

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

TACIANA DO NASCIMENTO MENDES

**PROJETO DE INTERVENÇÃO: CAPACITAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA
ATENÇÃO BÁSICA NO USO DO QUESTIONÁRIO DE CAPACIDADES E
DIFICULDADES (SDQ) NA IDENTIFICAÇÃO DE TRANSTORNOS MENTAIS NA
INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA**

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

TACIANA DO NASCIMENTO MENDES

**PROJETO DE INTERVENÇÃO: CAPACITAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA
ATENÇÃO BÁSICA NO USO DO QUESTIONÁRIO DE CAPACIDADES E
DIFICULDADES (SDQ) NA IDENTIFICAÇÃO DE TRANSTORNOS MENTAIS NA
INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Atenção Psicossocial do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

Profa. Orientadora: Maria Itayra Padilha

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado **PROJETO DE INTERVENÇÃO: CAPACITAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA NO USO DO QUESTIONÁRIO DE CAPACIDADES E DIFICULDADES (SDQ) NA IDENTIFICAÇÃO DE TRANSTORNOS MENTAIS NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA** de autoria do aluno TACIANA DO NASCIMENTO MENDES foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Atenção Psicossocial.

Profa. Dra. Maria Itayra Padilha
Orientadora da Monografia

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Curso

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)
2014

AGRADECIMENTOS

À Deus que me fortalece todos os dias e pela oportunidade de conhecer e trabalhar na Saúde Mental.

Às Crianças e Adolescentes que me possibilitaram aprender muito nos atendimentos à elas.

À minha Tutora Saionara Nunes de Oliveira pela atenção, paciência, conhecimento, dedicação e carinho ofertados durante todo o percurso do Curso de Especialização em Linhas de Cuidados em Enfermagem.

À minha Orientadora Maria Itayra Padilha pela dedicação, incentivo, críticas e sugestões na elaboração desse projeto.

À Amiga Cleide Rodrigues pela paciência e boa vontade para os esclarecimentos e sugestões.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	01
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	05
3 MÉTODO.....	10
4 RESULTADO E ANÁLISE.....	13
5 ASPECTOS OPERACIONAIS.....	16
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	18
REFERÊNCIAS.....	20
APÊNDICES E ANEXOS.....	22

RESUMO

Os CAPS i são serviços de atenção psicossocial para crianças e adolescentes com transtornos mentais graves; funcionam como regulador da porta de entrada da rede de assistência no âmbito do território. Devido ao grande número de encaminhamentos de crianças e adolescentes realizados pela atenção básica, apresentando sinais sugestivos de transtornos mentais, faz-se necessário capacitar os profissionais da atenção básica, para reconhecerem esses sinais e sintomas. Desse modo o objetivo deste Projeto de Intervenção é promover oficinas temáticas com os profissionais que atuam nas ESFs do Distrito Sanitário II do município de Recife para aplicação do Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ) a identificarem precocemente sinais e sintomas de transtornos mentais na infância e adolescência. Serão aplicados nas capacitações realizadas com os profissionais de nível superior das unidades de saúde da família, pertencentes ao Distrito Sanitário II do município de Recife. O SDQ é um instrumento de triagem diagnóstica para a investigação da saúde mental de crianças e adolescentes e foi desenvolvido por Robert Goodman, em 1997. É composto por 25 itens, subdivididos em cinco sub-escalas de cinco itens cada, medindo hiperatividade, sintomas emocionais, sintomas de problemas de conduta, problemas de relacionamento interpessoal e comportamento pró-social. Seu objetivo é identificar e tratar precocemente sinais e sintomas característicos de transtornos mentais da infância e adolescência. A perspectiva é que a capacitação possa contribuir para intervenção precoce e diminuir os encaminhamentos de casos que poderiam ser trabalhados ainda na atenção básica, redefinindo assim o encaminhamento não indicados à atenção especializada.

1 INTRODUÇÃO

A implantação progressiva do Sistema Único de Saúde contribuiu para o processo de reestruturação da assistência psiquiátrica no Brasil. O ano de 1978 costuma ser identificado como o de início efetivo do movimento social pelos direitos dos pacientes psiquiátricos em nosso país (BRASIL, 2005).

O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), movimento plural formado por trabalhadores integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas, surge em 1978. É sobretudo este Movimento, através de variados campos de luta, que passa a protagonizar e a construir a partir deste período a denúncia da violência dos manicômios, da mercantilização da loucura, da hegemonia de uma rede privada de assistência e a construir coletivamente uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2005).

A experiência italiana de desinstitucionalização em psiquiatria e sua crítica radical ao manicômio é inspiradora, e revela a possibilidade de ruptura com os antigos paradigmas. O processo de Reforma Psiquiátrica brasileira tem uma história própria, inscrita num contexto internacional de mudanças pela superação da violência asilar.

A Reforma Psiquiátrica é um processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, compreende um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, e é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios (BRASIL, 2005).

É neste cenário que posteriormente surge uma política oficial de governo, legitimada pela Lei 10.216/2001, estimulada e conduzida pelo Ministério da Saúde. A Lei Federal 10.216 redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2001).

Paralelamente, seguindo a lógica de descentralização do SUS, foi sendo estimulada a constituição de redes de atenção psicossocial, substitutivas ao modelo centrado na referência à internação hospitalar, resultando na criação de serviços de atenção diária de base territorial (BRASIL, 2001).

A Portaria 336/ GM, de 19 de fevereiro de 2002 regulamenta os Centros de Atenção Psicossocial que constituem-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i e CAPS ad, definidos por ordem crescente de porte/ complexidade e abrangência populacional (BRASIL, 2002).

Os CAPS são instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico. Sua característica principal é buscar integrá-los a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu “território”, o espaço da cidade onde se desenvolve a vida quotidiana de usuários e familiares. Os CAPS constituem a principal estratégia do processo de reforma psiquiátrica (BRASIL, 2004).

Os CAPS i são serviços de atenção psicossocial para crianças e adolescentes com transtornos mentais graves; funcionam como regulador da porta de entrada da rede de assistência no âmbito do território; responsabiliza-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental; coordena as atividades de supervisão de unidades de atendimento psiquiátrico; supervisiona e capacita as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território, na atenção à infância e adolescência (BRASIL, 2002).

Por estabelecer essa relação direta com a atenção básica é de fundamental importância que o CAPS i seja um estruturador dessas relações de troca e aprendizagem. O CAPS i deve ser capaz de matriciar os atendimentos de saúde mental e se possível instrumentalizar as equipes de saúde da família para que eles possam conduzir adequadamente os casos menos graves que não necessitem de atendimentos especializados.

É na atenção básica, via de regra, que chegam todos os tipos de queixas. Desta forma acentua-se a importância do conhecimento e da atenção que estes profissionais dão às queixas e sintomas na área de saúde mental.

Grande parte dos transtornos mentais nos adultos tiveram seu início na infância, a falta de um diagnóstico efetivo, leva a grandes dificuldades e a uma baixa qualidade de vida, repercutindo em perdas emocionais, familiares e profissionais.

Em psiquiatria e em psicologia prefere-se falar em transtornos ou perturbações, disfunções ou distúrbios psíquicos e não em doença; isso porque apenas poucos quadros clínicos mentais apresentam todas as características de uma doença no sentido tradicional do termo- isto é, o conhecimento exato dos mecanismos envolvidos e suas causas explícitas. O conceito de transtorno, ao contrário, implica um comportamento diferente, desviante, “anormal” (DALGALARRONDO, 2008).

Os transtornos mentais são altamente prevalentes, atingindo quase metade da população em algum momento da vida. Dos indivíduos afetados, até 20% são crianças e adolescentes, ou seja no Brasil, cerca de 50 milhões de crianças e adolescentes sofrem de algum transtorno mental, estando associados a sofrimento, prejuízos no relacionamento familiar, com os pais e no aprendizado, interferindo assim negativamente sobre o desenvolvimento emocional, social e acadêmico dos indivíduos afetados. No entanto, temos assistido a dificuldade na transmissão dos conhecimentos para as áreas que cuidam da saúde de crianças e adolescentes. Levando-se em conta o número limitado de profissionais especializados e alta prevalência dos transtornos mentais, é fundamental que a atenção básica esteja preparada para identificar e tratar crianças com transtornos mentais comuns, ficando para o especialista os casos mais complexos (POLANCZYK; LAMBERTE, 2012).

Devido ao grande número de encaminhamentos de crianças e adolescentes realizados pela atenção básica, apresentando sinais sugestivos de transtornos mentais, observo no cotidiano do CAPSi onde atuo, a necessidade de capacitar os profissionais da atenção básica, para

reconhecerem esses sinais. Na nossa prática recebemos muitas crianças que apresentam transtornos mentais leves e moderados que poderiam ser manejadas adequadamente nas USFs, sem precisarem demandarem tempo dos profissionais especializados dos CAPSi. Casos muitas vezes simples, que necessitam apenas de um olhar sensível e intervenções pontuais.

O número excessivo de atendimentos realizados pelos profissionais das equipes de saúde da família e a ausência de educação permanente favorecem essa prática do encaminhamento, fazendo com que muitas vezes os casos graves demorem a serem reconhecidos como situações que precisam de atendimento imediato. A capacitação desses profissionais para aplicação de um questionário de triagem onde são identificados sinais que podem sugerir transtornos mentais nas crianças e adolescentes, pode ser oportuno e eficaz para resolução dessa problemática.

Por entender que os profissionais das equipes de atenção básica são os mais indicados para realizarem esse diagnóstico precoce, sugerimos o uso do Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ), como instrumento facilitador e condutor para a identificação de transtornos mentais da infância: sintomas emocionais, problemas de conduta, hiperatividade e problemas relacionados com os colegas. E que se não identificados e tratados rapidamente podem levar a transtornos mentais graves.

O Objetivo deste Projeto de Intervenção é Promover Oficinas Temáticas com os profissionais que atuam nas ESFs do Distrito Sanitário II do município de Recife para aplicação do Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ) a identificarem precocemente sinais e sintomas de transtornos mentais na infância e adolescência.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Os serviços de atenção psicossocial devem sair da sede do serviço e buscar na sociedade vínculos que complementem e ampliem os recursos existentes. Devem articular-se com todos os recursos existentes no campo da saúde mental, isto é, com a Rede de Atenção à Saúde mental, com o campo da saúde em geral, no âmbito das políticas públicas e no âmbito dos recursos criados pela sociedade civil para organizar-se, defender-se, solidarizar-se. As políticas de saúde mental e atenção psicossocial devem organizar-se em “rede”, formando uma série de pontos de encontro, de trajetórias de cooperação, de simultaneidade de iniciativas e atores sociais envolvidos (AMARANTE, 2007).

A Estratégia do Programa de Saúde da Família é considerada uma das formas de atenção primária em saúde, que tem como foco a família e objetiva reverter o modelo assistencial predominantemente biomédico, centrado na doença e no tratamento. Considera-se que em torno de 80% dos problemas de saúde poderiam e deveriam ser resolvidos no âmbito da rede básica, isto é, com cuidados mais simples (mais não desqualificados), sem muitas sofisticadas tecnológicas de diagnósticos e tratamento (AMARANTE, 2007).

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território (BRASIL, 2007).

É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção, o tratamento de doenças e

a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável (BRASIL, 2007).

A Atenção Básica tem a saúde da família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde. Portanto é de fundamental relevância que esses profissionais estejam atentos e devidamente capacitados para identificarem sinais e sintomas indicativos de prováveis transtornos mentais na infância e adolescência.

Além de um bom treinamento, é importante que as equipes recebam “apoio matricial” para conduzir os casos de saúde mental de forma adequada. Para Campos (1999), o apoio matricial tem como objetivo propiciar retaguarda às equipes que atendem às famílias. Os profissionais da saúde mental devem oferecer o apoio matricial às equipes de saúde da família, contribuindo para que estas consigam o máximo de sucesso em suas intervenções, sem a necessidade de encaminhar as pessoas aos níveis mais complexos de recursos. (AMARANTE, 2007).

As consultas de rotina das equipes de saúde da família podem ser o momento mais oportuno para identificarem os problemas de saúde mental, realizarem uma adequada avaliação e se possível iniciarem medidas de acompanhamento e tratamento adequadas a gravidade do caso. Muitos dos casos encaminhados aos Centros de Atenção Psicossociais Infanto juvenis- CAPSi poderiam ser identificados e tratados na atenção básica, diminuindo substancialmente as demandas à atenção especializada.

No entanto, percebemos a fragilidade dos conhecimentos dos profissionais das equipes, assoberbados por outras demandas e por falta de investimentos dos gestores em capacitar esses profissionais e manter uma política de educação permanente (BRASIL, 2007).

A atenção básica tem potencial para desenvolver dois principais tipos de ações de saúde mental. O primeiro consiste em detectar as queixas relativas ao sofrimento psíquico e prover uma escuta qualificada deste tipo de problemática; o segundo compreende as várias formas de lidar com os problemas detectados, oferecendo tratamento na própria atenção básica ou encaminhando os pacientes para serviços especializados (TANAKA; RIBEIRO, 2009).

Apesar dos esforços da Coordenação Geral da Saúde Mental/DAPE/SAS/MS, a inclusão efetiva de assistência à saúde mental na atenção básica ainda é uma realidade pouco frequente. No documento “Política Nacional da Atenção Básica-2006”, não há nenhuma referência às ações de saúde mental e não há indicadores relativos às ações de saúde mental realizadas pelas equipes do PSF no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), ainda que propostas já tenham sido elaboradas (BRASIL, 2007).

E no caso da saúde mental de crianças e adolescentes as dificuldades são ainda maiores. Somente na primeira década do século XXI, foram implementadas mudanças no panorama das políticas de saúde mental da criança e do adolescente.

Mas essa evolução ainda não conseguiu inserir na agenda das políticas públicas, as especificidades da saúde mental infantojuvenil. Cuidar de crianças não tem sido uma das prioridades das políticas públicas, tanto no Brasil como em boa parte do mundo. No Brasil, instituições religiosas, setores educacionais, de assistência social, filantrópicas, associações de familiares, durante décadas, vêm ocupando um espaço que deveria ser o da política pública. Cada uma destas instituições fazendo a sua própria política, traçando suas diretrizes, sem se remeter ou prestar contas destes cuidados aos setores públicos, que, por sua vez, fecha os olhos às suas diretrizes políticas e éticas (FERREIRA; BONTEMPO, 2012).

Se o movimento da Reforma Psiquiátrica brasileiro fez um significativo e incontestável trabalho de incluir a loucura e o louco na trama social, de tomar a loucura não como doença a ser erradicada, mas como uma questão do sujeito, de mudar a rota do cuidado, da clínica e cunhar caminhos na reabilitação psicossocial, no que tange à criança e ao adolescente, o campo da saúde mental é marcado por um estrondoso silêncio e hesitação no reconhecimento e tratamento da loucura e do sofrimento psíquico grave da criança e adolescente, a serem quebrados e transpostos (FERREIRA, 2004).

A capacitação dos profissionais da atenção básica para o uso de instrumentos padronizados que possam identificar prováveis casos de transtornos mentais de crianças e adolescentes é de

extrema importância, podendo também reconhecer os casos mais graves, possibilitando melhor direcionamento dos recursos disponíveis (DUARTE; BONDIM, 2000).

Um ponto importante é que os instrumentos de avaliação de crianças têm algumas peculiaridades em relação àqueles de avaliação de adultos. Assim, por exemplo, não se pode deixar de considerar que a criança é um ser em desenvolvimento, isto é, apresenta características diferentes dependendo da idade. Para contemplar esse fato, os instrumentos de avaliação utilizados na infância devem, muitas vezes, apresentar versões específicas para diferentes faixas etárias. Assim como no caso dos adultos, uma questão que se coloca é em que medida o melhor modo de avaliação é a observação direta do comportamento ou a formulação de perguntas sobre tais comportamentos (através de questionários ou inventários). Tal opção depende, em grande parte, de qual aspecto está sendo investigado e é inequívoca em alguns casos como, por exemplo, a preferência pelo uso da observação direta para a avaliação da inteligência. No caso das crianças, quando se opta pela formulação de perguntas sobre seu comportamento, imediatamente coloca-se uma outra questão: a quem perguntar? À própria criança? A seu cuidador? A seu professor? De modo geral, tem-se observado que a combinação da opinião de todos esses informantes (cuidador, professor e a própria criança) produz a informação mais adequada (DUARTE; BORDIN, 2000).

Os instrumentos de avaliação utilizados na infância costumam contar também com versões para diferentes informantes. Há instrumentos com diferentes finalidades, sendo possível, de modo padronizado, apenas identificar problemas de saúde mental, efetuar o diagnóstico psiquiátrico do quadro em questão, mensurar o desenvolvimento infantil (em menores de três anos), a inteligência, a adaptação social, a personalidade e dinâmica emocional, entre outras.

A avaliação da saúde mental infantil costuma visar a identificação de crianças que mereceriam uma investigação mais aprofundada. O instrumento mais utilizado mundialmente para identificar problemas de saúde mental em crianças e adolescentes a partir de informações dos pais é o *Child Behavior Checklist* (CBCL), que inclui 118 itens e já foi traduzido em 55 idiomas (BORDIN; MARI; CAEIRO, 1995). Também está disponível no Brasil o Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ), versão brasileira do *Strengths and Difficulties Questionnaire* (FLEITLICH,

CORTAZAR; GOODMAN, 2000). A versão original do SDQ possui propriedades psicométricas adequadas e comparáveis às do CBCL e tem a vantagem de ser composta por apenas 25 questões, sendo de fácil aplicação e dirigida para a avaliação da população geral. No caso do SDQ, diferentemente do CBCL, as áreas examinadas foram definidas conceitualmente com base no DSM-IV (DUARTE; BORDIN, 2000).

Quando a finalidade é a formulação de diagnósticos psiquiátricos (e não apenas a identificação de conjuntos de sintomas), são muitos os instrumentos padronizados existentes. Além da identificação de transtornos psiquiátricos, é importante que a avaliação da saúde mental na infância seja realizada dentro de um contexto mais geral, o que faz necessário considerar diferentes fatores, como os ambientes sociocultural e familiar e outros aspectos do funcionamento da criança. Dentre tais aspectos, salienta-se o desenvolvimento cognitivo, pois seu prejuízo parece estar especialmente relacionado à psicopatologia na infância.

Além do impacto que tais instrumentos tem na prática clínica e na pesquisa, eles constituirão um passo fundamental para a identificação dos problemas de saúde mental infantil mais frequentes em nosso meio e de seus fatores de risco, permitindo o melhor planejamento das políticas de saúde mental na infância e a avaliação das intervenções e tratamentos oferecidos (TANAKA; RIBEIRO, 2009).

3 MÉTODO

O produto utilizado, considerado uma tecnologia de concepção, será a realização de oficinas temáticas que versam sobre as dificuldades nas áreas emocionais e comportamentais que possibilitem a identificação de sinais que caracterizem possíveis transtornos mentais em crianças e adolescentes, sinais esses que fazem parte do Questionário de Capacidades e Dificuldades- SDQ, e o plano de ação se constituirá a partir da capacitação dos profissionais da atenção básica no uso do referido instrumento.

A capacitação será realizada com os profissionais de nível superior das unidades de saúde da família, pertencentes ao Distrito Sanitário II do município de Recife, local onde fica situado o Centro de Atenção Psicossocial Infanto juvenil Professor Zaldo Rocha, com o objetivo de identificar e tratar precocemente sinais e sintomas característicos de transtornos mentais da infância e adolescência. Objetivando com esse procedimento diminuir os encaminhamentos de casos que não são indicados à atenção especializada.

O município do Recife apresentou uma rápida expansão nos serviços de cuidados em saúde mental, nos últimos anos. Hoje os recifenses dispõem de 18 CAPS e 11 Residências Terapêuticas, distribuídos em 6 Distritos Sanitários (RECIFE, 2010). Três desses serviços, são dedicados aos cuidados da saúde mental de crianças e adolescentes, um deles é o CAPSi Professor Zaldo Rocha, localizado no Distrito Sanitário II, responsável sanitário por 3 Distritos, que abrange 59 bairros, o que demanda um número de atendimentos grande para equipe desse serviço.

O CAPSi Professor Zaldo Rocha, foi inaugurado em 06 de maio de 2004, situado na Rua Castro Alves, 143, Encruzilhada, voltado para o público infanto juvenil (crianças de 0 a 14 anos e 11 meses) que apresentam intenso sofrimento psíquico. Composto por uma equipe multidisciplinar de 03 enfermeiras, 03 técnicos de enfermagem, 02 psicólogos, 01 terapeuta ocupacional, 03 assistentes sociais, 02 profissionais de educação física, 01 psiquiatra, 01 pediatra, 02 fonoaudiólogos, 02 auxiliares administrativos, 02 auxiliares de limpeza, 01 de auxiliar de copa, 04 vigilantes, 01 gerente operacional, 01 gerente clínico e 01 gerente administrativo. Funciona de segunda à sexta das 08 às 17 horas.

A rede assistencial do Distrito Sanitário II conta com 01 CAPS ad, 02 CAPS II, 04 Residências Terapêuticas, 01 CAPSi, 01 Centro de Referência Feminino para usuárias de drogas, 20 Unidades de Saúde da Família (USF) com 43 Equipes de Saúde da Família e 23 Equipes de Saúde Bucal, 01 Unidade de Saúde Tradicional (US Tradicional), 01 Unidade Mista (US Tradicional e USF), 07 Programas de Agentes Comunitários (PACS), 03 Academias da Cidade, 01 Unidade de Cuidados Integrals (UCIs)- práticas alternativas, 01 Centro Especializado de Odontologia (CEO), 02 Farmácias da Família, 01 Centro de Vigilância Ambiental (CVA), 01 Policlínica, 01 Serviço de Pronto Atendimento (SPA), 01 Núcleo de Apoio de Práticas Integradas (NAPI), 01 Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD) e 03 Núcleos de Apoio ao Saúde da Família (NASF).

Instrumentos padronizados têm sido cada vez mais utilizados como auxiliares na avaliação de diferentes aspectos da saúde mental de crianças e adolescentes. Na prática clínica, tais instrumentos permitem a documentação do atendimento clínico e muitas vezes podem ser importantes auxiliares no diagnóstico e na avaliação da eficácia do tratamento realizado. (DUARTE, BORDIN, 2000).

O Questionário de Capacidades e Dificuldades - SDQ é um instrumento de triagem diagnóstica para a investigação da saúde mental de crianças e adolescentes e foi desenvolvido por Robert Goodman, em 1997. É composto por 25 itens, subdivididos em cinco sub-escalas de cinco itens cada, medindo hiperatividade, sintomas emocionais, sintomas de problemas de conduta, problemas de relacionamento interpessoal e comportamento pró-social. Para uma melhor identificação é utilizado também o suplemento de impacto que avalia o comprometimento além da presença dos sintomas (CURY; GOLFETO, 2003).

O SDQ pode ser auto-relatado por pais, professores e crianças, e há versões específicas para pais perguntando sobre crianças na faixa etária de três a 16 anos, para os professores perguntando sobre crianças na faixa etária de três a 16 anos, e uma versão de auto-relato para crianças acima de 11 anos. Estas versões diferem apenas em alguns itens.

Sua utilidade foi provada no manejo clínico, a fim de rastrear prováveis transtornos psiquiátricos, obtendo a taxa de prevalência de sintomas comumente presentes na infância e adolescência. Ele também aponta os fatores de risco que influenciam o bem-estar psicossocial das crianças, como

demonstrado em um estudo em que fatores como o peso ao nascer têm uma influência significativa no escore SDQ: entre os meninos o menor peso prevê maior hiperatividade e entre as meninas, prevê problemas nos relacionamentos interpessoais. Além disso, este estudo relata que um ambiente social favorável é um preditor de conduta adequada, ao passo que um ambiente desfavorável aumenta o risco de distúrbios comportamentais (KELLY, et all, 2001).

O SDQ tem características vantajosas: é facilmente aplicado, ele tem um formato compacto de uma página, questiona sobre as capacidades ("tem um bom poder de concentração 'é amado por crianças', 'tenta ser atento"), e não apenas as dificuldades das crianças. Também é vantajoso como um instrumento geral de medição dos sinais e sintomas mais comuns na infância e adolescência: Hiperatividade, problemas de conduta e problemas emocionais.

A aplicação do SDQ em amostras populacionais tem sido eficaz para detectar sinais e sintomas quando respondido por pais, professores e crianças. A combinação de dados a partir destas três informantes aumenta a sua capacidade de rastreamento de distúrbios psiquiátricos.

O questionário já foi traduzido para mais de 40 idiomas, estando disponível na Internet, no www.sdqinfo.com. Em nosso estudo foi utilizado o questionário traduzido para o Português, obtido através da Internet, sem modificações de versões on-line (CURY; GOLFETO, 2003).

4 RESULTADO E ANÁLISE

1. ESTRATÉGIAS

- a) Realização de 02 oficinas temáticas que versem sobre sinais emocionais e comportamentais que fazem parte do Questionário de Capacidades e Dificuldades – SDQ e capacitação de 20 médicos e 20 enfermeiros, das 20 USF pertencentes ao Distrito Sanitário II para aplicação do referido instrumento de avaliação.
- b) Realização de uma oficina por semana em cada microrregião pertencente ao Distrito Sanitário II, divididos da seguinte maneira: Microrregião 1 (08 USF) – 08 médicos e 08 enfermeiros; Microrregião 2 (05 USF) – 05 médicos e 05 enfermeiros, Microrregião 3 (07 USF) – 07 médicos e 07 enfermeiros.

2. METAS

- a) Realização das 02 oficinas temáticas onde serão abordados a hiperatividade, sintomas emocionais, problemas de conduta, problemas de relacionamento interpessoais e comportamento pró- social, temas que fazem parte do contexto do Questionário SDQ.
- b) Registro de um relatório sobre os resultados das oficinas temáticas.

3. RESULTADOS ESPERADOS

- a) 02 oficinas realizadas em cada microrregião do DS II.
- b) Profissionais da Atenção Básica capacitados para a aplicação do SDQ no processo diário de trabalho das ESF.
- c) Plano de educação permanente, com discussão sistemática no apoio matricial voltada para a identificação precoce dos casos de transtornos mentais de crianças e adolescentes atendidas pelas ESF do DS II.
- d) Relatório final concluído.

4. PLANO OPERATIVO

a) Período do Estudo: Maio à Dezembro/2014

b) Área do Estudo: 20 USF do DS II- Recife

c) População de Referência: 20 Médicos e 20 Enfermeiros das 20 USF do DS II

4.1 Etapas de Desenvolvimento do projeto:

Etapa 1. Apresentação do projeto de intervenção à Coordenação de Saúde Mental de Recife:

a) Agendar uma reunião com a Coordenação de Saúde Mental de Recife para apresentar este projeto de intervenção, com o objetivo de análise e aprovação.

Etapa 2. Realização de duas oficinas, durante o horário de reunião técnica que acontece uma vez por semana nas USF para apresentação do projeto e capacitação junto aos profissionais das ESF;

a) Realizar primeira oficina, com duração de 4h, abordando a teoria. Nos primeiros 10 minutos, enfatizar o objetivo e proposta das oficinas; em seguida, em 30 minutos, estimular fala livre sobre o tema e anotar as questões apresentadas. Na próxima 1h20, estimular leitura em grupos de textos sobre os sinais apresentados no SDQ, tais como: sintomas emocionais, problemas de condutas, hiperatividade, problemas relacionados aos colegas e comportamento pró-social.; realizar intervalo de 15 minutos; na próxima 1h35, realizar discussão sobre a leitura, sendo anotados os pontos principais no data show. Possibilitar 10 minutos para avaliação sobre o encontro, com uma palavra;

b) Realizar segunda oficina, com duração de 4h, abordando a prática, utilizando o modelo do Questionário para Capacidades e Dificuldades- SDQ, versão de auto-relato para crianças e adolescentes. Nas primeiras 2h, trabalhar com apresentação de um caso selecionado pela equipe, identificando toda passagem pela unidade, desde a chegada, ações propostas/desdobramentos. Realizar intervalo de 15 minutos. Na próxima 1h35, discutir a apresentação e anotar estratégias, enfocando o aprimoramento da identificação de sinais sugestivos de transtornos mentais. Possibilitar 10 minutos para avaliação sobre o encontro, com a marcação de carinhas.

Etapa 3. Elaboração e apresentação do Relatório Conclusivo:

- a) Descrever resultados das oficinas em um relatório a ser apresentado à Coordenação de Saúde Mental do Município de Recife;
- b) Apresentação descritiva do relatório aos profissionais da Coordenação de Saúde Mental do Município do Recife.

Etapa 4. Plano de Educação Permanente com realização de discussão sistemática sobre a identificação precoce e tratamento dos transtornos mentais de crianças e adolescentes.

- a) Realizar encontros bimensais com duração de 2 h nas USF, com todos os profissionais capacitados para atualizar e acompanhar a atuação da equipe na prática da aplicação do SDQ. Acolhimento, nos primeiros três meses após as oficinas, passando posteriormente para encontros trimestrais no prazo de um ano. Realizar discussão livre e anotação das estratégias para aprimoramento da prática.
- b) Reavaliar após um ano, a necessidade e periodicidade de atualizações e acompanhamento sobre o tema com as equipes.

5 ASPECTOS OPERACIONAIS

5.1 Cronograma das atividades

	PREVISÃO	EXECUÇÃO
ATIVIDADES	INÍCIO	TÉRMINO
1) Apresentação do projeto à Coordenação de Saúde Mental do Recife	Mai/2014	Mai/2014
2) Realização da 1ª oficina	Junho/2014	Julho/2014
3) Realização da 2ª oficina	Agost/2014	Setemb/2014
4) Elaboração e Apresentação do Relatório conclusivo	Outub/2014	Outub/2014
5) Plano de Educação permanente com realização de discussão sistemática sobre saúde mental da infância e adolescência	Dezemb/2014	Dezemb/2014
6) Avaliação	Junho/2015	Junho/2015

5.2 Recursos Humanos

Profissionais Médicos e Enfermeiros da Atenção Básica, que serão convidados através de Comunicação Interna- CI, informando local, data, horário e discriminação das atividades propostas, assim como sua relevância frente aos problemas enfrentados durante os atendimentos de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico nas Unidades de Saúde da Família do Distrito Sanitário II.

5.3 Recursos Materiais

- a) Papel ofício;
- b) Papel 40 kg;
- c) Lápis pilot cores diversas;
- d) Cópias dos questionários SDQ;
- e) Canetas;
- f) Data show;

g) Notebook básico.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A integração dos CAPS infantis com a atenção básica, por meio do Matriciamento e dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), desenvolvendo ações de saúde mental em parceria com os profissionais das equipes de saúde da família e agentes comunitários de saúde é fundamental para a continuidade do cuidado, desenvolvendo ações de promoção e reabilitação de saúde que excedem os limites dos serviços propriamente ditos. Outro aspecto relevante do desenvolvimento conjunto de ações de saúde mental no contexto da atenção básica é a possibilidade da busca ativa, identificando situações que não chegam aos serviços.

Esse tipo de problema pode ser dirimido se a equipe estiver bem capacitada para reconhecer sinais e sintomas de transtornos mentais e aptos para conduzir o paciente ou encaminhá-lo de acordo com a gravidade do caso. Profissionais capacitados fazem toda a diferença para esses seres humanos em desenvolvimento que estão precisando de toda a atenção para se transformarem em adultos saudáveis e com a saúde mental organizada.

Observamos a magnitude e a relevância dos problemas de saúde mental em crianças e adolescentes que reforçam a necessidade da existência de políticas de abrangência nacional para o enfrentamento deste importante problema de saúde pública. Também é imprescindível avaliar os recursos humanos disponíveis, além de um número adequado, é importante ressaltar a qualificação específica que estes profissionais precisam dispor. Capacitação adequada para as equipes que trabalham com crianças e adolescentes é fundamental e deve ser prevista desde o início da implantação da política.

Apesar das dificuldades, é necessário que se construam, no cotidiano dos serviços e das redes de saúde mental, práticas avaliativas concretas que contribuam para a construção do novo modelo psicossocial de cuidado em saúde mental de crianças e adolescentes e o uso de instrumentos de avaliação que possam ajudar nessa prática pode fazer a diferença.

O uso de instrumentos que facilitem a detecção dos sintomas na área do desenvolvimento emocional e da saúde mental, e que permitam a realização de avaliações mais precisas, também pode ajudar na detecção precoce e no direcionamento do tratamento. É importante ressaltar que o

SDQ não faz diagnósticos definitivos de transtornos mentais, seu escore clínico apenas aponta um provável diagnóstico, ou seja, a presença de sintomas.

Esperamos que essa sensibilização, através de oficinas temáticas para aplicação do SDQ, possam despertar o interesse desses profissionais da atenção básica na busca de novos conhecimentos para uma detecção precoce e tratamento adequado de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. Saúde mental e atenção psicossocial. **Temas em saúde**. 3º edição. Ed. Fiocruz. Rio de Janeiro, 2007.

BORDIN, I. AS; MARI J.J.; CAEIRO, M. F. Validação da versão brasileira do “Child Behavior Checklist” (CBCL) – **Inventário de Comportamentos da Infância e da Adolescência**: dados preliminares. Rev ABPAPAL, 1995.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Cadernos de Textos de Apoio da III Conferência de saúde Mental**. Brasília, 2001.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde: **Resolução N° 196/96**. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 1996.

BRASIL. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental no SUS**: os Centros de Atenção Psicossocial, MS, Secretaria de Atenção à Saúde, Brasília, 2004.

BRASIL. Departamento de Atenção Básica. Série Pactos pela Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Vol 4. Brasília, 2007.

BRASIL. **Lei n° 10216**, de 06 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, 2001.

BRASIL. **Portaria Ministerial n° 336**, de 19 de fevereiro de 2002. Brasília, 2002.

BRASIL. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. **Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental**: 15 anos depois de Caracas. Brasília, 2005.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE-DAB. Saúde mental na atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários [site na Internet].[acessado 2007 out 8]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/diretrizes.pdf>

CURY, R. ; GOLFETO, J. H. Pontos fortes e dificuldades questionário (SDQ): um estudo de crianças em idade escolar em Ribeirão Preto. **Rev. Bras. Psiquiatria**, vol. 25. São Paulo, 2003.

DALGALARRONDO, Paulo. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. 2ª edição. Ed. Artmed. Porto Alegre, 2008.

DUARTE, S. C.; BORDIN, I. AS. Instrumentos de Avaliação. **Rev. Bras. Psiquiatria**, vol. 22.n 2. São Paulo, 2000.

FERREIRA, T. Acriança e a saúde mental: **enlaços entre a clínica e a política**. Ed. Autêntica. Belo Horizonte, 2004.

FERREIRA, T. ; BONTEMPO, V. L. Crianças e adolescentes: **o cuidado em saúde mental- o trabalho feito por muitos**. 1ª edição. Ed. CRV. Curitiba, 2012.

FLEITLICH, B. W.; CORTAZAR P.G.; GOODMAN R. Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ). Vol 8. **The Strengths and Difficulties Questionnaire**. Infanto, 2000.

KELLY, Y. J. et all. O peso ao nascer e problemas de comportamento em crianças: um efeito modificável? **International Journal of Epidemiology**. 2001.

POLANCZYK, G. V.; LAMBERTE, M. T. M. R. Psiquiatria da infância e adolescência. **Coleção pediatria**. Instituto da criança HC- FMUSP. Ed. Manole. São Paulo, 2012.

RECIFE. Prefeitura. **Plano municipal de saúde 2010/2013**. Recife, 2010.

TANAKA, O. Y.; RIBEIRO. E. L. Ações de saúde mental na atenção básica: caminhos para ampliação da integralidade da atenção. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**. Vol. 14. Rio de Janeiro, 2009.

ANEXOS

Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ-Por)

Instruções: Por favor, em cada item marque com uma cruz o quadrado que melhor descreva a criança. Responda a perguntas da melhor maneira possível, mesmo que você não tenha certeza absoluta ou se a pergunta lhe parecer estranha. Respostas com base no comportamento da criança nos últimos seis meses.

Nome da Criança

Masc

Data de Nascimento

	Falso	Mais ou mais verdadeira
Tem consideração pelos sentimentos de outras pessoas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não consegue parar sentado quando tem que fazer a lição ou comer; mexe-se muito, esbarrando em coisas, derrubando coisas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muitas vezes se queixa de dor de cabeça, dor de barriga ou enjôo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tem boa vontade em compartilhar doces, brinquedos, lápis ... com outras crianças	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frequentemente tem acessos de raiva ou crises de birra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
É solitário, prefere brincar sozinho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geralmente é obediente e faz normalmente o que os adultos lhe pedem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tem muitas preocupações, muitas vezes parece preocupado com tudo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tenta ser atencioso se alguém parece magoado, aflito ou se sentindo mal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Está sempre agitado, balançando as pernas ou mexendo as mãos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tem pelo menos um bom amigo ou amiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frequentemente briga com outras crianças ou as amedronta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frequentemente parece triste, desanimado ou choroso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Em geral, é querido por outras crianças	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Facilmente perde a concentração	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fica inseguro quando tem que fazer alguma coisa pela primeira vez, facilmente perde a confiança em si mesmo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
É gentil com crianças mais novas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frequentemente engana ou mente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outras crianças 'pegam no pé' ou atormentam-no	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frequentemente se oferece para ajudar outras pessoas (pais, professores, outras crianças)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pensa nas coisas antes de fazê-las	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rouba coisas de casa, da escola ou de outros lugares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se dá melhor com adultos do que com outras crianças	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pensando no que acabou de responder, você acha que seu filho/a tem alguma dificuldade? Pode ser uma dificuldade emocional, de comportamento, pouca concentração ou para se dar bem com outras pessoas.

	Não	Sim- pequenas dificuldades	Sim- dificuldades bem definidas	Sim- dificuldades graves
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Se você respondeu "Sim", por favor responda às seguintes questões sobre estas dificuldades:

• Há quanto tempo estas dificuldades existem?

	Menos de 1 mes	1-5 mêses	6-12 mêses	Mais de 1 ano
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

• Estas dificuldades incomodam ou aborrecem seu filho/a?

	Nada	Um pouco	Muito	Mais que muito
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

• Estas dificuldades atrapalham o dia-a-dia do seu filho/a em alguma das situações abaixo?

	Nada	Um pouco	Muito	Mais que muito
DIA-A-DIA EM CASA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AMIZADES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
APRENDIZADO ESCOLAR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ATIVIDADES DE LAZER (PASSEIOS, ESPORTES ETC.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

• Estas dificuldades são um peso para você ou para a família como um todo?

	Nada	Um pouco	Muito	Mais que muito
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nome completo (em letra de forma)

Data