



## Trabalho em Rede na Atenção e Cuidado à Criança e ao Adolescente em Sofrimento Psíquico\*

*Teresinha Cid Constantinidis<sup>1</sup>, Letícia dos Santos Dias<sup>2</sup>,  
Samile Kumaira Fernandes<sup>3</sup>, Bruna Lídia Taño<sup>4</sup>*

**Resumo:** Este trabalho visa analisar o trabalho em rede na produção de atenção e cuidado à criança e ao adolescente em sofrimento psíquico na região metropolitana de Vitória (ES) sob a perspectiva dos profissionais. Foi realizada pesquisa qualitativa por meio de grupo focal com profissionais de saúde mental dos serviços que compõem a RAPS na Grande Vitória. Como resultado foram apontados desafios concernentes à falta de prioridade da saúde mental infantojuvenil nas políticas públicas, na dificuldade da realização do trabalho intersetorial, no tensionamento na relação com a escola, na falta da participação da atenção básica na produção do cuidado em rede e na dificuldade dos profissionais em lidar com as demandas das crianças e adolescentes em sofrimento psíquico. Apesar dos desafios, os profissionais buscam construir um campo de atenção e cuidado à criança e adolescentes na perspectiva do trabalho em rede, da intersetorialidade, do trabalho no território.

**Descritores:** Saúde mental; Criança; Adolescente; Políticas públicas; Assistência à saúde

<sup>1</sup> Doutora em Psicologia pelo Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo – UFES, Departamento de Terapia Ocupacional – UFES. teracidc@gmail.com . Vitória – ES – Brasil;

<sup>2</sup> Terapeuta ocupacional, UFES. leticiadsdias@hotmail.com . Vitória ES- Brasil;

<sup>3</sup> Terapeuta ocupacional, Residência Multiprofissional em Saúde da Família – SESA, samilekumairaf@gmail.com . Vitória – ES – Brasil;

<sup>4</sup> Doutora em Terapia Ocupacional pelo Programa de Pós-graduação em Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos – UFSCar. Departamento de Terapia Ocupacional- UFES. brunatano@gmail.com . Vitória – ES – Brasil.

\* Este estudo é parte de pesquisa *Processo de trabalho na Rede de Atenção Psicossocial da Grande Vitória: os caminhos e os impasses na produção do cuidado em saúde mental*, financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Espírito Santo – FAPES no Edital *Programa de Pesquisa para o SUS (PPSUS): Gestão Compartilhada em Saúde* (2017).

## Networking in Attention and Care to Children and Adolescents in Psychic Suffering

**Abstract:** This work aims to analyze the network work in the production of care and care for children and adolescents in psychological distress in the metropolitan region of Vitória (ES) from the perspective of professionals. Qualitative research was carried out through a focus group with mental health professionals from the services that make up the RAPS in Greater Vitória. As a result, challenges were identified concerning the lack of priority for children's mental health in public policies, the difficulty of carrying out intersectoral work, the tension in the relationship with the school, the lack of participation of primary care in the production of care in a network and the difficulty professionals in dealing with the demands of children and adolescents in psychological distress. Despite the challenges, professionals seek to build a field of care and care for children and adolescents from the perspective of networking, intersectionality, and working in the territory.

**Descriptors:** Mental health; Child; Adolescent; Public policy; health care

### Introdução

O reconhecimento da criança e adolescente como sujeitos de atenção em nosso país é bem recente. O Estado brasileiro, historicamente, lidou com a criança e com o adolescente de duas formas: uma mais tutelada que sustentava a institucionalização e outra, mais atual, amparada na proposta do cuidado em liberdade, baseada no princípio da proteção, que compreende este público como sujeitos de direito (COUTO; DELGADO, 2015).

O cuidado em saúde mental de crianças e adolescentes foi constituído em um vazio histórico. Anterior às primeiras articulações em relação aos direitos destes grupos, foi precedida durante anos por instituições de cunho caritativo, filantrópico, ou educacionais que se propunham a realizar a atenção à população infantojuvenil. O cenário assistencial, até os anos de 1980, contava apenas com instituições que remetiam à ideia de pedagogização dos problemas emocionais, com a consequente medicalização dos problemas comportamentais e educacionais, ou ainda o asilamento dos casos de maior gravidade no geral em hospitais psiquiátricos e outras instituições filantrópicas. As intervenções submetiam a criança a práticas disciplinadoras/pedagógicas, negando à esta a possibilidade de subjetivar suas questões (TAÑO; MATSUKURA, 2015).

As políticas públicas até esse período não estavam respaldadas por leis e não davam suporte necessário ao cuidado, ao direito e à cidadania às crianças e adolescentes. Somente a partir da influência de grupos organizados e de tensionamentos internacionais, foi incluído na

Constituição de 1988 a responsabilidade da família, do Estado e da sociedade em amparar e garantir às crianças e aos adolescentes, os direitos básicos como cidadãos. Em 1989, um ano depois da promulgação da Constituição, houve a consolidação de um documento que trouxe avanços significativos à população infantojuvenil, o Estatuto da Criança e do adolescente (ECA) (MOREIRA; SALLES, 2015). Com a promulgação do ECA tornou-se crime - por ação ou displicência - negligenciar os direitos básicos desses sujeitos, com discriminação, exploração e violência.

Em 2001, foi realizada a III Conferência Nacional de Saúde Mental, marco na história da saúde mental ao responsabilizar o Estado brasileiro pelo cuidado e tratamento de crianças e adolescentes com problemas mentais, afirmando a importância desse cuidado ser pautado em reconhecê-las como sujeitos psíquicos e de direitos, a ser exercido em dispositivos de base comunitária, fundamentada na lógica do território, da operação em rede e ter a inclusão social possível a cada um como o horizonte ético da ação de cuidado. Tal evento, destacou e introduziu no cenário da saúde mental brasileira a concepção de que a criança e o adolescente são sujeitos plenos que podem se desenvolver, socializar, aprender, mas que também são atravessados por subjetividades, própria à sua condição humana e que por isso mesmo, podem enlouquecer. Esta afirmação opõe-se, assim, à idéia corrente de que as expressões de sofrimentos entre crianças e adolescentes caracterizam essencialmente problemas de desenvolvimento ou decorrentes do processo educacional. (MACEDO, FONTENELLE; DIMENSTEIN, 2018)

A implementação de políticas de saúde mental do Sistema Único de Saúde (SUS) voltadas para infância e adolescência, ocorreu apenas em 2002 por meio da Portaria 336/2002, com um plano específico de atendimento e cuidado a esta população, cujo objetivo principal foi a construção de uma rede de cuidado que atenda integralmente às necessidades do público infantojuvenil especialmente centrado na oferta dos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis – CAPSij (BRASIL, 2002).

Mais recentemente, a criação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) é sancionada, com a portaria 3088 (Brasil, 2011), para ampliar os pontos de atendimentos para pessoas em sofrimento ou com transtornos mentais e para população em geral, entre elas, a criança e o adolescente. Incluídos na rede de cuidados em saúde mental a este público, baseados na lógica da atenção diária, os Centros de atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSij) vêm se constituindo como dispositivo fundamental para reorientação da assistência. O CAPSij foi especificamente criado para crianças e adolescentes em situação de sofrimento psíquico intenso para que tivessem o recurso de atendimento prioritário (TAÑO; MATSUKURA, 2015). O

serviço tem a proposta de promover integralidade na atenção comunitária em saúde e estruturar a rede de cuidado já existente nos territórios. Demandam um plano terapêutico singular amplo com foco que supere a ideia de hospitalização e institucionalização. A RAPS sustenta o papel desempenhado pelo CAPSijj na garantia da atenção às pessoas em situação de sofrimento agravado e persistente, e direciona para a construção de ações intersetoriais e da garantia do acesso, apoiando a permanência e o estabelecimento do cuidado em outros pontos de atenção da RAPS como atenção básica, por exemplo, função esta que Couto e Delgado (2016) denominam como duplo mandato. A implementação da RAPS possibilitou a operacionalização da descentralização do cuidado em saúde mental no Brasil, favorecendo outros níveis de atenção, com um intuito primeiramente de sistematizar o fluxo de pessoas no serviço, reforçando processos de regionalização e do modelo piramidal de assistência (QUINDERÉ; JORGE; FRANCO, 2014). Na produção do cuidado em rede, a Estratégia de Saúde da Família, e os Núcleos de Ampliados à Saúde da Família são os equipamentos em contato com a comunidade oferecidos pela Atenção Básica que devem trabalhar em conjunto aos outros dispositivos da rede garantindo integralidade nos serviços de saúde mental. Para Belotti, Maia, Avellar e Silva (2019), apesar das mudanças propostas pela Portaria nº 3.088, ainda são incipientes as suas influências na rede de saúde mental infantojuvenil.

Assim, o que se evidencia em distintos territórios é que a Atenção Básica e outros dispositivos de saúde apresentam dificuldades para a produção de um cuidado em saúde mental para crianças e adolescentes que trate sobre a promoção desta e a garantia de direitos. Em estudo de revisão sobre o tema da saúde mental na Atenção Básica Fernandes, Matsukura e Lourenço (2018) discutem que o principal modelo de cuidado realizado tem enfoque biomédico, que há falta de capacitação e qualificação das equipes para o encontro com as crianças, adolescentes e suas famílias, mas que também há iniciativas de produção de cuidado mais ampliado, situado em dispositivos grupais de cuidado. Nesta direção, Fernandes et al (2020) apontam sobre o reconhecimento de que o suporte às famílias seria a articulação mais viável e interessante para o exercício da promoção de cuidado em saúde mental na AB.

Considerando este cenário e a necessidade de ampliação do debate sobre a produção de cuidado na RAPS, esse estudo teve como objetivo conhecer o trabalho em rede na produção de atenção e cuidado à criança e ao adolescente em sofrimento psíquico na região metropolitana de Vitória, ES - a partir da perspectiva dos profissionais da saúde mental da RAPS. O referencial que norteia a discussão é a produção científica sobre este tema.

## Método

Este estudo, do tipo qualitativo, de natureza exploratória, teve como objetivo geral a avaliação do processo de trabalho na produção de cuidado em saúde mental da RAPS da Grande Vitória.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UFES, CEP-CCS/UFES, por meio do Parecer Consubstanciado do CEP nº 1.566.200, de 25/05/2016, respeitando-se assim os princípios éticos fundamentais adotados na abordagem aos colaboradores, na coleta e tratamento dos dados, com base na Resolução nº 466 de 12/12/2012, a qual dispõe sobre as normas de pesquisa envolvendo seres humanos (Conselho Nacional de Saúde, 2013).

A pesquisa foi realizada entre os serviços que prestam assistência em saúde mental infantojuvenil e que compõem a RAPS de municípios da Grande Vitória. São componentes e pontos de atenção da RAPS infantojuvenil da Grande Vitória, a atenção básica em saúde (Unidades básicas de saúde, Núcleos de Apoio e Saúde da Família, Consultório na Rua) e Atenção Psicossocial Estratégica. É importante destacar que a implantação de um dos CAPSij a região foi posterior à coleta de dados desta pesquisa. Com relação aos serviços de atenção hospitalar, a RAPS na Região e no estado do Espírito Santo apresenta nó crítico uma vez que há inexistência de leitos de saúde mental infantojuvenis ou porta de entrada para urgência e emergência de saúde mental infantojuvenil.

O grupo focal foi utilizado como instrumento mediador do encontro por possibilitar a compreensão de práticas cotidianas, ações e reações a fatos e eventos, comportamentos, percepções, crenças, representações, valores, preconceitos, linguagens, hábitos e restrições que estão presentes em torno de uma determinada questão, atribuídos pelas pessoas que partilham de situações em comum no dia-a-dia (GATTI, 2005).

Foi realizada uma sessão de grupo focal com duração de 90 minutos, com a moderação de um coordenador e a participação de observador, autores deste estudo. Os tópicos norteadores da discussão foram: cotidiano dos serviços na produção de cuidado em saúde mental; relação entre os diferentes serviços que compõem a RAPS; percepção da implantação e consolidação da RAPS nos municípios; produção de cuidado diante da especificidade dos diferentes serviços nos territórios em que estão inseridos; caminhos e impasses na produção de cuidado.

Foi utilizado como critério de inclusão dos participantes a inserção dos profissionais de saúde que atuavam nos serviços de atenção básica e saúde mental, independentemente da sua formação, que aceitaram participar do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e

Esclarecido (TCLE). Não foram participantes desse estudo profissionais de saúde que não compõem a Rede de Atenção Psicossocial dos municípios da Grande Vitória.

O projeto foi previamente apresentado em encontros com os profissionais dos serviços e, na época da coleta, foi feito o convite para cada serviço da RAPS que atende à criança e adolescente, dentre os municípios concernentes ao campo desta pesquisa. O convite foi feito por meio das áreas técnicas de saúde mental de cada município e das coordenações de cada serviço, que repassaram aos profissionais a data e local da coleta.

Como resultado deste processo, participaram quatro profissionais, distribuídos entre três psicólogos e uma assistente social. Em relação ao número de integrantes, os autores sugerem grupos de seis a quinze participantes (RESSEL; IERVOLINO, 2008; SILVA; ASSIS, 2010). Destacam que o número deve ser tal que estimule a participação e interação de todos. Na experiência relatada nesta pesquisa, apesar do esforço dos pesquisadores ser no sentido de obtenção de um número maior de membros, quatro profissionais compareceram na realização do grupo focal. No entanto, apesar do número de participantes ser menor que o sugerido, foi suficiente para promover uma discussão profícua entre eles. Neste sentido, Trad (2009) aponta que para a produção do grupo não se torna relevante a identificação quantitativa dos participantes, mas a criação de um ambiente que fomente a discussão e manifestação dos participantes em relação a suas percepções ao assunto colocado. Para a autora, “o número ideal de pessoas em um grupo focal é aquele que propicia a atuação satisfatória desenvolvendo discussão dos temas entre os participantes” (TRAD, 2009, p.781).

O tratamento do material, a sua codificação, ocorreu por intermédio da análise de conteúdo. Bardin (2011) define análise de conteúdo como um “conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens” (BARDIN, 2011, p.42).

Tendo em vista que esta etapa do estudo não pressupõe uma análise quantitativa, as categorias foram delineadas não necessariamente pela repetição de falas, mas também pela relevância dos relatos no encaminhamento das discussões. Na primeira leitura foram destacadas palavras e frases que tivessem sentido e na releitura buscou-se temas em comum.

Outra etapa da análise dos dados, na perspectiva da análise de conteúdo é a descrição. Cada um dos eixos temáticos apresentou como produto um texto síntese, com a descrição do

material analisado. Posteriormente a isso, com o objetivo de aprofundar a análise dos resultados, passamos a interpretação e discussão, com base na literatura científica sobre o tema.

## Resultados

Na Tabela 1 são apresentados esquematicamente e ilustrativamente, os temas, os subtemas e os relatos significativos que emergiram deste estudo.

**Tabela1.** Resultados

TEMAS	SUBTEMAS	RELATOS DO GRUPO FOCAL
	Desafios para implantação de serviços de atenção e cuidado em Saúde mental infantojuvenil	<p>“Muitos iam para o ambulatório do Hospital Universitário e outros ficavam soltos... Dentro de casa, APAE, Pestalozzi... Dificilmente chegava nas equipes, né? Regional...”</p> <p>“Eu acho que é um desafio, né? Muito grande, pelo menos lá, né? No município, a gente teve que brigar muito pra implantar um serviço, porque não é visto, como uma prioridade”.</p>
	Valorização do contexto da criança/adolescente	<p>“De que forma a gente percebe essa forma de pensar a saúde mental, esse é o grande desafio, né? É pensar assistência, escola, saúde, eu acho que essa é a grande dificuldade. Esse cuidado que a gente precisa estar olhando, né?”</p>
Aspectos relacionados ao campo do cuidado em saúde mental infantojuvenil	Cuidado atrelado a intersetorialidade	<p>“Eu acho que esse é o grande desafio da saúde mental infantojuvenil e perpassa todos esses campos, né? Então, eu acho importante conversar com o CRAS, com o CREAS, saber se essa família é acompanhada, o próprio conselho tutelar de que forma ele meio que se atravessa nesse processo, “é CAPSij? Não, já encaminha...”. É importante esse diálogo como se com esses diversos atores que passam pela vida da criança e do adolescente. O próprio contexto escolar, muitas vezes a criança aparece nesse contexto...”</p> <p>“E aí, vem a questão do laudo: ‘Ah porque a escola tá precisando do laudo e a escola falou que a partir desse laudo vai ter o acompanhamento do estagiário’. Mas a gente sabe que já existe um... acho que decreto, né? Que coloca que a própria escola pode fazer essa avaliação: ‘Olha, aquela criança precisa de uma atenção maior’. Não precisa a partir de um laudo que vem do CAPSij.”</p>
Cotidiano dos serviços	Acolhimento da demanda	<p>“A gente tá tendo uma dificuldade grande de falta, e aí a gente tá tentando fazer essa reorganização do nosso serviço com o que a gente tem, dentro das nossas possibilidades e com a demanda que existe tentar dar conta, né? Porque tem vindo muito caso de automutilação, de suicídio na adolescência.”</p> <p>“Porque nem todas equipes atendem crianças” Tem isso também, né? A gente tem essa dificuldade, tem profissional que fala “Ah, eu não atendo criança” e não atende. É uma dificuldade que a gestão enfrenta também”</p>

Fonte: dados da pesquisa.

## Discussão

Como relatado na literatura (COUTO; DELGADO, 2008; COUTO; DELGADO, 2015), antes da implantação da política de saúde mental específica a esta população, na região estudada também não existia um acolhimento da demanda do cuidado em saúde mental infantojuvenil e as crianças eram encaminhadas para serviços filantrópicos ou serviços de atendimento à criança com deficiência, conforme exemplifica o relato a seguir. *"Muitos iam para o ambulatório do HUCAM e outros ficavam soltos, dentro de casa, APAE, Pestalozzi. Dificilmente chegava nas equipes, né?"* (Grupo focal).

No entanto, é importante notar que a história da produção de cuidado em saúde mental infantojuvenil não é linear, isto é, coexistem diferentes práticas de acolhimento a demandas desta população. Apesar dos avanços das discussões da área e da implementação das políticas de saúde mental infantojuvenil, existe ainda prática de encaminhamentos de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico para instituições de cunho disciplinadores. Segundo Brandão, Canavez e Ramos (2017), a lógica do desenvolvimento funcional é favorecida por um equívoco pedagógico, que dificulta as possibilidades de subjetividade do sujeito, desta forma, as crianças e adolescentes são deixadas de lado nas tentativas de construção de dispositivos clínico-psicossociais que oferecem um novo olhar para o cuidado aos sujeitos em sofrimento psíquico.

O município de Vitória e, mais recentemente, de Vila Velha, Serra e Cariacica, apresentam ações em direção à implantação de uma política de saúde mental para infância e adolescência com um plano específico, integrado à política geral de saúde mental do SUS. Estes municípios contam com CAPSij além de a construção de estratégias para articulação intersetorial da saúde mental. Os profissionais referem parcerias intersetoriais com CRAS e CREAS. No entanto, os profissionais, participantes da pesquisa, ressaltam que a criança tende a ser esquecida e as ações voltadas à produção de cuidado na atenção à saúde mental infantojuvenil não são vistas como prioridade nos serviços, apesar das conquistas citadas acima. Esta falta de priorização destas ações reflete na dificuldade de implantação de serviços de saúde mental infantojuvenil, conforme relatado por participante: *"Eu acho que é um desafio, né? Muito grande, pelo menos lá, né? No município, a gente teve que brigar muito pra implantar um serviço, porque não é visto, como uma prioridade"* (Grupo focal).

Este resultado vai ao encontro das pontuações de outros estudos (Couto, Duarte, & Delgado, 2008; Couto & Delgado, 2015) que trazem a priorização das políticas de saúde mental

relacionadas aos problemas da população adulta em detrimento da população infantojuvenil. Os autores reforçam que existem especificidades concernentes à saúde mental que não podem ser contempladas pela simples extensão das estratégias de cuidado da população adulta à população infantil e juvenil. Para Couto e Delgado (2015), tais especificidades tendem a ser esquecidas na agenda das políticas de saúde mental, sendo necessária a proposição de uma agenda política específica. É importante destacar que o baixo número de participantes deste estudo, que compareceram ao grupo focal, reforça esta discussão, indicando certo desinvestimento não só de recursos financeiros, mas também sobre representação, sobre o lugar que ocupa o cuidado de crianças e adolescentes na saúde mental e no paradigma da atenção psicossocial.

Os participantes consideram fundamental a valorização do contexto da criança/adolescente, consideram que as ações voltadas à criança e ao adolescente em sofrimento psíquico no contexto social delas tem maior efetividade e ressaltam a importância da articulação entre serviços. No entanto, apontam como uma dificuldade articular a intersetorialidade na produção de cuidado à criança e ao adolescente.

*De que forma a gente percebe essa forma de pensar a saúde mental, esse é o grande desafio, né? É pensar assistência, escola, saúde, eu acho que essa é a grande dificuldade. Esse cuidado que a gente precisa para estar olhando, né? (Grupo focal).*

Em relação à isso, Fernandes, Cid, Speranza e Copi (2019) apontam a importância em compreender o contexto da criança e do jovem quanto educação, saúde, cultura, na orientação da criação das práticas de rede intersetorial, possibilitando o cuidado almejado. Para as autoras, é necessário ter em mente as individualidades desse público-alvo e suas diferentes demandas, que não conseguem ser alcançadas em contato com apenas um serviço, sendo necessária o fortalecimento da intersetorialidade.

A intersetorialidade propicia que a saúde mental perpassa por vários campos profissionais e com eles compartilhe o cuidado, além de atravessar os três níveis de complexidade, de forma que se complementem e se articulem (PORTARIA Nº 4.279, 2010). Nesta direção, Taño e Matsukura (2019) discutem que, considerando o histórico de violação de direitos das crianças e adolescentes e da constituição das principais políticas e programas direcionados à estas, a intersetorialidade se assenta enquanto um posicionamento metodológico que possibilita, entre outros, a construção de estratégias singulares e mais complexas em relação

às situações enfrentadas pelas comunidades e famílias. Esta lógica de cuidado é abordada no seguinte relato:

*Eu acho que esse é o grande desafio da saúde mental infantojuvenil e perpassa todos esses campos, né? Então, eu acho importante conversar com o CRAS, com o CREAS, saber se essa família é acompanhada, o próprio conselho tutelar de que forma ele meio que se atravessa nesse processo, 'é CAPSij? Não, já encaminha'.. É importante esse diálogo como se com esses diversos atores que passam pela vida da criança e do adolescente. O próprio contexto escolar, muitas vezes a criança aparece nesse contexto.. (Grupo focal).*

Essa prática de cuidado relacionada a problemas atravessados nos níveis de complexidade, não pode ser tratada separadamente por alguma disciplina ou apenas um serviço. Para Souza, Erdmann e Mochel (2010) é notável a necessidade de garantir um serviço interdisciplinar para tornar o cuidado mais integral. As equipes que trabalham nas ações de saúde mental têm como função, o cuidado em saúde e por isso precisam unir potências com a rede, com outros setores além da saúde, para oferecer solução aos casos.

Em relação à saúde mental infantojuvenil, pode acontecer o envolvimento dos profissionais da saúde, educação, justiça e assistência social para atuar a partir de planejamentos conjuntos, compreender as complexidades de cada criança/adolescente, garantir seus direitos de cidadania e se responsabilizar pelo cuidado. É importante conhecer o lugar que ocorre a intersetorialidade para além da política, a forma que os profissionais a compreendem, planejam e executam e como se concretiza o cuidado em saúde mental infantil (DELFINI, BASTOS, & REIS, 2017).

Couto et al (2008) apontam que os dispositivos mais acessados no país por crianças e adolescentes são primeiramente as escolas e em seguida as Equipes de Saúde da Família, sendo essas portas de entrada para a construção de uma rede em saúde mental. Para os autores, apenas uma rede de intersetorialidade é capaz de produzir o cuidado, sem estigmatizar, partilhando e aperfeiçoando o serviço, encontrando uma direção comum entre os diversos setores. Estudos mais atuais, como os de Taño & Matsukura (2019; 2020) reforçam estas considerações quando encontram resultados semelhantes: escolas e atenção básica, nesta ordem seguem como os serviços mais acionados pelas crianças e suas famílias, o que destaca a relevância de articulações setoriais e intersetoriais que possibilitem o cuidado e a garantia de direitos, na contramão das lógicas que patologizam e culpabilizam crianças e famílias por seus sofrimentos.

A escola aparece como campo de tensão, devido às numerosas demandas de atendimentos e a exigência de laudos para respaldar suas ações de atenção especial e, ou, de inclusão escolar da criança com transtorno mental ou uso abusivo de substâncias psicoativas.

*E aí, vem a questão do laudo: 'Ah porque a escola tá precisando do laudo e a escola falou que a partir desse laudo vai ter o acompanhamento do estagiário'. Mas a gente sabe que já existe um..., acho que decreto, né? Que coloca que a própria escola pode fazer essa avaliação: 'Olha, aquela criança precisa de uma atenção maior'. Não precisa a partir de um laudo que vem do CAPSij (Grupo focal).*

Para Kamers (2013) a escola tem se tornado o dispositivo regulador da inclusão/exclusão da criança no domínio do saber médico-psiquiátrico. Os profissionais entendem que o processo adoecedor de trabalho do professor gera encaminhamentos para o CAPSij, isto é, os professores por não darem conta das demandas concernentes ao ensino, domínio pedagógico e das diferentes singularidades presentes em uma sala de aula, acabam que, ao menor sinal de descontrole das situações e de si, buscam na criança um diagnóstico que explique as suas dificuldades.

Por outro lado, segundo estudo de Taño & Matsukura (2019) que tratou sobre as potencialidades da intersetorialidade a partir da percepções de gestores dos CAPSij, o contato com as escolas e a construção de parcerias que qualifiquem e complexifiquem o olhar sobre as necessidades e demandas da populações tem se mostrado estratégia que favorece a percepção dos agentes educacionais sobre os sofrimentos de crianças e adolescentes e constituem-se como enfrentamento à patologização das vidas das comunidades.

Os resultados apresentados vão ao encontro dos achados por Chaves e Caliman (2017), que afirmam que apesar do CAPSij ter sido instituído para casos de maior gravidade e complexidade, os problemas de aprendizagem e de condutas constituem boa parte das demandas que chegam aos serviços encaminhadas por escolas. Essas demandas ocasionam sobrecarga nos equipamentos de saúde, e a busca pelo laudo médico dificulta ainda mais a participação das crianças na escola. Para as autoras, mesmo que não seja a demanda esperada, o serviço não pode deixar de se envolver com as outras demandas do território, pois há o risco comprometer a organização do cuidado em saúde mental a partir das lógicas territoriais e da RAPS.

No entanto, o que se verificou é que: *"Porque nem todas equipes atendem crianças" Tem isso também, né? A gente tem essa dificuldade, tem profissional que fala 'Ah, eu não atendo criança' e não atende. É uma dificuldade que a gestão enfrenta também"* (Grupo focal).

Ainda com base no relato, a participação limitada dos profissionais na saúde mental expõe um sistema de trabalho que está colocado nos serviços. Segundo Delfini e Reis (2012), existem práticas que levam à desresponsabilização dos casos, não havendo compartilhamento do projeto terapêutico, além de não haver comunicação entre os profissionais da rede. Para as autoras, os casos são elaborados de maneira erma, sem a prática cotidiana de discussões, e envolvimento no cuidado em saúde mental da criança e do adolescente.

Diante deste panorama, os profissionais relatam que os atendimentos a esta população na atenção básica, restringe-se a atendimentos ambulatoriais realizados por psicólogos, que atendem demandas escolares. Este resultado aponta à herança histórica das ações relacionadas à saúde mental da infância e adolescência serem delegadas aos setores educacional e de assistência social, com quase ausência de proposições pela área da saúde mental, conforme afirmam Couto et al (2008) e Muylaert (2015), Taño e Matsukura (2020).

Diferente da prática ambulatorial comum na atenção básica, principalmente no atendimento de crianças e adolescentes usuárias de substâncias psicoativas, o CAPSij busca realizar um cuidado que envolva o território, conforme ilustra o relato abaixo:

*Assim, claro que no nosso trabalho a gente tenta, né? Quando a gente atende uma criança a gente tem que ver aonde essa criança atravessa na vida. Então, às vezes tem que ir pra escola, então nos falta um pouco de verba pra dar conta disso tudo. É escola, é o CRAS, é aonde a criança tá, né? Dentro do seu território (Grupo focal).*

De acordo com Silva e Pinho (2015), cada território possui suas características e por isso se torna necessário um suporte intersetorial para interpretar a importância do local na produção de cuidado. Como pode ser visto no relato, embora existam dificuldades para o profissional transitar pelos serviços e no território, o cuidado também deve ser pensado para além dos setores institucionalizados. Devem ser consideradas as particularidades de cada criança e adolescente, pois esses contextos envolvem diversidades e multiplicidades de jovens que circulam e estabelecem relações sociais dentro desse território. Trata-se então de produzir um trabalho que possa reconhecer as redes informais, os modos de se relacionar e de cuidar de cada comunidade, para que seja possível a negociação do cuidado possível, a partir da atenção psicossocial.

No trabalho cotidiano os profissionais relatam a dificuldade de amparar essas particularidades desse público que apresenta diferentes contextos e vivenciam de diversas maneiras nos espaços que transitam, enfatizando sobre a falta de capacitação no cuidado às necessidades da população adolescente:

*A gente tá tendo uma dificuldade grande de falta, e aí a gente tá tentando fazer essa reorganização do nosso serviço com o que a gente tem, dentro das nossas possibilidades e com a demanda que existe tentar dar conta, né? Porque tem vindo muito caso de autolesão, de suicídio na adolescência. (Grupo focal).*

Como expõem Constantinidis e Andrade (2015), a demanda surge de uma necessidade e o usuário buscaria os serviços de saúde para resolvê-la. Os atendimentos oferecidos seriam a resposta às demandas. Contudo, oferta e demanda são processos, que consideram a objetividade e subjetividade, falas e práticas de seus atores no interior das instituições. Pelo relato do grupo focal, exposto acima, a demanda tem revelado a urgência de reorganização dos serviços, de assumirem e se responsabilizarem pelas necessidades dos adolescentes. É destacado, pelos profissionais, os casos de mutilação e suicídio entre adolescentes. A autolesão caracteriza-se pela ação de cortar deliberadamente a pele com objetos perfurocortantes, sem a intenção consciente de tirar a própria vida, mas que acarreta lesões graves. Esse comportamento é associado a situações de estresse, sendo utilizado para alívio de emoções muito fortes e diminuição da tensão (SILVA & BOTTI, 2017). Em relação ao suicídio entre jovens, é fundamental esforços na atenção e cuidado para essa população, uma vez que, a Organização Mundial de Saúde (OMS) identifica que os jovens são mais suscetíveis ao comportamento suicida (WHO, 2014). De acordo com o estudo de Cantão e Botti (2014), para essa faixa etária, o suicídio seria uma via para resolução de problemas e sanar dores. Tanto o suicídio quanto a autolesão são demandas que têm crescido nos serviços, e ainda há uma ausência de estudos dedicados a esse fenômeno.

Garcia et al (2019), afirma que os profissionais não se sentem aptos para lidar com essas questões seja no trabalho em rede ou individualmente, e por esse motivo percebemos no relato a necessidade de reorganização do serviço, que na verdade, transparece a necessidade de capacitação dos profissionais nesse tema. Ainda de acordo com os autores, é notória a diferença entre a necessidade de atenção em saúde da juventude e a prática de ações da saúde para o público. A prevenção e promoção de intervenções orientadas para os adolescentes que permitem um trabalho interdisciplinar, possibilitando a escuta e a atenção. Para isso, os profissionais devem ser capacitados para identificar sinais e sintomas relacionados aos transtornos mentais.

Lobosque (2019), sobre as meninas que se cortam, discute que este fenômeno, muitas vezes lido pelas equipes com profunda estranheza, solicita cuidado na atenção. Um direcionamento que não negligencie a necessidade do cuidado, mas que também não produza grandes alarmes o estabelecimento de uma causalidade direta entre os cortes e as tentativas de

suicídio. Segundo a autora o contato com estas adolescentes deve sempre considerar que estas são, no geral, as maiores candidatas para uma vida atrelada aos percursos psiquiátricos, à tutela e vigilância como únicas possibilidades de atuação técnica. Assim, destaca que a aproximação com estas situações pede paciência e bom-humor. Um cuidado que as tire dos lugares de mimadas, dramáticas, negligentes ou reativas, a que cotidianamente são colocadas e que possa reposicionar seus modos de ser, de viver a partir de uma escuta que possa (re)introduzi-las na luta de se fazerem mulheres na atualidade.

Segundo Bermudez e Batista (2017), os profissionais de saúde não compreendem que são, também, atores desta narrativa, e que é importante a responsabilização pelo cuidado em saúde mental. A responsabilidade deve ser compartilhada entre os profissionais, para que cada situação seja objeto de reflexão. Nesse sentido, o estudo de Fernandes et al (2019) aponta que os familiares e a escola, sentem dificuldade em compreender o contexto da criança e do adolescente, demandando mais esclarecimentos sobre esse processo. Além disso, os/as autores apontam que profissionais da saúde também se queixam da falta de conhecimento na área da saúde mental.

Garcia e colaboradores (2019), afirmam que os profissionais não se sentem aptos para lidar com essas questões seja no trabalho em rede ou individualmente, e por esse motivo percebemos no relato a necessidade de reorganização do serviço, que na verdade, transparece a necessidade de capacitação dos profissionais nesse tema. Ainda de acordo com os autores, é notória a diferença entre a necessidade de atenção em saúde da juventude e a prática de ações da saúde para o público. A prevenção e promoção de intervenções orientadas para os adolescentes que permitem um trabalho interdisciplinar, possibilitando a escuta e a atenção. Para isso, os profissionais devem ser capacitados para identificar sinais e sintomas relacionados aos transtornos mentais.

O relato anterior reforça então os resultados encontrados por Taño & Matsuklura (2019) que apontam que as ações intersetoriais e em rede possibilitam não somente a complexificação dos modos de se compreender e intervir em relação aos sofrimentos de crianças, adolescentes e suas comunidades, mas também se coloca como importante estratégia para o cuidado e fortalecimento de cada trabalhador e sua equipe, uma vez que possibilita o compartilhamento das reflexões, sobrecargas e aponta para a possibilidade de invenção de interessantes e mais flexíveis formas de cuidar.

## **Conclusão**

Este estudo apontou espaços conquistados na produção de cuidado em saúde mental para as crianças e adolescentes na grande Vitória - ES. Diante de desafios apontados pelos participantes, destacamos a importância da valorização das conquistas e resultados obtidos neste processo.

Destaca-se que a pouca participação dos profissionais da área - comparando-se com o número de participantes de grupo focal relatada na literatura -, mesmo com todo o processo de divulgação, convite e incentivo à participação, traz alguns aspectos interessantes a serem discutidos por serem identificados como peculiares ao tema da pesquisa. A consolidação da rede pública ampliada de saúde mental para atenção e o tratamento de crianças e adolescentes deve acontecer em várias frentes e depende da participação de vários atores, entre eles, o profissional de saúde mental.

A esquivia de grande parte dos profissionais à oportunidade de discussão, encontro e articulação de ideias com profissionais de saúde mental, indica, como um dos fatores possíveis deste fato, a não apropriação do papel estratégico que lhes compete na efetivação da construção deste trabalho. As razões para esta não apropriação do papel de profissional de saúde mental infantojuvenil extrapolam os objetivos deste trabalho, mas é importante destacar como uma das dificuldades da implementação das redes de produção de cuidado em saúde mental à criança e ao adolescente.

É importante salientar que a participação dos profissionais no Grupo Focal foi um fator limitante da pesquisa, já que um número maior de participantes poderia haver ampliação das experiências relatadas e maior representatividade dos serviços. Como reflexo da pouca participação no referido grupo, foi observada a dificuldade dos profissionais de sair de sua rotina para falar sobre esses processos de trabalho, sendo este fato um indicativo do mínimo de tempo que reservam para reflexão de suas práticas cotidianas.

A produção de cuidado em saúde mental, relatada na pesquisa é marcada por desafios que concernem à falta de prioridade da saúde mental infantojuvenil nas políticas públicas, na dificuldade da realização do trabalho intersetorial, no tensionamento na relação com a escola, na falta da participação da atenção básica na produção do cuidado em rede e na dificuldade dos profissionais em lidar com as demandas das crianças e adolescentes em sofrimento psíquico. Apesar dos desafios, os profissionais buscam construir um campo de atenção e cuidado à criança e adolescentes, cientes da importância do trabalho em rede, da intersetorialidade, da

contextualização do trabalho no território e da troca entre os profissionais envolvidos na produção de cuidado em saúde mental infantojuvenil.

## Referências

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições, 70, 2011..

BELOTTI, M., MAIA, C. C., AVELLAR, L. Z; DA SILVA, P. D. O. M. Concepções de Profissionais de Saúde sobre as Atribuições em um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSij). *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 2019.

BERMUDEZ, K. M., & SIQUEIRA-BATISTA, R. (2017). “Um monte de buracos amarrados com barbantes”: o conceito de rede para os profissionais da saúde mental. *Saúde e Sociedade*, 26(4), 904-919.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n° 336, de 19 de fevereiro de 2002. Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. *Diário Oficial da União 2002*. Acesso em 18 de maio de 2018.

BRASIL. Portaria n° 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Acesso em 12 de maio de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n° 3088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidade decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União 2011*. Acesso em 4 de junho de 2018.

CANTÃO, L.; BOTTI, N. C. L. Suicídio na população de 10 a 19 anos em Minas Gerais-1997–2011. *Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro*, 3(4), 1262-1267, 2014.

CHAVES, F. A. M.; CALIMAN, L. V. Entre Saúde Mental e a Escola: a Gestão Autônoma da Medicação. *Revista Polis e Psique*, 7(3), 136-160, 2017.

CONSTANTINIDIS, T. C; ANDRADE, A. N. D. Demanda e oferta no encontro entre profissionais de saúde mental e familiares de pessoas com sofrimento psíquico. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(2), 333-342, 2015.

COUTO, M.C.V.; DUARTE, C.S.; DELGADO, P.G.G. A saúde mental infantil na Saúde Pública brasileira: situação atual e desafios. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30(4), 390-398, 2008.

COUTO, M.C.V.; DELGADO, P.G.G. Crianças e adolescentes na agenda política da Saúde Mental Brasileira: Inclusão tardia, desafios atuais.. *Psicologia Clínica*, 27(1), 17-40, 2015.

COUTO, M. C. V.; DELGADO, P. G. G. Presença viva da saúde mental no território: construção da rede pública ampliada de atenção para crianças e adolescentes. In E. Lauridsen-RIBEIRO & C. B. LYKOUROPOULOS (ORGS.). *O CAPSij e o desafio da gestão em rede* (pp. 69-86). São Paulo: Hucitec, 2016.

DELFINI, P.S.S.; BARBOSA, C.D.; FONSECA, F.L.; TAVARES, C.M; REIS, A.O.A. Perfil dos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil da Grande São Paulo, Brasil.. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 19 (2), 226-236, 2016.

DELFINI, P. S. D. S.; BASTOS, I. T.; REIS, A. O. A. Peregrinação familiar: a busca por cuidado em saúde mental infantil. *Cadernos de Saúde Pública*, 33, e00145816, 2016.

FERNANDES, A. . S. A.; MATSUKURA, T. S.; LOURENÇO, M. S. D. G. Práticas de cuidado em saúde mental na Atenção Básica: identificando pesquisas no contexto brasileiro. *Cad. Bras. Ter. Ocup.*, São Carlos , v. 26, n. 4, p. 904-914, Dec. 2018 .

FERNANDES, A.D.S.A.; CID, M.F.B.; SPERANZA, M.; COPI, C.G. A intersectorialidade no campo da saúde mental infanto-juvenil: proposta de atuação da terapia ocupacional no contexto escolar. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 27(2), 454-461, 2019.

FERNANDES, A. D. S. A.; SEBOLD, R. A.; MATSUKURA, T. S.; CID, M. F. B. Saúde Mental infantojuvenil e atenção básica à saúde: percepções de profissionais sobre as redes estabelecidas para o cuidado. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health*, 12(31), 103-119, 2020.

GARCIA, S.; NASSER, M.; BERQUÓ, E.; BILLAND, J.; LOPES, F.; HERMANN, D.; ALTENFELDER, M. Necessidades de ações em saúde mental para adolescentes e jovens no estado de SP: Possibilidades da perspectiva da integralidade do cuidado. *Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa*, 1-5, 2019.

KAMERS, M. A fabricação da loucura na infância: psiquiatrização do discurso e medicalização da criança. *Estilos da clínica*, 18(1), 153-165, 2013.

LOBOSQUE, A. M. As meninas-que-se-cortam. In: SURJUS, L. L. T., S.; MOYSÉS, M. A. A. *Coleção Saúde Mental de Crianças e Adolescentes*. Santos: Unifesp/ABRASME.

MACEDO, J.P.; FONTENELE, M.G.; DIMESTEIN, M. Saúde Mental Infantojuvenil: Desafios da Regionalização da Assistência no Brasil, 2018.

MOREIRA, A.; SALLES, L.M.F. O ECA e a concretização do direito a educação básica. *Educação em Foco*, 22(3), 174-199, 2015.

MUYLAERT, C. J.; DELFINI, P. S. D. S.; REIS, A. O. A. Relações de gênero entre familiares cuidadores de crianças e adolescentes de serviços de saúde mental. *Revista de Saúde Coletiva*, 25(1), 41-58, 2015.

SILVA, J.R.S.; ASSIS, S. M. B. Grupo focal e análise de conteúdo como estratégia metodológica clínica qualitativa em pesquisas nos distúrbios do desenvolvimento, *Cadernos de Pós- Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento*. 10(1), 146-152, 2010.

SILVA, A. B. D.; PINHO, L. B. D. Território e saúde mental: contribuições conceituais da geografia para o campo psicossocial. *Revista Enfermagem Uerj*. Rio de Janeiro.23(3), p. 420-424, 2015.

SILVA, A. C.; BOTTI, N. C. L. Comportamento autolesivo ao longo do ciclo vital: Revisão integrativa da literatura. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (18), 67-76, 2017.

SOUSA, F. G. M.; ERDMANN, A. L.;MOCHEL, E. G. Modelando a integralidade do cuidado à criança na atenção básica de saúde. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 31(4), 701-707, 2010.

TAÑO, B.; MATSUKURA, T.M. Saúde mental infanto-juvenil e desafios do campo: reflexões a partir do percurso histórico. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 23(2), 439-447, 2015.

TÃNO, B. L.; MATSUKURA, T. S. Intersetorialidade e cuidado em saúde mental: experiências dos CAPSij da Região Sudeste do Brasil. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 29, e290108, 2019.

TAÑO, B. L.; MATSUKURA, T. S. Compreensões e expectativas de educadores sobre saúde mental de crianças e adolescentes. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health*, 12(31), 166-192, 2020.

TRAD, L.A.B. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. *Physis. Revista de Saúde Coletiva*, 19(3), 777-796, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Preventing suicide: a global imperative*. Geneva, 2014.

Como citar este artigo (Formato ABNT):

CONSTANTINIDIS, Teresinha Cid; DIAS, Letícia dos Santos; FERNANDES, Samile Kumaira; TAÑO, Bruna Lúcia. Trabalho em Rede na Atenção e Cuidado à Criança e ao Adolescente em Sofrimento Psíquico. **Id on Line Rev. Psic.**, Outubro/2021, vol.15, n.57, p. 358-375, ISSN: 1981-1179.

Recebido: 31/08/2021;  
Aceito 13/09/2021.