



Vamos falar de saúde mental infantil? Um estudo do impacto de formação especializada em saúde mental infantil para médicos e técnicos de cuidados de saúde primários

Rita Amaro,¹ Sofia Vaz Pinto,¹ Catarina Garcia Ribeiro,¹ Maria Francisca Magalhães,¹ Nuno Araújo Duarte,¹ Juan Sanchez,^{2,3} Pedro Caldeira da Silva^{2,4}

RESUMO

Introdução: A intervenção em saúde mental na infância e adolescência deve ser uma prioridade, tendo em conta a elevada prevalência das perturbações mentais nesta faixa etária associadas a uma alta taxa de comorbilidade e a tendência à cronicidade de psicopatologia para a idade adulta. A literatura realça a importância de descentralizar os cuidados de saúde mental infantil, promovendo uma intervenção baseada na comunidade e em interface entre os serviços especializados e os cuidados de saúde primários.

Métodos: Realização de uma formação sobre saúde mental infantil, dirigida a médicos e técnicos dos cuidados de saúde primários. Os participantes, no início e no final do curso, responderam a um questionário de 22 perguntas, elaborado pela comissão científica. Os resultados foram avaliados através do *Teste Qui Quadrado de Pearson*.

Resultados: Do total de 120 participantes, 109 questionários foram preenchidos no início (90% dos participantes) e 97 questionários foram preenchidos no final da ação de formação (81% dos participantes). A diferença na pontuação dos questionários inicial e final global foi estatisticamente significativa (valor $p < 0,05$, intervalo de confiança de 95%), sendo a média de respostas corretas dos questionários iniciais de 75,15% e dos questionários finais de 86,40%. Em 15 das 22 questões foi obtida uma diferença estatisticamente significativa.

Discussão e Conclusão: Tendo em consideração os resultados é possível reconhecer o impacto significativo que esta formação parece ter tido na aquisição de novos conhecimentos em saúde mental infantil. A equipa de cuidados de saúde primários é uma área privilegiada de articulação, com o potencial de promover estratégias de prevenção e promoção da saúde mental, identificar os problemas precocemente, intervir nos casos menos graves e referenciar aos serviços especializados atempadamente. A equipa de saúde mental deve colaborar com as diferentes estruturas comunitárias, em consultoria, formação, coordenação ou catalisação de iniciativas ou projetos.

Palavras-chave: Saúde mental infantil; Articulação; Promoção; Prevenção; Psiquiatria da infância e adolescência; Medicina geral e familiar.

1. Médico Interno de Psiquiatria da Infância e Adolescência. Hospital Dona Estefânia, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central. Lisboa, Portugal.

2. Médico Assistente Hospitalar Graduado de Psiquiatria da Infância e Adolescência. Hospital Dona Estefânia, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central. Lisboa, Portugal.

3. Chefe da Clínica de Pedopsiquiatria. Hospital Dona Estefânia, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central. Lisboa, Portugal.

4. Chefe da Unidade da Primeira Infância – Centro de Estudos do Bebê e da Criança. Diretor da Especialidade de Psiquiatria da Infância e Adolescência. Hospital Dona Estefânia, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central. Lisboa, Portugal.



INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas tem vindo a ser reforçada a importância da prestação de cuidados de saúde mental nos cuidados de saúde primários (CSP).¹ Neste sentido, na literatura científica são preconizadas intervenções de saúde mental em articulação entre os serviços de psiquiatria e os CSP, nomeadamente para as perturbações clínicas mais frequentes. Segundo a mesma fonte, em Portugal, na área específica dos CSP, os dados disponíveis apontam para uma prevalência global de problemas de saúde mental entre os 29 e os 59% e ainda, comparando Portugal com outros países europeus, a utilização de serviços de saúde mental é relativamente baixa (1,7% vs 5-8%) ao passo que a utilização dos CSP é proporcionalmente mais elevada (7% vs 11%).

O tratamento das perturbações mentais no contexto dos CSP tem sido destacado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) desde 2001² como uma medida fundamental para permitir a intervenção precoce e diminuição do estigma nestas doenças. Desde então, vários documentos nacionais foram elaborados preconizando a sua implementação, nomeadamente o *Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016*³ e o relatório *Saúde Mental em Números*, de 2015, no âmbito da *Joint Action on Mental Health*,⁴ através da descentralização dos serviços de saúde mental, da integração de cuidados de saúde mental no sistema geral de saúde e da implementação de programas de formação curricular aos profissionais dos cuidados primários para este fim. Estas necessidades são reforçadas na atualização do Plano de Saúde Mental da OMS 2013-2020,⁵ destacando-se a importância dos profissionais especializados em saúde mental alargarem o seu papel de ação a intervenções baseadas na comunidade; e na extensão do Programa Nacional de Saúde Mental 2017,⁶ defendendo como uma necessidade nuclear a monitorização periódica de indicadores pertinentes à caracterização da saúde mental das populações-alvo, assim como o desenvolvimento de ações de prevenção e promoção neste âmbito nos CSP.

Contactos regulares entre os serviços especializados de saúde mental e os centros de saúde representam uma forma de melhorar o reconhecimento e a gestão das perturbações mentais comuns nos CSP e como forma de promover a ligação com especialistas de saúde mental, encorajando a referência dos pacientes nos

dois sentidos e oferecendo supervisão quando necessário. Num estudo sobre as propostas de melhoria dos cuidados de saúde mental por parte de médicos de CSP,⁷ a consultoria de psiquiatria revelou-se um dos recursos desejados por todos os médicos de medicina geral e familiar que participaram e é considerada a melhor via de contacto entre os dois níveis de cuidados. As reuniões, para além da discussão e tomada de decisões terapêuticas, têm ainda uma forte componente formativa e de articulação.⁸ Pese embora o reconhecimento consensual deste benefício, as dificuldades de implementação permanecem atualmente em todas as regiões do país, face às exigências de trabalho clínico sentidas pelos serviços de CSP e serviços hospitalares de psiquiatria da infância e adolescência.

Face à necessidade de demonstrar habilidades e competências específicas para avaliar, diagnosticar, tratar, apoiar e encaminhar efetivamente pessoas com perturbações mentais têm vindo a ser amplamente defendidas e investidas várias modalidades de formação dos profissionais dos CSP na área da saúde mental.⁹ A forma de implementação de programas formativos tem sido estudada em diferentes países, a título de exemplo no Reino Unido, um programa de sensibilização de saúde mental para médicos de medicina geral e familiar,¹⁰ no qual os clínicos devem realizar um conjunto de sessões disponibilizado através de formação presencial e sessões de *e-learning for healthcare* interativas, que visam a abordagem e tratamento das principais perturbações de saúde mental de gravidade ligeira a moderada nos CSP. Não obstante, a literatura carece de resultados sobre a eficácia destes programas formativos e não existe evidência de um modelo único de boas práticas que possa ser seguido por todos os países; pelo contrário, a aplicação regional adequada de princípios amplos mostrou-se eficaz.⁹

Face ao exposto procurou-se um programa de promoção de saúde mental viável às exigências descritas, através da implementação de um programa de formação em saúde mental infantil dirigido a médicos de medicina geral e familiar e a outros profissionais de saúde inseridos noutros serviços na comunidade com interesse por esta área.

MÉTODOS

Com este projeto pretende-se avaliar o impacto da



formação em saúde mental infantil, lecionada por psiquiatras da infância e adolescência, no conhecimento teórico de médicos, enfermeiros, psicólogos e terapeutas dos cuidados de saúde primários.

Participantes

Os participantes do estudo compreendem os participantes da ação formativa «*Vamos falar de Saúde Mental Infantil? Pensar a Psiquiatria da Infância e Adolescência além dos serviços especializados – Módulo Desenvolvimento Psico-Afetivo da Infância e Adolescência*», que se destinou a médicos de medicina geral e familiar, enfermeiros, psicólogos e terapeutas da comunidade, num total de 120 participantes.

Instrumentos

Foi promovida uma ação formativa denominada «*Vamos falar de Saúde Mental Infantil? Pensar a Psiquiatria da Infância e Adolescência além dos serviços especializados*», com uma duração de catorze horas de formação intensiva, distribuída por dois dias, com os seguintes objetivos no âmbito da saúde mental infantil: sensibilização para a importância da saúde mental no desenvolvimento, observação do estado mental, distinção entre normal e patológico, reflexão acerca de sinais de alarme, diagnóstico diferencial, discussão de critérios de referência para a consulta de psiquiatria da infância e adolescência, pensar a necessidade de articulação e aproximação dos serviços para uma abordagem holística da saúde mental da criança e adolescente.

A ação formativa foi realizada sob dois formatos: formação em auditório para todos os participantes englobando os objetivos gerais da formação, supracitados, sob a temática geral do módulo de formação «*Desenvolvimento Psico-Afetivo da Infância e Adolescência*», cujas sessões se encontram descritas no programa em anexo, e formação específica, em formato de oficinas, em grupos de 25 participantes sobre os temas: *Falar através do desenho – A importância do desenho no desenvolvimento infantil; A família no processo terapêutico; e Identificar a criança em risco.*

A divulgação do evento foi realizada internamente no Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central (CHULC) e externamente para as Unidades de Saúde Familiar, através da Unidade Coordenadora Funcional

e de redes sociais criadas para o efeito, havendo um universo total de 120 vagas.

No início e no fim da ação de formação, os participantes responderam a um questionário de 22 perguntas de verdadeiro/falso, elaborado pela comissão científica do curso e baseado nos conteúdos das formações teóricas lecionadas em auditório. O questionário aplicado, respondido de forma anónima e com consentimento por parte dos participantes para a realização deste estudo, foi idêntico no início e fim da formação. Os resultados foram avaliados através do *Teste Qui Quadrado de Pearson* para pontuação 0 (resposta incorreta) e pontuação 1 (resposta correta).

RESULTADOS

No curso «*Vamos Falar de Saúde Mental Infantil? Pensar a Psiquiatria da Infância e Adolescência além dos serviços especializados – Módulo Desenvolvimento Psico-Afetivo da Infância e Adolescência*» participaram, de um total de 120 participantes, 59 médicos (49,2% dos participantes), 24 psicólogos (20%), 21 enfermeiros (17,5%), sete terapeutas (5,88%) e nove pessoas que não responderam (7,5%).

Recuperou-se um total de 109 questionários validados preenchidos no início (90% dos participantes) e 97 questionários validados preenchidos no final da ação de formação (81%).

A pontuação dos questionários inicial e final global foi estatisticamente significativa (valor $p < 0,05$, para um intervalo de confiança de 95%) com um valor $p 4,176 \times 10^{-14}$, sendo a média de respostas corretas dos questionários iniciais de 75,15% e dos questionários finais de 86,40%. Em 15 das 22 questões obteve-se uma diferença estatisticamente significativa entre os questionários aplicados no início e no fim.

A análise por *Teste Qui Quadrado de Pearson* da co-taçao de cada questão individualmente encontra-se descrita na Tabela 1.

DISCUSSÃO

No que diz respeito à divulgação do evento destaca-se a página da rede social criada para o propósito, que reuniu um total de mais de 4.500 interessados, tendo as 120 vagas disponíveis para o curso «*Vamos falar de Saúde Mental Infantil? Pensar a Psiquiatria da Infância e Adolescência além dos serviços especializados* –

TABELA 1. Média e valor *P* two-tail por questão

Questão	Média Inicial	Média Final	Valor <i>P</i> (<i>T</i> <= <i>T</i>) two-tail
1	0,852	1	0,0001667 ***
2	0,685	0,896	0,0007344 ***
3	0,667	0,938	3,103x10 ⁻⁰⁶ ***
4	0,713	0,677	0,7544
5	0,935	0,031	2,2x10 ⁻¹⁶
6	0,963	1	0,1296 NS
7	0,833	0,917	0,08624 NS
8	0,889	1	0,00104 **
9	0,954	0,990	0,2134 NS
10	0,241	0,729	8,21x10 ⁻¹¹ ***
11	0,574	0,75	0,006422 **
12	0,889	0,990	0,00729 **
13	0,685	0,854	0,01537 *
14	0,824	0,979	0,001288 **
15	0,556	0,875	1,677x10 ⁻⁰⁶ ***
16	0,278	0,677	34,351x10 ⁻⁰⁷ ***
17	0,694	0,938	43,917x10 ⁻⁰⁵ ***
18	0,565	0,875	1,677x10 ⁻⁰⁶ ***
19	0,611	0,083	9,663x10 ⁻¹⁴
20	0,139	0,135	1 NS
21	0,685	0,969	1,29x10 ⁻⁰⁶ ***
22	0,796	0,979	0,0007154 ***

Legenda: * valor *p* 0,01-0,05 = estatisticamente significativo. ** valor *p* 0,001-0,01 = estatisticamente muito significativo. *** valor *p* <0,001 = estatisticamente extremamente significativo. NS – valor *p* >0,05 = não estatisticamente significativo.

Módulo Desenvolvimento Psico-Afetivo da Infância e Adolescência» sido preenchidas poucas horas após a abertura das inscrições, o que poderá demonstrar não só a qualidade do programa e dos oradores convidados, mas o enorme interesse da comunidade e também a grande curiosidade e necessidade que médicos de MGF e outros técnicos de serviços de saúde da comunidade têm na formação em saúde mental infantil. Acredita-se que esta página beneficiou a divulgação do evento, mas também que, só por si, foi uma ferramenta de promoção e um instrumento de sensibilização para a saúde mental infantil.

A amostra de questionários validados, e que formam o corpo de investigação deste trabalho, são um número representativo dos participantes do curso, com um número de respostas superior a 81% dos participantes. O facto de o questionário ter sido entregue aquando do *check in* no curso e preenchido de forma autónoma, sob a supervisão da comissão científica e sem acesso a bibliografia antes do participante ter iniciado a formação em saúde mental infantil, permitiu aferir de forma realista os conhecimentos teóricos prévios ao curso. Da mesma forma, o questionário final foi entregue imediatamente no final da última sessão teórica em auditório, sem acesso a bibliografia, o que permitiu avaliar o impacto da presente formação na aquisição de novos conhecimentos em saúde mental infantil.

Tendo em consideração o valor *p* estatisticamente significativo na média de resultados globais dos questionários e em 17 das 22 questões é possível reconhecer o impacto significativo que esta formação parece ter tido na aquisição de novos conhecimentos teóricos e práticos em saúde mental infantil.

Destaca-se a questão 10 – «Um bebé deve ser deixado a chorar sozinho por algum tempo, para aprender a autorregular-se» [Falso] – como aquela que apresenta uma melhoria mais significativa nas respostas pré e pós curso. Parece relevante refletir, por um lado, no possível impacto dos mitos enraizados na população em geral e também nos técnicos de saúde no trabalho que fazem com as famílias e, por outro,

na necessidade do investimento em formação em saúde mental da primeira infância, um período chave de intervenção.

Parece ainda pertinente refletir acerca das questões 4, 5 e 19 por se ter verificado um decréscimo nas respostas corretas no fim da formação. Relativamente à questão 4 – «A colheita da história clínica e sintomatologia não deverá ser realizada apenas com os pais, devendo a criança estar presente» [Falso] – considera-se que a mesma poderá estar mal formulada por não ter em consideração a idade da criança, o que poderá ter induzido em erro os participantes. Quanto à questão 5



– «O médico deverá saber conduzir o jogo simbólico de forma a completar a história clínica, incentivando a que a criança fale das suas problemáticas» [Falso] –, o curso permitiu promover a importância e revelar as potencialidades do jogo simbólico como ferramenta diagnóstica e de tratamento em saúde mental infantil, não tendo possivelmente ficado claro na questão que o papel do terapeuta não deve ser intrusivo nem incentivar a criança a falar das suas problemáticas, mas respeitar o ritmo e acolher o conteúdo que a criança espontaneamente traz à sessão. Relativamente à questão 19 – «O córtex pré-frontal, responsável pela tomada de decisões, noção de risco e controle dos impulsos, encontra-se em desenvolvimento até por volta dos 18 anos de idade» [Falso] –, o decréscimo de respostas corretas poderá dever-se ao facto de no diapositivo do orador estar escrito «18 anos» para ser um mote de reflexão acerca da conceção, do limite etário e dos novos desafios da adolescência, cada vez mais prolongada pelos fatores socioeconómicos atuais, tendo sido enfatizados os desafios do desenvolvimento psico-afetivo e sinais de alarme que devem motivar uma referenciação.

Destaca-se a pergunta 20 – «Os comportamentos autolesivos são um sinal de grande gravidade, exigindo sempre a observação por um médico da pedopsiquiatria» [Falso] – que não teve uma melhoria significativa após o curso, o que reflete a dificuldade de abordar e manejar os comportamentos autolesivos, muito angustiantes para os técnicos, e que permite repensar a necessidade premente de formação acerca desta temática de forma a motivar uma referenciação adequada aos serviços de saúde mental especializados.

Considera-se que este questionário pode ser um instrumento de reflexão importante para identificar as áreas de saúde mental com mais necessidade de formação e investimento por parte dos serviços de saúde mental especializados, promovendo uma melhor articulação e proximidade com os CSP.

As recomendações da mais recente avaliação ao Plano Nacional de Saúde Mental¹ passam por: assumir a integração da saúde mental nos CSP como uma verdadeira prioridade; os CSP devem assumir métodos de tratamento das perturbações psiquiátricas comuns, com recursos de pessoal qualificado adequados; a oferta de cuidados de saúde mental nos CSP deve ser diferenciada, passando a disponibilizar intervenções e

programas terapêuticos baseados na evidência científica e com boa relação custo-efetividade; implementar com caráter prioritário programas de prevenção e promoção de saúde mental, baseados em modelos ecológicos de intervenção e sustentados na articulação intersectorial; e garantir um modelo organizativo integrado que permita a prestação de cuidados de saúde mental da infância e adolescência a três níveis: CPS, serviços locais e serviços regionais, e garantir a autonomia dos serviços de nível regional de psiquiatria da infância e adolescência em Lisboa, Porto e Coimbra.

Na infância e adolescência, tendo em conta a elevada prevalência das perturbações mentais associada a uma alta taxa de comorbilidade e a tendência à cronicidade da psicopatologia grave para a idade adulta, torna-se imprescindível o reconhecimento do peso económico e social que estas perturbações determinam e que vai muito além do custo económico para os serviços de saúde.¹ Por esta mesma razão, a saúde mental infantil deve ser prioritária em termos de programas de saúde pública, com investimento na promoção de saúde mental e prevenção de doença. Contudo, são inúmeros os obstáculos atualmente encontrados pelos cuidados de psiquiatria da infância e da adolescência em Portugal: tem-se verificado um aumento do número e gravidade dos casos clínicos (aumento da procura de consultas em ambulatório e no serviço de urgência); que os quadros clínicos são de gravidade acentuada; que existem poucos profissionais para o número crescente de casos e necessidades de números de consultas; é notório o pouco tempo contemplado e possível no horário para dedicar a atividades de promoção e prevenção; e na distribuição geográfica nacional verifica-se uma marcada desigualdade na acessibilidade aos serviços de saúde mental, com escassez de resposta destes serviços no interior do país e dificuldade de vias de articulação diretas e de interface com os CSP.

Reconhecendo a importância da prevenção em saúde mental, a política para a infância e adolescência deve assentar numa cultura de prevenção/promoção. Em Portugal, as intervenções neste âmbito têm sido pontuais e a maioria não é elaborada a partir de programas validados internacionalmente. Urge a implementação de programas de prevenção baseados na evidência, que envolvam a criança, a família e a comunidade. A equipa de saúde mental pode e deve funcionar



em colaboração com as diferentes estruturas comunitárias, em consultoria, formação, coordenação ou catalisação de iniciativas ou projetos e ainda em áreas como a formação e defesa dos direitos das crianças.

Para tal, é essencial existir um trabalho integrado e complementar, com aproximação aos serviços hospitalares e aos serviços de cuidados de saúde primários para que se identifiquem precocemente os problemas de saúde mental infantil e se reconheçam os sinais de alerta que devem motivar referência aos serviços de psiquiatria da infância e adolescência.

CONCLUSÃO

A equipa de CSP é uma área privilegiada para articulação, com o potencial de promover estratégias de prevenção e promoção da saúde mental, identificar os problemas de saúde mental infantil precocemente, intervir nos casos menos graves e referenciar aos serviços especializados em psiquiatria da infância e adolescência sempre que necessário.⁸

Até à data, Portugal não dispõe de uma estratégia integrada para a promoção e prevenção em saúde mental, a qual, dada a diversidade de agentes implicados, só é possível se desenvolvida no âmbito de uma equipa de coordenação com capacidade de ação a nível intersectorial. Sem esta estratégia, os programas de promoção e prevenção dificilmente terão um desenvolvimento proporcional ao seu impacto na saúde mental e no bem-estar das populações.³

A elevada prevalência de crianças e de adolescentes nos CSP com problemas psicossociais exige uma colaboração eficiente. Torna-se imprescindível um trabalho integrado e complementar entre todas as estruturas envolvidas.¹¹

Um contacto regular com os serviços de saúde mental infantil permitiria um vínculo, uma relação de proximidade profissional, o conhecimento mútuo das potencialidades e dificuldades e uma eficaz partilha dos cuidados, servindo este trabalho integrado como um facilitador da articulação, permitindo aprofundar a segurança do médico de família no manuseamento dos casos e prescrição e assegurando uma identificação atempada e uma referência adequada e precoce dos casos.⁸

Pese embora as limitações identificadas para a integração de programas de formação, a replicação do

programa do presente estudo de forma regular e integrada no horário laboral dos profissionais dos cuidados de saúde primários das diferentes áreas geográficas a nível nacional pode representar uma mais-valia para a aproximação dos serviços de saúde mental infantil aos CSP. Para tal, as áreas especializadas em psiquiatria da infância e da adolescência devem ainda ver facilitada a disponibilização institucional de recursos materiais e humanos para a implementação deste tipo de programas de formação. A aplicação sistematizada de questionários pode representar um recurso de avaliar a adequação de conteúdos e, a ocorrer de forma permanente e alargada, favorecer a comunicação bilateral entre as duas áreas, facilitando o acesso às necessidades específicas e constante atualização dos programas de formação de acordo com as dificuldades sentidas pelos médicos dos CSP na sua prática diária.

Pensa-se que esta ação de formação foi um bom motor de articulação e aproximação dos serviços comunitários aos serviços especializados em saúde mental infantil, tendo tido um impacto estatisticamente significativo nos conhecimentos teóricos dos participantes. Mais ações semelhantes poderão ser pertinentes, mais ainda se forem gradualmente pensadas e integradas num programa estruturado nacional ou regional para sensibilização e promoção da saúde mental. Desta forma, a par de ser melhorada a formação teórico-prática para uma referência especializada, atempada e pertinente aos serviços de saúde mental infantil, poderia ser gradualmente otimizada a possibilidade de intervenção precoce em fatores de risco para o desenvolvimento socio-emocional na infância e adolescência e sinais de psicopatologia leve identificados nos CSP.

AGRADECIMENTOS

Agradece-se a todos os oradores e moderadores convidados pelo seu papel fulcral para que esta formação fosse realizada e pelo entusiasmo e dedicação ao projeto. Agradece-se também ao Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central por ter cedido o espaço físico para a realização da formação e à especialidade de Psiquiatria da Infância e Adolescência do Hospital Dona Estefânia por todo o apoio logístico e revisão científica dados a este projeto.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Xavier M, Paixão I, Mateus P, Goldschmidt T, Pires P, Narigão M, et al. Relatório da avaliação do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 e propostas prioritárias para a extensão a 2020 [Internet]. Lisboa: Comissão Técnica de Acompanhamento da Reforma de Saúde Mental;



2017. Available from: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/08/RelAvPNSM2017.pdf>
2. World Health Organization. The World health report 2001 – Mental health: new understanding, new hope [homepage]. Geneva: WHO; 2001. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42390>
 3. Coordenação Nacional para a Saúde Mental. Plano nacional de saúde mental 2007-2016: resumo executivo [Internet]. Lisboa: CNSM; 2008. Available from: <https://www.adeb.pt/files/upload/paginas/Plano%20Nacional%20de%20Saude%20Mental.pdf>
 4. Programa Nacional para a Saúde Mental. Saúde mental em números – 2015. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2016.
 5. World Health Organization. Mental health action plan 2013-2020 [homepage]. Geneva:WHO; 2013. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241506021>
 6. Programa Nacional para a Saúde Mental. Programa nacional de saúde mental 2017. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2017.
 7. Fernandes L, Basílio N, Figueira S, Nunes JM. Saúde mental em medicina geral familiar: obstáculos e expectativas percebidos pelos médicos de família [Mental health in general family medicine: obstacles and expectations perceived by family physicians]. *Ciênc Saúde Colet.* 2017;22(3):797-805. Portuguese
 8. Rebelo MF, Gonçalves MJ, Bolina FM. A 3ª face da Lua: saúde mental em cuidados de saúde primários. 2ª ed. Loures: Lusodidacta; 2015. ISBN 9789898075376
 9. World Health Organization, World Organization of Family Doctors. Integrating mental health into primary care: a global perspective [homepage]. Geneva:WHO; 2008. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43935>
 10. eLearning for Healthcare. Mental health awareness for GPs: an e-learning resource [homepage]. Available from: <https://www.e-lfh.org.uk/programmes/mental-health-awareness-for-gps/>
 11. Marques C. Rede de cuidados de saúde mental infantil e juvenil: ligação com os cuidados de saúde primários, educação, comunidade, justiça e psiquiatria. In: Monteiro P, editor. *Psicopatologia e psiquiatria da infância e adolescência*. Lisboa: LIDEL; 2014. p. 551-61. ISBN 9789897520372
- CONTRIBUTO DOS AUTORES**
Conceptualização, RA; metodologia, RA; software, ND; análise formal, CGR; investigação, RA, SVP, CGR, ND, MFM e JS; recursos, JS e PCS; gestão de dados, RA, SVP, ND e MFM; redação do draft original, RA, SVP, CGR e JS; redação, revisão e validação do texto final, JS e PCS; supervisão, RA, JS e PCS; administração do projeto, RA, JS e PCS.
- CONFLITO DE INTERESSES**
Os autores declaram não possuir quaisquer conflitos de interesse.
- ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA**
Rita Amaro
E-mail: aritaamaro@gmail.com
<https://orcid.org/0000-0002-0600-1093>
- Recebido em 14-01-2021**
Aceite para publicação em 09-11-2022



ABSTRACT

LET'S TALK ABOUT CHILD MENTAL HEALTH? A STUDY OF THE IMPACT OF SPECIALIZED CHILD MENTAL HEALTH TRAINING FOR PRIMARY CARE PHYSICIANS AND TECHNICIANS

Introduction: Intervention in mental health in childhood and adolescence should be a priority, considering the high prevalence of mental disorders in childhood and adolescence associated with a high rate of comorbidity and the frequent continuity of severe psychopathology in adulthood. The literature highlights the importance of decentralizing child mental health care, promoting community-based intervention, and an interface between specialized services and primary health care.

Methods: Conducting specialized training in child mental health, aimed at primary care physicians and technicians. Participants, at the beginning and end of the course, answered a 22-question questionnaire prepared by the scientific committee. The results were evaluated using *Pearson's Chi-squared test*.

Results: Out of a total of 120 participants, 109 questionnaires were completed at the beginning (90% of participants), and 97 questionnaires were completed at the end of the training course (81% of participants). The score of the global initial and final questionnaires was statistically significant (p -value <0.05 , 95% confidence interval), with the average of correct answers from the initial questionnaires being 75.15% and the final questionnaires of 86.40%. In 15 of the 22 questions, a statistically significant difference was obtained.

Discussion and Conclusion: Considering the results, it is possible to recognize the significant impact that this training seems to have had in the acquisition of new knowledge in child mental health. Primary health care teams are privileged areas for articulation, with the potential to promote prevention and mental health promotion strategies, identify problems early, intervene in less severe cases and refer to specialized services in a timely manner.

Keywords: Child mental health; Articulation; Prevention; Child and adolescent psychiatry; General and familiar medicine.
