



Acolhimento psicológico infantojuvenil na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)

Children and teenager's psychological welcoming in the psychosocial care network

Acogida psicológica infantil-juvenil en la Red de Atención Psicosocial

Carina Furlaneto Frazatto

Universidade Estadual de Maringá (UEM), Maringá, PR, Brasil.

Fernanda de Jesus Dalosso

Secretaria Municipal de Saúde de Marialva, Marialva, PR, Brasil.

Resumo

O texto discute a implantação da estratégia de acolhimento para crianças e adolescentes, protagonizada por três psicólogas, entre 2014 e 2018, em um município do norte do Paraná. Valendo-se do acolhimento em grupo, foi possível distinguir a demanda direcionada à Psicologia, traçar estratégias adequadas a cada caso e identificar outros profissionais e setores importantes para um cuidado integral. Com isso, extinguiu-se a fila de espera para atendimento psicológico, fornecendo-se uma resposta imediata a todos os casos e possibilitando desdobramentos, inclusive no âmbito da rede intersetorial. Conclui-se que a experiência relatada aponta caminhos para a efetivação do cuidado em saúde mental, bem como indica o desafio de intervir de forma contextualizada e territorializada ante o público infantojuvenil.

Palavras-chave: Acolhimento; Atenção Psicossocial; Saúde Mental; Crianças; Adolescentes.

Abstract

This paper discusses the implementation of the children and teenager's welcoming, performed by three psychologists, between 2014 and 2018, in a municipality from the north of Paraná state, Brazil. Realizing groups for welcoming, it was possible to distinguish the demand directed to Psychology, to trace appropriate strategies for each case and to identify other professionals and important sectors to integral care. As a result, the waiting list for psychological care was extinguished, providing an immediate response to all cases and making possible other developments, including the intersectoral network. It is concluded that the reported experience points to ways for effective mental health care and it indicates the challenge of intervening in a contextualized and territorialized way towards children and adolescents.

Keywords: Welcoming; Psychosocial Attention; Mental Health; Children; Teenager.

Resumen

El texto analiza la implementación de la estrategia de acogida para niños y adolescentes, realizada por tres psicólogas, entre 2014 y 2018, em um município del Paraná, en Brasil. Utilizando la recepción grupal, fue possible distinguir la demanda dirigida a la Psicología, delinear estratégias adecuadas para cada caso y identificar profesionales y sectores importantes para una atención integral. Com esto, la lista de espera para la atención psicológica se extinguió, proporcionando una respuesta inmediata a todos los casos y permitiendo desarrollos, dentro de la red intersectorial. Se concluye que la experiencia relatada apunta formas de efectuar la atención em salud mental y indica el desafío de intervenir de manera contextualizada y territorializada hacia la niñez y la adolescencia.

Palabras-clave: Acogida; Atención psicosocial; Salud mental; Niños; Adolescentes.

Introdução

De acordo com o Ministério da Saúde (Brasil. Ministério da Saúde, 2010), o acolhimento é concebido como uma relação de confiança entre o profissional e o usuário, na qual o primeiro se responsabiliza integralmente pelo segundo. Envolve a recepção do usuário, a escuta de suas necessidades, o fornecimento de informações e o encaminhamento de suas demandas, seja no próprio setor ou direcionando-as para outros pontos de atenção.

Esta noção de acolhimento está presente no contexto da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) instituída por meio da Portaria 3.088, de 23 de dezembro de 2011, que dentre suas diretrizes propõe: “... garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar” e “... atenção humanizada

e centrada nas necessidades das pessoas”. No que se refere ao público infantojuvenil, segundo Lima (2014), o acolhimento deve ser de caráter universal, ou seja, é preciso promover a escuta de todos os casos que chegam ao serviço, ainda que nem todos serão foco de intervenções no interior do mesmo.

Colocar em prática o acolhimento é um desafio que se articula com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), no qual se inserem os serviços da RAPS, e com as aspirações da Reforma Psiquiátrica brasileira. Este movimento social, iniciado na década de 1980 no país, traz uma nova forma de conceber e tratar a loucura, tendo como mote o cuidado em liberdade (Amarante, 2007). No caso de crianças e adolescentes, Couto e Delgado (2015) defendem que este público foi incluído tardiamente na agenda pública de saúde mental brasileira, de modo que muitas estratégias de cuidado só foram traçadas a partir da Lei 10.216, de 6 de abril de 2001

e, mesmo depois de duas décadas, ainda existe a necessidade de superar anos de desassistência que marcaram a atenção à saúde mental infantojuvenil.

Publicações recentes reforçam esta necessidade, na medida em que demonstram que crianças e adolescentes continuam sendo assistidos, em muitos casos, por meio de práticas focadas na institucionalização. Um exemplo é a publicação da Resolução nº3, de 24 de julho de 2020, pelo Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD), que prevê a internação de crianças e adolescentes com problemas decorrentes do uso, abuso ou dependência do álcool e outras drogas em comunidade terapêuticas. Ademais, o estudo de Beltrame (2020) a respeito das internações psiquiátricas do público infantojuvenil em hospitais psiquiátricos, mostrou que crianças e adolescentes seguem sendo atendidas de forma recorrente nestas instituições e que há limitações no cuidado que lhes é oferecido pela RAPS.

Para Amstaldem, Hoffmann e Monteiro (2016), a superação da cultura de institucionalização de crianças e adolescentes carece da efetiva constituição de uma rede de cuidados no território, o que significa não só implantar serviços de saúde mental, mas promover estratégias de cuidado compartilhado, por meio da

articulação entre os diferentes pontos de atenção da rede.

Neste sentido, este texto, ainda que não dê respostas prontas, nem forneça uma receita aplicável em qualquer contexto, constitui-se como um pontapé inicial na luta por superar os desafios postos ao cuidado em saúde mental infantojuvenil, por meio da apresentação de práticas que demonstram a aplicação de princípios da Reforma Psiquiátrica e de formas de cuidado na RAPS. Assim, propõe-se discutir o desenrolar da implantação da estratégia de acolhimento no atendimento de crianças e adolescentes, protagonizada por três psicólogas, entre os anos de 2014 e 2018, em um município de 34 mil habitantes na região norte do estado do Paraná, apontando as potencialidades e as dificuldades presentes neste processo.

Demanda *versus* recursos humanos

Em muitos contextos, as queixas de saúde mental são direcionadas à psicóloga e ao psicólogo. Na saúde pública, tal profissional tem enfrentado desafios, dentre os quais se encontra a dificuldade em lidar com o alto número de pessoas que procuram por atendimento psicológico. Este fato, em muitos serviços, acaba por resultar na ausência de atendimento ou na inserção do nome do usuário por meses ou anos em filas

de espera intermináveis (Assis, Avanci, Pires & Oliveira, 2016). De acordo com Carvalho, Medina, Bossetto e Cruz (2016) apesar da fila de espera se constituir em uma prática rotineira e frequente, é imprescindível encontrar uma solução para a demanda apresentada e a capacidade de atendimento possível.

Em 2014, o município onde esta experiência foi desenvolvida contava com uma psicóloga 40 horas por semana, para o atendimento das demandas de sofrimento psíquico que chegavam ao setor de Psicologia da Secretaria Municipal de Saúde. À época, o local dos atendimentos era centralizado em uma clínica de especialidades e funcionava nos moldes ambulatoriais. Os casos eram provenientes de encaminhamentos das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e da procura espontânea dos usuários. No que se refere aos adultos, envolvia casos leves e moderados (sendo os graves direcionados ao Centro de Atenção Psicossocial – CAPS I da cidade). Quanto às crianças e adolescentes, todos os casos, independente da gravidade, eram direcionados ao setor de Psicologia da Secretaria Municipal de Saúde, uma vez que o CAPS I, na época ainda não ofertava atendimentos a menores de 18 anos.

No segundo semestre de 2014 duas psicólogas (20 horas cada) foram direcionadas para o referido setor de

Psicologia, e junto à profissional que ali se encontrava, começaram a pensar formas de organizar os processos de trabalho em consonância aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e às diretrizes da atenção psicossocial.

Inicialmente, elas encontraram 80 fichas de crianças e adolescentes, aguardando por atendimento psicológico individual, principal estratégia oferecida para este público até então. A chegada de tais casos ao setor de Psicologia havia se dado via agendamento, culminando na realização de uma triagem com os pais ou responsáveis. Essa triagem fora feita pela(s) psicóloga(s) que ali atuavam, de forma individual com cada família. Na ocasião, basicamente, foram recolhidos os dados de identificação das crianças e adolescentes, verificadas as queixas, a origem do encaminhamento, as comorbidades e o uso de psicofármacos. O tempo de espera para iniciar os atendimentos era muito variável. Por um lado, dependia da disponibilidade de vagas para o atendimento, em geral feito pelas próprias psicólogas, já que na época, não havia muitos espaços de discussão em rede para se estudar todos os casos que chegavam ao serviço; desse modo, as discussões intersetoriais eram pontuais e realizadas somente entre as profissionais de psicologia de diferentes setores do município, referente aos casos mais

agravados que compartilhavam. Por outro lado, havia uma preocupação em dar prioridade aos casos graves, de modo que aqueles que aguardavam há mais tempo, em geral haviam sido classificados como casos leves e moderados.

Em consonância, Lima (2014) defende que, dentre os casos de crianças e adolescentes, seja dada prioridade aos casos mais graves, como o Transtorno de Espectro Autista, as psicoses, e o uso de álcool e outras drogas. Nesta faixa etária, uma vez identificadas dificuldades associadas à saúde mental, as intervenções precoces são essenciais para evitar agravos, sendo capazes de restabelecer o curso do desenvolvimento (Brasil. Ministério da Saúde, 2014).

É preciso lembrar que o Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA (Lei 8.069 de 13 de julho de 1990) determina prioridade absoluta no atendimento deste público. No setor de Psicologia onde esta experiência aconteceu, dentre a totalidade de casos que chegavam para atendimento, ainda que fosse dada prioridade à demanda infantojuvenil ante a de adultos, acabou-se criando uma fila de espera específica para tal faixa etária.

O acolhimento em grupo

Diante dos 80 casos que já haviam sido foco de uma primeira escuta, a implantação do acolhimento se deu, inicialmente, como estratégia para conhecer e organizar esta demanda que aguardava atendimento. Buscou-se entrar em contato com os responsáveis das 80 crianças e adolescentes, oferecendo um horário para o acolhimento, visando atualizar as queixas e retomar o caso, devido ao tempo de espera que chegava a dois anos.

Desta primeira tentativa de contato, foi possível constatar: queixas resolvidas; usuários em atendimento em outro setor; casos perdidos (mudança de cidade; telefones inexistentes); e queixas estagnadas ou até mesmo agravadas pela espera. Estas somavam 45 casos cujo acolhimento foi feito em grupos, organizados de acordo com a faixa etária e da queixa apresentada, com no máximo, quatro famílias em cada encontro. Superada a fila de espera e constatado que o acolhimento em grupo poderia ser efetivo para uma escuta adequada dos casos, o mesmo começou a acontecer duas vezes por semana, para receber novos usuários que procuravam pelo serviço de Psicologia, abolindo-se o agendamento de triagens.

Durante os acolhimentos, não só eram feitos relatos das queixas, como já era possível realizar algumas reflexões sobre a necessidade ou não do tratamento, e sobre a

implicação das famílias ao longo do processo. Eram oferecidos horários no período da manhã e da tarde, de acordo com duas faixas etárias: de zero a onze anos e de doze a dezessete anos. Em geral, reservava-se duas horas para o acolhimento e um período posterior para discussão dos casos entre as profissionais, quando também já poderiam ser feitos encaminhamentos, contato com a rede intersetorial, resolvidas questões que requeriam urgência e respostas concretas imediatas, e ainda, realizadas indicações quanto a um possível projeto terapêutico, que seria melhor desenvolvido ao longo do acompanhamento, organizado em diferentes modalidades de atendimento, adequadas a cada caso e de acordo com as possibilidades do serviço, conforme mencionaremos mais adiante.

Após cerca de três meses realizando o acolhimento desta forma, observou-se que houve uma regularização da procura pelo atendimento que, por ser acolhida imediatamente, sem que um acúmulo de casos fosse gerado, acabou chegando ao setor de forma reduzida. Ou seja, se no início chegavam de oito a dez casos para cada acolhimento, esse número reduziu para no máximo quatro por semana. Então, optou-se por concentrar os acolhimentos em um só dia da semana, abrangendo a faixa etária de zero a dezessete anos.

Destaca-se que tais experiências de acolhimento em grupo, foram realizadas com os pais e/ou responsáveis, de forma espontânea, ou seja, não era necessário agendamento prévio. A partir de um informativo enviado pelas psicólogas, constando os dias e horários dos grupos de acolhimento, as UBS promoviam a divulgação aos seus usuários. Os interessados poderiam procurar o serviço conforme suas possibilidades, dentro de horários semanais estabelecidos.

Foi possível perceber que a modalidade de acolhimento em grupo muitas vezes assustava alguns familiares, por não ser um modo culturalmente conhecido de atendimento psicológico. Embora as práticas grupais no âmbito da Psicologia sejam estudadas e executadas há bastante tempo, ainda há resistências na adesão dos usuários frente a esta modalidade de cuidado. O Conselho Federal de Psicologia (2010) ao apresentar práticas de psicólogos e psicólogas na Atenção Básica em Saúde, afirma que neste âmbito a execução de grupos é uma estratégia bastante utilizada e carrega potencialidades. Contudo, gera resistências por parte das equipes e dos próprios usuários.

Esse estranhamento frente às atividades em grupos pode estar associado à concepção de que a Psicologia intervém

somente no indivíduo, restringindo-se muitas vezes à psicopatologia apresentada. Esta noção da ciência psicológica está atrelada a uma visão abstrata do fenômeno psicológico, presente desde o surgimento da Psicologia, e é criticada por Bock (2001) por se apresentar descolada da realidade concreta e do próprio indivíduo.

Por outro lado, observou-se que, ao romper a resistência inicial em participar do acolhimento em grupo, já na primeira intervenção alguns pais conseguiam compartilhar suas experiências com outros pais e ter parâmetros quanto à gravidade do caso. Esses aspectos contribuíram para o desfecho do acolhimento que, em alguns casos, consistiu em desconstruir a queixa apresentada, pois nem todas as demandas que chegam à Psicologia devem ser assumidas como tal. É preciso problematizá-las e reposicioná-las de forma contextualizada.

Este é um dos caminhos previstos para o encerramento de um acolhimento, apontados por Amstaldem et al (2016, p. 41): “... desconstituir a demanda de atendimento com um trabalho pelo qual o sujeito possa entender e aceitar que não precisa receber um tratamento de saúde mental”. Além disso, as autoras preveem outras duas condutas como resultado de um acolhimento: assumir o cuidado daquele que procurou ajuda no próprio serviço ou

encaminhá-lo de forma assistida e implicada.

Nesse sentido, a realização do acolhimento de todos os casos que chegavam ao setor de Psicologia carregava em si a potencialidade de oferecer uma resposta imediata a situações das mais variadas possíveis, garantindo acesso e cuidado em saúde mental. Essa forma de agir ante a demanda infantojuvenil permite reduzir ou até extinguir algumas das dificuldades relatadas na pesquisa de Assis et al. (2016), na qual são apresentadas inúmeras barreiras de acesso aos serviços de saúde mental, por parte da população. Para os autores, o setor público apresenta baixa resposta à demanda, em detrimento de ser o mais procurado.

Importante mencionar que, ao longo de cerca de quatro anos, desde o início da estratégia de acolhimento até a produção deste relato, a forma de realizar o acolhimento aqui descrita não se deu de forma constante, nem mesmo permanente. Houve momentos em que o mesmo sofreu interrupções por questões que fugiam ao controle das profissionais, tais como: a mudança no local de atendimento; o pouco investimento na RAPS por parte da gestão municipal, culminando na ausência de atenção psicológica em outros pontos de atenção e gerando sobrecarga no setor de Psicologia da saúde, além de impedir ou

dificultar sobremaneira o trabalho intersetorial, imprescindível no cuidado ao público infantojuvenil.

Já em momentos de maior número de profissionais, de organização da rede e da busca conjunta por um cuidado integral, foi possível incrementar a estratégia do acolhimento, rompendo com a forma tradicional de atendimento a crianças e adolescentes que os exclui do primeiro atendimento, quando apenas os pais ou responsáveis são convocados a expor a queixa. A proposta, então, foi que, já no acolhimento, a criança e o adolescente estivessem presentes. Os pais e/ou responsáveis permaneciam em uma sala com uma ou duas psicólogas, enquanto outra profissional ouvia as crianças e/ou adolescentes em outra sala, de forma adequada à faixa etária dos mesmos. Neste período, optamos por retomar a divisão dos atendimentos de acordo com duas faixas etárias (zero a onze anos e doze a dezessete anos), para que nesta primeira escuta conseguíssemos promover o acolhimento das crianças e adolescentes de forma apropriada à fase do desenvolvimento em que se encontravam. Bebês muito pequenos permaneciam na sala com suas famílias durante o acolhimento.

Nestas ocasiões constatou-se que a escuta das crianças e, principalmente, dos adolescentes, neste primeiro momento, foi

crucial para desmistificar algumas questões e promover a continuidade do acompanhamento. Aliás, os índices de desistência reduziram em comparação ao período em que os pais e/ou responsáveis eram ouvidos antecipadamente. Também já era possível ter uma noção das questões que permeavam o discurso dos pais e/ou responsáveis e o discurso daqueles que eram o motivo da procura pelo atendimento.

A escuta das crianças e adolescentes, no momento do acolhimento, se faz importante primeiramente pelo respeito ao sujeito. De forma adequada a cada idade, todos eram respeitados em suas queixas e opiniões quanto à pergunta “Você sabe por que está aqui hoje?” Assim, o acolhimento favorecia que estas crianças e adolescentes encontrassem palavras para explicar o que estava acontecendo. Obviamente, a escuta do sofrimento deste público exigia técnicas mais amplas que aquelas direcionadas aos adultos, incluindo o jogo, o desenho, a comunicação verbal e não-verbal e, ainda, a análise crítica de que a fala do adulto não deve se sobrepor automaticamente à da criança ou adolescente (Vicentin, 2016).

Para Oliveira e Mendonça (2016, p. 193): “Além dos direitos fundamentais presentes no Estatuto da Criança e do Adolescente, a saúde mental traz entre seu escopo de intervenções o trabalho visando

autonomia e independência dos usuários, buscando o protagonismo deles em seu processo saúde-doença”. Em consequência, escutá-los permite corroborar com a premissa de Basaglia (2010) de colocar a doença entre parênteses e ouvir o sujeito que sofre. Se há dificuldades em estabelecer lugares de escuta e acolhimento para o sofrimento psíquico, permitir com que o público infantojuvenil seja ouvido já no primeiro contato, pode ser uma forma de levar a cabo a proposição basagliana, independentemente da idade do sujeito.

O acolhimento em grupo, inicialmente proposto como uma estratégia para lidar com as grandes filas de espera, concretizou-se como uma poderosa ferramenta de trabalho e fortalecimento dos usuários e da rede de cuidado em saúde mental. Diante da complexidade de se fazer atenção psicossocial, o acolhimento foi um primeiro passo para romper com estratégias mais tradicionais no atendimento com crianças e adolescentes. É importante ressaltar que não se trata de comparar a eficácia dos atendimentos individuais e em grupo. Os primeiros devem ser feitos quando necessários, no entanto, pensando em estratégias de atendimento, a maior parte desses acolhimentos é viável e produtiva se realizados em grupo.

Na experiência aqui relatada, o acolhimento em grupo foi capaz de

envolver de forma mais ativa as famílias no processo terapêutico, sendo um momento não só de coleta de dados, mas de informações quanto ao fluxo de saúde mental no município, compartilhamento de experiências entre as famílias e orientações gerais sobre a infância e adolescência. Assim, já era possível perceber certas identificações entre os usuários, sentimentos de pertença e acolhimento entre os próprios integrantes. Além disso, nos momentos em que o acolhimento pode ser realizado de forma contínua, ao longo de semanas e meses, tornou-se um lugar permanente de cuidado, na medida em que os pais e responsáveis eram convidados a voltar, quantas vezes precisassem. No segundo momento, em que crianças e adolescentes estiveram presentes no acolhimento, ampliou-se o protagonismo dos usuários neste processo. Possibilitou-se, também, que os casos ficassem mais claros, especialmente no que diz respeito aos direcionamentos possíveis, evitando-se um simples engavetamento dos mesmos.

A estratégia do acolhimento e seus desdobramentos

No intuito de fazer a gestão da demanda infantojuvenil que lhes era apresentada, ao protagonizar esta experiência, as psicólogas conseguiram

extinguir a fila de espera para o atendimento psicológico de crianças e adolescentes; possibilitaram um maior conhecimento e caracterização da demanda no território em que atuavam; favoreceram e estimularam a implantação de ações baseadas em uma perspectiva de cuidado interdisciplinar e intersetorial.

É importante ressaltar que, o objetivo era promover as intervenções necessárias imediatamente após a realização dos acolhimentos. Isso só foi possível, pois, ao compreender a qualidade da demanda foram traçadas ações adequadas não só do ponto de vista do caso individual, mas também no âmbito coletivo. Ou seja, reconhecendo que as demandas dialogavam entre si. Assim, buscavam-se observar quais eram as dificuldades comuns aos casos, para se pensar em ações que tivessem impactos mais amplos.

Embora não seja objetivo deste texto detalhar o desenrolar dos atendimentos, ao reconhecer o conjunto das queixas apresentadas nos acolhimentos e refletir criticamente sobre elas, foi possível concretizar diversas ações, de acordo com cada plano terapêutico, dentre as quais destacamos: atendimento psicológico individual e em grupo; estratégias de acolhimento permanentes para pais e familiares; grupos de diversos formatos (terapêuticos, operativos, rodas de

conversa) para crianças, adolescentes e seus familiares; compartilhamento de casos junto às equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF); encaminhamentos assistidos para a rede, como Serviços de Convivência e Fortalecimentos de Vínculos, avaliações psicoeducacionais; discussão de casos de forma intersetorial; entre outras.

Pode-se dizer que as reuniões intersetoriais se constituíram como um recurso derivado de um olhar mais atento e reflexivo diante dos casos que chegavam para o acolhimento. O processo para sua implementação, foi iniciado a partir da observação de que muitos dos casos que chegavam ao setor de Psicologia eram encaminhados pelas conselheiras tutelares do município, em caráter de urgência. Diante disso, as psicólogas solicitaram a implementação de reuniões periódicas junto ao Conselho Tutelar, para melhor compreender e responder de maneira adequada aos casos. Constatou-se que, com a realização periódica destas reuniões, o número de ofícios solicitando psicoterapia e avaliação psicológica reduziu significativamente, pois as conselheiras tutelares passaram a discutir presencialmente esses casos nas reuniões, realizando-se um breve estudo dos mesmos, problematizando-os e traçando possíveis planos de cuidado para cada usuário que buscavam envolver a rede como um todo.

Em consequência, após cerca de seis meses, um novo recurso foi implementado, isto é, o estabelecimento da chamada Rede de Proteção, que se consolidou em encontros intersetoriais periódicos, cujo objetivo era discutir casos e traçar estratégias comuns. Refletia-se, portanto, sobre possibilidades de cuidado que levasse em conta a integralidade, investigando-se e acionando setores e profissionais específicos às dificuldades que iam aparecendo. A principal diferença com relação aos encontros promovidos junto ao Conselho Tutelar foi a promoção de uma participação mais ampla, contando com representantes da saúde (psicólogos, membros da equipe da ESF), da educação (psicólogos, professores, técnicos da Secretaria Municipal de Educação), Conselho Tutelar, Promotoria de Justiça, Vara da Infância e Juventude, Assistência Social. Havia representantes frequentes e outros que eram convidados eventualmente, a depender do caso. A realização desta ação conjunta ajudou a evitar a peregrinação do usuário na rede de atenção, a pensar intervenções que fossem complementares e não concorressem entre si, evitar a desassistência e elaborar planos e projetos que permitissem uma melhor organização e fluxo dos atendimentos. Os casos deixavam de ser abordados do ponto de vista apenas individual, tampouco ficavam restritos ao

diagnóstico e tratamento de uma psicopatologia específica.

Este é um ponto a ser destacado, na medida em que, descreve uma mudança não só na conduta a ser feita diante da necessidade de assistência em saúde mental, mas na lógica do cuidado, que passa a considerar a infância dentro de suas múltiplas expressões de acordo com os atravessamentos históricos (Cervo & Silva, 2014). É preciso lembrar que, num contexto onde a criança e o adolescente não encontram lugar para serem cuidados integralmente na rede, é feito outro caminho. Muitos são institucionalizados em hospitais psiquiátricos, enquanto outros encontram uma atenção estritamente pautada em diagnósticos psiquiátricos e em intervenções nas quais o medicamento possui um lugar central. Em muitos casos, ambos caminhos se encontram e se complementam (Beltrame, 2020; Azevedo, 2018).

Portanto, em contrapartida, nas reuniões da Rede de Proteção não era dado destaque ao estabelecimento de uma classificação diagnóstica às crianças e adolescentes enfocados nas discussões, nem mesmo este era o ponto de partida. Buscava-se, reconhecer aqueles usuários e suas famílias em suas necessidades singulares, compreender o contexto e o território onde estavam inseridos e

identificar recursos e estratégias que poderiam evitar a rotulação dos mesmos, bem como, evitar o uso de psicofármacos quando outras ações poderiam e deveriam ser efetivadas.

A implementação da Rede de Proteção, um processo constate e contínuo, continuou ocorrendo, permanecendo, ainda, em construção após o período aqui relatado. Contudo, é importante destacar o papel que o setor de Psicologia teve, a partir das problematizações e reflexões geradas pelo acolhimento, no sentido de chamar e iniciar a prática desses encontros, conforme sinaliza Couto e Delgado (2016, p. 275, grifo dos autores):

... consideramos que há um *tempo inicial* na montagem intersetorial da rede de cuidados que depende de que o setor saúde mental – representado nominalmente por um profissional, uma equipe e/ou um dispositivo e autorizado por seu mandato –, se apresente e se disponibilize para iniciar o processo... é a tomada de responsabilidade pelo problema em pauta que diferencia este primeiro tempo, para que no tempo seguinte se situem, todos, no mesmo patamar de igualdade, implicados que estarão *num problema verdadeiramente comum*.

Assim como preconizado, as reuniões contavam com uma organização que permitia a livre participação de todos, com a mediação de um moderador e do registro em ata, de modo que as discussões não se perdiam de um encontro a outro, favorecendo a realização de acompanhamentos longitudinais. Além disso, as reuniões não se esgotavam no espaço do encontro, mas suas ações e intervenções se estendiam para além daquele espaço, permitindo integração e parcerias entre os diferentes atores de cuidado.

Observa-se similaridades entre o que foi feito, em termos do acolhimento e seus desdobramentos, e aquilo que é preconizado como cuidado nos CAPS. Segundo Amarante (2007), estes serviços, inseridos no território e compostos por técnicos de diferentes categorias profissionais, têm como objetivo atender a pessoa em sofrimento psíquico em sua integralidade, desenvolvendo ao máximo sua atuação no território, ativando suas relações com os recursos da comunidade e articulando-se a outros pontos de atenção da RAPS a partir do princípio da intersetorialidade. Além desse princípio, o caráter de portas abertas e a valorização às práticas grupais, são características que aproximam a experiência aqui relatada dos

fundamentos que orientam a assistência prestada nos CAPS.

Contudo, embora sejam propostas que aparecem atreladas aos CAPS e sejam, sobretudo, expressas por tais serviços, a lógica que as orienta, isto é, a atenção psicossocial, não deve estar restrita aos mesmos, mas deve percorrer toda a rede de cuidados. Como afirmam Amstalden et al. (2016) a superação da cultura de institucionalização de crianças e adolescentes perpassa a efetiva construção de uma rede no território, articulada por meio de estratégias de cuidado compartilhado.

Assim, se por um lado, em muitos momentos as protagonistas deste relato imaginaram um cenário ideal no qual a apropriação da demanda de saúde mental de crianças e adolescentes por parte do CAPS viria complementar e sustentar o cuidado ao público infantojuvenil, por outro lado, mantinham o olhar crítico quanto a tais expectativas por entender que a atenção psicossocial não deve se restringir a um ou outro serviço, não havendo um dispositivo dê conta das necessidades deste público.

Aliás, Cervo e Silva (2014) apontam que os CAPS podem esboçar uma contradição na medida em que são implementados para acolher usuários com transtornos mentais graves e persistentes, sendo esta uma característica necessária

para adentrar ao serviço. Ou seja, ainda que tenham sido originados a partir de uma nova configuração do cuidado em saúde mental, correm o risco de reproduzir aquilo que desejam combater, na medida em que para o usuário seja acompanhado, é requerido um diagnóstico regulador. Para as autoras, “A existência desses equipamentos é fundamental para garantia de um modo de cuidar, mas não exclui a atenção e análises constantes sobre seu funcionamento” (Cervo & Silva, 2014, p. 448).

Outrossim, é preciso considerar a necessidade e a realidade em termos da implantação desses serviços. Conforme a delimitação estabelecida pela Portaria 3.088, de 23 de dezembro de 2011, muitos municípios brasileiros não atendem ao critério populacional requerido à implantação de CAPS, seja do CAPS infantojuvenil (indicado para localidades com população acima de 150 mil habitantes) ou de CAPS I (direcionado a municípios acima de 20 mil habitantes). Portanto, não se trata de aguardar abrir um CAPS, ou serviço específico para atender o público infantojuvenil, mas de ampliar as práticas a partir do modo psicossocial para que estejam presentes em qualquer serviço da RAPS. E mesmo naquelas localidades onde o CAPS é presente, os outros serviços não podem se isentar de perseguirem tal

lógica e se articularem para a efetivação de um cuidado compartilhado.

Considerações Finais

Ao colocar em prática os desdobramentos impulsionados pelo acolhimento, buscou-se incluir não só profissionais da saúde, mas todos aqueles que poderiam compor a rede ampliada de atenção psicossocial, de modo a trazer a intersetorialidade para essas práticas. Com isso, admitindo que nenhum serviço é capaz de resolver, sozinho, todas as necessidades de cuidado de crianças e adolescentes. Isso significa considerar a intersetorialidade como uma necessidade intrínseca e uma prática cotidiana que permeia todas as intervenções, que visam garantir os direitos de acesso à saúde, educação, convívio familiar e comunitário, conforme preconizado pelas políticas públicas e pela literatura (Oliveira & Mendonça, 2016).

Diante de tantas demandas para os serviços de saúde mental, ainda é um desafio conciliar um fluxo de atendimento efetivo, em que os usuários sejam acolhidos de forma imediata. Administrar esses casos para que a qualidade do atendimento seja mantida e não apenas haja uma preocupação com questões quantitativas (como acabar com a fila de espera) é de extrema importância. Isso implica no

direcionamento adequado e imediato dos que necessitam de atendimento urgente, bem como na apresentação de soluções aos que requerem intervenções pontuais sem que aguardem por longo tempo. Exige, também, uma abordagem crítica das queixas, a identificação e acionamento dos recursos da rede e do território.

A reflexão sobre a experiência de acolhimento nos moldes aqui descritos, apesar de seu caráter pontual, pode indicar um interessante caminho de abordagem frente à demanda de crianças e adolescentes, ao mesmo passo em que explicita um desafio que ainda está para ser superado no cotidiano do cuidado em saúde mental: intervir de forma contextualizada e territorializada, problematizando as demandas para além do indivíduo, da família, da psicopatologia e do consultório.

Referências

- Amarante, P. (2007). *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Amstalden, A. L. F., Hoffmann, M. C. C. L. & Monteiro, T. P.M. (2016). A política de saúde mental infanto-juvenil: seus percursos e desafios. In: E. Lauridsen-Ribeiro & O. Tanaka (Orgs). *Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS*. 2ª ed. (pp. 33-45). São Paulo: Hucitec.
- Assis, S. G., Avanci, J. Q., Pires, T. O. & Oliveira, R. V. C. (2016). Necessidade e utilização de serviços

- de saúde mental infantil. In: E. Lauridsen-Ribeiro & O. Tanaka (Orgs). *Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS*. 2ª ed. (pp. 93-108). São Paulo: Hucitec.
- Azevedo, L.J.C. (2018). Medicalização das infâncias: entre os cuidados e os medicamentos. *Psicologia USP*, 29(3), 451-458. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-656420180107>
- Basaglia, F. (2010). Um problema da psiquiatria institucional: a exclusão como categoria sociopsiquiátrica. In: P. Amarante (Org.). *Escritos selecionados em saúde mental e Reforma Psiquiátrica – Franco Basaglia*. (pp. 35-59). Rio de Janeiro: Garamond.
- Beltrame, M. M. (2020). *Entre os muros do hospital psiquiátrico: histórias sobre a infância e a adolescência*. Tese de Doutorado, Programa de Pós-graduação em Psicologia, Universidade Estadual de Maringá, Maringá-PR.
- Bock, A. M. M. B. (2001). A Psicologia sócio-histórica: uma perspectiva crítica em Psicologia. In: A. M. M. B., Bock; M. G. M. Gonçalves & O. Furtado (Orgs). *Psicologia Sócio-histórica: uma perspectiva crítica em Psicologia*. (pp. 15-35). São Paulo: Cortez.
- Brasil. Ministério da Saúde (2014). *Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA)*. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.
- Brasil. Ministério da Saúde (2010). *Acolhimento nas práticas de produção de saúde*. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização.
- Carvalho, C.A.C., Medina, R. M., Bossetto, S. & Cruz, T. A. (2016). Grupo de acolhimento: relato de experiência. In: E. Lauridsen-Ribeiro & O. Tanaka (Orgs). *Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS*. 2ª ed. (pp. 248-260). São Paulo: Hucitec.
- Cervo, M.R. & Silva, R.A.N. (2014). Um olhar sobre a patologização da infância a partir do CAPSI. *Subjetividades*, 14(3), 442-453. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rs/v14n3/08.pdf>
- Conselho Federal de Psicologia (2010). *Práticas profissionais de psicólogos e psicólogas na atenção básica à saúde*. Brasília, DF: Conselho Federal de Psicologia. Recuperado de http://crepop.pol.org.br/wp-content/uploads/2011/02/Praticas_ABS.pdf
- Couto, M. C. V. & Delgado, P. G. G. (2016). Intersetorialidade: exigência da clínica com crianças na atenção psicossocial. In: E. Lauridsen-Ribeiro & O. Tanaka (Orgs). *Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS*. 2ª ed. (pp. 271-179). São Paulo: Hucitec.
- Couto, M. C. V. & Delgado, P. G. G. (2015). Crianças e adolescentes na agenda política da saúde mental brasileira: inclusão tardia, desafios atuais. *Psicologia Clínica*, 27(1), 17-40. DOI:

<https://doi.org/10.1590/0103-56652015000100002>

Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (1990). Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos.

Lei 10.216, de 6 de abril de 2001 (2001). Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF: Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos.

Lima, R. C. (2014). Saúde Mental na Infância e Adolescência. In: M. A. S. Jorge (Org.). *Políticas e Cuidado em Saúde Mental: contribuições para a prática profissional*. (pp. 230-253). Rio de Janeiro: FIOCRUZ.

Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011 e republicada em 21 de maio de 2013 (2011/2013). Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde.

Resolução nº3, de 24 de julho de 2020 (2020). Regulamenta, no âmbito do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad, o acolhimento de adolescentes com problemas decorrentes do uso, abuso ou dependência do álcool e outras drogas em comunidades terapêuticas. Ministério da Justiça e

Segurança Pública/Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas.

Oliveira, M. F. A. P. B. & Mendonça, J. (2016). O Capsi e a rede ampliada: intersectorialidade. In: E. Lauridsen-Ribeiro & C. B. Lykouropoulos (Orgs). *O Capsi e o desafio da gestão em Rede*. (pp. 193-207). São Paulo: Hucitec.

Vicentin, M.C.G. (2016). Criar o desciançável. In: E. L. Ribeiro, & C. B. Lykouropoulos. (Org.). *O Capsi e o desafio da gestão em Rede*. (pp. 29-38). São Paulo: Hucitec.

Carina Furlaneto Frazatto. Professora do Departamento de Psicologia da Universidade Estadual de Maringá (UEM). Doutora em Psicologia Social (PUC-SP). Mestre em Psicologia (UEM). Atuou como Psicóloga em serviços da Rede de Atenção Psicossocial da cidade de Marialva-PR entre 2008 e 2019

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8533-8067>

E-mail: caryfrazatto@hotmail.com

Fernanda de Jesus Dalosso. Psicóloga, especialista em saúde mental (UEM). Atua como psicóloga em serviços da Rede de Atenção Psicossocial vinculados às Secretarias Municipais de Saúde de Marialva-PR e de Maringá-PR.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9864-3711>

E-mail: fernandadjd@hotmail.com

Enviado em: 01/03/2021

1ª rodada: 04/06/2021

2ª rodada: 25/07/2021

Aceito em: 10/10/2022
