condizem com a realidade da vida escolar da criança, enquanto outros consideram que a escola encaminha um número reduzido de crianças para avaliação, possibilitando inferir que supõem haver uma demanda para atendimento médico maior do que a encaminhada.

Collares e Moysés (1992) sinalizam que é nor-

malmente na escola que desponta o processo de patologização das questões sociais que intervêm no desenvolvimento infantil, para o qual as causas do fracasso escolar estariam relacionadas à existência de condições psiquiátricas ou neurológicas preexistentes. Em decorrência desse princípio, desloca-se a necessária discussão do currículo, das relações professor-aluno e da escola enquanto instituição para a identificação de causas e proposição de soluções orientadas pela racionalidade biomédica. Neste processo são envolvidos não somente o médico, mas também o enfermeiro, o psicólogo, o fonoaudiólogo, o psicopedagogo, dentre outros profissionais, que acabam oferecendo subsídios técnico-profissionais. O trecho da fala de um dos entrevistados, registrado abaixo, é ilustrativo:

*Eu acho que, na minha opinião, já é um diagnóstico de hiperatividade. E na maioria dos casos, ele não é tratado com medicamento. Principalmente se for abaixo de cinco anos, então... É... Pra ela ter essa abordagem com ele, né? (Pesquisadora: A criança tem quantos anos?) Seis. É mais ou menos. É um menino. Então, assim... Pra ajudar a concentrar (M3).*

Alguns dos médicos que atuam nas equipes de Saúde da Família destacam sobre o trabalho intersetorial como importante e necessário para endereçar soluções para problemas de SMI. Um dos setores mais mencionados é o da educação, entendendo-se a escola/creche como local adequado para trabalhar com ações de promoção e prevenção. Porém, contraditoriamente, destacam que tais ações abrangeriam a estimulação psicomotora e a imposição da disciplina com as crianças, ações mais prescritivas/normativas, que não tendem a conduzir à promoção da saúde mental das crianças de uma forma mais efetiva.

Quando se trata da criança, devem-se considerar, necessariamente, os diversos espaços que esta frequenta: escola, praça, quadras de esporte, projetos sociais etc., sendo necessário conhecer o território, ou seja, a comunidade na qual essa criança e os indivíduos que estão ao seu redor habitam e transitam. Conhecer os recursos da comunidade e do município proporciona pensar a rede de apoio social que ampa-

ra a criança e sua família. Para que isso ocorra, os profissionais de saúde, inclusive o médico, devem extrapolar os muros da unidade, requerendo contato com a comunidade e que realmente é a melhor aliada. Estabelecer parcerias com setores institucionais diversos favorece o princípio de intersetorialidade, sendo a escola primordial em termos de trabalho intersetorial, pelo contato privilegiado e cotidiano que estabelece com a criança.

## Considerações finais

Por meio da investigação realizada, foi possível evidenciar uma multiplicidade de desafios que se apresentam em termos das políticas públicas no sentido da implantação de ações de SMI. É preciso ter claro que, ainda que a pesquisa tenha sido realizada em um município específico, não implica que tais questões sejam restritas a este local. As falas dos médicos entrevistados referendam aspectos que vêm sendo objeto de debate público em diversos fóruns na área de SMI e, provavelmente, em níveis e graus diversos, dizem respeito à realidade da imensa maioria dos municípios brasileiros (Brasil, 2005).

Não obstante, é fundamental que os municípios constituam diretrizes quanto à estrutura de atendimento para a demanda de problemas de SMI. É essencial conceber uma rede interligada, tal qual estabelecida pela Portaria 3.088 de 23/12/2011, que normatiza a caracterização dos dispositivos que constituem a Rede de Atenção Psicossocial (Brasil, 2011). É preciso não só estabelecer orientações para os encaminhamentos para a referência especializada, mas sim construir coletivamente uma rede que permita aos profissionais de saúde identificar quais são as possibilidades existentes. Isso permitiria superar o mero encaminhamento para o neurologista e psicólogo, além das possibilidades de intervenção cuja iniciativa pode partir da própria APS e ocorrer em seu âmbito. É importante que os gestores municipais proponham protocolos e aspectos que devem ser minimamente contemplados, oferecendo oportunidades de discussão com todos os segmentos envolvidos.

O estudo desenvolvido apresenta algumas limitações, quais sejam: não foram incluídos instrumentos



que poderiam ampliar a obtenção de informações de contexto (diário de campo, participação em consultas, visitas às unidades, leitura de prontuários etc.); as entrevistas tiveram curta duração (em torno de 20 a 30 minutos) e, por terem sido semidirigidas, buscaram em certa medida guiar o discurso dos médicos para contemplar os tópicos apresentados; não foram realizadas entrevistas com o neurologista (que atua em uma policlínica pública municipal) e o psiquiatra (que atua no SERSAM – Serviço de Referência em Saúde Mental) e são as referências para o atendimento especializado; e não houve contato com o SERSAM presente no município (um Centro de Atenção Psicossocial III, ou seja, que funciona 24 horas por dia e sete dias da semana). Tais aspectos devem ser considerados em pesquisas futuras que visem explorar a mesma temática.

No entanto, foi possível aprofundar sobre um tema pouco pesquisado dentro do recorte proposto (discursos de médicos) e de extrema importância para que se possa aprimorar o cuidado à SMI; discutir sobre as políticas públicas existentes; identificar fragilidades e potencialidades presentes na APS relacionadas à SMI; ratificar a relevância de temas polêmicos como a fragmentação da atenção, a concepção de família e de desenvolvimento infantil, e a medicalização do sofrimento mental; e criar uma oportunidade para que os entrevistados refletissem, no momento da entrevista, sobre a sua prática e sobre a SMI.

Ainda são muitos os desafios a serem enfrentados. É necessário tornar essa população visível e relevante para que o cuidado dispensado a ela se torne efetivamente um direito. Direito ao cuidado, que envolve várias instâncias para que, assim, como se preconiza ao indivíduo adulto, a criança tenha acesso a uma atenção integral, sendo respeitada sua condição peculiar de desenvolvimento e seu contexto sociocultural. O investimento na constituição de uma rede articulada e interligada é um desafio que se apresenta. Pesquisas referentes ao tema em nível local e regional são oportunidades para contribuir com a produção de saber que ofereça a sustentação teórica necessária para a composição de arranjos de dispositivos necessários às redes articuladas e interligadas em SMI.

## Referências

AGUIAR, W. M. J.; OZELLA, S. Núcleos de significação como instrumento para a apreensão da constituição dos sentidos. *Psicologia: Ciência e Profissão*, Brasília, DF, v. 26, n. 2, p. 222-245, 2006.

ANDRADE, L. O. M. *A saúde e o dilema da intersetorialidade*. São Paulo: Hucitec, 2006.

ASBAHR, F. S. F.; LOPES, J. S. “A culpa é sua”. *Psicologia USP*, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 53-73, 2006.

BONFIM, I. G. et al. Apoio matricial em saúde mental na atenção primária à saúde: uma análise da produção científica e documental. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v.17, n. 45, p. 287-300, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil*. Brasília, DF, 2005.

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). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 26 dez. 2011. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html)>. Acesso em: 31 maio 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política nacional de atenção básica*. Brasília, DF, 2012.

CAMARGO JR., K. Medicalização, farmacologização e imperialismo sanitário. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 5, p. 844-846, 2013.

CAMPOS, F. C. B. *O psicólogo, o usuário e a saúde mental na instituição pública: o atendimento na rede básica de saúde de Campinas*. 1989. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Faculdade de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1989.



- CAPRARA, A.; FRANCO, A. L. S. A relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 647-654, 1999.
- CAVALCANTE, C. M.; JORGE, M. S. B.; SANTOS, D. C. M. Onde está a criança?: desafios e obstáculos ao apoio matricial de crianças com problemas de saúde mental. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 161-178, 2012.
- COLLARES, C. A. L.; MOYSÉS, M. A. A. Diagnóstico da medicalização do processo ensino-aprendizagem na 1ª série do 1º grau no município de Campinas. *Em Aberto*, Brasília, DF, v. 11, n. 53, p. 12-29, 1992.
- CONILL, E. M. Ensaio histórico-conceitual sobre a atenção primária à saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, p. s7-s16, 2008. Suplemento 1.
- COUTO, M. C. V.; DUARTE, C. S.; DELGADO, P. G. G. A saúde mental infantil na saúde pública brasileira: situação atual e desafios. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 30, n. 4, p. 390-398, 2008.
- CUNHA, G. T.; CAMPOS, G. W. S. Apoio matricial e atenção primária em saúde. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 961-970, 2011.
- FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27, 2007.
- GIL, C. R. R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1171-1181, 2006.
- GOMES, F. M. A. *Saúde mental infantil na atenção primária: revisão da literatura*. 2010. Trabalho de Conclusão de Curso (Residência Multiprofissional em Saúde da Família) - Faculdade de Medicina da Universidade Estadual "Júlio de Mesquita Filho", Botucatu, 2010.
- GOMES, F. M. A. *Saúde mental infantil na atenção primária à saúde: discursos de profissionais médicos*. 2012. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Faculdade de Psicologia da Universidade Federal de São João del-Rei, São João del-Rei, 2012.
- MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser definidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ: IMS: Abrasco, 2001. p. 39-64.
- MELLO, G. A.; FONTANELLA, B. J. B.; DEMARZO, M. M. P. Atenção básica e atenção primária à saúde: origens e diferenças conceituais. *Revista de APS*, Juiz de Fora, v. 12, n. 2, p. 204-213, abr./jun. 2009.
- MINAYO, M. C. S. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: MINAYO, M. C. S. et al. (Org.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes, 1994. p. 9-29.
- MIRANDA, M. G. O processo de socialização na escola: a evolução da condição social da criança. In: CODO, W.; LANE, S. T. M. (Org.). *Psicologia social: o homem em movimento*. São Paulo: Brasiliense, 1994. p. 125-135.
- MOREIRA, M. I. C.; BEDRAN, P. M.; CARELLOS, S. M. S. D. A família contemporânea brasileira em contexto de fragilidade social e os novos direitos das crianças: desafios éticos. *Psicologia em Revista*, Belo Horizonte, v. 17, n. 1, p. 161-180, 2011.
- MOURA, R. H.; BOARINI, M. L. A saúde da família sob as lentes da higiene mental. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 217-235, 2012.
- PAIM, J. S. A reorganização das práticas de saúde em distritos sanitários. In: MENDES, E. V. (Org.). *Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1993. p. 187-220.
- QUINDERÉ, P. H. D. et al. Acessibilidade e resolubilidade da assistência em saúde mental: a experiência do apoio matricial. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 7, p. 2157-2166, 2013.

- REIS, J. R. T. Família, emoção e ideologia. In: LANE, S. T. M.; CODO, W. (Org.). *Psicologia social: o homem em movimento*. 8. ed. São Paulo: Brasiliense, 1989. p. 99-124.
- RIBEIRO, E. L. *Problemas de saúde mental da criança em idade escolar: oportunidades e possibilidades de abordagem na atenção básica*. 2003. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.
- SAPIENZA, G.; PEDROMÔNICO, M. R. M. Risco, proteção e resiliência no desenvolvimento da criança e do adolescente. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 10, n. 2, p. 209-216, 2005.
- SARTI, C. A. Famílias enredadas. In: ACOSTA, A. R.; VITALE, M. A. F. (Org.). *Família: redes, laços e políticas públicas*. 4. ed. São Paulo: Cortez: EDUC, 2008. p. 21-36.
- SCAVONE, L. Maternidade: transformações na família e nas relações de gênero. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 5, n. 8, p. 47-60, 2001.
- SOUSA, M. L. T.; TÓFOLI, L. F. Apoio matricial na Estratégia Saúde da Família: atenção e cuidados psicossociais em saúde mental. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, São João del-Rei, v. 7, n. 2, p. 223-234, 2012.
- SZYMANSKI, H. Teorias e “teorias” de famílias. In: CARVALHO, M. C. B. (Org.). *A família contemporânea em debate*. São Paulo: EDUC, 1995. p. 24-27.
- TANAKA, O. Y.; LAURIDSEN-RIBEIRO, E. L. Desafio para a atenção básica: incorporação da assistência em saúde mental. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 1845-1853, 2006.
- TANAKA, O. Y.; RIBEIRO, E. L. Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 477-486, 2009.
- TESSER, C. D. Medicalização social (II): limites biomédicos e propostas para a clínica na atenção básica. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v.10, n. 20, p. 347-362, 2006.
- TESSER, C. D.; LUZ, M. T. Racionalidades médicas e integralidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 195-206, 2008.
- VASCONCELOS, M. G. F. et al. Práticas inovadoras de saúde mental na atenção básica: apoio matricial na redefinição do processo de trabalho em saúde. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 8, p. 166-175, 2012.
- WILLIAMS, S. J.; MARTIN, P.; GABE, J. The pharmaceuticalisation of society?: a framework for analysis. *Sociology of Health and Illness*, Malden, v. 33, n. 5, p. 710-725, 2011.

---

### Contribuição dos autores

Gomes fez a redação da versão inicial do artigo, revisão da versão inicial para reapresentação, revisão da versão final. Cintra participou da redação da versão inicial do artigo. Ricas participou da redação da versão inicial do artigo. Dalla Vecchia participou da redação da versão inicial do artigo, revisão da versão inicial para reapresentação, revisão da versão final.

Recebido: 10/06/2013

Reapresentado: 13/03/2014

Aprovado: 05/05/2014