

ESTRATÉGIAS PARA O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES NA PERSPECTIVA DOS PSICÓLOGOS QUE ATENDEM EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE¹

Giorgia Natividade Monteiro²
Viviane Bastos³

Resumo: O cuidado à saúde faz parte dos direitos básicos de todo ser humano, sendo fundamental para o desenvolvimento de forma integral. Crianças e adolescentes, mesmo sendo considerados sujeitos de direito que se encontram em condição peculiar de pessoas em desenvolvimento, nem sempre recebem tanta visibilidade no campo da saúde mental. De modo geral, as políticas de saúde mental existentes estão relacionadas aos problemas da população adulta. A presente pesquisa objetivou caracterizar as estratégias para o cuidado em saúde mental na assistência à saúde de crianças e adolescentes na perspectiva dos psicólogos que atendem em Unidades Básicas de Saúde do município de Palhoça. Participaram do estudo cinco psicólogos com idade igual ou maior a 18 anos; que estão atuando há, pelo menos, um ano em UBS da referida cidade; e que atendem crianças e/ou adolescentes nestas Unidades. Para a coleta de dados foram realizadas entrevistas semiestruturadas, no formato on-line. Os dados receberam tratamento qualitativo mediante análise de conteúdo temática. Os resultados mostraram que a assistência às demandas de saúde mental de crianças e adolescentes é realizada por todos os psicólogos entrevistados e de forma majoritariamente individual, tendo como diferença nas estratégias de atendimento a utilização do lúdico com as crianças. Quanto às demandas para atendimento psicológico do público infantojuvenil, foram citados casos de dificuldade de aprendizagem, autismo, automutilação, pensamentos suicidas, depressão, ansiedade, *bullying* e problemas de comportamento. Com esta pesquisa, foi possível levantar as dificuldades na realização deste acompanhamento relacionadas principalmente à falta de recursos, profissionais e serviços, além da influência da família nesse processo terapêutico.

Palavras-chave: Saúde mental. Crianças e Adolescentes. Unidades Básicas de Saúde. Psicólogo em UBS.

1 INTRODUÇÃO

O artigo 196 da Constituição Federal de 1988 determina que a saúde é um direito de todos e dever do Estado. Por meio de políticas sociais e econômicas, o

¹ Artigo apresentado como requisito parcial para a conclusão do curso de Graduação em Psicologia da Universidade do Sul de Santa Catarina – UNISUL. 2021.

² Acadêmica do curso de Psicologia da Universidade do Sul de Santa Catarina – UNISUL. E-mail: giorgianmonteiro@hotmail.com.

³ Mestre em Educação – UNISUL. Professora Titular na Universidade do Sul de Santa Catarina – UNISUL.

Estado deve proporcionar acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação, a fim de garantir a redução do risco de doenças e outros agravos (BRASIL, 1988). A promulgação da Constituição Federal de 1988 serviu como alicerce para a efetivação do Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado pela Lei Federal nº 8.080 de 1990, considerada a principal Lei da saúde (BRASIL, 1990).

Em 2006 foi aprovada a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a qual pode ser considerada um marco legal para o estabelecimento da Atenção Primária no Brasil, que tem como propósito desenvolver uma atenção integral à saúde das pessoas (BRASIL, 2006). A Atenção Básica (AB) é a porta de entrada dos usuários ao sistema de saúde e o centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde, caracteriza-se por ser um conjunto de ações de saúde individuais e coletivas, que envolvem “a promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde.” (BRASIL, 2017). Conforme Paula et al., (2011), a Atenção Básica possui alto grau de descentralização e capilaridade, de modo que os serviços estejam inseridos próximos à vida das pessoas. O conjunto de práticas realizadas é voltado aos problemas de saúde de baixa complexidade, e quando necessário realiza-se encaminhamentos para os serviços especializados.

Como forma de reorganizar, expandir e consolidar a Atenção Básica, dentro dos princípios da integralidade, da interdisciplinaridade, da intersetorialidade e da territorialidade, se estabelece a Estratégia Saúde da Família (ESF), operacionalizada por meio de equipes multiprofissionais, que visam aprimorar a resolutividade e o impacto na situação de saúde dos indivíduos e coletividades (BRASIL, 2011). De acordo com Alves e Serralha (2018), os locais em que as ações em Atenção Básica acontecem são denominados Unidade Básica de Saúde (UBS), estas são orientadas pelos princípios do SUS, como a universalidade e a equidade e devem se constituir como contato prioritário dos usuários do serviço à Rede de Saúde.

A Organização Mundial de Saúde conceitua a saúde não apenas como a ausência de doença, mas sim como “um estado completo de bem-estar físico, mental e social” (OMS, 1946). Sendo assim, torna-se fundamental a existência de equipes interdisciplinares que desenvolvam ações intersetoriais no primeiro nível de atenção, para que a saúde seja atendida de forma integral (BÖING; CREPALDI, 2011). De acordo com Böing e Crepaldi (2010), o psicólogo proporciona uma importante

contribuição na compreensão integral do indivíduo, das famílias e da comunidade. Dessa forma, a articulação entre saúde mental e Atenção Básica possibilita a ampliação do acesso da população aos serviços de saúde (ALVES; SERRALHA, 2018).

A Psicologia passa a ser reconhecida oficialmente como profissão integrante da Atenção Básica com a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), que são equipes multiprofissionais que atuam de forma integrada com as equipes de Saúde da Família (eSF), com o objetivo de apoiar a consolidação da Atenção Básica e ampliar o alcance das ações de saúde na rede de serviços (BRASIL, 2008). Cabe destacar que no ano de 2017 o Ministério da Saúde alterou a nomenclatura do NASF para Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), conforme as mudanças da Política Nacional em Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2017).

O Sistema Único de Saúde alinhado com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) tem o dever de promover o direito à vida e à saúde de crianças e adolescentes, por meio da atenção integral à saúde, que pressupõe tanto o acesso universal e igualitário aos serviços em todos os âmbitos de atenção, quanto o cuidado da criança na sua integralidade (BRASIL, 2016). O entendimento de infância e adolescência se alterou ao longo do tempo, e os códigos legais, institucionais e toda a organização social referente à infância e à adolescência representam as intenções, perspectivas e expectativas que a sociedade tem sobre as potencialidades, limitações e necessidades características dessas faixas etárias. O controle do Estado é uma das marcas da história das políticas de defesa dos direitos de crianças e adolescentes, o qual construiu um modelo de assistência focado na institucionalização, com o objetivo de garantir a proteção social (BRASIL, 2014).

O movimento nacional de promoção e defesa dos direitos de crianças e adolescentes, na década de 1980, influenciou a Assembleia Nacional Constituinte, através da emenda popular denominada “Criança, Prioridade Nacional”, a qual incluiu na Constituição Federal de 1988 que, a responsabilidade para com os direitos fundamentais das crianças e adolescentes compete à família, à sociedade e ao Estado (BRASIL, 2014). Esses direitos são reafirmados no Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, que reconhece essa população como sujeitos de direitos e como pessoas em condição específica de desenvolvimento, cujas prioridades compreendem:

(a) a primazia de receber proteção e socorro em quaisquer circunstâncias; (b) a precedência de atendimento nos serviços públicos ou de relevância pública; (c) a preferência na formulação e na execução das políticas sociais públicas; e (d) a destinação privilegiada de recursos públicos nas áreas relacionadas com a proteção à infância e à juventude (BRASIL, 1990).

Alguns fatores são fundamentais no processo de desenvolvimento humano e ouvir as crianças e os adolescentes se faz essencial, além de ser um direito deles, para que isto aconteça de maneira integral. Esta população necessita ter contato com adultos acolhedores, de preferência familiares, assim como é importante que se sintam parte de um grupo social, tenham acesso à educação formal, às ações de promoção, proteção e recuperação da sua saúde e tenham a oportunidade de realizarem seus projetos de vida (BRASIL, 2014). O ECA identifica que a criança e o adolescente não são objetos de intervenção estatal e afirma que:

Art 3º A criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-se-lhes, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade (BRASIL, 1990).

O reconhecimento da criança e do adolescente como sujeitos de direitos e responsabilidades, pela promulgação do ECA, fez com que o Estado mudasse sua posição em relação à assistência e à elaboração de políticas públicas voltadas a essa população (DELFINI; REIS, 2012). Segundo Couto, Delgado e Duarte (2008), a fim de construir uma rede de cuidados capaz de abarcar as necessidades das crianças e dos adolescentes duas ações foram colocadas em prática pelo SUS: 1) a implantação de novos serviços de saúde mental para crianças e adolescentes, os Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPS i) e 2) a elaboração de estratégias para articular a saúde mental com os setores historicamente envolvidos na assistência à infância e adolescência, visando o cuidado integral.

De acordo com os princípios da Lei nº 10.216, de 2001, que “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” (BRASIL, 2001), a rede de saúde caracteriza-se por diferentes ações e serviços, que consideram as singularidades de cada um. Os serviços de saúde mental infantojuvenis estão para além do tratamento de forma técnica, eles devem apresentar uma função social com ações que envolvem o acolhimento, a escuta, o cuidado, que leve a uma melhor qualidade de vida das

peessoas, considerando-as seres integrais com direito à participação e inclusão em suas comunidades (BRASIL, 2014).

A Atenção Básica se destaca como ponto de atenção no âmbito do cuidado às crianças e adolescentes, a partir da Estratégia Saúde da Família e das Unidades Básicas de Saúde, as ações de promoção de saúde mental, prevenção e cuidado dos transtornos mentais, redução de danos e cuidado para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas podem e devem ser realizadas nestes pontos de atenção, devendo ser compartilhadas, sempre que necessário, com os demais pontos da rede. A proximidade das equipes de Atenção Básica com as famílias, as escolas e outros espaços de convivência de crianças e adolescentes é um fator positivo para a formação de vínculos e a efetividade dos trabalhos que elas podem desenvolver para a população infantojuvenil no território (BRASIL, 2014).

A UBS é o equipamento com maior número de unidades no setor da saúde e tratando-se de saúde mental, esses serviços tendem a diminuir o estigma quando comparados a unidades especializadas (PAULA et al., 2011). As Unidades Básicas de Saúde são um espaço recente de atuação do psicólogo, cujo objetivo é contribuir para a compreensão contextualizada e integral das pessoas. É necessário um olhar mais global nas práticas psicológicas neste nível de atenção em saúde, desvinculando-se do contexto único da clínica e estabelecendo outras formas de atuação que façam sentido a demanda existente. O trabalho multidisciplinar na UBS se faz importante por promover diversas formas de intervenção e trocas de saberes, compreendendo o indivíduo tanto biologicamente como psiquicamente, de forma contextualizada em sua comunidade e âmbito social. Portanto, são locais apropriados para um cuidado que permite atuar com a dimensão subjetiva das práticas em saúde, com ações técnicas unidas às relações interpessoais evitando a objetificação das necessidades de saúde e considerando as demandas dos usuários como construções sócio-históricas (ARCHANJO; SCHRAIBER, 2012).

Tendo em vista que a assistência à saúde mental na infância e adolescência tem suas particularidades em comparação ao atendimento de adultos, Paula et al. (2011) apontam a necessidade de capacitação profissional e de serviços específicos para essa faixa etária. Além disso, para que as crianças, jovens e seus familiares possam ter acesso de qualidade, faz-se importante promover a articulação entre os serviços públicos da infância e adolescência (PAULA et al., 2011). Alves e Serralha (2018) afirmam que os atendimentos às crianças e jovens, em Unidades Básicas de

Saúde, são repletos de dificuldades, principalmente quanto à adequação ao espaço físico e a insuficiência de recursos materiais, necessários para a realização de diferentes ações. Junto a isso estão as limitações relacionadas à idade e a falta de apoio dos órgãos gestores em saúde, para investir em políticas públicas que contribuam para a saúde mental desse público.

Uma questão significativa no atendimento ao público infantojuvenil é a assistência baseada na multidisciplinaridade, a qual os serviços devem ir além da atenção direta aos pacientes, de modo que promova a colaboração de outros agentes, como por exemplo, os educadores (PAULA et al., 2011). Assim, o alcance da integralidade na Atenção Básica pressupõe um trabalho em rede e a superação da restrição do cuidado às crianças a ações programáticas, através do desenvolvimento de ações abrangentes de saúde de acordo com as necessidades desses sujeitos, incluindo serviços, profissionais e equipamentos sociais que vão além do setor Saúde (BRASIL, 2016). O psicólogo tem um papel fundamental, pois, quanto mais cedo identificado problemas de saúde mental nas crianças e adolescentes, mais chances têm de serem tratados e amenizados (PAULA et al., 2011).

No Brasil, as ações relacionadas à saúde mental da infância e adolescência foram ao longo dos anos delegadas aos setores educacional e da assistência social, com poucas proposições feitas pela área da saúde mental (COUTO; DELGADO; DUARTE, 2008). Alves e Serralha (2018) afirmam que 10% a 20% da população infantojuvenil precisam de cuidados em saúde mental, uma vez que crianças e adolescentes ainda têm sido negligenciados, tanto pelas políticas públicas quanto pelos estudiosos e profissionais desta área.

Santos (2006) aponta a necessidade das autoridades e profissionais voltarem o olhar para os problemas de saúde mental da infância e adolescência, inclusive buscando a promoção de saúde na vida adulta e a prevenção de psicopatologias mais graves que demandam um maior tratamento. Portanto, o desenvolvimento de atividades de promoção e prevenção voltadas à saúde mental infantojuvenil é fundamental, uma vez que, a procura pelo atendimento psicológico a esse público é crescente e consideravelmente maior que a oferta, mostrando a necessidade de mais psicólogos voltados ao atendimento desta demanda (ALVES; SERRALHA, 2018).

O trabalho do psicólogo na Atenção Básica é permeado por desafios, dentre eles o atendimento de crianças e adolescentes e a construção de uma rede de atendimento articulada. Considerando que o cenário nacional deve melhorar no

sentido de possibilitar acesso de qualidade ao público infantojuvenil, o presente estudo se propõe a discutir sobre a seguinte pergunta: quais são as estratégias utilizadas pelos psicólogos para o cuidado em saúde mental na assistência à saúde de crianças e adolescentes atendidos nas Unidades Básicas de Saúde?

Para a realização desta pesquisa, foram realizadas uma busca sistemática e uma revisão de literatura científica na base de dados Scientific Eletronic Library Online (SciELO), com os descritores “psicólogo, Unidades Básicas de Saúde, serviço público de saúde, saúde mental e crianças e adolescentes”, a fim de verificar o que se têm de pesquisas sobre o tema aqui proposto. Observou-se a escassez de estudos no que concerne à assistência psicológica às crianças e adolescentes atendidos em Unidades Básicas de Saúde. Portanto, o desenvolvimento de pesquisas com esse foco tem relevância científica não só por proporcionar maior visibilidade e debates sobre o tema no meio acadêmico e no cotidiano dos profissionais da rede de Atenção Básica, como também, por poder contribuir na construção de saberes e de possíveis soluções e melhorias para os problemas referentes ao atendimento de crianças e adolescentes em rede.

A presente pesquisa tem como objetivo geral a caracterização das estratégias para o cuidado em saúde mental na assistência à saúde de crianças e adolescentes na perspectiva dos psicólogos que atendem em Unidades Básicas de Saúde. E como objetivos específicos identificar as especificidades da assistência à saúde na infância e adolescência, e descrever as dificuldades encontradas pelos psicólogos no atendimento às crianças e adolescentes em Unidades Básicas de Saúde.

2 MÉTODO

2.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

A presente pesquisa caracteriza-se como trabalho de campo, uma vez que houve uma aproximação com o tema estudado, produzindo um conhecimento a partir de uma realidade presente no campo (NETO, 2002).

Classifica-se como exploratória, pois visa proporcionar maior relação com o problema, na intenção de torná-lo mais compreensível (GIL, 2002).

A abordagem é qualitativa, pois trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, correspondente a um espaço mais profundo das relações humanas, dos processos e dos fenômenos (MINAYO, 2002).

2.2 PARTICIPANTES

O público alvo da pesquisa foi psicólogos que atuam na assistência à saúde da população, sobretudo, de crianças e adolescentes cadastrados na rede de Atenção Básica do município de Palhoça-SC. Foi realizada uma pesquisa no site do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES), a qual constatou-se que o referido município possui 21 Unidades Básicas de Saúde e 14 psicólogos atuando na rede. Para participar da pesquisa, os profissionais deveriam ter idade igual ou maior a 18 anos; estar atuando há, pelo menos, um ano em UBS da cidade; e atender crianças e/ou adolescentes nas UBS. Do número total de 14 psicólogos verificou-se que quatro não se enquadravam no critério de sujeito de pesquisa, uma vez que estavam atuando há menos de um ano em UBS. Dos 10 restantes, somente cinco psicólogos aceitaram participar da pesquisa, correspondendo a oito UBS do município, ou seja, há profissionais que atendem em mais de uma Unidade. Ao todo, foram quatro mulheres e um homem, na faixa etária entre 20 e 59 anos, com tempo de atuação variando entre um e nove anos.

O fechamento dos participantes se deu abordando todos os sujeitos elegíveis e verificando quais destes aceitavam participar da pesquisa. O contato com os profissionais foi realizado através da rede de contatos da pesquisadora por mensagens via WhatsApp, e aqueles que aceitaram participar da pesquisa tiveram a entrevista agendada conforme sua disponibilidade e da pesquisadora.

2.3 INSTRUMENTO E PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

O instrumento de coleta de dados utilizado nesta pesquisa foi uma entrevista semiestruturada, uma vez que se insere como meio de coleta dos fatores relatados pelos atuantes, enquanto sujeito-objeto da pesquisa que vivenciam a realidade que está sendo abordada (NETO, 2002).

O roteiro de entrevista adotado foi composto pela caracterização dos profissionais, com a idade, sexo e o tempo de atuação em Unidades Básicas de Saúde

e por 12 (doze) perguntas que se organizaram de modo a compreender os três objetivos específicos. Então, as primeiras perguntas buscaram entender sobre como ocorrem os atendimentos psicológicos nas UBS, depois se seguiu para a compreensão dos profissionais acerca da saúde da criança e do adolescente, e por fim, abordou-se sobre o atendimento psicológico a esse público e as dificuldades encontradas nesse processo.

Tendo em vista o atual cenário de pandemia de COVID-19, que preza por distanciamento e isolamento social como forma de conter a disseminação da doença, as entrevistas para coleta de dados foram realizadas de forma on-line por meio de videochamadas, na plataforma de comunicação Microsoft Teams, com duração de cerca de 45 minutos. A partir da autorização dos participantes, as entrevistas foram gravadas na própria plataforma digital, a fim de registrar os dados e possibilitar a transcrição na íntegra.

A pesquisa foi realizada de acordo com o Conselho Nacional de Saúde a partir das seguintes resoluções: Resolução nº 446/2012 (BRASIL, 2013), Resolução nº 510/2016 (BRASIL, 2016) e a Resolução nº 002/2021 (BRASIL, 2021). Inicialmente se obteve a autorização da Secretaria Municipal de Saúde da referida cidade e a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade do Sul de Santa Catarina. Além disso, antes das entrevistas, os psicólogos foram esclarecidos sobre os objetivos e condições da pesquisa, estando de acordo com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Todas as informações obtidas a partir das análises das entrevistas foram divulgadas de forma a preservar o anonimato dos envolvidos.

2.4 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DE DADOS

Os dados receberam tratamento qualitativo mediante Análise de Conteúdo das informações obtidas na entrevista, com a finalidade de encontrar respostas para as questões formuladas antes de se iniciar a pesquisa (GOMES, 2002). Como forma de apresentar os conteúdos, foram estabelecidas categorias, ou seja, agruparam-se elementos e ideias com características que se relacionam entre si (GOMES, 2002). A partir da análise de dados, foi possível chegar a duas categorias temáticas. A primeira categoria foi denominada Os atendimentos Psicológicos nas Unidades Básicas de Saúde e a segunda A Assistência à Saúde na infância e adolescência, a qual foi

dividida em três subcategorias: 1) Percepção dos Psicólogos Sobre o Cuidado em Saúde, 2) A Atenção Psicológica às Crianças e Adolescentes e 3) Desafios e Dificuldades no Atendimento Psicológico às Crianças e Adolescentes.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

As categorias temáticas e as discussões dos resultados serão abordadas a partir dos dados coletados por meio das entrevistas.

3.1 OS ATENDIMENTOS PSICOLÓGICOS NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

A presente categoria visa explicar como acontecem os atendimentos psicológicos nas Unidades Básicas de Saúde, todo o processo até o sujeito chegar ao profissional da psicologia, a fim de introduzir e contextualizar sobre o funcionamento do referido serviço, indo ao encontro do objetivo geral da pesquisa de caracterizar as estratégias para o cuidado em saúde mental na assistência à saúde de crianças e adolescentes na perspectiva dos psicólogos que atendem em UBS.

Através dos relatos dos cinco participantes foi possível identificar que os atendimentos psicológicos em Unidades Básicas de Saúde acontecem a partir dos encaminhamentos, principalmente, realizados pela equipe de Estratégia Saúde da Família, podendo também acontecer por outros serviços como Centro de Atenção psicossocial (CAPS), Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), Ministério Público e Conselho Tutelar. Não existe a possibilidade de uma busca direta pelo atendimento do psicólogo, sempre passa primeiro por uma avaliação inicial do profissional médico ou enfermeiro da ESF, uma vez que o psicólogo faz parte da equipe do NASF e este não é porta de entrada para o serviço. Recorte de algumas falas que ilustram como ocorre esse acesso:

Primeiro tem que passar pela estratégia né da família, então médico e enfermeiro, e aí eles fazem uma consulta inicial com o paciente para eles verificarem quais são as queixas, as demandas, e aí se eles avaliarem que é necessário sim o acompanhamento, aí eles fazem esse encaminhamento e passa pra agenda da psicologia (P2).

Mas a gente também recebe através do CAPS, CAPS ad, CAPS II, CAPS I e também dos serviços de assistência social o CREAS, o CRAS, também

através do Ministério Público, Conselho Tutelar [...] a psicologia não é porta de entrada né, é a estratégia da saúde da família é porta de entrada (P3).

Essas respostas vão ao encontro do que o Conselho Federal de Psicologia (2019) afirma, isto é, que “o NASF AB não constitui porta de entrada do serviço e não tem agenda aberta para marcação de consultas.”

Outra questão que todos os entrevistados relataram foi a recente mudança de como acontecem os encaminhamentos. No segundo semestre de 2021, o município adotou o SISREG, que é um Sistema Nacional de Regulação on-line, disponibilizado pelo Ministério da Saúde e desenvolvido em 2001 pela Secretaria de Atenção à Saúde em parceria com o Datasus, considerando a necessidade de estabelecer uma política nacional de regulação assistencial, para apoiar os gestores na função de regulação do acesso (CONASS, 2011). Antes dessa modificação, os encaminhamentos eram realizados diretamente pelas Equipes de Saúde da família e essa comunicação ocorria prioritariamente por meio do matriciamento, assim, os psicólogos da Atenção Básica organizavam as suas próprias agendas e listas de espera, como é possível observar nos seguintes relatos:

[...] a gente fazia mensalmente reuniões de matriciamento, onde os profissionais encaminhavam esses pacientes para o serviço de psicologia, então a gente discutia, não só encaminhava como discutia o caso, e aí elencava qual que era a prioridade. [...] o médico faz o encaminhamento, o usuário vai até esse tal operador do SISREG lá na Unidade Básica de Saúde e insere esse paciente nesse sistema e uma psicóloga reguladora vai categorizar ali por grau de urgência. Então, ela vai dizer se ele é vermelho, amarelo, azul, verde (P3).

[...] agora a gente tá via SISREG, mas antes disso era realizado matriciamento na equipe, nas reuniões de equipe, quando se via uma demanda, a gente montava a nossa própria lista de espera ali né, com essas demandas e entrava em contato com os pacientes conforme iam abrindo vagas. E com o SISREG, agora a gente tem um protocolo de encaminhamento né, que ele vai avaliar o grau de classificação de risco pra esse paciente [...] uma psicóloga que tá na regulação, ela avalia essa demanda que foi encaminhada e ela classifica o grau de risco pro atendimento psicológico (P4).

Segundo Böing e Crepaldi (2010), a relação do profissional de Psicologia com a Atenção Básica se dá por meio do apoio matricial, estratégia preferencial para a inclusão da saúde mental. O apoio matricial visa dar suporte técnico às equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde para a população, buscam realizar um trabalho integrado, promover o diálogo e articular a atenção básica e os serviços dos níveis secundários e terciários (BÖING; CREPALDI, 2010).

Então, nesse sentido, pode-se observar uma divergência entre o que traz a literatura e o que foi coletado através das entrevistas.

Com relação ao público atendido, todos os participantes informaram que realizam atendimentos a todas as idades, no entanto, dois profissionais comentaram sobre situações em que o atendimento pode não acontecer:

[...] tem algumas demandas que a gente encaminha ou pro CAPS ou pro IPQ, que são situações mais graves [...] ideação suicida com planos ou que já houve tentativa recente. [...] questão que não é de saúde ou é educacional ou de assistência social, daí a gente encaminha pra outros serviços CRAS, CREAS, serviços como NAEP que é pra auxílio psicopedagógico (P2).

[...] existem alguns casos que a gente avaliando a demanda e a complexidade do caso até a gente identifica que são casos para serem atendidos em serviços mais especializados, como CAPS e às vezes até, quando for necessário Hospital Psiquiátrico[...] (P3).

De acordo com o P4, o fato de atender todo o público é uma questão dificultosa da UBS, “porque a gente acaba sendo geral em muitas coisas assim, é muitas coisas específicas assim para atuar né. Das coisas mais simples, as coisas mais complexas e específicas”.

Sobre as situações em que é necessário realizar encaminhamento para outros serviços, de forma geral, os relatos mostraram que os psicólogos mantêm o acompanhamento com o paciente até que ele seja inserido no outro serviço. Esse encaminhamento é realizado, normalmente, por um documento via sistema interno da rede, como é possível observar nos seguintes recortes:

[...] eu mando um, esse doc. né, que é via interna, esclarecendo a situação e pedindo esse suporte e daí eles às vezes até já me dão a data e eu aviso pro paciente. O que às vezes acontece é que se vai demorar muito pra surgir essa vaga, eu já deixo agendado comigo [...] pra não ficar solto né [...] (P2).

[...] é um documento, é um sistema de comunicação interna do município, onde fica formalizado aquilo [...] pode ocorrer do serviço dizer que ele não tem perfil para ser inserido naquele serviço, e aí o usuário fica de um lado pro outro lá, não sendo assistido, então eu costumo ficar com o paciente até eu conseguir inserir ele em outro serviço (P3).

Delfini e Reis (2012, p. 360) apontam sobre a “lógica do encaminhamento”, na qual se transfere a responsabilidade do cuidado de um usuário ao passá-lo para serviços especializados, isto apareceu na fala de um dos participantes: “é um doc. e

ali você coloca o que queres de auxílio daquele serviço, mas muita gente usa esse sistema [...] para repassar o problema” (P5).

Foi possível constatar com a fala dos profissionais, que a quantidade de crianças e adolescentes atendidos, quando comparadas à de adultos varia, não há como estabelecer um padrão. Três profissionais apontaram o território da UBS como um fator determinante para esta variação da população atendida.

Nós temos unidades de saúde que é mais frequente a busca por atendimentos de adolescentes e crianças né, [...] comunidade bastante carente com bastantes problemas psicossociais, de tráfico, de pobreza, de saneamento básico, então lá tem muita criança (P1).

[...] é mais regional, depende de cada unidade de saúde [...] mas tem outras unidades que têm mais criança e adolescente [...] mas também não dá pra dizer uma frequência porque cada mês vai surgindo (P2).

É bem variado, a gente teria que pensar em território né [...] comunidades vulneráveis ali né, que tem um socioeconômico mais complicado [...] então a gente recebe uma gama de crianças com dificuldade de aprendizagem muito grande [...] (P4).

Já P3 e P5 apontaram que na unidade que trabalham a demanda maior é de adultos, mas “não que a demanda seja menor nas crianças, mas o que aparece lá na UBS de problema é mais adultos do que criança” (P5).

Referente a isso, o CREPOP corrobora com os dados encontrados, demonstrando ao pesquisar sobre a atuação de Psicólogos na Atenção Básica uma grande diversidade acerca da população atendida, variando entre crianças, jovens, adultos, familiares, idosos e comunidade (CFP, 2019).

3.2 A ASSISTÊNCIA À SAÚDE NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

Esta categoria trata sobre a assistência à saúde de crianças e adolescentes, desse modo, abrange o objetivo geral de caracterizar as estratégias para o cuidado em saúde mental na assistência à saúde de crianças e adolescentes na perspectiva dos psicólogos que atendem em Unidades Básicas de Saúde e os demais objetivos específicos. Para que fosse possível aprofundar nos tópicos referentes aos objetivos específicos foram criadas três subcategorias. A primeira subcategoria está associada, principalmente, ao objetivo específico de identificar as especificidades da assistência à saúde na infância e adolescência. Já a segunda, está relacionada essencialmente ao objetivo geral e também ao de identificar as especificidades da assistência à saúde

na infância e adolescência. E por fim, a última subcategoria visa responder o objetivo específico de descrever as dificuldades encontradas pelo(s) psicólogo(s) no atendimento às crianças e adolescentes em Unidades Básicas de Saúde.

3.2.1 Percepção dos Psicólogos Sobre o Cuidado em Saúde

Em relação ao entendimento dos participantes sobre “o que é cuidar da saúde das crianças e dos adolescentes” apareceram respostas diversas, tendo o cuidado de forma integral e a influência da família como questões que sobressaíram.

Cuidar da saúde da criança e do adolescente... Bom eu acho que é de fundamental importância [...] no desenvolvimento psicossocial das crianças e do adolescente é de fundamental importância, o tratamento, a busca de ajuda, a colaboração dos pais, da escola, dos profissionais de saúde estarem empenhados juntos e manter assim um acompanhamento multiprofissional dessas questões mais graves que se apresentam (P1).

[...] entrar no mundo dela né, pra saber o que pra ela tá ruim, o que tá bom, que ela acredita que é importante mudar, porque as vezes vem queixas dos pais sobre o que a criança e o adolescente precisa mudar e não é a queixa do paciente [...] (P2).

[...] muitas vezes a criança só responde um sintoma familiar, às vezes a demanda não é a criança, é a mãe, é o tio, é essa dinâmica que se tem [...] É olhar pra esse contexto todo né, pra tentar promover um cuidado integral assim né, pra essa criança, do que precisa. [...] eu percebo que a rede às vezes é muito potente [...] (P4).

O conteúdo dessas respostas ressalta que a intersetorialidade das ações se impõe de forma essencial para construção de uma rede de serviços capaz de atender a complexidade dos cuidados ao público infantojuvenil, visto que, a condição de criança e adolescente, por si só já atinge vários setores, como a educação, a justiça e o lazer (DELFINI; REIS, 2012).

Outra participante considera como uma questão de promoção e prevenção de saúde na vida adulta, além de uma responsabilidade com a sociedade em que vive.

Eu acho que é pensar no futuro. [...] essas crianças tão na sociedade que eu vivo, se eu auxilio aqui uma criança que tá com dificuldade na escola, talvez eu tenha menos um usuário de crack lá na frente, menos um assassino, menos um ladrão ou no mínimo eu dê uma oportunidade diferente para aquela criança (P5).

Ao aprofundar sobre o trabalho multidisciplinar e a relação do psicólogo com os outros profissionais da saúde dentro da UBS, com a intenção de entender se o cuidado às crianças e adolescentes acontece de forma integral como é previsto, foi possível observar uma divergência entre as respostas. Alguns participantes apontaram que o trabalho interdisciplinar funciona bem, como o P4: “funciona sim, a discussão de equipe é muito rica [...] esse trabalho em rede em equipe é muito potente assim, porque daí tu consegue olhar em outras esferas [...]” e o P1

[...] a gente procura fazer uma relação bem de amizade, cordialidade, troca de informações, nós temos o matriciamento que é feito mensalmente, onde os casos mais graves, a gente troca figurinha desses casos mais graves, algumas coisas que a gente não pode escrever no prontuário, por questão de sigilo [...] (P1).

Em contrapartida, outros participantes trouxeram a questão de um desmonte da Atenção Básica e da extinção do NASF. Junto a isso, a implementação do SISREG, pelo fato de não ocorrerem mais os momentos específicos para a discussão dos casos entre os profissionais, nas quais os psicólogos, muitas vezes, passavam orientações aos médicos, para que eles pudessem ficar mais tempo com o paciente, sem a necessidade de fazer encaminhamento.

Eu acho que a gente tinha mais troca, a gente conseguia pensar em estratégias mais em conjunto né, e... nesse novo molde é um trabalho um pouco mais isolado assim [...] eu não tenho troca com medico pra falar sobre esse caso [...] não tem um grupo onde mensalmente a gente tem um horário [...] para matricular os casos (P3).

Conversa no início a gente tinha o NASF, tinha outros profissionais que participavam, mas hoje o NASF não existe mais né, mas a gente tinha esses momentos de discussão, não era sempre, mas era dentro da cartilha, resistia esse ponto (P5).

Em relação ao fim do NASF, o Ministério da Saúde publicou a Nota Técnica nº 3/2020, a qual revoga os serviços do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e cria um novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde (APS), instituído pelo programa “Previne Brasil”. Conforme o documento,

a composição de equipes multiprofissionais deixa de estar vinculada às tipologias de equipes NASF-AB. Com essa desvinculação, o gestor municipal passa a ter autonomia para compor suas equipes multiprofissionais, definindo os profissionais, a carga horária e os arranjos de equipe (BRASIL, 2019).

Além disso, P5 apontou que mesmo enquanto ocorriam as discussões de caso, o trabalho interdisciplinar não funcionava, uma vez que cada um trabalhava na sua especialidade e não conjuntamente, conforme relato a seguir: “Então, era um repasse [...] e daí empurravam pra lá e pra cá e cada um fazia sua avaliação e não tinha essa discussão interdisciplinar, tinha encaminhamento de caso” (P5). Isso evidencia o que Archanjo e Schraiber (2012) afirmam que a partir do momento em que o usuário entra no serviço, ele é de responsabilidade de todos que ali se encontram, porém, as ações compartilhadas ainda são pontuais e realizadas por iniciativa de alguns profissionais e usuários. Normalmente, cada um tenta cuidar sozinho do paciente, dentro da sua especialidade (ARCHANJO; SCHRAIBER, 2012).

3.2.2 A Atenção Psicológica às Crianças e Adolescentes

A assistência psicológica realizada com as crianças e adolescentes dentro das UBS foi identificada pelos entrevistados, predominantemente, como atendimentos individuais. Uma Psicóloga comentou já ter realizado algumas atividades em grupo, mas segundo ela foi uma ação pontual: “os grupos nunca foi de um jeito muito sistemático, tá? [...] na UBS que eu atendo, eu não consegui criar esse grupo, então teve ações bem específicas” (P3). Somente uma psicóloga relatou que não realiza atendimentos individuais com esse público, apenas em grupo.

Os psicólogos explicaram que a partir do momento que a criança ou o adolescente chegam para os atendimentos individuais é realizada uma avaliação por parte do profissional. O primeiro atendimento acontece com a presença dos pais ou responsáveis, a fim de realizar uma anamnese para identificar as queixas, coletar os principais dados e entender a dinâmica familiar.

[...] quando vem pra mim eu faço uma avaliação também, se eu perceber que só orientações já é suficiente, não precisa de um acompanhamento mesmo, aí eu faço as orientações pra criança, pra adolescente, pra família e dou alta, libero. Quando eu vejo que precisa de mais orientações ou aprofundar mais né, aí entra pra um acompanhamento psicológico [...] (P2).

[...] primeiro contato é sempre com os familiares ou responsáveis da criança né, onde vai fazer uma anamnese, coletar os principais dados daquela criança, a queixa inicial, a história familiar, a história dos primeiros anos de vida dependendo da idade da criança também e depois é atendimento psicológico [...] (P3).

[...] a gente faz anamnese com os pais ali pra identificar as queixas, o que está acontecendo, faz uma investigação [...] faz todo esse contexto [...] depois vai atendendo o paciente [...] às vezes em algumas consultas a gente acaba pedindo pra mãe entrar um pouquinho pra ver como que tá [...] (P4).

A literatura traz que no primeiro atendimento psicológico com crianças é realizada a entrevista inicial com os pais ou responsáveis, bem como com a criança e é o estabelecido o contrato. O profissional tem a responsabilidade de abordar a criança sobre as suas questões e proporcionar uma análise conjunta dos fatores as mantêm (CONTE; REGRA, 2000).

Os profissionais relataram que os atendimentos individuais possuem um número restrito de 12 sessões, podendo aumentar ou diminuir dependendo da resolução da situação. Estas sessões possuem duração de cerca de 50 minutos e podem ocorrer semanal ou quinzenalmente.

A psicóloga que realiza os atendimentos em grupo relatou que quando iniciou seu trabalho em UBS, havia uma fila de espera de 150 pessoas, dentre essas, 30 crianças com dificuldade de aprendizagem. Dessa forma, ela agrupou essas crianças, a fim de dar conta da demanda existente. Por quase um ano, a profissional desenvolveu dois grupos por semana, no qual eram atendidas em média 16 crianças, conforme informou:

[...] aí eu peguei lá de 7 a 14 ou 13 anos, que era a idade máxima. Chamei as famílias, aí expliquei qual era a proposta, que era um atendimento em grupo [...] foram 25 famílias, mas no final, o que a gente conseguiu foram 16 crianças para participar do processo (P5).

Quando a psicóloga iniciou esse trabalho, os grupos eram realizados na Faculdade Municipal de Palhoça (FMP). Posteriormente foi transferido para o NEPS, Núcleo Permanente de Educação em Saúde, onde possui uma sala ampla, com ar condicionado, brinquedos, exclusiva para essas atividades, voltadas a aprofundar no tema do autismo, de crianças que apresentam dificuldades e não possuem um diagnóstico. O atendimento em grupo ocorre uma vez por semana, com duração de duas horas.

Diante do exposto acima, o fato de apenas um participante realizar atendimentos em grupo confirma os resultados da pesquisa de Paula et al. (2011), a qual apontou que psicólogos de serviços específicos para atendimento de crianças e adolescentes, na cidade de São Paulo, relataram que a maior parte do seu tempo é

dedicada ao atendimento individual, ao diagnóstico e ao encaminhamento de pacientes. Alves e Serralha (2018) também evidenciaram a prática de atendimentos majoritariamente individuais, referindo poucas possibilidades de atuação.

Além do atendimento individual e do atendimento em grupo, os participantes também relataram sobre a possível ação dos psicólogos fora das Unidades Básicas de Saúde por meio do Programa Saúde na Escola (PSE). No entanto, ele não é estruturado em todas as UBS, como indica a fala de P3: “não participei do último que teve, [...] praticamente foi feito por uma profissional no município todo”. Além disso, nos últimos dois anos sua organização foi dificultada devido à pandemia de COVID-19. Foi identificado, então, que apenas dois dos participantes possuem um envolvimento maior com essas atividades.

Nós temos o programa saúde da escola, [...] a dinâmica quem escolhe é a escola junto com a unidade básica né, a unidade básica mais próxima e a escola escolhida fazem um projeto de palestra, de atividades, de encontros, que por conta da pandemia foi prejudicado nesses dois anos a possibilidade de fazer né (P1).

Enquanto PSE a gente faz ações nas escolas também, daí lá eu tento fazer gincana, como foi feito a gincana virtual para trabalhar ansiedade durante a pandemia, antes eu fazia aquele movimento tipo feira das profissões (P5).

Como foi apontado pelos psicólogos acima, a articulação entre Escola e Atenção Primária à Saúde é a base do Programa Saúde na Escola, o qual visa colaborar com a formação integral dos estudantes através de ações de promoção, prevenção e atenção à saúde, a fim de enfrentar as vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento de crianças e jovens da rede pública de ensino (BRASIL, 2007).

A respeito das principais demandas do público infantojuvenil, que chegam para o atendimento com a psicologia, foram citados pelos participantes casos de dificuldade de aprendizagem, autismo, automutilação, pensamentos suicidas, depressão, ansiedade, *bullying* e problemas de comportamento. Dentre essas, a ansiedade foi associada tanto às crianças quanto aos adolescentes, enquanto a automutilação e os pensamentos suicidas somente aos adolescentes e as demais apenas às crianças. Cabe ressaltar que as demandas relacionadas à aprendizagem, automutilação, pensamentos suicidas, depressão e ansiedade foram as que mais apareceram nas respostas, sendo citadas por três dos participantes.

[...] muitos problemas de aprendizado, de déficit de atenção, autismo [...] questão de automutilação, de pensamentos suicidas e tentativa, de depressão, de algum transtorno emocional ligado ao desenvolvimento psicossocial ou atraso no desenvolvimento psicossocial [...] (P1).

[...] hoje em dia a gente recebe mais de crianças e adolescentes com sintoma de ansiedade, depressão, às vezes automutilação e recentemente, de um tempo pra cá, não sei se os diagnósticos tão acontecendo de um jeito mais adequado também, um número grande de Transtorno do Espectro Autista né. [...] também assim, aparece muitos casos que tem demanda pra intervenção de psicoterapia mesmo né, trabalhar autoestima, os medos, inseguranças, dificuldade de aprendizagem, de socialização né [...] (P3).

[...] a questão da criança é mais questão comportamental e de aprendizagem né, dificuldade na escola assim, mais comum. E da adolescência é bastante essa questão dessa crise existencial assim né, [...] de automutilação, ideação suicida vem bastante assim (P4).

[...] das crianças é dificuldade de aprendizagem e daí atrás disso tem o desrespeito das famílias, porque as crianças hoje em dia estão muito desobedientes, muito elétricas e daí é a falta da voz ativa dos pais. O médico coloca lá 'mãe sem voz ativa' (risos) é... e daí tem a questão da ansiedade, das crianças também né, que não conseguem aprender, então aparece a ansiedade como motivo de encaminhamento e dos adultos é a ansiedade, a ansiedade e a depressão (P5).

Foi possível observar que a demanda pode variar de acordo com o momento que se está passando e também do território da UBS, como aponta a fala de uma das participantes:

[...] o bullying diminuiu pela questão da pandemia né, mas vinha bastante em relação à crianças [...] ansiedade vem bastante, tanto em criança quanto adolescente [...]. Tem épocas que vem alguns adolescentes com a questão de automutilação e pensamento suicida [...]. Quando eu atendia outras unidades uma delas era muito frequente automutilação, então se eu tinha cinco adolescentes na fila de espera, três tavam se cortando, então varia muito também de local né (P2).

Além disso, também foi mencionado sobre uma época do serviço em que tudo era considerado demanda de atendimento psicológico, acontecendo, assim, alguns encaminhamentos equivocados.

[...] a criança não come fruta e não comer verdura e precisa do psicólogo pra isso, já veio assim detalhado num encaminhamento, então tem alguma falha ali no que é o trabalho do psicólogo (P2).

[...] a gente já passou por alguns momentos diferentes né. Tinha uma época em que o serviço, acho que não tava tão estruturado também, e tudo era demanda pra atendimento psicológico. [...] não segue regras [...] não respeita limites, não quer acordar cedo pra ir pra aula [...] o conselho tutelar eles faziam alguns encaminhamentos um pouco equivocados assim né. [...] encaminhamentos que eram sem uma demanda de real sofrimento psíquico, era uma insatisfação da mãe porque a criança não seguia regras (P3).

Tendo em vista que a dificuldade de aprendizagem foi relatada pela maioria dos participantes como uma das principais demandas, é possível observar concordância com o estudo de Cabral e Sawaya (2001), o qual aponta que no Brasil, as solicitações para atendimento psicológico de crianças e adolescentes na atenção básica à saúde têm estado mais vinculados a problemas relacionados à educação do que a saúde: "50 a 70% das crianças e adolescentes encaminhados aos serviços públicos de saúde têm como queixa dificuldades de aprendizagem ou problemas de comportamento." Segundo Alves e Serralha (2018), o sistema educacional costuma transferir a responsabilidade sobre a aprendizagem de crianças com maiores dificuldades para outros órgãos, como o sistema de saúde, o que contribui para práticas excludentes dessas crianças, tanto na escola quanto em casa.

Na percepção dos participantes da pesquisa, de modo geral, as estratégias adotadas para atender crianças se diferem dos adolescentes apenas pela utilização de brinquedos. Na sala onde ocorrem os atendimentos, possui alguns brinquedos, mesa e cadeira de criança, a fim de entreter a criança e fazer com que ela confie no psicoterapeuta, através do lúdico, e assim seja possível aprofundar nas questões necessárias. Com os adolescentes é mais comum a intervenção ser realizada por meio da fala, apenas um participante mencionou realizar outras atividades.

A única diferença é na forma mesmo de forma lúdica né. A criança a gente traz aqui pra uma mesinha e começa a fazer o lúdico com bonecos [...] Com os adolescentes a gente já trabalha mais questões de tcc né, que são é... tarefas pra fazer em casa, daí traz, aí a gente discute essas tarefas aqui na terapia. Faz diário quem não consegue falar muito, então, faz diário, aí a gente lê o diário, conversa sobre o diário. Faz quebra cabeça, joga uno e ali a gente vai desenvolvendo o lúdico e aí vai se abrindo, vai conversando, desenhos né (P1).

Existem brinquedos né, então, pra gente trabalhar ludoterapia, mas nem sempre é utilizado, então, depende de cada profissional depende de cada criança, porque tem criança que consegue se expressar muito bem através da fala, então tem vezes que não é necessário. Quando tem uma maior resistência, uma dificuldade nesse sentido, aí a gente utiliza [...] ludoterapia. [...] Adolescente é mais na conversa mesmo, flui bastante (P2).

[...] usando de estratégia de jogo, de brinquedo, muitas crianças e adolescentes é fala mesmo né, assim já tem uma capacidade de reflexão [...]. Com crianças eu uso caixas de brinquedos né, jogos pra idade assim, adolescente, principalmente, só conversa assim né, a psicoterapia através da fala, da escuta (P3.)

Embora os psicólogos tenham acessos aos brinquedos para utilizar nos atendimentos, como foi possível observar nos relatos acima, também foi mencionado

que esses brinquedos não pertencem à psicologia e sim à fonoaudiologia. De acordo com P1, “[...] a prefeitura não, digamos, não fez a licitação para a psicologia, fez para a fonoaudiologia entendeu, e aí eu uso esses brinquedos”. Sobre estes materiais, outros entrevistados também destacam, como o apresentado a seguir:

Esses brinquedos na verdade nem é da psicologia, é da fono, então, a fono é que conseguiu esses brinquedos, a prefeitura disponibilizou pras fonoaudiólogas da prefeitura né, do município, mas elas deixam os psicólogos usarem se a gente precisar, mas não é da psicologia não (P2).

Outra participante relata que não necessariamente há diferenças nas estratégias utilizadas para atender as crianças e os adolescentes, é possível aplicar as mesmas atividades, apenas fazendo adaptações.

[...] a bateria de avaliação psicológica, eu aplico tanto em crianças quanto adolescentes e adultos. [...] A abordagem é diferente, porque a maneira que tu trata é diferente né, mas o que eu quero falar é que às vezes as técnicas que tu usa são muito parecidas, é a entrevista, são os testes. Se adequar ao público, esse é o nosso papel (P5).

Alves e Serralha (2018) afirmam como a atividade lúdica é importante para o desenvolvimento emocional e para a inserção na cultura, é a partir do brincar que a criança pode organizar e conviver com sua realidade interna. Além disso, conforme Jimenez (2011), para as demandas na atenção básica à saúde não existem respostas, métodos ou técnicas prontas que atendam as necessidades de todos os sujeitos à todo momento. No entanto, há recursos que, junto à instrumentos da clínica com as contribuições das abordagens social e institucional, podem ampliar o olhar, a escuta e, assim, as possibilidades de intervenção.

3.2.3 Desafios e Dificuldades no Atendimento Psicológico às Crianças e Adolescentes

Em relação aos desafios e dificuldades encontrados pelos psicólogos no atendimento ao público infantojuvenil foram apontadas pelos participantes da pesquisa as seguintes questões: recursos materiais, a família, a quantidade de serviços e profissionais, capacitação e a comunicação.

Alguns participantes relataram sobre a carência de materiais, tanto técnicos quanto lúdicos, e como isso pode dificultar um pouco a prática do profissional.

O maior desafio é material de para o acompanhamento, talvez alguns testes seria importante né pra algumas questões de hiperatividade, pra até pra ir ao encontro daquilo que nós estamos avaliando, os testes podem nos ajudar na avaliação não é que eles sejam né a prioridade de avaliação mas eles podem nos ajudar (P1).

Essas coisas que precisam com mais frequência ser renovadas a gente tem um pouco de dificuldade, lápis de cor, massinha de modelar, folha colorida, cartolina, essas coisas “é” difícil tu conseguir (P3).

[...] recursos são um pouco escassos, assim de instrumentos, enfim tem vezes que não tem mesmo, tem que reinventar com aquilo que tem ali, pra trabalhar com criança né... [...] vai assim do profissional [...] o quanto ele tá disponível para investir na prática dele né [...] tem muitos profissionais que compram coisas particulares mesmo para trabalhar com as crianças (P4).

Em relação às estratégias que facilitam a prática da psicologia com essa população, a formulação de um diagnóstico de qualidade exige procedimentos de avaliação específicos que incluem, além das próprias crianças e adolescentes, os recursos materiais, como apontados nos relatos acima, assim como informações por parte de familiares, responsáveis, professores, entre outros (COUTO; DUARTE; DELGADO, 2008). Além disso, identificou-se a importância da disponibilidade do próprio profissional, que utiliza de sua experiência e capacidade criativa para qualificar os atendimentos, tendo que muitas vezes extrapolar do seu papel para que as ações possam acontecer.

Dois participantes mencionaram a questão da família como um obstáculo para o bom andamento do trabalho terapêutico, pois muitas vezes as crianças e os adolescentes são colocados como o problema, quando na verdade é uma situação da dinâmica familiar. Então, procuram o serviço para os seus filhos, querendo que eles mudem, mas sem precisarem participar desse processo.

A família... [...] muitas vezes vem com a criança ou o adolescente que é o problema da história, então já se colocou um rótulo, já se colocou essa culpa em cima da criança e do adolescente, ele que é o problema [...]. Quando a família entende que é toda uma contribuição, que todo mundo interfere né, influencia, em que todo mundo pode modificar ações, aí tem um fluxo melhor né, vamos dizer assim, uma melhora mais rápida, um aprofundamento, até um reconhecimento do atendimento psicológico, por que as vezes a família vem como querendo a mágica, que o psicólogo faça a mágica acontecer, que transforme aquela criança, aquele adolescente [...] (P2).

Para mim é a conscientização das famílias. [...] tu vai vendo aquela inversão de valores, a criança sendo responsabilizada por algo que poderia ser pensado junto com o adulto [...] a criança tá aprendendo, se eu não ensinar ela a ter responsabilidade ela não vai ter. Então, a comunicação com a família era um ponto negativo pra mim, porque sem a família tu não avança (P5).

As outras dificuldades que apareceram para a realização do atendimento infantil foram em relação a falta de serviços, de profissionais e de capacitação, junto a isso, uma dificuldade na comunicação entre as equipes. Foi relatado como a Atenção Básica não dá conta de atender todas as demandas que chegam, desse modo, seria importante ter mais profissionais e uma comunicação com a rede de serviços.

[...] falta serviços [...] atenção básica não vai dar conta de atender todas as demandas que vem, então são poucos serviços né. E aí eu acho que também tem uma falha de comunicação, saúde, educação, assistência social. Eu acho que a saúde dialoga mais com a assistência social, com o CRAS, CREAS e pouco com a educação né [...] mais profissionais também assim, que você tenha um TO, que você tenha psicopedagogo, na saúde não tem psicopedagogo [...] (P3).

[...] a comunicação entre a equipe, porque às vezes daí tu fica muita coisa nas tuas costas e eu sei das limitações do meu papel enquanto profissional psicóloga, mas eu tenho que ter ciência que eu estou na rede pública, a demanda ela é muito diferente da rede privada [...] a dificuldade de integração de uma equipe, pra todo mundo saber e ter essa clareza de que tão sendo pagos pra trabalhar e a gente tem que prestar um serviço [...] (P5).

Couto, Duarte e Delgado (2008) apontam como a existência de uma política de saúde mental específica para crianças e adolescentes auxiliaria consideravelmente na ampliação do sistema de serviços, além de dar institucionalidade à construção de dados e de informações importantes acerca das devidas questões, e de contribuir para o avanço das pesquisas nesta área. Paula et al. (2011), também evidenciaram como a assistência à saúde mental infantojuvenil tem complexidades próprias em comparação ao atendimento de adultos, por isso requer capacitação profissional e serviços específicos para essa faixa etária, além de ser essencial a articulação intersetorial de diferentes secretarias.

Além disso, foi mencionado também sobre como em outro momento, o município possuía psicólogos dentro da UBS especializados para atender apenas crianças e adolescentes. Com isso, essa falta de profissionais atrelada à falta de capacitação é apontada como um desafio na assistência à saúde do público infantojuvenil.

[...] hoje eu sou a única psicóloga lá, mas teve uma época que nós éramos em quatro psicólogas, e aí a gente tinha duas psicólogas que atendiam só crianças e adolescentes e duas só que atendiam adultos. [...] como trabalhadora do SUS eu tenho que atender todas as demandas, mas eu não

sou uma profissional que fui buscar espontaneamente formação pra atendimento de criança e adolescente [...] seria importante que fosse fornecido né, algo mais, uma formação mesmo né, cursos, que pudessem instrumentalizar mais o profissional [...] (P3).

[...] gama de coisas sem ter uma capacitação que a gente precisa atender. Por exemplo, o autismo, o autismo é uma coisa muito específica né, pra tu atender tu precisa ter uma metodologia específica pro atendimento né, daí a gente tem que atender esse paciente, não pode deixar esse paciente desassistido. Mas daí a gente não tem a formação técnica pra isso, então assim é uma gama muito vasta pra várias coisas que a gente tem que atender assim né (P4).

Foi possível observar que a questão do espaço físico não foi trazida pelos participantes como um desafio encontrado no atendimento às crianças e adolescentes, no entanto, quando foram questionados sobre a estrutura física para atender a esse público, um participante apontou algumas dificuldades, como é possível verificar nos recortes a seguir:

[...] outra dificuldade que a gente passa, porque quem tem sala fixa é médico e enfermeiro. Os outros profissionais têm que rodar, esse rodar significa ir trocando de sala, então a nutricionista, fono, educadora física e eu, a gente conversa, pra ver dias que a gente pode se organizar pra que quando eu estou na sala do NASF, as outras não estejam e assim por diante, porque cada uma precisa atender (P2).

Diante do exposto acima, os relatos, em sua maioria, vão ao encontro das principais dificuldades encontradas na pesquisa de Alves e Serralha (2018), como a falta de profissionais; a não adesão ao tratamento por parte do paciente e de sua família; a falta de apoio da gestão, inclusive em termos de capacitação; a ausência dos pais e responsáveis no processo; a inadequação do espaço físico e dos recursos materiais; e a insuficiente formação profissional.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos resultados apresentados, foi possível levantar algumas considerações a respeito das estratégias para o cuidado em saúde mental na assistência à saúde de crianças e adolescentes na perspectiva dos psicólogos que atendem em Unidades Básicas de Saúde. Dessa forma, constatou-se por meio dos dados, que os psicólogos da Atenção Básica atuam no cuidado à saúde do referido público, a partir dos encaminhamentos realizados, principalmente, pelas Equipes de

Saúde da Família. Ainda que os encaminhamentos não aconteçam mais através do matriciamento, se faz importante a discussão dos casos e trocas de informações entre as equipes, a fim de proporcionar uma assistência de qualidade e de manter a integralidade do cuidado, que é fundamental na assistência à saúde desse grupo.

Identificou-se que por mais que todos os profissionais realizem atendimentos de saúde mental à crianças e adolescentes em sua prática cotidiana, alguns deles sentem falta de uma capacitação voltada para a assistência a esse público, uma vez que o psicólogo da Atenção Básica, em sua maioria, é generalista e necessita atender a todos os grupos e demandas que chegam para o serviço.

Em relação ao cuidado em saúde da criança e do adolescente, ficou evidente a importância do cuidado de forma integral e do profissional psicólogo analisar todo o contexto em que está inserido, de modo a identificar se existe realmente um sofrimento psíquico por parte da criança e do adolescente ou se é uma questão da dinâmica familiar e de queixa dos responsáveis. Portanto, quanto à assistência psicológica realizada ao público infantojuvenil observou-se a importância dos profissionais estabelecerem um bom vínculo com a família, possibilitando assim, ter as duas visões e um maior aprofundamento sobre a história de vida do paciente.

Observou-se que as principais demandas de saúde mental na infância e na adolescência estão relacionadas à dificuldade de aprendizagem, ansiedade, depressão e questões de comportamento. Tendo em vista, que em sua maioria estes estão associados ao desempenho escolar, considera-se que o setor de educação é fundamental para a promoção de projetos de identificação e prevenção de saúde mental de crianças e adolescentes. Diante disso, se faz importante também a relação da Atenção Básica com as demais instituições em que este público se encontra, possibilitando ações interdisciplinares e de corresponsabilização entre todos os envolvidos.

No que concerne às modalidades de atendimento pode-se constatar que o atendimento individual é predominante, tendo como estratégias para atender as crianças a utilização do lúdico, por meio de brinquedos e jogos e com os adolescentes a psicoterapia por meio da fala, no entanto, nesse sentido, existem alguns obstáculos, como a falta de recursos materiais. Junto a isso, estão colocadas algumas outras dificuldades como a insuficiência de profissionais na rede e de serviços para atender a esse público, prejudicando o funcionamento da rede e aumentando a fila de espera.

Os desafios encontrados na atuação dos profissionais da psicologia, associados ao excesso de demanda e a falta de suporte por parte dos órgãos gestores prejudica a estruturação das ações e a forma como se organiza o processo de trabalho da psicologia na Atenção Básica. As discussões de caso com outros profissionais são fundamentais para as ações do psicólogo nesse espaço, de modo que não ocorra uma sobrecarga de trabalho, podendo levar a um maior desgaste e ocasionar doenças psíquicas e físicas.

Diante do exposto acima, observa-se a necessidade de oferecer capacitação aos profissionais psicólogos para atuarem na assistência à saúde de crianças e adolescentes; a disponibilização de recursos materiais tanto lúdicos, quanto técnicos especificamente à psicologia, para a realização dos atendimentos; a apropriação dos gestores públicos sobre a realidade do município, e com isso criar novos serviços que atendam a demanda desse público e garantam a efetivação dos seus direitos.

Identifica-se como uma limitação deste estudo, o recorte local da pesquisa, assim como, a participação de poucos profissionais. Entretanto, considera-se que os objetivos propostos foram atingidos e que os resultados e discussões aqui apresentados são pertinentes a outros cenários. Nesse sentido, indicam-se pesquisas semelhantes, uma vez que cada região apresenta suas especificidades.

Compreende-se que, ao tratar das estratégias de cuidado em saúde mental na assistência à saúde de crianças e adolescentes, o estudo contribui para apresentar a prática do psicólogo nesse atendimento, que é uma demanda cotidiana dos serviços de Atenção Básica, além de proporcionar aos profissionais e gestores dados para reforçar a necessidade de reflexões, planejamentos e efetivação das estratégias de cuidado em saúde mental dessa população.

REFERÊNCIAS

ALVES, Carolina Martins Pereira; SERRALHA, Conceição Aparecida. A Assistência Psicológica a Crianças em Unidades Básicas de Saúde. **Estud. pesqui. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 912-931, set. 2018. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812018000300011&lng=pt&nrm=iso>.

BOING, Elisangela; CREPALDI, Maria Aparecida. O psicólogo na atenção básica: uma incursão pelas políticas públicas de saúde brasileiras. *Psicologia: Ciência e*

Profissão [online]. 2010, v. 30, n.3, pp.634-649. Disponível em:
<<https://doi.org/10.1590/S1414-98932010000300014>>.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. **Estatuto da Criança e o Adolescente**. Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8069.htm#art267>.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Lei Orgânica da Saúde**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e das outras providências. Brasília, set. 1990. Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>.

BRASIL. **Lei nº 10.216, de 3 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. v. 4. Disponível em:
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf>.

BRASIL, República Federativa. **Decreto presidencial Nº. 6.286, de 5 de dezembro de 2007** que cria o Programa Nacional de Saúde na Escola. Brasília, DF. Diário Oficial da União, de 06 de dezembro de 2007. Seção 2, p. 02. Disponível em:
<http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=8606-saudenaescola-decreto6286-pdf-1&category_slug=agosto-2011-pdf&Itemid=30192>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 13 jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS**: tecendo redes para garantir direitos / Ministério da Saúde, Conselho Nacional do Ministério Público. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em:
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_psicossocial_crianças_adolescentes_sus.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da atenção básica**: saúde da criança/Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em:
<<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/dezembro/13/PAB-Saude-da-Crian--a-Provis--rio.pdf>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016**. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 24 maio de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, DE 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União - DOU, v. 183, n. Seção 1, p. 67–76, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. **Nota Técnica nº 3/2020-DESF/SAPS/MS**. Assunto: Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e Programa Previne Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2019c. Disponível em: <<https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/01/NT-NASF-AB-e-Previne-Brasil-1.pdf>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **OFÍCIO CIRCULAR Nº 2/2021/CONEP/SECNS/MS, de 24 de dezembro de 2021**. Orientações para procedimentos em pesquisas com qualquer etapa em ambiente virtual. Brasília, DF, 2021. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/images/Oficio_Circular_2_24fev2021.pdf>.

CABRAL, E.; SAWAYA, S. M. (2001). Concepções e atuação profissional diante das queixas escolares: os psicólogos nos serviços públicos de saúde. **Estudos de Psicologia**, 6(2), 143-155.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Referências técnicas para atuação de psicólogas(os) na atenção básica à saúde / **Conselho Federal de Psicologia, Conselhos Regionais de Psicologia e Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas**. 2. ed. Brasília: CFP, 2019. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2019/11/CFP_atencaoBasica-2.pdf>.

Conte, F. C. S. e Regra, J. A. G. (2000). Psicoterapia comportamental infantil: novos aspectos. Em: E. F. M. Silveiras *Estudos de caso em psicoterapia clínica comportamental infantil*. Vol. 1, pp.79-134. Campinas: Papirus.

COUTO, Maria Cristina Ventura; DUARTE, Cristiane S; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. A saúde mental infantil na Saúde Pública brasileira: situação atual e desafios. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo , v. 30, n. 4, p. 384-389, Dec. 2008. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1516-44462008000400015>>.

DELFINI, Patricia Santos de Souza e REIS, Alberto Olavo Advincula. Articulação entre serviços públicos de saúde nos cuidados voltados à saúde mental infantojuvenil. **30 Cadernos de Saúde Pública**, 2012, v. 28, n. 2, pp. 357-366. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012000200014>>.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2002.

GOMES, Romeu. A Análise de Dados em Pesquisa Qualitativa. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza (org) et al. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 21. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2002. Cap4. p. 67-80.

JIMENEZ, Luciene. Psicologia na Atenção Básica à Saúde: demanda, território e integralidade. **Psicologia & Sociedade** [online]. 2011, v. 23, p. 129-139. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-71822011000400016>>.

OMS, Organização Mundial da Saúde. Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO) – 1946. USP. Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organização-Mundial-da-Saúde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswwho.html>>.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Ciência, Técnica e Arte: o desafio da pesquisa social. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza (org) et al. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 21. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2002. Cap. 1. p. 9-29.

NETO, Otávio Cruz. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza (org) et al. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 21. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2002. Cap. 3. p. 51-66.

PAULA, Cristiane Silvestre de et al. Atuação de psicólogos e estruturação de serviços públicos na assistência à saúde mental de crianças e adolescentes. **Psicol. teor.prat.**, São Paulo , v. 13, n. 3, p. 81-95, dez. 2011 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-3687201100030007&lng=pt&nrm=iso>.

SANTOS, Patricia Leila dos. Problemas de saúde mental de crianças e adolescentes atendidos em um serviço público de psicologia infantil. **Psicologia em Estudo**. [online]. 2006, v. 11, n. 2, pp. 315-321. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-73722006000200010>>.