



Health
Residencies
Journal (HRJ).
2023;4(19):55-67

Artigos de
Temas Livres

DOI:

[https://doi.org/10.51723/
hrj.v4i19.754](https://doi.org/10.51723/hrj.v4i19.754)

ISSN: 2675-2913


Qualis: B2

Recebido: 19/12/2022

Aceito: 04/01/2023

A construção do cuidado em saúde mental infantojuvenil na Atenção Primária à Saúde

The construction of mental health care for children and adolescents in Primary Health Care

Taís Souza Santos¹ , Jessika Larissa Sousa Lima² , Aline Fernanda de Sá
Reis Barbosa³ 

¹ Assistente Social, Especialista em Saúde Mental do Adulto. Profissional de Saúde Residente do Programa Multiprofissional em Saúde Mental Infantojuvenil (ESCS/FEPECS/SES-DF).

² Assistente Social do Ministério Público do Estado de Goiás (MP GO), Mestre em Política Social pelo Programa de Pós-Graduação em Política Social (PPGPS).

³ Nutricionista da Secretaria Estadual de Saúde do Distrito Federal (SES-DF), Unidade Básica de Saúde da Asa Sul. Preceptora do Programa Multiprofissional em Saúde Mental Infantojuvenil (ESCS/FEPECS/SES-DF).

Correspondência: taistati.souza@gmail.com

RESUMO

Introdução: a construção do cuidado em saúde mental de crianças e adolescentes no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), perpassa pela colaboração interdisciplinar, por meio das práticas desenvolvidas pelos profissionais das equipes de Saúde da Família (eSF) junto aos profissionais do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), com destaque ao apoio matricial entre os serviços da atenção secundária de saúde mental infantojuvenil. **Objetivo:** compreender como os profissionais das equipes de Saúde da Família (eSF) e do NASF-AB da Unidade Básica de Saúde (UBS) 1 da Asa Sul lidam com as demandas de saúde mental infantojuvenil do território e as estratégias de cuidado que são desenvolvidas. **Metodologia:** trata-se de um estudo qualitativo, com caráter descritivo, realizado por meio de pesquisa de campo. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas, utilizando-se um roteiro previamente elaborado. Para análise das entrevistas foi utilizado o método de análise de conteúdo, sendo escolhidos 3 eixos de categorias chaves. **Resultados:** através da análise das entrevistas, evidenciou-se que os profissionais, na sua maioria, entendem o público infantojuvenil enquanto sujeitos de direitos, levando em conta as suas especificidades, no entanto, ainda permanecem alguns desafios. **Conclusão:** necessidade do fortalecimento das equipes para que se possam efetivar as ações no âmbito do território, como também a ampliação do apoio matricial junto aos serviços especializados de saúde mental infantojuvenil.

Palavras-chave: Saúde mental; Criança; Adolescente; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Introduction: the construction of mental health care for children and adolescents in the context of Primary Health Care (PHC), permeates interdisciplinary collaboration, through practices developed by professionals from the Family Health teams (FHT) together with professionals from the Nucleus Extended Family Health and Primary Care (NEFH-PC), with emphasis

on matrix support between secondary care services for child and adolescent mental health. **Objective:** to understand how professionals from the Family Health Teams (FHT) and NEFH-PC teams at the Basic Health Unit (BHU) 1 of Asa Sul deal with the demands of child and youth mental health in the territory and the care strategies that are developed. **Methodology:** this is a qualitative study, with a descriptive character, carried out through field research. Semi-structured interviews were carried out, using a previously elaborated script. For the analysis of the interviews, the content analysis method was used, choosing 3 axes of key categories. **Results:** through the analysis of the interviews, it was evidenced that the professionals, for the most part, understand the children and youth public as subjects of rights, taking into account their specificities, however, some challenges still remain. **Conclusion:** need to strengthen teams so that actions can be carried out within the territory, as well as the expansion of matrix support with specialized child and youth mental health services.

Keywords: Mental health; Child; Adolescent; Primary Health Care.

INTRODUÇÃO

A construção do cuidado em saúde mental de crianças e adolescentes no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), perpassa pela colaboração interdisciplinar, por meio das práticas desenvolvidas pelos profissionais das equipes de Saúde da Família (eSF) junto aos profissionais do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), tendo em vista que este tem como papel principal o apoio matricial, cumprindo também a sua função pedagógica no âmbito do serviço e, além disso, destacamos a importante relação do apoio matricial entre os serviços da atenção secundária de saúde mental infantojuvenil com a APS¹.

A APS é a porta de entrada para os serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), e frente à reorganização dos serviços ambulatoriais de saúde mental infantojuvenil do Distrito Federal (DF) em 2021, que passaram a acolher as demandas por meio do Sistema de Regulação, entende-se ser fundamental que os profissionais da APS desenvolvam ou aprimorem habilidades e ferramentas para melhor atender essas demandas e direcioná-las, quando necessário, aos serviços especializados. Além disso, a APS tem como objetivo ordenar a Rede de Atenção à Saúde (RAS), devendo estar qualificada para a atenção à saúde mental de crianças e adolescentes, no sentido de cogerir os casos com os demais dispositivos da rede².

Além disso, a APS tem como princípio possibilitar o primeiro acesso das pessoas ao sistema de Saúde, incluídas aquelas que demandam o cuidado em saúde

mental. As ações são desenvolvidas em um território delimitado e geograficamente conhecido, o que possibilita aos profissionais de saúde, conhecer a história de vida das pessoas e os seus vínculos com a comunidade/território onde vivem, bem como outros elementos que fazem parte do contexto de vida¹.

Assim, o cuidado em saúde mental na Estratégia Saúde da Família (ESF) constitui uma estratégia importante para o processo de desinstitucionalização e “desmedicalização” da vida e dos processos de sofrimento psíquico, como defende Amarante³ e, como previsto na agenda de luta do movimento pela Reforma Psiquiátrica Brasileira, contribuindo na ampliação do acesso e redução de estigmas e preconceitos, podendo ser efetiva no manejo de muitas situações, mesmo nas situações que exijam o compartilhamento do cuidado e parceria com serviços especializados da saúde mental¹.

Levando em conta a importância da APS no atendimento à saúde, na sua integralidade, incluindo a saúde mental, é fundamental compreender como esse nível de atenção oferta esse cuidado a crianças e adolescentes, tendo em vista que é o primeiro ponto de acesso deste público, com as suas variadas demandas, sendo uma oportunidade de contato para o acolhimento, observação e orientações às famílias, mesmo quando a queixa não esteja diretamente relacionada com demandas específicas de saúde mental¹.

No Brasil, quando nos referimos ao cuidado em saúde ao público infantojuvenil, torna-se importante reconhecer que o olhar às crianças e adolescentes enquanto sujeitos de direitos, só vieram a se efetivar recentemente. Antes da promulgação da Constituição

Federal de 1988, tivemos um histórico de ações de controle do Estado sobre esse público, pautado em um modelo de assistência centrado na institucionalização, principalmente de crianças e adolescentes pobres^{4,5}. Já no tocante à saúde mental infantojuvenil, somente em 2005 foram estabelecidas orientações para efetivação da referida política, tendo as suas diretrizes alinhadas aos princípios fundamentais estabelecidos no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)⁶.

Atualmente, dentre as legislações que visam a proteção de crianças e adolescentes, temos o ECA, regulamentado pela Lei N° 8.069/1990, orientado pelo paradigma da proteção integral, que considera a criança e o adolescente como sujeitos de direitos e pessoas em condição peculiar em desenvolvimento⁷. No âmbito da Política de Saúde, especificamente a de Saúde Mental Infantojuvenil, as ações devem estar pautadas no referido paradigma, reconhecendo as crianças e adolescentes como sujeitos integrais e a saúde enquanto um direito. No documento intitulado, "Atenção Psicossocial a Crianças e Adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos"⁵ afirma-se que:

Na discussão sobre a saúde como um direito, é imprescindível o fortalecimento de um modelo de atenção organizado a partir de redes de atenção à saúde, de maneira pactuada entre as diferentes esferas de gestão e articulada intersetorialmente, de acordo com cada especificidade de cada região, de forma a responder às necessidades da população infantojuvenil⁵.

O referido documento traz a importância do fortalecimento de um modelo de atenção que esteja organizado de acordo com a especificidade de cada território, assim como está preconizado o modelo da Atenção Primária à Saúde (APS), articulada com os outros pontos de atenção à saúde, reforçando que os equipamentos e pontos de atenção devem estar preparados para viabilizar o acolhimento e devido cuidado a esses sujeitos⁵. É fundamental que estes serviços estejam articulados intersetorialmente com as demais políticas públicas, como assistência social, educação, segurança pública, justiça, dentre outras, tendo em vista que quando falamos do cuidado ampliado à saúde, nos referimos, também, ao acesso aos direitos fundamentais².

Portanto, o presente estudo foi construído a partir da realização de uma pesquisa com os trabalhadores da UBS 1 da Asa Sul, com a intenção de analisar a oferta de cuidado em saúde, de crianças e adolescentes, pela equipe profissional da instituição. Foi possível identificar, de forma geral, que as equipes se mostram abertas ao atendimento do público infantojuvenil e que predomina uma postura de respeito à criança e ao adolescente enquanto sujeitos de direitos e em desenvolvimento, dando espaço para a escuta e, quando necessário, é feita a articulação junto aos demais dispositivos da rede de saúde e da rede intersetorial, como escolas, conselho tutelar e assistência social. Destaca-se que as equipes conseguem, na sua maioria, realizar o acolhimento e acompanhamento de crianças e adolescentes, mas se deparam com alguns desafios, como a dificuldade de promover ações de saúde no território, executar o Programa Saúde na Escola (PSE), força de trabalho escassa para as demandas de saúde, pandemia de covid-19 e a falta de matriciamento. Para a estruturação e organização dos resultados e discussão, buscou-se conectar as categorias centrais de análise, que foram escolhidas com base nos objetivos da pesquisa e que também apareceram nas falas dos entrevistados. Para tanto, foi realizado uma breve análise sobre a organização da APS no âmbito do DF e suas legislações, bem como um estudo sobre a interface saúde mental infantojuvenil e atenção primária, fazendo a articulação entre as falas dos entrevistados.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, com caráter descritivo, realizada por meio de pesquisa de campo. De acordo com Minayo, Deslandes e Gomes⁸, a pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares, trabalhando com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes. Assim, o estudo foi realizado com profissionais da saúde que fazem parte das equipes de Saúde da Família e do NASF da UBS 1 da Asa Sul. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas, utilizando-se um roteiro previamente elaborado. Ressalta-se que o trabalho seguiu as normas e diretrizes da Resolução do Conselho Nacional de Saúde, N° 466/2012 e a coleta de dados foi realizada após aprovação em Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS) com autorização da gravação da voz por parte dos participantes e da

pesquisadora, sob o nº CAAE: 57953722.0.0000.5553 e parecer substanciado nº 5.419.265. Assim, considerando que a UBS 1 da Asa Sul conta com 7 equipes de Saúde da Família, a proposta inicial era entrevistar pelo menos 1 profissional de cada equipe (médico ou enfermeiro, incluindo os residentes, e pelo menos 1 técnico de enfermagem) e 2 profissionais do NASF-AB, no entanto, ao final foram entrevistados 4 profissionais das eSF e 2 profissionais do NASF-AB.

Como critérios de inclusão da pesquisa, participaram os profissionais que compõem as eSF e o NASF-AB, com no mínimo 6 meses de experiência no serviço e que já atenderam crianças e/ou adolescentes. Ficaram excluídos os profissionais com no mínimo 6 meses de experiência no serviço, que não se identificaram com a proposta da pesquisa e a não adesão ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Para análise e interpretação dos dados, foi utilizado o método de análise de conteúdo, tendo em vista que possibilita caminhar na descoberta dos conteúdos manifestos, indo além das aparências do que está sendo comunicado⁵. Foram escolhidos 3 eixos de categorias-chaves, a partir dos objetivos específicos que, também, serviram de guias para construção do roteiro da entrevista. As categorias escolhidas foram: Atenção Primária à Saúde, Crianças e Adolescentes e Saúde Mental. Ressalta-se que as categorias se comunicam com a discussão teórica e análise das entrevistas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Tendo como base as categorias de análise escolhidas – Atenção Primária à Saúde; Crianças e Adolescentes e Saúde Mental –, bem como as entrevistas realizadas junto aos profissionais de saúde da UBS 1 da Asa Sul, buscou-se articulá-las ao arcabouço teórico que trata do objetivo da pesquisa, as quais se conversam nos tópicos de discussão abaixo.

RETRATOS DA ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO DISTRITO FEDERAL

Ao falarmos na oferta de cuidado em saúde no âmbito da Atenção Primária em Saúde (APS) no

Distrito Federal (DF), é fundamental conhecermos os processos de mudanças no modelo de organização que se deram nos últimos anos, especialmente entre os anos de 2016 e 2018, com a implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF) por meio do CONVERTE-APS-DF. Ressalta-se que o presente tópico tem como objetivo fazer um breve levantamento das legislações e mudanças que ocorreram na APS do DF, a partir dos anos citados, para que se entenda a atual organização do modelo de saúde e da oferta de cuidado direcionada à população, especialmente ao público infantojuvenil.

Em 2016 foi lançado o Programa Brasília Saudável, com foco no fortalecimento da APS no DF, por meio de ações alinhadas e coordenadas pela Secretaria de Estado de Saúde (SES/DF), na qual se buscou articular e otimizar os serviços de Urgência e Emergência, Atenção Ambulatorial Especializada e Atenção Hospitalar⁹. Assim, para alcançar o que foi proposto pelo programa, foi realizado o processo de Conversão Progressiva, conhecido como CONVERTE-APS, que consistiu na alteração do modelo tradicional^A de Atenção Primária para uma organização baseada na ESF, com a proposta de ampliar a cobertura em todas as Regiões de Saúde, implantar equipes de Saúde da Família (eSF) nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), reorganizar os fluxos entre os serviços de saúde com construção de linhas de cuidado e diretrizes clínicas, buscando assim, o aumento da resolutividade das demandas da população, com acesso próximo ao domicílio do usuário⁹.

No âmbito do DF, temos a Portaria Nº 77/2017¹¹ que estabelece a Política de Atenção Primária à Saúde e a Lei 6.133/2018¹², que estabelece a ESF como modelo da APS, com promoção de medidas para o seu fortalecimento. Assim, segundo a referida portaria, as eSF são responsáveis por um território geograficamente delimitado, considerando os critérios de vulnerabilidade, compostas por um médico de família e comunidade (40h), um enfermeiro ou um enfermeiro de família e comunidade (40h), 40 a 80 horas de técnicos de enfermagem e até 6 Agentes Comunitários de Saúde, sendo a atuação das eSF feita em conjunto com os profissionais de diversas especialidades do NASF-AB¹¹.

^A O modelo hegemônico era caracterizado pela oferta de uma atenção à saúde verticalizada, centrada no médico, individualista e de pouca resolutividade. Segundo Fonseca¹⁰, a atenção primária funcionava de forma desorganizada, em que cada centro de saúde tinha um conjunto de serviços diferentes, com atendimentos de especialistas focais, principalmente clínicos, ginecologistas e pediatras que trabalhavam de acordo com suas próprias agendas.

Durante a pesquisa, algumas considerações foram colocadas pelos entrevistados, quanto aos impactos das mudanças que ocorreram na APS, a partir da implantação do CONVERTE. Foi destacado pelos profissionais entrevistados que, na prática, muitas vezes o que está estabelecido nas legislações, ainda é muito distante da realidade do serviço e que, apesar dos avanços, permanecem inúmeros desafios, entre eles a dificuldade e/ou resistência de alguns profissionais em atuarem pelo prisma do novo paradigma, e o contexto de pandemia de covid-19, que trouxe impactos significativos nos processos de trabalho da UBS, tendo em vista que o foco principal tornou-se o combate ao vírus, testagens, atendimento da população infectada e vacinação.

“Há pouco tempo a gente conseguiu alguns ACSs e, mesmo assim, é aquele contrato temporário, e daqui a pouco você não sabe se vai ter ou não vai ter. Os ACSs a maioria não são também nem do território, são de outras regiões do DF, então não conhece muito a comunidade.” (E1).

“Em 2018 eu cheguei pelo concurso público, já nessa unidade, em um processo inicial de sair do modelo de Centro de Saúde para UBS e isso interfere muito até hoje em como ela funciona. Então, são 4 anos com uma pandemia no meio mas, que as equipes estão se constituindo ainda, muitos médicos não são médicos de família e muitos enfermeiros não têm formação em enfermagem de saúde da família.” (E3)

“A gente não tinha ACS, agora a gente tem um agente comunitário por equipe, que parece de fato que é para o trabalho não acontecer de fato como precisava.” (E3)

“Teve gente que não se converteu de verdade. Sabemos.” (E5)

A fala desses entrevistados, reverbera um problema que há muitos anos a APS enfrenta e que, ainda hoje, não temos uma ação efetiva, como é o caso da pouca quantidade de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para compor as eSF e a desconfiguração das equipes de um modo geral, o que incide na capacidade de cobertura e nas condições de oferta de cuidado de modo qualificado.

Outro ponto fundamental a ser destacado nos processos de mudanças das legislações, é a instituição do Programa Previne Brasil por meio da Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019, em que propõe a mudança no modelo de financiamento da APS¹³. A referida portaria institui a implantação de um modelo gerencialista, colocando condicionalidades ao custeio da APS pelo governo federal, baseado na capacitação ponderada, incentivo para ações estratégicas e pagamento por desempenho, ou seja, tem como base o cadastramento para que seja ofertado o acompanhamento e cuidado aos usuários inscritos¹⁴. Seta, Ocké-Reis e Ramos¹⁴, trazem o questionamento que a parametrização automática de uma eSF como responsável por 2.000 a 4.000 pessoas pela nova proposta não significa acesso e atendimentos efetivos, tampouco o cadastramento no modelo simplificado, podendo induzir a busca por cadastramento, sem incentivo financeiro federal significativo para aumentar o número de equipes e seguimento do cuidado. Segundo Mendes, Melo e Carnut¹⁵, o novo modelo de alocação de recursos federais à APS, tem como foco o acesso aos aspectos de cadastramento dos mais pobres, principalmente, apoiado na lógica do desempenho e afastando-se por completo da lógica basilar da atenção primária e da universalidade do sistema. Além desse conjunto de mudanças propostas pelo Previne Brasil, é importante destacar que no âmbito da saúde, tivemos em 2016, a aprovação da Emenda Constitucional nº 95 que congela o teto de gastos sociais, que se constitui como uma medida de desfinanciamento, que fortalece o desmonte do SUS e fragiliza a possibilidade de dar sequência a uma APS construída ao longo da implementação do SUS¹⁵.

Portanto, trazer esse panorama geral de mudanças que ocorreram no âmbito da política de saúde no DF e no Brasil, articulado à percepção dos profissionais entrevistados, nos faz compreender melhor como está sendo ofertado o cuidado em saúde à população, e os impactos dessas mudanças na prática cotidiana.

A SAÚDE MENTAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Após trazer um panorama sobre a organização da APS no DF, ressalta-se que, primeiramente, ao falarmos sobre o cuidado em saúde, é fundamental partirmos da concepção de integralidade do sujei-

to, em que não é possível dissociar a saúde mental da saúde geral. Por esse motivo, é necessário reconhecer que muitas demandas e queixas relacionadas à saúde mental, partem de sujeitos diversos que chegam aos serviços de saúde, especialmente à APS. A APS é primordial, tendo vista ser a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponíveis na rede¹⁶. No âmbito da APS do Distrito Federal, temos a Estratégia de Saúde da Família (ESF), que se constitui como estratégia prioritária para a sua organização, tendo como foco as famílias, visando reverter o modelo assistencial predominantemente biomédico, centrado na doença e no tratamento¹⁰. Amarante³ reforça que a ESF representa o início da possibilidade de reversão do modelo centrado na doença, investindo na promoção da saúde e na defesa da vida, educando a comunidade e desenvolvendo práticas de pensar e lidar com a saúde.

Assim, levando em consideração o papel da APS e a pluralidade de demandas que chegam aos serviços, entende-se que é nesse nível de atenção que também chegam as queixas relacionadas à saúde mental de crianças e adolescentes, cabendo aos profissionais o desafio de perceber e propor intervenções de cuidado sobre essas demandas. De acordo com as entrevistas realizadas na UBS 1 da Asa Sul, destaca-se que cada equipe entrevistada atende uma microárea delimitada, com características específicas, em que as demandas de atendimento de crianças e adolescentes também têm características próprias.

“Hoje a UBS é porta de entrada da saúde, e sendo porta de entrada, todos os casos vão bater aqui. Então muitas situações de saúde que a gente identifica, às vezes situações até de cunho físico, quando a gente entra na história, a gente vai ver o fator emocional. Então, não dá para separar. Todos os atendimentos envolvem fatores emocionais. E está cada vez pior. E são em todos os públicos, em especial à criança e ao adolescente; com a pandemia piorou um pouco mais esse quadro. Essa demanda da saúde mental está bem gritante dentro da saúde de forma geral, e na UBS está assustadora. Posso dizer que hoje, 80% dos nossos atendimentos são relacionados à saúde mental.” (E1).

“Aqui, eu tenho observado muito, em todas as idades mas, com relação a infantojuvenil teve um aumento muito grande da procura de distúrbios alimentares, distúrbios compulsivos, distúrbios de relacionamento interpessoal, distúrbios de volta à escola e relacionamento com os colegas, na faixa infantojuvenil. Vários distúrbios mesmo que vão, desde episódios de depressão, aí episódios graves, de alterações alimentares né.” (E2).

“Antes da pandemia, tínhamos mais segmentos de puericultura, de crescimento e desenvolvimento, tínhamos mais atendimento de adolescentes. Durante a pandemia foi um desaparecimento desse público, inacreditável. Estão adoecendo em casa mentalmente, né. Existe demanda reprimida com certeza. Porque, quando não estava em uma época pandêmica, com essa coisa toda de isolamento e das idas e vindas, tinha adolescente chegando, bastante casos de sofrimento mental, *cutting*, ansiedade e depressão, espectro autista, atraso de linguagem, várias situações que a gente acionou o NASF e aciona sempre que aparece para apoiar a gente.” (E3).

Destaca-se que as falas dos profissionais acima mostram que a UBS atende todos os ciclos de vida, dando destaque que nem todas as equipes têm na sua maior parte das demandas o atendimento de crianças e adolescentes, reforçando o ponto das características da microárea do território que a equipe atende. Ademais, é fundamental pontuar os impactos da pandemia nesses atendimentos, tendo em vista que, como identificado nas entrevistas, houve um desaparecimento ou diminuição de demandas relacionadas ao atendimento de crianças e adolescentes, o que por outro lado, também foi salientado, que houve uma intensificação das demandas de saúde mental de forma geral, e identificaram-se barreiras para a realização de intervenções no território, inclusive devido à pandemia de covid-19.

“Nesses últimos 2 anos da pandemia nós recebemos muito mais crianças e jovens, por estarem mais presentes em casa. Então, a Atenção Primária tenta socorrer uma demanda mais urgente, mas não tem pernas para manter terapias.” (E4).

“Aqui na UBS o público é bem variado, desde criança, adolescente, adulto, na maioria mulheres, idosos, gestantes. Então, a gente

busca fazer aqui na equipe o acesso avançado. Então a gente não bloqueia agenda para atendimento específico, não tem essa história de “ah, segunda de manhã é gestante, terça de tarde é criança”, não tem isso. É acesso avançado, então a gente agenda pré-natal, crescimento e desenvolvimento, com saúde do idoso tudo misturado. A gente atende a população nos seus mais variados ciclos de vida, claro, a maioria é composta por mulheres de todas as idades.” (E5).

“Especificamente na UBS da Asa Sul, o principal público é de idosos, a população da asa sul é mais idosa. Então a gente não tem tanta criança. Tanto que os CDs (crescimento e desenvolvimento) são bem reduzidos. A gente ainda tem aquela característica da mulher que vem, tem o pré-natal, se declara moradora da Asa Sul, mas essa criança não volta pra fazer o CD. Então a população é mais velha.” (E6).

De acordo com o relatório final¹⁷ do documento Grupo de Trabalho de Territorialização da Região Central^B, foram identificados alguns desafios às ações de territorialização na referida região como, baixo número de ACS; eSF inconsistentes por déficit de algum dos profissionais da equipe mínima, inclusive os ACSs; população adscrita superdimensionadas; equipes com pouca experiência em ferramentas de territorialização, muito focadas nas atividades ambulatoriais; alto índice de absenteísmo; verticalização de boa parte dos territórios da região central, o que dificulta o uso de algumas ferramentas de territorialização, como contagem de telhados e acesso aos domicílios, levando às eSF a terem que repensar suas práticas de forma a adequar a esta realidade.

Assim, partindo dos desafios do referido documento e das entrevistas realizadas com os profissionais, salienta-se outra característica do território da UBS da Asa Sul, que é o atendimento da população flutuante, composta por trabalhadores e estudantes da

região, que utilizam os equipamentos públicos, como, também, um território composto na sua maioria por pessoas na faixa etária entre 20 e 69 anos, com pouca presença de crianças e adolescentes¹⁷. Além disso, se trata de um território vivo, heterogêneo que, ao mesmo tempo em que cobre a região central de Brasília, à qual possui um dos mais altos Índices de Desenvolvimento Humano (IDH) do país, nos deparamos com territórios extremamente vulneráveis que fazem parte da área de abrangência da UBS 1 da Asa Sul, como a Vila Cultural, a Vila Telebrasil, a Vila dos Pescadores, Setor Comercial Sul e outras ocupações¹⁷. Destacam-se também, além das características citadas, os desafios postos com a pandemia de covid-19, a qual trouxe impactos como desemprego, perda de renda e maior procura das famílias que perderam o plano de saúde¹⁷.

Assim sendo, quando falamos da produção de cuidado à saúde geral e à saúde mental, é fundamental que todos os atores que ofertam esse cuidado, conheçam as características gerais do território e da microárea que atendem e, se tratando de crianças e adolescentes, é crucial que seja priorizada a garantia de direitos, colocando-os enquanto sujeitos de direitos que também são responsáveis por esse cuidado. Ressalta-se que foi apenas no início do século XXI, que a saúde mental infantojuvenil foi colocada na agenda de lutas^C, sob uma perspectiva baseada no princípio da proteção integral e na premissa de crianças e adolescentes enquanto sujeitos de direitos e com a proposta de cuidado em liberdade¹⁸. Aqui temos dois marcos fundamentais na mudança de paradigma para a construção de uma nova concepção de crianças e adolescentes: a Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança, realizada pela Organização das Nações Unidas (ONU) em 1989, da qual o Brasil é signatário, e a promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), tornando-se o marco orientador das novas ações e políticas voltadas para esse público¹⁸.

Desse modo, partindo dessa concepção, possibilitada pelo marco dos direitos humanos, e a III Confe-

^B A Superintendência Regional de Saúde Central (SRSC) é composta por 9 UBS na composição dos seus serviços, vinculadas hierarquicamente à Diretoria de Atenção Primária à Saúde (DIRAPS) e geridas localmente por 8 Gerências de Serviços de Atenção Primária (GSAP). Compõe ainda nessa região uma equipe de Consultório na Rua, a qual possui consultório volante e está lotada na GSAP 01 – Asa Sul¹⁷.

^C Destaca-se que houve uma inserção tardia da saúde mental infantojuvenil na agenda da saúde pública brasileira e no processo conhecido como Reforma Psiquiátrica. Foi apenas a partir da III Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 2001, que as crianças e adolescentes com demandas de saúde mental foram incluídas no campo psicossocial¹⁸.

rência Nacional de Saúde Mental (CNSM), permitiu-se reconhecer que crianças e adolescentes são passíveis de um sofrimento psicossocial e que devem ter prioridade na garantia de seus direitos, incluindo o cuidado à saúde. Mas, para que isso seja concretizado, é necessário que o profissional de saúde paute as suas ações sob o prisma do paradigma dos direitos humanos, promovendo um espaço de escuta, pois, ao falarem sobre si e ao se identificarem com suas próprias histórias, a criança e o adolescente veem possibilidades de encontrar novos significados e novas formas de inserção na sociedade e na família⁵.

Durante as entrevistas, os profissionais pontuaram como são realizados os atendimentos junto às crianças e adolescentes.

“Quando a família vem aqui com uma demanda, muitas vezes algumas equipes são mais preparadas para ter essa escuta mais qualificada, e outras já não têm. Digo equipe em termos de profissionais também. Então é bem diversificado aqui em relação a esse preparo de tá fazendo essa escuta qualificada. Tanto de saúde mental, quanto a demandas das famílias. O NASF hoje dá um suporte grande, mas ainda muito incipiente, porque a nossa estrutura de NASF hoje é bem carente de profissionais; a gente não tem uma referência em saúde mental, para dar uma ajuda mais de conteúdo voltado para a saúde mental, mas a gente consegue de certa forma até com apoio da Residência de Saúde Mental deslançar um pouco em algumas situações que são demandadas, em termos de tá acompanhando a família, de buscar entender melhor esse contexto familiar, ver quais são as intervenções que a gente pode tá ajudando nessa organização desse contexto familiar e direcionar também para os serviços.” (E1).

“Existe espaço para a escuta da criança e do adolescente. Toda a anamnese superficial é feita na presença dos pais, até para que a gente possa se apresentar, gerar um vínculo com o pai também, criar um elo de confiança com o pai, com os pais, mas a gente vai observando pelos trejeitos do paciente, a forma como ele às vezes se volta para si próprio, aquele embotamento que não permite que a gente aprofunde o assunto, aí às vezes eu peço sim, pro pai e para mãe dar uma licença para que essa criança ou esse adolescente possa falar de forma mais aberta.” (E2).

“Para mim, como falo em toda consulta, sempre tem um elemento de saúde mental aparecendo. Então, o papel da equipe de saúde da família é estar atento para esses elementos, né, que aparecem. É óbvio que fica muito mais limitante quando se tem um sofrimento mental maior. Então, quando a gente fala de saúde mental, a gente ainda acaba cometendo o mesmo erro de pensar em doença mental né. Então eu sempre tenho um olhar para o sofrimento. E quando a pessoa chega para mim com dor de cabeça, eu também trago nas minhas hipóteses diagnósticas o sofrimento. Será que essa pessoa está com algum sofrimento, com um conflito familiar, algum conflito no trabalho, algum conflito na escola? Alguma situação pode estar acontecendo que pode contribuir com essa dor de cabeça? Tá no meu jogo do raciocínio, pensar saúde mental como parte da saúde integral. É um exercício para mim.” (E3).

“Dentro dos atendimentos profissionais, você tem as várias consultas que você pode tá remarcando, mas o alcance do trabalho de saúde mental e a gravidade com que a gente identifica o desajuste emocional das crianças e dos adolescentes, foge do alcance do profissional que faz a linha de frente. Ele identifica, mas ele não consegue dar uma sequência mais profunda pra gerar um tratamento, uma cura. A gente consegue nortear para onde ele poderia estar, porque a atenção primária nesta unidade, por exemplo, não tem um psicólogo que estaria gerenciando as demais orientações de saúde mental.” (E4).

Partindo do paradigma da atenção psicossocial e dos princípios da ESF, observa-se que nem todos os profissionais das equipes têm um olhar ampliado sobre o processo de sofrimento psicossocial das crianças e adolescentes atendidas. Em algumas falas, percebe-se ainda o foco partindo de uma concepção biologizante de saúde mental, não levando em conta os determinantes sociais que atravessam ou que muitas vezes são centrais no processo de adoecimento desses sujeitos, como as violências de gênero, raça, etnia, sexualidade, entre outros. Outro ponto a ser destacado é que ainda hoje, apesar dos avanços que tivemos no âmbito da política de saúde mental, ainda predomina a ideia de que apenas o psicólogo e o psiquiatra são profissionais capacitados para atender as demandas de saúde mental. Ressalta-se que a equipe multidiscipli-

nar tem papel crucial nesse cuidado, fazendo emergir os fatores que determinam o sofrimento psicossocial. Quando os serviços que ofertam atendimentos a esse público, partem da perspectiva que rege as políticas de saúde mental, como a Lei 10.216/2001, estes passam a assumir uma função social, possibilitando ações emancipatórias e enfrentamento de estigmas e determinismos⁵.

Outro ponto presente em uma das falas foi a dificuldade de estabelecer o vínculo com a criança ou adolescente, o que parece ser uma fragilidade do profissional frente às especificidades do público infantojuvenil. Quais as estratégias podem ser utilizadas para estabelecer uma relação de confiança e como deve ser a abordagem?

“Noto que muitas crianças, elas têm dificuldade de contactar com o examinador, com o profissional na consulta. Então, é muito difícil sustentar o olhar, olho no olho; é difícil falar; é difícil às vezes, assim, uma coisa é quando a pessoa fala por iniciativa própria “olha eu vim aqui por causa disso, disso e daquilo, eu sinto isso, isso e aquilo, meus dias tão assim, assim e assado” e muitas vezes a criança ela não fala, ela não tem essa familiaridade com o profissional, e mesmo quando a gente tenta perguntar, são respostas muito monossilábicas, simplórias, não são respostas tão estruturadas. Então, a gente às vezes tem dificuldade de alcançar a criança por causa disso. Então, se o acompanhante, seja o pai, a mãe ou avô, não tiver essa percepção e não trouxer esses dados, fica muito difícil. Muitas vezes, inclusive a última adolescente que eu atendi, foi a mãe que trouxe, porque ela veio com as duas filhas, foi uma consulta em família, e aí, a primeira filha tinha uma demanda com a atenção secundária com especialista e a segunda filha, a mãe ficava “e o que mais, fala pra ela”, até que a gente realmente abordou a questão do comportamento, a questão que ela não tolerava ruído, não conseguia socializar, e aí eu encaminhei para o Adolescentro. Quanto mais jovem é o indivíduo, mais difícil, porque às vezes a pessoa não consegue elaborar que aquele comportamento está trazendo sofrimento e precisa de ajuda.” (E5).

Ainda segundo os entrevistados, são utilizadas estratégias no cuidado de crianças e adolescentes com

demandas de saúde mental, no entanto, os desafios na oferta desse cuidado estão presentes, principalmente no contexto de pandemia, em que as equipes tiveram que reorganizar seus processos de trabalho, o que impacta a oferta dos atendimentos e de ações no território.

“Não temos estratégias no território voltadas para esse público. Temos o PSE, mas assim, é feito só em algumas escolas, onde elas se cadastram a cada 2 anos, e elas pactuam algumas ações que acham mais críticas nas escolas; e aqui, a gente tenta, sofredamente, organizar com as equipes a possibilidade de algumas abordagens. Mas é muito difícil, também, porque é bem sofrida a articulação com as equipes. O nosso território, a maioria das escolas, são compostas por famílias e alunos que não são moradores da área; é outra situação difícil para a gente, de dar continuidade; então, é algo bem pontual nas escolas.” (E1).

“Tem muitas coisas que a gente poderia entrar que a gente ainda não faz, com toda a potência que a gente tem, em termos de saúde mental, de ir mais nos espaços públicos, nos aparelhos de Estado ou não, nas escolas, pensar um pouco como se produz saúde mental territorialmente, né. Abrindo espaços para diálogo, para escuta, para conversa. Eu acho que a gente faz nessa unidade, a gente faz isso engatinhando ainda. Eu não tenho certeza se pelo tempo de história da saúde da família nesta unidade, se pela pandemia que dificultou muitas coisas. Mas o que a gente fazia, para mim, o estabelecimento de vínculo de confiança com a comunidade e com a equipe de saúde, já é uma estratégia. Fazer uma visita domiciliar, ir andando pra comunidade e fazer ser visto, para mim já é uma estratégia de estabelecer esse vínculo. A gente fazia reuniões de equipe na casa de uma moradora para estabelecer maior vínculo e se mostrar disponível. Óbvio que isso tem a ver com acesso, mas também de poder conversar com as pessoas sobre como elas estão, poder orientar sobre como a gente enfrenta as situações.” (E3).

“Durante a pandemia, por exemplo, fizemos uma ação com professores de uma escola bem no início da pandemia, que a gente foi conversar sobre saúde mental e pandemia, por exemplo, *online* naquele momento ain-

da. Então, eu acho que tem estratégias, mas não é o forte, sabe. Assim, acontecem coisas muito interessantes e potentes, mas não são o centro da nossa UBS pensar estratégias coletivas, sejam elas educação em saúde bem tradicional, inclusive com palestrinha, nem isso a gente faz muito, mas também essas estratégias de pensar saúde mental mais amplamente.” (E3).

“As ações são insuficientes, porque você não tem como comandar ações com um número reduzido de profissionais, que atendem de mamando a caducando de todas as ordens. Que tem que ver o paciente como um todo, e o todo de hoje gera muito o problema de saúde mental. É como se uma ação primária fosse pequena para o público que a gente atende. Acho que o grupo que a gente tem aqui hoje pode promover grupos, tentar fazer essa ajuda e essa chamada. Dentro do consultório consegue fazer uma boa conversa, acalmar, tentar vincular o paciente, trazê-lo mais vezes com a gente, mas devido à demanda muito alta, e pacientes que não são da região, às vezes até super frequentadores, limitam a entrada às vezes de um paciente com mais necessidade. Dentro do limite da equipe e do NASF, a gente faz 100% do que a gente consegue.” (E4).

“Relacionado à intervenção no território, passado esse momento mais crítico da pandemia, foram feitas ações voltadas no PSE, Programa Saúde na Escola. Esse ano eu participei de três ações relacionadas à dengue, saúde bucal e ingestão de vitamina A. Foram 3 ações mais relacionadas ao público infantojuvenil. Mas fora isso, no território, não tem nenhuma ação concreta.” (E6).

Destaca-se que, no período da pandemia foram realizadas ações pontuais voltadas ao público infantojuvenil, sendo pontuadas as fragilidades das equipes, como a pouca quantidade de profissionais e até mesmo equipes incompletas, para que essas ações fossem efetivadas. Apesar de boa parte dos profissionais reconhecerem a potencialidade da APS, as barreiras para a efetivação das ações são maiores, impossibilitando, por exemplo, as ações no território e até mesmo na própria unidade de saúde. Destaca-se, também, que todas as equipes reconhecem o papel do NASF-AB nos atendimentos, principalmente nos casos mais com-

plexos, que requerem uma atenção mais próxima e articulada à rede intersetorial.

“Ultimamente, apesar dos problemas que têm surgido, a gente não conseguiu abordar esse tipo de problema ainda dentro dos nossos projetos de promoção e prevenção. A gente consegue abordar quando os pacientes estão dentro da unidade, mas a promoção e prevenção, elas são muito além da Unidade Básica de Saúde. Inclusive a maior parte dela não se encontra dentro da unidade básica de saúde, ela vai se encontrar dentro da comunidade seria a microárea em que esse paciente está inserido, os contatos próximos, escola, as atividades, entendeu, lideranças comunitárias e tudo tá muito voltado pro covid. Todos os casos que nós fazemos atendimento compartilhado que depois o paciente tem um momento só com o NASF ou que ele volta só com o enfermeiro ou só com o médico, a gente faz uma discussão de caso depois, entre todos os envolvidos, em algum momento nesse processo, para poder discutir porque surgem ideias são muito bem aproveitadas, como já falei, o NASF tem uma capacidade criativa maravilhosa de tá permeando essas relações interfamiliares, de conseguir a confiança da criança e do adolescente.” (E2).

“Então, às vezes eu busco inclusive o NASF para um atendimento em conjunto ou um segmento. A atenção primária, a estratégia saúde da família, a equipe da estratégia saúde da família tem que entender que aquele paciente nunca vai deixar de ser seu; o paciente nunca vai deixar de ser meu, ele sempre vai voltar para mim; então eu acho que alguns profissionais não tem muito claro, mas eu tenho isso muito claro, o paciente sempre vai voltar para mim, ele é meu, não no sentido de posse, mas no sentido que a atenção primária é ordenadora do cuidado né, então para onde ele vai eu tenho que saber.” (E5).

Amarante³ pontua que, apesar da relação entre saúde mental e APS ser uma relação primordial, na prática, é necessário que as eSF estejam familiarizadas com a concepção mais geral da reforma psiquiátrica e da reforma sanitária, entendendo ambas como processos sociais complexos que visam a melhoria da assistência. Assim, além dessa aproximação com a construção das lutas pela saúde pública, universal

e equitativa, o apoio matricial é crucial para que as equipes possam conduzir os casos de saúde mental de forma mais adequada.

“O CAPSi já se colocou à disposição para participar do matriciamento, isso já faz um tempo, para discutir caso/matriciar, a gente faz até chamada de vídeo. A primeira vez que a gente fez isso com o CAPSi foi super difícil; a gente teve que pegar a equipe à laço e ela simplesmente não falou nada durante a discussão. Estou dando um exemplo porque é mais ou menos essa realidade. A maioria das equipes faz isso, pega a situação, põe para o NASF e toma que o filho é teu. O CAPS II da Asa Norte, faz uns dois anos que existe essa articulação.

A nossa taxa de encaminhamentos caiu bastante desde que nós começamos a ter uma parceria com o CAPS. A gente tem uma vez por mês matriciamento aqui, em que vem a psiquiatra ou, não tendo o matriciamento, nós temos a disponibilidade de discussão de casos pontuais. Então a gente teve melhora da assertividade no tratamento, inclusive de casos resistentes e melhora também da comunicação.” (E2).

“A primeira coisa que a gente faz, de caso mais complexo de saúde mental de criança e adolescente, a gente chama o NASF para discutir, fazer interconsulta. Eu acho que o NASF daqui, consegue ajudar a gente. A residência de saúde mental rodando aqui, qualificou muito isso também, sabe. A residência tá aqui há 1 ano e meio, pandemia, então deu para perceber o NASF ficando mais atento para essas questões, porque eu acho que os programas de residência fazem os preceptores também aprenderem.” (E3).

“Em termos de saúde mental infantojuvenil, o principal parceiro que nós temos é o Adolescente, mais juvenil do que infante. Eu acho que não chegamos a fazer trabalho juntos, mas, eu sei que, encaminhando pessoas para lá, fazendo o referenciamento, que essa pessoa vai ser bem acolhida e bem atendida. Por vários motivos, a proximidade da UBS, de lá, a gente conhece profissionais que trabalham lá, o SISREG funciona nesse sentido também, não é demoradíssimo. A gente tinha antes mais facilidade do porta aberta, mas mesmo com o SISREG a gente tem conseguido mandar as pessoas pra lá que precisam. O CAPSi

eu nem sei se ele existe ainda. A relação com o CAPSi é muito ruim. É ruim porque eu não sei nem se ele existe. A gente tem mais relação com o CAPS adulto e o AD. Mas tem essa coisa, o Adolescente eu acho que tem mais uma utilização do serviço, e o COMPP, que eu acho que é uma pena tá do jeito que tá.” (E3).

As ações de matriciamento que a UBS tem, são articuladas com o CAPS Adulto, evidenciando uma invisibilidade do CAPS Infantojuvenil. Ressaltamos que, apesar da existência do projeto Construindo Redes do CAPSi de referência para a UBS, se trata de um projeto que ainda não teve alcance nas equipes da unidade de saúde. Destacamos que as ações de matriciamento são essenciais quando se trata do cuidado à saúde mental, tendo em vista a possibilidade de trocas entre as equipes e maior efetivação desse cuidado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao analisar como são efetivadas as ações de cuidado em saúde mental ao público infantojuvenil no âmbito da UBS 1 da Asa Sul, os resultados evidenciaram que os profissionais, na sua maioria, entendem o público infantojuvenil enquanto sujeitos de direitos, que devem ser acolhidos e escutados, levando em conta as suas especificidades, no entanto, em algumas falas ainda estão presentes um olhar biologizante, que tende a levar em conta a doença e não os sujeitos na sua integralidade.

Os resultados revelados evidenciam, também, a necessidade do fortalecimento das equipes para que se possam efetivar as ações no âmbito do território como, também, a ampliação do apoio matricial junto aos serviços especializados de saúde mental infantojuvenil. Além disso, os processos de educação permanente são estratégias potentes como forma de qualificar o cuidado em saúde nesse nível de atenção, ressaltando-se a importância do NASF-AB e das Residências Multiprofissionais no apoio dos casos considerados complexos e que demandam cuidados e olhares de diversos atores. Ademais, é importante reforçar a necessidade da interlocução com a rede intersetorial, principalmente no que se refere ao cuidado de crianças e adolescentes em sofrimento psicossocial.

Mesmo com as limitações do estudo, tendo em vista o recorte no qual a pesquisa foi realizada,

em apenas uma UBS do DF, com território específico, a qual nem todas as equipes participaram, entende-se que, o presente estudo contribui para ampliação da discussão da interface entre saúde mental infantojuvenil e APS, trazendo à tona que, apesar dos avanços, ainda temos muitos desafios na

oferta desse cuidado. O estudo oferece elementos para se otimizar as estratégias de cuidado, reforçando a urgência de investimentos no âmbito da política de saúde do DF, tendo em vista que o cuidado é responsabilidade de um conjunto de atores e instituições.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Mental. *Cadernos de Atenção Básica*, n. 34. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
2. Brasil. Ministério da Saúde. *Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos*. Ministério da Saúde, Conselho Nacional do Ministério Público. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
3. Amarante P. *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. 4. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007. 123 p.
4. Brasil. [Constituição (1988)]. *Constituição da República Federativa do Brasil* [internet]. Brasília, DF: Senado Federal; 2020 [acesso em 2022 jan 22]. 498 p. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm
5. Brasil. Ministério da Saúde. *Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos*. Ministério da Saúde, Conselho Nacional do Ministério Público. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
6. Brasil. Lei Nº 8.069, de 13 de julho de 1990. *Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências*. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília; 1990.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil*. Brasília; 2005.
8. Minayo MC de S, Deslandes SF, Gomes R. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Vozes, Edição 26 – Petrópolis/RJ; 2007.
9. Brasília. *Brasília Saudável: Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal*. Documento de Referência. Brasília: 2016.
10. Fonseca HLP da. A Reforma da Saúde de Brasília, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(6): 1981-1990. Brasília: 2019.
11. Brasília. Portaria Nº 77, de 14 de fevereiro de 2017. *Estabelece a Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal* [Internet]. 2017 [acesso em 2022 set 15]. Disponível em: http://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/b41d856d8d554d4b95431cdd9ee00521/ses_prt_77_2017.html
12. Brasília. Lei Nº 6.133, de 06 de abril de 2018. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. *Estabelece a Estratégia Saúde da Família como modelo da atenção primária do Distrito Federal e promove medidas para o seu fortalecimento* [Internet]. 2018 [acesso em 2022 set 15]. Disponível em: http://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/a9fbb858bd494419b79c811af964892a/Lei_6133_06_04_2018.html
13. Brasil. Lei Nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. *Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017*. Ministério da Saúde. [Internet]. 2019 [acesso em 2022 out 22]. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/sauedegis/gm/2019/prt2979_13_11_2019.html

14. Seta MH de, Ocké-Reis CO, Ramos ALP. Programa Previne Brasil: o ápice das ameaças à Atenção Primária à Saúde? *Ciência & Saúde Coletiva* 26(Supl. 2): 3781-3786; 2021.
15. Mendes Á, Melo MA, Carnut L. Análise crítica sobre a implantação do novo modelo de alocação dos recursos federais para a atenção primária à saúde: operacionalismos e improvisos. *Cad. Saúde Pública* 2022; 38(2): e00164621. Ensaio: 2022.
16. Brasil. Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. *Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)*. Ministério da Saúde; Brasília: 2017.
17. Nascimento GL, et al. (org.). Grupo de trabalho de territorialização da região central de saúde do Distrito Federal: relatório final. *Universidade de Brasília*. [internet]. 2021 [acesso em 2022 nov 16]. Disponível em: https://issuu.com/simetrarq/docs/grupo-de-trabalho-de-territorializa_o-da-regi_o-c
18. Couto MCV, Delgado PGG. Crianças e adolescentes na agenda política da saúde mental brasileira: inclusão tardia, desafios atuais. *Psic. Clin.*, Vol. 27, N. 1, P. 17-40. Rio de Janeiro: 2015.

