

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
NÚCLEO DE EDUCAÇÃO, AVALIAÇÃO E PRODUÇÃO PEDAGÓGICA EM
SAÚDE – EDUCASAÚDE
GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO – ESCOLA GHC
ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO RIO GRANDE DO SUL
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM PRÁTICAS PEDAGÓGICAS EM SERVIÇOS
DE SAÚDE

MARIA APARECIDA LOSS

ATENÇÃO AMBULATORIAL EM PSICOLOGIA INFANTIL EM UM HOSPITAL
PÚBLICO: A CONSTRUÇÃO DO CUIDADO NA PERSPECTIVA DA
INTEGRALIDADE E DA FORMAÇÃO EM SERVIÇO

Porto Alegre

2013

MARIA APARECIDA LOSS

ATENÇÃO AMBULATORIAL EM PSICOLOGIA INFANTIL EM UM HOSPITAL
PÚBLICO: A CONSTRUÇÃO DO CUIDADO NA PERSPECTIVA DA
INTEGRALIDADE E DA FORMAÇÃO EM SERVIÇO

Trabalho de Conclusão do Curso de
Especialização em Práticas Pedagógicas em
Serviços de Saúde

Orientadora: Profa. Dra. Vera Lúcia Pasini

Porto Alegre
2013

RESUMO

O presente estudo é resultado do Projeto de Pesquisa produzido durante a realização do Curso de Especialização em Práticas Pedagógicas em Serviços de saúde, cadastrado na Plataforma Brasil, apresentado ao CEP e aprovado de acordo com a Resolução CNS 196/96 para pesquisas envolvendo seres humanos. A pesquisa teve um delineamento qualitativo e seus resultados pretendem contribuir com a elaboração do Projeto de Residência em Área Profissional da Saúde, vinculado ao Hospital Materno Infantil Presidente Vargas, apresentando elementos para a proposta de formação em serviço que está sendo produzida, considerando as diretrizes da saúde mental infanto-juvenil (BRASIL, 2005), a Política Nacional de Humanização (PNH) e os princípios do SUS (BRASIL, 2011). Elegemos, como elementos a serem analisados na pesquisa realizada, os dados produzidos a partir das primeiras consultas na área da Psicologia, nos meses de abril, maio e junho do ano de 2012, no Ambulatório de Especialidades, construindo um mapeamento dos casos atendidos, através de uma análise de 31 prontuários. A organização dos resultados das análises qualitativas são apresentados em quatro capítulos, onde destacamos o funcionamento dos serviços e da instituição para acesso, acolhimento e vínculo, considerando o modelo assistencial; o uso do diagnóstico biomédico e as possibilidades de uma avaliação diagnóstica ampliada, considerando os conceitos relativos ao campo da saúde mental como clínica ampliada, subjetividade e singularidade; as fragilidades e as possibilidades do ambulatório para a construção de um trabalho em equipes com uma diretriz interdisciplinar, considerando as relações advindas de um processo de formação em serviço (a estruturação da Residência Multiprofissional), com ênfase no cuidado em saúde mental infantil.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	05
1. CENÁRIO.....	08
2. PERFIL DA POPULAÇÃO ATENDIDA.....	18
3. ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO.....	25
4. ANÁLISES CONCLUSIVAS.....	29
5. REFERÊNCIA.....	34
6. APÊNDICE.....	37

“Cada época deve compreender a seu modo um texto transmitido (...). (...) o verdadeiro sentido de um texto (...) sempre é determinado também pela situação histórica do intérprete”(Gadamer, 2003: p. 392).

“os preconceitos de um indivíduo, muito mais que seus juízos, constituem a realidade histórica de seu ser” (Gadamer, 2003: p.368).

INTRODUÇÃO

O presente trabalho é resultado do Projeto de Pesquisa produzido durante a realização do Curso de Especialização em Práticas Pedagógicas em Serviços de Saúde, cadastrado na Plataforma Brasil, apresentado ao CEP e aprovado de acordo com a Resolução CNS 196/96 para pesquisas envolvendo seres humanos.

O ponto de partida para a elaboração do projeto de pesquisa referiu-se às questões produzidas no cotidiano de trabalho da pesquisadora, no atendimento ambulatorial de crianças, na área da psicologia no contexto de um hospital público em Porto Alegre.

A temática proposta buscou a interface dessas questões com a construção de políticas de atenção à saúde infanto-juvenil e com a perspectiva de criação de uma Residência Multiprofissional Integrada em Saúde (RMIS) no hospital onde se realizou a pesquisa.

A pesquisa teve um delineamento qualitativo e seus resultados pretendem contribuir com o Grupo de Trabalho¹ designado para construir um Projeto de RMIS, apresentando elementos para a proposta de formação em serviço que está sendo produzida, considerando as diretrizes da saúde mental infanto-juvenil (BRASIL, 2005), a Política Nacional de Humanização (PNH) e os princípios do SUS (BRASIL, 2011).

Esta monografia cumpre ainda com a função de requisito para conclusão, na 2ª Edição do Curso de Especialização em Práticas Pedagógicas em Serviços de Saúde, da UFRGS, realizado em parceria com a Escola GHC e Escola de Saúde Pública do RS. O curso visou qualificar a ação pedagógica no acompanhamento docente-assistencial de

¹ Criado pela portaria 567 de 28 de julho de 2009 e publicado no Diário Oficial de Porto Alegre 14/08/2009.

profissionais de saúde vinculados às instituições que já tinham ou que intencionavam ter Programas de Residência em Saúde (Residências Médicas ou Residências em Área Profissional da Saúde).

O conceito de Residência em Saúde descreve uma modalidade de educação profissional pós-graduada, desenvolvida em ambiente de serviço, mediante orientação docente-assistencial.

Sabemos que a prática de trabalho na saúde pública suscita muitas inquietações. Os desafios para esse campo são enormes e de diversas ordens. A mais significativa: a humanização. O maior desafio: a formação.

A formação em serviço ou a educação para o SUS constituem um projeto de grande impacto político e emocional sobre as carreiras dos trabalhadores. Trata-se de um projeto emancipador, porque instiga a pensar a partir do trabalho, numa operação político-pedagógica de participação. O trabalhador-autor, reconstruindo e ressignificando o seu fazer, de forma coletiva, num ambiente de formação.

Elegemos, como elementos a serem analisados na pesquisa realizada, os dados produzidos a partir das primeiras consultas da área da psicologia, nos meses de abril, maio e junho do ano de 2012, no Ambulatório de Especialidades. Construimos um mapeamento dos casos atendidos, através de uma análise de 31 prontuários com os seguintes objetivos: descrição do fluxo do cuidado oferecido pelas diferentes áreas envolvidas com o atendimento às crianças de 0-12 anos no Ambulatório de Especialidades; mapeamento das demandas por atendimento/avaliação psicológica que chegam ao ambulatório especializado, na área da infância, considerando o acesso e a origem do encaminhamento; análise da atenção oferecida às demandas que chegam ao Ambulatório, na área da psicologia infantil, considerando a perspectiva da integralidade do cuidado e a formação em serviço.

Para a coleta de dados montamos uma tabela descritiva conforme modelo que anexamos (anexo 1). Posteriormente, efetuamos uma matriz dos dados coletados que apresentasse todas as variáveis individualmente.

Para destacarmos algumas informações que julgamos uteis para a apresentação dos nossos dados, considerando os objetivos da nossa pesquisa, utilizamos alguns

gráficos com levantamento numérico, buscando expressar a dimensão dos conteúdos que analisamos em cada capítulo.

Para os levantamentos numéricos que analisavam características excludentes, como por ex., sexo, idade, região ou município de origem, tempo de tratamento, tipo de acesso e tipo de demanda (para qual especialidade médica), os gráficos mostraram-se efetivos. Entretanto, tivemos situações onde este tipo de apresentação foi mais limitada, como por exemplo, para o levantamento de motivos iniciais de consulta e hipóteses diagnósticas. Nestes últimos, optamos por apresentar a frequência do dado, ou seja, o número de vezes que o dado apareceu na matriz. Isso significava que muitas crianças apresentaram mais de um motivo de consulta ou mais de um diagnóstico descrito no prontuário. Portanto, no gráfico apresentado para os motivos de consulta mais frequentes, bem como entre os dados referentes aos diagnósticos médicos, a soma dos números irão ultrapassar os 31 prontuários que selecionamos (ver discussão no capítulo 1 e 2).

No capítulo três, apresentamos um gráfico com os elementos que definem a *discussão de caso* em equipe. O levantamento nos prontuários indicava que apenas 06 casos tinham sido apresentados para discussão em equipe interna do hospital, enquanto que em 4 deles estava mencionado encaminhamento externo por documento formal e em 2, encaminhamento externo com documento formal e através de contato externo para agendamento. Os demais casos (19) não apresentavam nenhuma descrição de interconsulta ou de discussão de caso.

Considerando a importância da análise deste dado para a configuração de uma proposta de trabalho interdisciplinar, destacamos que a participação da pesquisadora no campo de pesquisa demonstrou que havia disponibilidade para *discussões informais*, inferindo, como dado, o número de 10 casos para interconsulta com o neuropediatra e de 2 casos para discussão informal com a área da psicologia (ver capítulo 3).

As conclusões deste estudo apontam para as potencialidades e para as fragilidades do Ambulatório de Especialidades para ser um campo de residência multiprofissional integrada (RMIS), apresentando sugestões para novos processos de trabalho em equipe.

1. CENÁRIO

Neste capítulo descrevemos o cenário onde se desenvolveu nosso estudo, fazendo um percurso entre as diferentes especialidades do Ambulatório, buscando uma leitura possível do funcionamento dos serviços e da instituição para acesso, acolhimento e vínculo, considerando o modelo assistencial.

Inaugurado em 24 de janeiro de 1953, o HMIPV passou a ser administrado pelo Município de Porto Alegre em 2000, depois da assinatura de um convênio, em 24 de agosto, entre a Prefeitura Municipal e o Ministério da Saúde. O hospital oferece atenção especializada (ambulatorial e internação hospitalar) para mulheres (nas áreas de ginecologia, obstetrícia, planejamento familiar e saúde mental) e para crianças e adolescentes (em pediatria e especialidades pediátricas).

Atualmente, o HMIPV é referência para o Rio Grande do Sul em serviços prestados pela rede pública de saúde. Entre eles estão o Serviço de Referência em Triagem Neonatal (SRTN) e o Centro de Referência no Atendimento Infante-Juvenil (CRAI). No primeiro, através do teste do pezinho feito em bebês, são diagnosticadas e acompanhadas precocemente doenças que podem produzir lesões irreversíveis, como retardo mental. No segundo, é prestada assistência integral a crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual e/ou maus tratos.

Os serviços do HMIPV podem ser acessados através da Central de Marcação de Consultas Especializadas (CMCE) para exames e para o Ambulatório de Especialidades; ou através de pronto-atendimento 24 horas para triagem obstétrica e emergência pediátrica.

De acordo com a Gerência de Regulação de Serviços de Saúde (GRSS), a Central de Marcação de Consultas Especializadas (CMCE) responde pelas marcações de consultas dos 496 municípios do Rio Grande do Sul. Destas, 55% são destinadas para Porto Alegre, 30% para a Região Metropolitana e 15% para o interior do Estado (DOPA, 2008).

No momento da realização da pesquisa, o Ambulatório de Especialidades estava composto por aproximadamente 62 profissionais da área médica e não-médica, com disponibilização de diferentes agendas, incluindo mulheres, adolescentes e crianças. As áreas envolvidas neste estudo, ou seja, que disponibilizam agendas para o atendimento infantil (de 0 a 12 anos), compõem as 16 especialidades pediátricas na área médica e 5 áreas não médicas. As especialidades pediátricas são: ginecologia infanto-puberal, psiquiatria infantil, cardiologia, neurologia e neurocirurgia infantil, proctologia, pneumologia, nefrologia, otorrinolaringologia, cirurgia pediátrica ambulatorial, endocrinologia, hematologia, ortopedia, oftalmologia, genética e gastroenterologia. As áreas não médicas envolvidas são: nutrição, fisioterapia, fonoaudiologia, serviço social e psicologia.

Vale ressaltar que o acesso aos serviços do HMIPV possui três áreas para Residência Médica: Pediatria; Psiquiatria; Ginecologia e Obstetrícia. Posterior a três anos de RM em Ginecologia e Obstetrícia é possível realizar ainda a Residência em Medicina Fetal e Endoscopia Ginecológica por um ano.

No nosso estudo destacamos três aspectos que representam a articulação entre os serviços e o modelo de atenção, a partir de conceitos de acesso, acolhimento e vínculo, são eles: o ingresso das crianças, a origem/região/território e o tempo de atendimento/acompanhamento, ressaltando a atenção em continuidade ou descontinuidade.

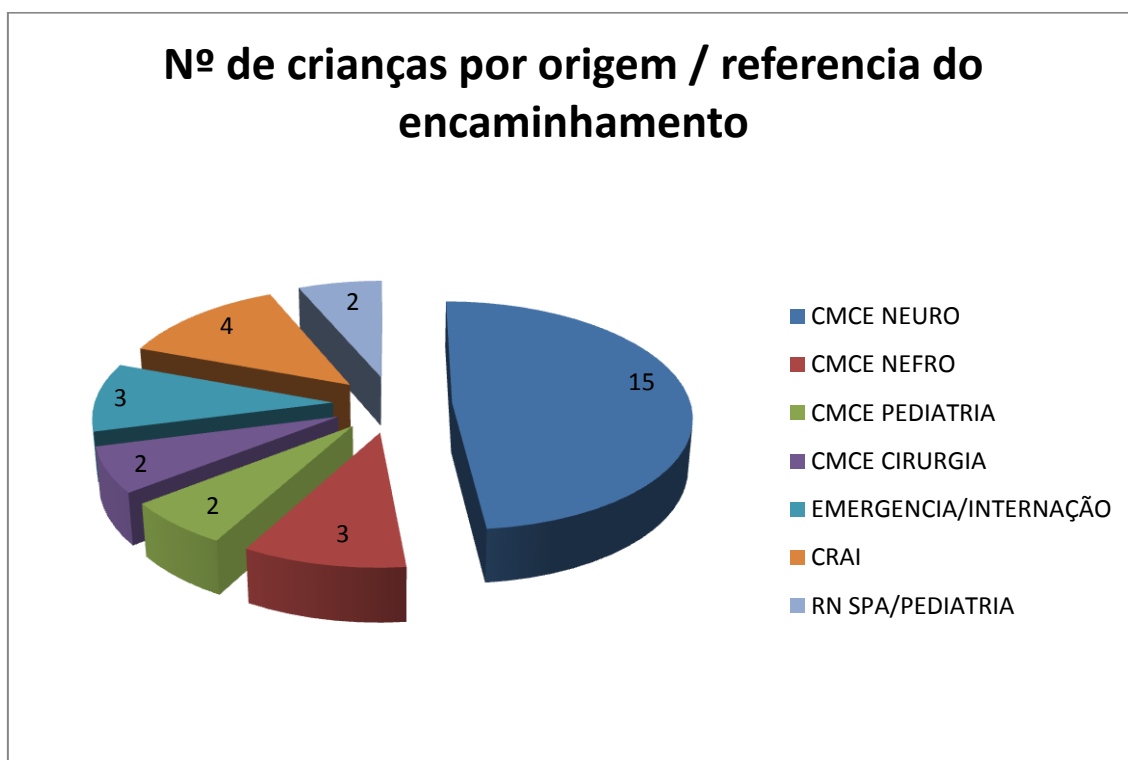
Em nosso levantamento tivemos 15 ingressos de criança via CMCE solicitando neurologista. O que representa, em relação ao número total das crianças atendidas, que 48% acessaram a atenção hospitalar, através do Ambulatório de Especialidades, por solicitação de atendimento em Neuropediatria. As crianças chegavam ao Neurologista via CMCE por solicitação de um Pediatra ou Médico da Família e Comunidade de uma Unidade de Saúde (UBS/ESF) de municípios do interior do estado, da Região Metropolitana (RM) ou de POA. Os números que encontramos, para essa área médica, representaram em percentuais: 53% (08) oriundos de POA, 33% (5) da RM e 13% (2) do interior. Em POA, os profissionais de referência na região são facilmente identificados: 2 casos oriundos dos NASCAS (Núcleo de Atenção a Saúde de Crianças e Adolescentes) e 6 dos Postos de Saúde (PSF e UBS).

Ressaltamos dois serviços do HMIPV que funcionam no modelo “acesso aberto” e, por este motivo, passam a se configurar no SUS como portas de entrada no sistema. Estes serviços são: a atenção de urgência/emergência pediátrica e o CRAI. Isso significa

dizer que, a partir destes serviços, várias configurações de rede e de linhas de cuidados podem ser acionadas tanto internamente, quanto externamente. Encontramos 3 casos que chegaram no HMIPV através de breve período de internação (Sala de Observação Pediátrica - SOP) e 4 casos que chegaram para acolhimento no CRAI. Outro dado interessante para pensarmos em acesso aberto é a triagem obstétrica que recebe parturientes. No nosso levantamento, 2 crianças iniciaram acompanhamento a partir da maternidade, ou seja, através do parto classificado como recém-nascido (RN) exposto a substâncias psicoativas (SPA) e que mantiveram acompanhamento pediátrico e multiprofissional posterior.

Esses dados podem ser observados através do gráfico abaixo:

Gráfico 1



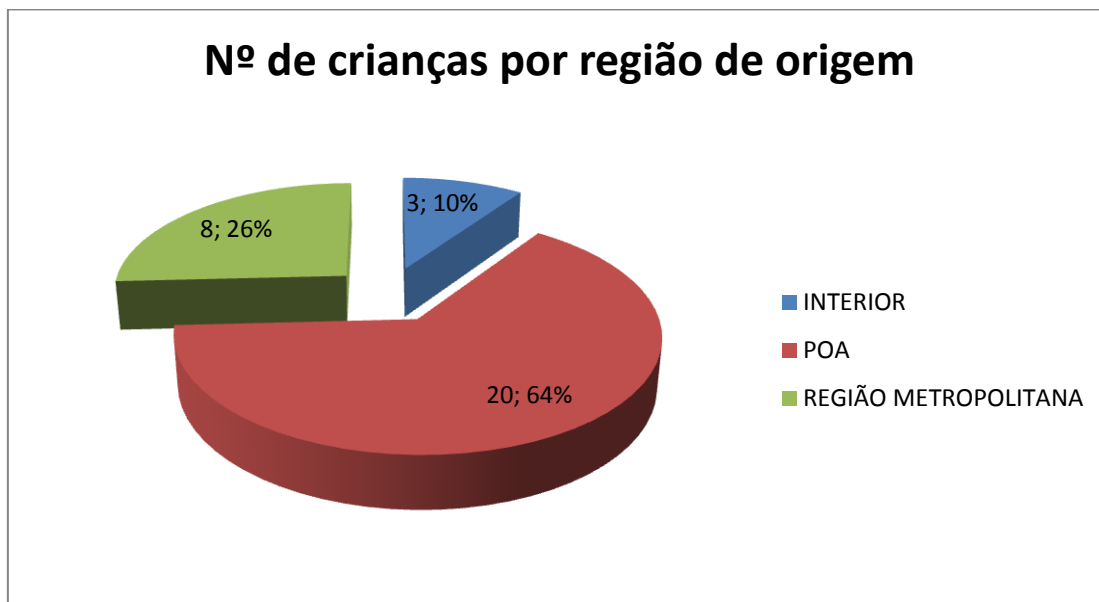
Fonte: dados da pesquisa

O modelo preconizado para o funcionamento da CMCE é de agendamento por cotas (15% interior; 30% RM e 55% POA), conforme especificamos anteriormente.

Os números totais do nosso levantamento, através do gráfico abaixo, demonstram que 20 (64%) das crianças pertenciam à POA, 08 (26%) à Região Metropolitana e 03 (10%) ao interior. A diferença é que estes percentuais representam

os casos que chegaram por encaminhamento interno do HMIPV ao serviço de psicologia. Diferentemente dos percentuais já mencionados para o encaminhamento via CMCE para a neuropediatria que representaram 53% (08) oriundos de POA, 33% (5) da RM e 13% (2) do interior.

Gráfico 2



Fonte: dados da pesquisa

Outro elemento importante a destacar é sobre o levantamento das regiões de Porto Alegre que mais encaminharam via CMCE, ficando os serviços das Gerencias Distritais Partenon-Lomba do Pinheiro (GD PLP) e Sul-Centro Sul (GD SCS), ambos com 5 encaminhamentos e os serviços da Gerencia Distrital Restinga-Extremo Sul (GD RES) com 03 encaminhamentos de crianças. No período estudado, a GD Leste-Nordeste fez apenas um encaminhamento e, a GD Glória-Cruzeiro-Cristal, nenhum.

O que esses números nos revelam? O que dão a ver sobre o funcionamento da estrutura hospitalar? O que valorizam? Se o acesso só se dá através do atendimento médico (tanto via CMCE, quanto via emergência e triagem obstétrica), então como o modelo de atenção poderia ser diferente?

O modo como a produção de ações e serviços está organizado, expressa um modelo de atenção. O que podemos destacar sobre esse modelo, a partir dos dados trabalhados até aqui?

Em primeiro lugar, depreende-se um modelo exclusivamente biomédico, com intervenções de natureza médico-curativa em diferentes especialidades, sem a incorporação de ações interdisciplinares.

Em segundo lugar é preciso considerar que um modelo de atenção pautado no atendimento de demandas, sem atuar em redes e territórios de saúde, sem demarcar estratégias de co-responsabilização e sem incorporar ações de promoção e prevenção, não pode reconhecer seu papel e sua função a partir de uma linha de cuidado. Sem esse reconhecimento, passa a atuar como um serviço isolado, com intervenções solitárias e supervalorizadas, deslocadas de uma rede de cuidados e, portanto, não respondendo dentro de um sistema de encaminhamento.

A articulação entre os serviços, tanto internamente na saúde quanto na assistência e também na educação e conselhos tutelares, depende de um ordenamento complexo que não se esgota em fluxogramas, nem a partir de lógicas hierárquicas de atenção em saúde - como as chamadas de primária, secundária e terciária. A articulação é, antes de tudo, a construção de um sistema de encaminhamento, o qual possa respeitar as localidades, ou seja, a rede de atenção próxima. Na saúde esta rede é formada pelas ESFs, pelos NASFs e apoio matricial, os quais trabalham junto a uma comunidade.

No SUS, pode-se afirmar que o trabalho em rede é um paradigma. Este paradigma só pode operar a partir de um sistema fluido de comunicação e de interação positiva entre os diferentes serviços que compõe esta rede. É necessário destacar, que muitos são os esforços para padronizar esses mecanismos de comunicação entre os serviços e entre os profissionais, vide o documento de referencia e contra-referencia (DRCR) que há muitos anos tenta produzir um fluxo de ida e volta (ou encaminhamento e devolução) de um sistema de atenção para o outro, ou seja, na lógica dos serviços de atenção primária e de menor complexidade que encaminham para os serviços de atenção secundária ou terciária e de maior complexidade.

O que observamos, a partir da análise dos dados da nossa pesquisa, é que o ambulatório de especialidades do hospital recebe todos os pacientes neste sistema de encaminhamento, entretanto o sistema não opera no contra-fluxo. O que implica dizer que, dessa forma, as linhas de cuidado não se efetivam, ou pior, elas se rompem. O profissional que encaminhou não sabe mais sobre o paciente. O profissional que o recebeu não faz nenhuma devolutiva para o serviço de pertencimento local do paciente.

Perguntamo-nos quais seriam as falhas neste sistema. Quais seriam as respostas para as discontinuidades nos tratamentos e nos planos terapêuticos. Quais seriam as possibilidades de compartilhamento dos planos terapêuticos entre os profissionais que compõem esta rede e os profissionais envolvidos na efetivação dos cuidados. E também quais seriam as possibilidades de envolver o próprio paciente na responsabilização sobre seu tratamento (no caso da criança, envolvendo seu familiar ou cuidador no Plano Terapêutico Singular).

Portanto, além do acesso, outros dois conceitos complementam a noção de modelo de atenção, tal como vimos trabalhando até aqui.

O conceito de acolhimento pode ser expresso como a chegada de um sujeito ao serviço, ou melhor, como o serviço se organiza para receber/acolher a demanda, no caso, a demanda de atendimento para uma criança.

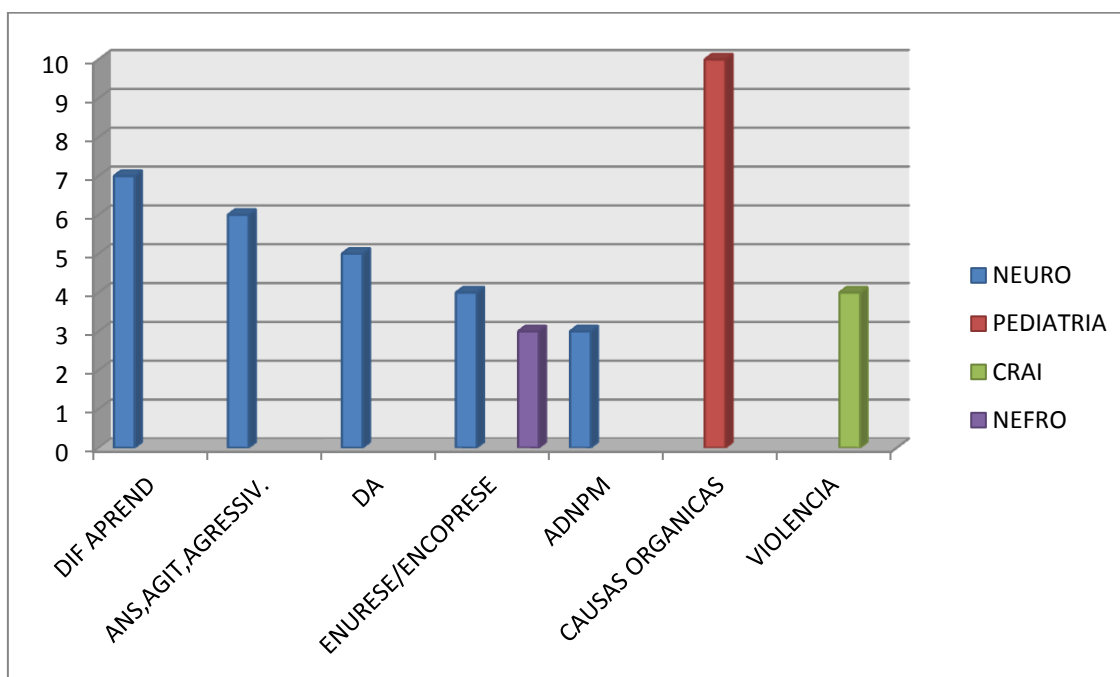
A chegada da criança depende do olhar que é dado ao seu problema: da leitura que é feita em relação ao motivo do encaminhamento e da escuta que é oferecida à queixa (Figueiredo, 2012). Assim, segundo essa autora, o acolhimento depende dessa escuta da queixa e da leitura do motivo expresso no documento de encaminhamento, mas não é só isso, também teria três deveres, a saber: evitar reduzir a escuta à coleta de evidências e sinais; entender os modos de vida (valores e crenças) dos sujeitos envolvidos (famílias e comunidade) e evitar tomar as diferenças para valores e crenças dessa comunidade ou família, como erros a serem corrigidos.

A seguir apresentamos os motivos de encaminhamento para as três especialidades médicas que se destacaram por serem mais demandadas, além do CRAI que, por ser um serviço “porta aberta”, também recebeu um número significativo de encaminhamentos externos.

No gráfico abaixo observamos que, com exceção da Neuropediatria, as três outras áreas tinham motivos de encaminhamentos exclusivos, ou seja, a Nefropediatria teve 3 encaminhamentos por motivo expresso como enurese; o CRAI teve 4 encaminhamentos por motivo de violência e a pediatria teve 10 encaminhamentos com causas orgânicas, entre elas 2 cirurgias; 2 acompanhamentos pós-natais por exposição a substâncias químicas na gestação; 2 situações de infecção no trato urinário (ITU); 3 situações da emergência pediátrica (síncope, infecção na pele por bicho de pé e

pneumonia). Os demais motivos, que aparecem de forma expressiva no gráfico, são referentes aos encaminhamentos recebidos pela Neuropediatria e foram tabulados a partir do número de vezes em que apareceram. Vale salientar, que para muitas crianças havia mais de um motivo expresso nos seus encaminhamentos e optamos em manter todos, no sentido de valorizar o olhar dado ao problema/queixa/demanda.

Gráfico 3



Fonte: dados da pesquisa

Para a Neuropediatria, portanto, destacaram-se as observações ou as demandas que se expressaram como dificuldade de aprendizagem e como descontrole de impulsos, este último balizado pelos sinais conforme apareceram nos prontuários e como estão agrupados no nosso gráfico: ansiedade, agitação e agressividade. Depois aparecem outros motivos como déficit de atenção (DA), enurese/encoprese e atraso no desenvolvimento neuropsicomotor (ADNPM).

Para efetivar a linha de cuidado, após o tratamento ou investigação solicitada, cada caso poderia ser contra-referenciado. De que forma? Com diagnóstico realizado ou necessidades terapêuticas ou sugestões de outras abordagens mais indicadas. A linha de cuidado só pode acontecer a partir de estratégias de apoio matricial nas regiões/territórios para comunicação entre os profissionais.

Em relação aos casos da região metropolitana e interior, podemos levantar várias questões: Existem fluxos pactuados? Quais são os fluxos para acolhimento e encaminhamento? Como efetivar uma linha de cuidado intersetorial, ou seja, que amplie a responsabilização pelos casos da infância para as áreas da assistência, esporte/lazer e educação? Cada caso vem sendo atendido de que forma e há quanto tempo? Por falta de comunicação na rede? Por falta de rede?

Alguns estudos nos indicam o déficit de serviços em saúde mental ou até mesmo a falta de cobertura em saúde pública para muitos municípios no Brasil (Assis et al, 2010; Mello e cols., 2007), o que significa dizer que pode ser muito trabalhoso efetivar uma rede de atenção quando não existem serviços para compor as necessidades de saúde de um determinado território ou ainda constatar a necessidade de atenção para uma criança e a impossibilidade de encaminhá-la para o tratamento adequado por falta de estrutura em saúde.

A atenção hospitalar caracteriza-se por ser de um nível de complexidade maior em relação aos serviços da atenção básica e, portanto, para acesso aos casos agudos. No caso do HMIPV, sua missão está descrita da seguinte forma:

Oferecer assistência de alta complexidade, com qualidade, humanismo e ética, articulada com a rede de saúde, às mulheres, crianças e adolescentes, bem como desenvolver atividades de ensino e pesquisa, visando transformar-se em centro de excelência e referência para Porto Alegre e Região Metropolitana.
(www.portoalegre.rs.gov.br/hmipv)

Segundo a Organização Mundial da Saúde (2000), o novo papel dos hospitais exige deles um conjunto de características: ser um lugar para manejo de eventos agudos; deve ser utilizado exclusivamente em casos que haja **possibilidades terapêuticas**; deve apresentar uma densidade tecnológica compatível com suas funções, o que significa ter unidades de tratamento intensivo e semi-intensivo; unidades de internação; centro cirúrgico; unidade de emergência; unidade de apoio diagnóstico e terapêutico; **unidade de atenção ambulatorial**; unidade de assistência farmacêutica; unidade de cirurgia ambulatorial; unidade de hospital dia; unidade de atenção domiciliar terapêutica, etc.; deve ter uma escala adequada para operar com eficiência e qualidade; deve ter um

projeto arquitetônico compatível com as suas funções e amigável aos seus usuários (OMS, 2000).

Com as especificações acima, salientamos que a nossa análise está pautada na atenção ambulatorial do HMIPV, entretanto destacamos os termos “possibilidades terapêuticas” e “projeto arquitetônico compatível”, porque entendemos que o primeiro situa o trabalho em continuidade, enquanto o segundo destaca a “ambiência” como importante fator que contribui para a humanização dos serviços hospitalares.

Para o Programa Nacional de Humanização (HumanizaSUS), a ampliação da clínica, o acolhimento e a ambiência constituem-se como os seus principais dispositivos e, ao mesmo tempo, como seus principais suportes conceituais. Para o cuidado e para assistência integral à infância, podemos inferir o quanto esses três conceitos são determinantes, na medida em que esta fase do desenvolvimento requer ações em saúde diferenciadas e independizadas do modelo de atenção ao adulto.

Chegamos assim, a outro conceito importante, o qual mais do que permanência e continuidade no tempo, tem a ver com implicação e responsabilização pelos casos: o conceito de vínculo.

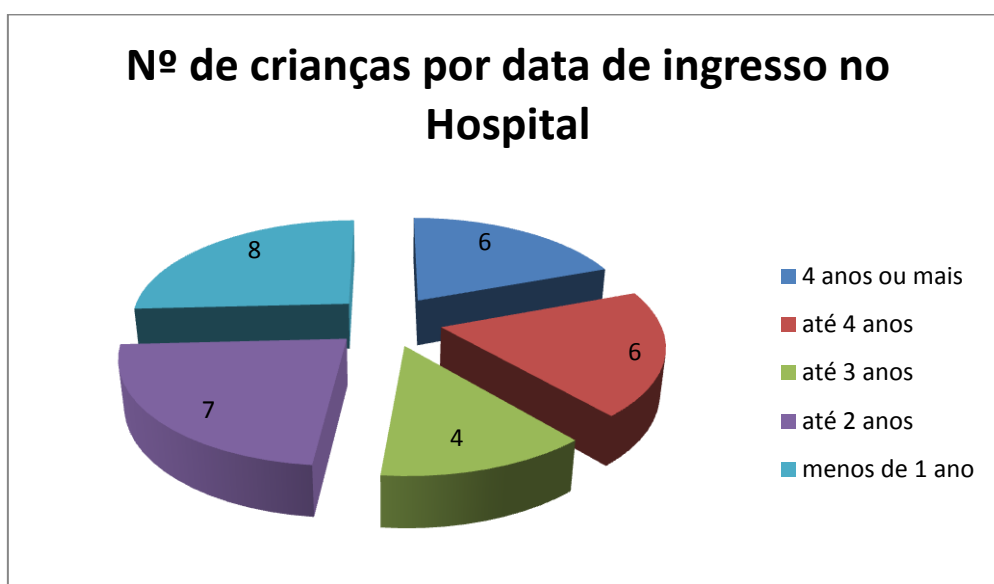
Importa muito pensarmos sobre a continuidade, especialmente quando estamos falando sobre tratamentos e intervenções na infância, mas esta continuidade não deve ser expressa somente pelo viés temporal, como frequência e permanência do paciente em atendimento em um determinado local. Esta continuidade tem a ver muito mais com a referência do paciente sobre um determinado profissional e sua interação com este profissional de forma contínua.

O que observamos, com a análise dos prontuários, foi que, apesar de um número significativo de crianças (16) estar em atendimento no HMIPV, por mais de três anos, isso não significava sua referência a um profissional. Pelo contrário, observamos casos onde havia sobreposição de intervenções, com a conseqüente sobreposição de diagnósticos e planos terapêuticos em diferentes especialidades. Dessa forma, a origem do encaminhamento, que era uma solicitação específica vinda da rede de atenção básica de POA ou de outro município, parecia estar perdida. Ou seja, a demanda para um determinado tipo de diagnóstico e um determinado tipo de tratamento, que teve origem

numa rede específica, numa determinada localidade ou território, foi sendo distribuída e compartimentada para uma série de investigações médicas de outras especialidades.

Vejamos no gráfico abaixo como ficou essa distribuição de tempo cronológico no acompanhamento de cada criança no Hospital, levando em conta que a extensão no tempo não significa necessariamente um grau de continuidade, nem serve para avaliar vínculo e responsabilização, tal como especificamos acima.

Gráfico 4



Fonte: dados da pesquisa

O caso mais antigo era de uma menina que iniciou atendimento via CRAI em 2005. Dois meninos e uma menina iniciaram atendimento em 2006: um menino iniciou acompanhamento pediátrico em 2006, a partir dos 4 meses de idade, passando por 8 especialidades médicas e outro menino veio encaminhado para cirurgia de abscesso com 1 ano. Uma menina, também encaminhada para cirurgia, iniciou acompanhamento pediátrico em 2006, devido à hemangioma de cabeça e dorso com apenas 1 ano, apresentando quadro de ansiedade. Dois casos iniciaram atendimento a partir do parto (RN exposto à substância química), onde um deles tinha acompanhamento desde 2008 (menino) e o outro desde 2009 (menina), ambos com avaliações e intervenções clínicas em diversas especialidades.

Os casos mais recentes, com acompanhamento há menos de 2 anos, representaram 49% do levantamento realizado, ou seja, 15 crianças.

2. PERFIL DA POPULAÇÃO ATENDIDA

Neste segundo capítulo apresentamos o perfil da população atendida, com as análises dos dados contidos nos prontuários.

A partir destes elementos de análise revisitamos conceitos relativos ao campo da saúde mental como: clínica ampliada, subjetividade e singularidade. Tematizamos o uso do diagnóstico biomédico e as possibilidades de uma avaliação diagnóstica ampliada.

O mapeamento do “perfil da População” atendida pela Psicologia no ambulatório do HMIPV é realizado aqui, partindo de uma seleção intencional dos usuários atendidos, relativa ao ingresso de pacientes novos nos meses de abril, maio e junho de 2012.

A disponibilidade de agenda para primeira consulta neste período, era de 2 horários por semana para crianças de 0 a 12 anos. Entretanto ocorreram situações, onde uma adolescente de 13 anos foi agendada em maio e vários agendamentos foram feitos em horário de retorno, ou seja fora da agenda de primeira consulta: 1 em abril; 3 em maio e 3 em junho. Dessa forma, no mês de abril foram agendadas 09 crianças; em maio 12 crianças e 01 adolescente; em junho 11 crianças, incluindo 1 criança de 6 anos da agenda específica para o SRTN. Nesta amostra, desconsideramos a adolescente de 13 anos e a criança de 6 anos com hipotireoidismo congênito.

A área da psicologia, ao receber para atendimento uma criança, iniciava já certa investigação através do prontuário, tentando agregar informações e costurar uma linha de conduta clínica para cada caso recebido. Isso porque, o ingresso de casos novos não era feito através de discussão de caso, apesar de serem todos encaminhamentos internos do HMIPV. A tentativa de entender a demanda feita por um colega de trabalho, ou seja, por um profissional da área médica do mesmo Ambulatório, somente com os dados descritos em prontuário, mostrou-se muitas vezes ser insuficiente para deflagrar o motivo clínico. O que exatamente determinou uma indicação clínica, naquele momento, para aquela criança? O que exatamente apareceu como sinal ou indicativo de necessidade de intervenção clínica na área da psicologia e em que momento?

Era preciso separar o que vinha da demanda médica e o que era explicitado na queixa da criança, sempre entendendo que o porta-voz da queixa clínica na área da infância não é a própria criança, mas seus cuidadores ou responsáveis.

Portanto, para explicitar melhor o que queremos dizer, é preciso destacar que a demanda médica está ancorada em uma série de sinais clínicos próprios do desenvolvimento da criança. Está baseada, então, em observações clínicas e indicadores evolutivos que, durante a intervenção ou tratamento médico, passam a produzir *para o médico*, uma questão relativa ao funcionamento ou estrutura emocional (psicológica?) da criança.

Totalmente diferente é a demanda médica que traduziu ou interpretou, desde o discurso materno, sinais de alteração ou dificuldades na área do desenvolvimento emocional/psicológico. Além disso, faz-se importante ressaltar que na área da infância ainda temos outros porta-vozes, por ex. as instituições de cuidado e educação (escolas ou creches), as quais também produzem discursos sobre o funcionamento da criança.

Mais adiante, neste capítulo, voltaremos sobre os diferentes discursos que incidem sobre a criança. Agora vamos retomar parte da revisão de literatura feita durante o desenvolvimento da pesquisa e que indicava o perfil da clientela de clínicas psicológicas no Brasil.

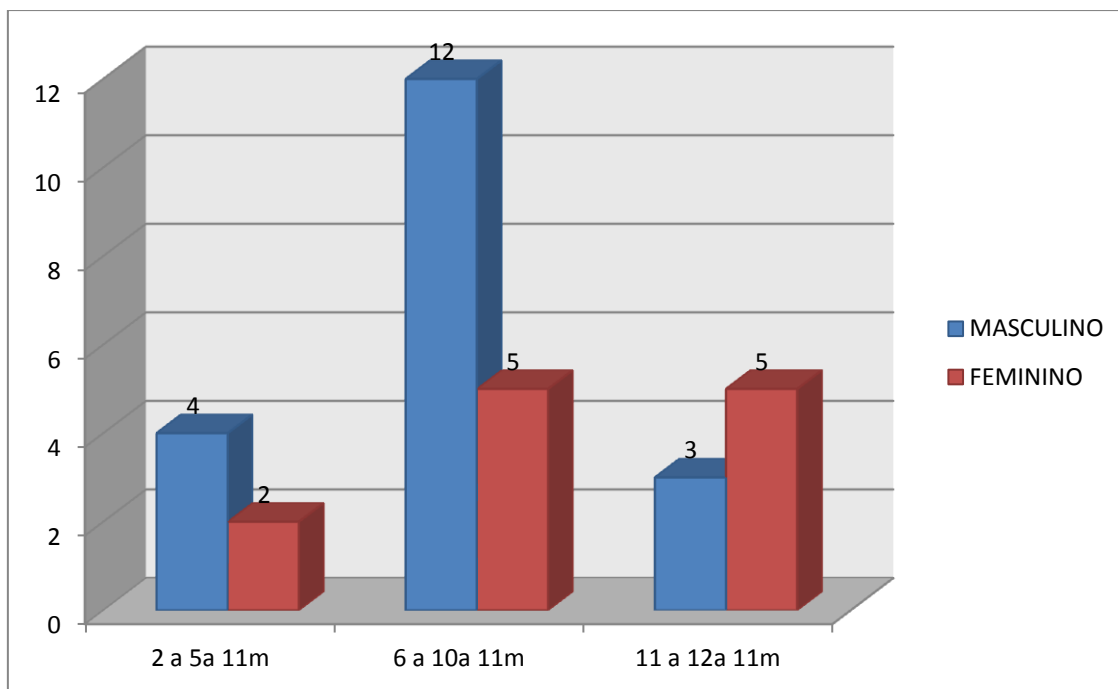
Campezzato & Nunes, (2007) apresentaram resultados de um levantamento realizado em dez clínicas-escola de Psicologia na Região Metropolitana de Porto Alegre em 2004, demonstrando que crianças, do sexo masculino, encaminhadas por escolas devido a dificuldades de aprendizagem ou comportamento constituíram o perfil típico da clientela que busca atendimento.

Para Romaro & Capitão (2003), no Brasil, a faixa etária de zero a 12-14 anos constitui o segmento mais numeroso da clientela que busca atendimento em clínicas-escola de Psicologia.

Nossos dados demonstraram ser também essa a realidade das crianças que iniciaram tratamento psicológico na amostra analisada. Considerando que as crianças atendidas estavam na faixa etária mencionada acima, podemos ressaltar conforme demonstrado no gráfico abaixo, que na faixa etária de 6 a 10 anos e 11 meses os meninos predominam em relação às meninas na ordem de 70% (5 meninas para 12 meninos, num total de 17 crianças). Também ressaltamos que na faixa etária seguinte de 11 a 12a e 11 meses há uma inversão e o número de meninas é maior na ordem de 62,5% (5 meninas para 3 meninos, num total de 08 crianças).

Nos prontuários estudados, o número total de meninos foi 19 (61,24% do total) e de meninas foi 12 (38,76% do total).

Gráfico 5



Fonte: dados da pesquisa

Este gráfico comparativo demonstra que a concentração dos encaminhamentos se dá na idade escolar, no período de escolarização inicial: do 1º ao 5º ano, (que no processo de seriação corresponderiam ao jardim nível B até a 4ª série). Consideramos importante ponderar que, muitas destas crianças estão ainda em processo de adaptação à escola e às demandas de organização, rendimento e produtividade que dela advém.

As crianças pertencentes ao grupo que analisamos vêm de famílias com histórias de vida onde a negligência, a violência e o desamparo se repetem em cada geração, em cada infância, e produzem o sentimento que Castel (2003) designa como “desintegração do conjunto da sociedade”. Segundo este autor, ao trabalhar o “conceito de desfiliação” (Castel, 2003), o tecido social, com suas leis e direitos, não substitui a rede de proteção próxima, que tem na comunidade e nos laços de pertencimento seu maior valor para o sujeito em desenvolvimento.

“A desfiliação, como a entendo, é uma ruptura em relação às redes de integração primária; um primeiro desatrelamento com respeito às regulações dadas a partir do encaixe na família, na linhagem, no sistema de interdependências fundadas sobre o pertencimento comunitário. Há risco de desfiliação quando o conjunto das relações de proximidade que um indivíduo mantém a partir da sua inscrição territorial, que é também sua inscrição familiar e social, é insuficiente para reproduzir sua existência e para assegurar sua proteção”(p. 51).

Nesta faixa etária dos 6 aos 10 anos e 11 meses, o número de encaminhamentos corresponde a 3 vezes o número de crianças na idade pré-escolar e 2 vezes a faixa etária seguinte (da pré-adolescência). Por que a predominância seria masculina? O impacto da escolarização seria maior para as crianças do sexo masculino? Seria o projeto educacional pouco inclusivo para os meninos? As famílias seriam menos continentais para os meninos? E os meninos menos capazes de corresponder as exigências de adequação a aspectos como comportamento, atenção e rendimento escolar?

Como nós, os profissionais da saúde especializados em infância e trabalhadores da saúde pública, estamos entendendo o nosso papel diante das possíveis interfaces entre saúde, educação e como percebemos o lugar que as crianças vêm ocupando nos diferentes discursos técnicos? Nossa prática vem corroborando com os discursos vigentes que tomam os problemas das crianças em fase escolar como sintomas individuais e não como indicadores de um contexto social problemático?

Quantos discursos são necessários para compreender o mal-estar das crianças, ou de uma criança? Quando uma mãe pede remédio para acalmar a sua criança: o que ela está nos dizendo? Uma escola que pede remédio para seus alunos: o que isso diz do seu projeto pedagógico? Um serviço de saúde que faz o diagnóstico, que estabelece um tratamento medicamentoso e psicológico e, mesmo assim, não “resolve” o problema das crianças (que continuam sendo percebidas como o problema): o que mais é necessário? Um trabalho multiprofissional, com diferentes pareceres e diagnósticos, com planos terapêuticos em diferentes áreas profissionais: e a criança ainda assim nos escapa.

Essas questões, produzidas a partir da leitura dos elementos emergentes da análise dos prontuários das crianças atendidas, nos fazem pensar que, talvez, justamente todo esse trabalho passa a prescindir da criança viva, do sujeito criança que precisa do seu devir, da sua liberdade.

Todos esses discursos buscam apaziguar as crianças, seja com rótulos, com definições, com comparações, com critérios ou escalas: mas como uma criança pode continuar a sê-lo, sem a possibilidade do devir?

E se pensarmos ainda e, sobretudo, que as crianças são sensíveis a tudo que se diz a respeito delas? Então veríamos também uma criança aflita, padecendo diante da formulação de diferentes discursos que, no intuito de curá-la ou tratá-la, produzem mais inadequação, mais incerteza, mais angústia para ela e para sua desautorizada família ou comunidade de pertencimento.

Precisamos considerar, como aponta Couto & Delgado (2010), que além da saúde, outros setores das políticas públicas também se constituem “por campos discursivos e práticas específicas, com mandatos próprios que os legitimam na partilha pública” (p. 276)

De forma muito geral, pode-se dizer que se o mandato da saúde mental é clínico, o da justiça é a tutela, o da assistência social é a proteção, o da educação é a formação, e assim para muitos outros. Cada um destes campos é constituído por teorias, conceitos, diretrizes, protocolos e códigos de comunicação próprios que intervêm no diálogo intersetorial, constituindo-se, muitas vezes, como barreiras à parceria.”

Os resultados proporcionais que encontramos para os diagnósticos, da forma como aparecem descritos nos prontuários pelas áreas médicas envolvidas (neurologia e psiquiatria), são os seguintes:

- 1) Para a área da Neurologia: o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) foi diagnosticado em 10 meninos e 01 menina, sendo 08 meninos na faixa etária de 6 a 10 anos e 11 meses; transtorno neurológico (convulsão/epilepsia) apareceu em 08 crianças e F70 ou ADNPM em 07 crianças.

É importante ressaltar que as hipóteses diagnósticas descritas nos prontuários pela Neurologia para TDAH apareciam associadas aos outros diagnósticos como comorbidades (por ex. dificuldade de aprendizagem, quadros convulsivos, atraso do desenvolvimento neuropsicomotor - ADNPM).

- 2) Para a área da Psiquiatria, que tinha 09 crianças em tratamento, os diagnósticos aparecem como: 03 crianças com hipótese diagnóstica de psicose; 03 crianças com transtorno afetivo bipolar; 01 depressão, 01 transtorno opositivo e 01 autismo.

As comorbidades para os transtornos psiquiátricos levantados incluíram TDAH e quadros convulsivos, em três casos.

Segundo Lauridsen-Ribeiro & Tanaka (2010), o principal objetivo da classificação diagnóstica no campo da saúde da criança, além da comunicação entre os profissionais e construção de indicadores, é a melhoria da qualidade de vida da criança. Dessa forma, as hipóteses diagnósticas deveriam ser vistas como um guia para intervenções e para a formulação de planos terapêuticos, não devendo transformar-se em um rótulo. Como hipóteses também para alicerçar o trabalho, precisam ser revistas periodicamente (Lauridsen-Ribeiro & Tanaka, 2010).

Outro dado a ser destacado no levantamento realizado é o que definimos como questões sociais. Encontramos definições quanto a situações de vulnerabilidade social (incluindo violência doméstica, suspeita de abuso sexual, exposição a substâncias psicoativas e abandono) em 17 prontuários, representando 54,83% das crianças em atendimento.

Destacamos que, para uma avaliação diagnóstica ampliada, faz-se necessário a avaliação das vulnerabilidades e dos fatores de resiliência, do contexto social e familiar da criança (Figueiredo, 2012).

Para Lauridsen-Ribeiro & Tanaka (2010), o Plano Terapêutico Singular (PTS) está ancorado especialmente numa análise dos aspectos positivos e potencialidades dos sujeitos, por este motivo a avaliação diagnóstica ampliada passa a ser determinante, bem como o reconhecimento dos suportes de proteção próximos à criança (recursos comunitários, familiares e sociais).

Perguntamos-nos, como o planejamento das intervenções e tratamentos no Ambulatório de Especialidades poderá vir a incidir sobre um sujeito singular (uma criança e sua família) e não sobre uma doença, ou “a doença”.

No campo da saúde mental, a concepção de clínica ampliada só pode vir a revelar-se, a partir dos conceitos de subjetividade e singularidade.

Para isso, visando construir abordagens da clínica ampliada, precisamos discutir as diferenças entre o diagnóstico biomédico e a avaliação diagnóstica ampliada.

Citamos um trecho do artigo de Couto & Delgado (2010):

O campo discursivo e de prática da saúde mental se legitima a partir da clínica e, mais propriamente, a partir de uma certa concepção de clínica em cujo escopo nenhum sujeito pode ser reduzido a seu transtorno, onde a prática do cuidado não se reduz à exclusão, mas visa a ampliação dos laços sociais, e em cujo ato está incluído o que é próprio, e singular, ao sujeito em sofrimento: sua história, seus dizeres, sua episteme particular, seus arranjos subjetivos, suas montagens sintomáticas e vias de superação, seu território e cotidiano, e as dificuldades concretas acarretadas por sua peculiar condição na existência. (Couto & Delgado, 2010 p. 275)

O cuidado integral à infância, considerando o volume de encaminhamentos que chegam ao Ambulatório de Especialidades e os motivos que analisamos neste estudo, tem um forte matiz da saúde mental, na medida em que para a população estudada as questões familiares, escolares e sociais são preponderantes.

Paula, Miranda & Bordin (2010) analisaram estudos epidemiológicos brasileiros no período de 2001 a 2009 e encontraram taxas de prevalência variando de 12,0 a 24,6%. Com base nestes estudos, as autoras apresentaram três grupos de fatores de risco para a saúde mental de crianças e adolescentes: condições sócio-econômicas desfavoráveis; características do ambiente doméstico; e dificuldades no ambiente escolar. Para o primeiro grupo destacaram a combinação de baixa renda, desemprego, baixa escolaridade, más condições de moradia e acesso limitado à saúde e educação como os elementos associados a problemas emocionais e comportamentais na infância e adolescência. Para o segundo grupo, as condições ambientais adversas e hostis, incluindo violência doméstica, maus-tratos, discórdia intrafamiliar, luto, problemas de saúde mental maternos e ausência dos pais no domicílio apareceram como importantes fatores de risco para a saúde mental de crianças e adolescentes. No terceiro grupo foram destacados os atrasos ou dificuldades escolares, repetência e evasão escolar como associados aos fatores de risco para a saúde mental.

As autoras destacaram a importância de pesquisas para os fatores de proteção, levando em conta características individuais para resiliência e/ou para pior prognóstico, indicando que a exposição à violência doméstica seria o fator de maior impacto na saúde mental de crianças e adolescentes, logo mereceria grande investimento público em programas de tratamento e de prevenção para as populações afetadas.

3. ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO: O FLUXO DO CUIDADO

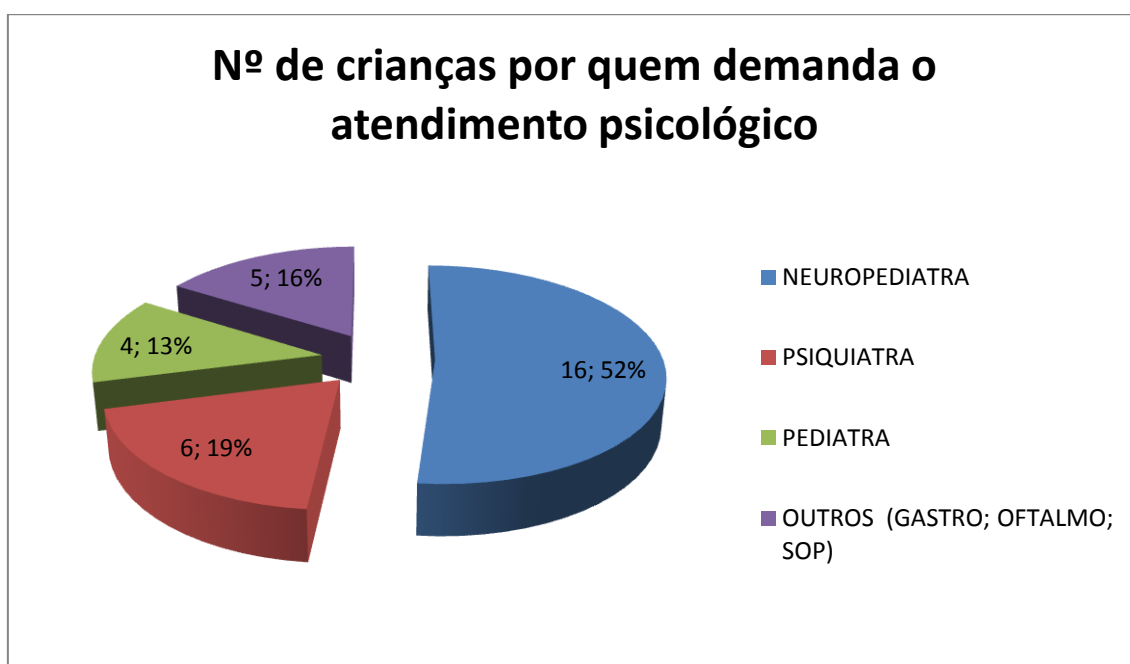
Neste terceiro capítulo, nos propomos a descrever o fluxo do cuidado nas diferentes áreas e analisar a atenção oferecida considerando a integralidade do cuidado. Destacamos o conceito de linha de cuidado para refletir sobre as equipes especializadas em infância e a importância de três aspectos que estão intrinsecamente relacionados: 1) o trabalho multiprofissional pode se tornar interdisciplinar? 2) o plano terapêutico singular pode ser compartilhado entre as diferentes áreas e especialidades através de discussões de caso? 3) É possível se construir um trabalho em equipe e que opere em rede (rede na saúde e rede intersetorial)?

A primeira questão destaca o aspecto da divisão técnica do trabalho médico em especialidades e subespecialidades, com a consequente fragmentação dos objetos de cada área. A segunda questão apresenta a fragmentação também dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos, gerando a perda da qualidade na assistência. A terceira questão indaga o trabalho em equipe, como diferente da mera justaposição de profissionais no mesmo espaço físico ou do reconhecimento de cada um sobre a natureza interdependente das suas atividades. Os dispositivos de troca, interação e comunicação permanente e em rede aferem um trabalho em equipe, o que não pode depender de iniciativas espontâneas ou isoladas, mas devem estar na diretriz de gestão do trabalho.

Destacamos neste capítulo, os seguintes resultados: as crianças foram encaminhadas em sua maioria pela área médica, excetuando 3 indicações da internação pediátrica (duas da área da Psicologia e 1 do Serviço Social). A Neurologia Pediátrica foi a especialidade médica que mais demandou atendimento, com solicitações para avaliação psicológica e psicoterapia.

Destaque para a neurologia: 16 crianças foram encaminhados para avaliação psicológica pelo neuropediatra, como demonstra o gráfico abaixo:

Gráfico 6



Fonte: dados da pesquisa

No Ambulatório de Especialidades, os processos de trabalho multiprofissional aparecem fragmentados. Não se depreende uma linha de cuidado para os casos atendidos, na medida em que não aparece um fluxo organizado, nem para os acolhimentos, nem para os encaminhamentos posteriores e devoluções para os profissionais que requisitaram o atendimento, conforme já vimos nos capítulos anteriores.

Além disso, podemos afirmar que as descrições em prontuários não são suficientes para a compreensão das situações que chegam. Assim, conforme vimos no capítulo dois, os diagnósticos e os planos terapêuticos são construídos por cada núcleo profissional, ou por cada profissional isoladamente, sem a discussão multiprofissional necessária. Estamos destacando, portanto, que cada profissional faz o seu registro em prontuário, o seu diagnóstico, dentro da sua área específica, sem discutir as situações acolhidas. Isso irá se refletir sobre a produção do PTS, na medida em que não acontece um compartilhamento deste: cada profissional elabora o seu plano terapêutico, do ponto de vista do seu núcleo, ou seja, cada profissional constrói seu plano terapêutico por área ou núcleo, sendo que os prontuários não se prestam a integrar as áreas ou núcleos, pelo contrário, muitas vezes a linguagem de cada área ou a descrição feita por um profissional não produz o borramento de fronteiras ou uma compreensão integral suficiente para efetivar uma linha de cuidado.

Essa situação pode ser exemplificada pelos elementos abaixo:

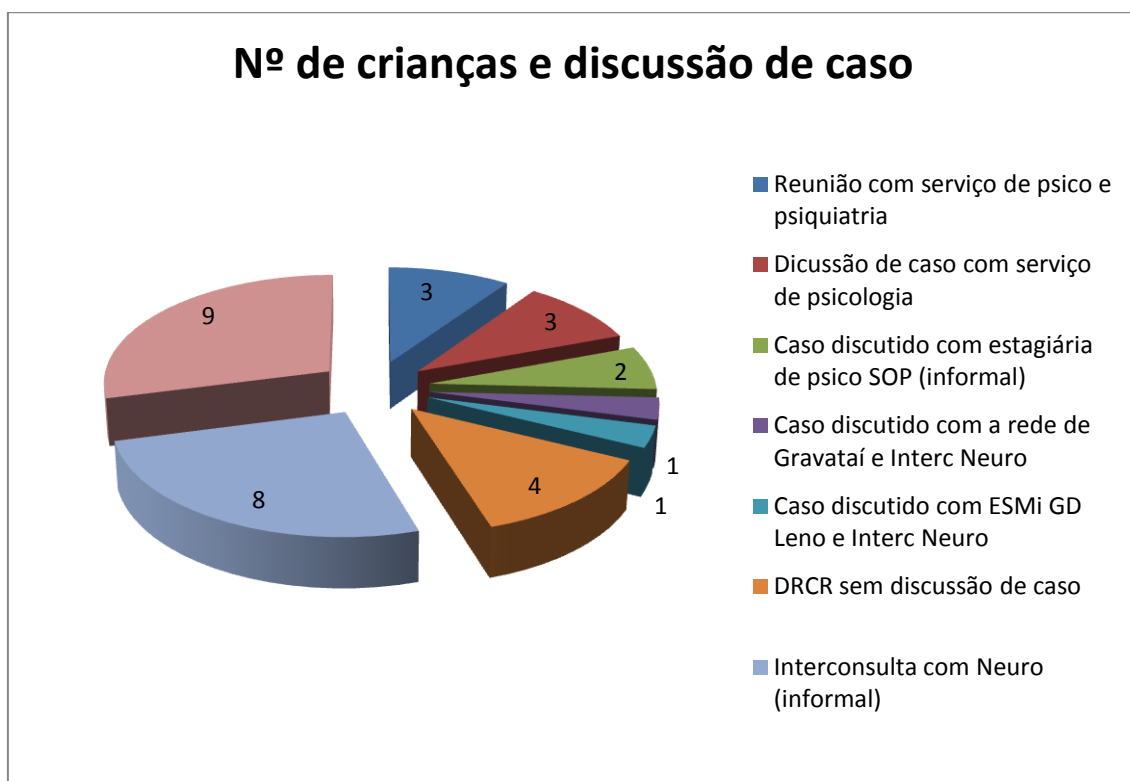
Em relação ao número total das crianças atendidas, como discutimos no primeiro capítulo, os casos chegavam ao Neurologista via CMCE por solicitação de um Pediatra ou Médico da Família e Comunidade de uma Unidade de Saúde (UBS/ESF) de municípios do interior do estado, da Região Metropolitana (RM) ou de POA. Observamos na origem dos encaminhamentos, que um número significativo expressava uma demanda escolar (por ex: por solicitação da Escola via NASCA, ou via Pediatra). Portanto, pensamos em refletir sobre a origem destes encaminhamentos e como podem ser respondidos. A nossa questão é: como estabelecer um fluxo de retorno? Quais as vias possíveis para refazer o percurso da criança de volta a sua comunidade (seja outro município, ou POA)?

Nesta dimensão, considerando que demonstramos através do nosso levantamento a significativa e importante aproximação dos núcleos da psicologia e da neuropsiquiatria, no campo da saúde integral da criança, principalmente em idade da escolarização inicial, passamos a refletir neste terceiro capítulo sobre os impasses de construção do trabalho em equipe, buscando identificar através dos prontuários, algum registro que mencionasse a discussão de caso, ou interconsulta, ou apoio matricial, contatos com a rede de saúde externa.

O levantamento nos prontuários indicava que apenas 06 casos tinham sido apresentados para discussão em equipe interna do hospital. Destes, 03 ocorreram entre as áreas da psicologia e da psiquiatria, enquanto os outros 03 foram discussões feitas no núcleo da psicologia. Em 04 prontuários estava mencionado encaminhamento externo por documento formal e em 02 estava descrito encaminhamento externo com documento formal e através de contato externo para agendamento. Os demais casos (19) não apresentavam nenhuma descrição de interconsulta ou de discussão de caso.

Considerando a importância da análise deste dado para a configuração de uma proposta de trabalho interdisciplinar, destacamos que a participação da pesquisadora no campo de pesquisa demonstrou que havia disponibilidade para *discussões informais*, inferindo, como dado, que em 10 casos houve interconsulta com o neuropsiquiatra e em 02 casos houve discussão informal com a área da psicologia.

Gráfico 7



Fonte: dados da pesquisa

O desafio é resgatar a integralidade, promovendo a rearticulação do trabalho parcelado, ao tempo em que se promove a humanização do cuidado.

4. RMIS: UM PROJETO EM FORMAÇÃO E DE FORMAÇÃO ANÁLISES CONCLUSIVAS

Diversos trabalhos apontam para as discrepâncias entre a formação acadêmica do profissional da psicologia e as necessidades do trabalho no contexto da saúde coletiva (Castro & Bornholdt, 2004; Lima 2005; Cunha & Beneti, 2009; Mantovani et al, 2010; Delfini & Reis, 2012). As teorias que sustentam as práticas são, muitas vezes, incompatíveis com a demanda e a realidade social, promovendo uma concepção de sujeito desvinculada do seu contexto sociopolítico e cultural.

A Psicologia tem somente 50 anos de regulamentação no Brasil e completou 32 anos de existência dentro do HMIPV.

Pode-se afirmar que esta profissão participou ativamente da construção do SUS no final dos anos 80 e que desempenhou papel preponderante nos movimentos sociais da chamada luta anti-manicômios, os quais culminaram na extensa, ampla e propositiva Reforma Psiquiátrica no Brasil e no RS.

Se a Reforma Psiquiátrica, junto à Reforma Sanitária, significou um novo arranjo e uma nova ética de trabalho dentro da Saúde Pública, o campo da Saúde Mental (SM) é o seu corolário, é o seu produto, o seu resultado; surge como uma resposta coletiva e criativa às demandas de isolamento, segregação e institucionalização do “doente mental”.

A SM é a construção coletiva e multiprofissional de um desenho, de uma modelagem que busca novas respostas para o tratamento e para a abordagem da “doença mental”. Essas novas respostas demarcam já de início uma diferença de paradigma: a “doença mental” dá lugar à “saúde mental”, o “tratamento” dá lugar à “atenção-cuidado-escuta-vínculo” e a “internação” dá lugar à “inserção social-reabilitação psicossocial”. Assim, os manicômios dão lugar aos serviços *de* saúde e *para* a saúde, chamados de *serviços substitutivos*.

À medida que esse campo vai se estruturando, dele advém uma rede própria, territorializada e hierarquizada, respeitando os princípios do SUS. Essa rede demanda organização, configuração, desenho, modelo assistencial. Para isso, as diretrizes e

recomendações das Conferências de Saúde, na especificidade da SM passam a ser estratégicas.

A Primeira Conferência de Saúde Mental acontece em 1992, a segunda em 1996 e, em 2001, acontece a 3ª Conferência Nacional de SM. Esta é decisiva para a formatação dessa nova rede.

A 3ª Conferência Nacional de SM foi estruturada a partir de seis eixos de trabalho (reordenação do modelo assistencial, recursos humanos, financiamento, acessibilidade, direito e cidadania e controle social), onde aparece a necessidade de qualificar a atenção em SM com uma rede que envolve ações desde a atenção básica até atenção hospitalar (o lugar do hospital geral na rede), especificando a atenção às crianças e adolescentes, aos usuários de álcool e outras drogas, a intersetorialidade, a assistência farmacêutica, centros de convivência, oficinas terapêuticas e de geração de renda, serviço residencial terapêutico e hospital-dia.

Portanto, é nesta Conferência que irá aparecer a necessidade de explicitar as diferentes áreas de atuação da saúde mental, organizando a rede de serviços substitutivos a partir de necessidades da população: geração de renda; álcool e drogas; infância e adolescência.

A partir de 2002, com a portaria 336/2002 (BRASIL, 2002), define-se a composição dos CAPS como dispositivos territoriais de cuidado, com dimensionamento conforme a população e com especificidades de atendimento que incluem abordagens para álcool e outras drogas (CAPS ad), modalidades de atendimento para infância e adolescência (CAPS i), atendimento para adultos (CAPS I e CAPS II) e atenção 24 horas (CAPS III).

Para esta pesquisa, o destaque fica para a "saúde mental infanto-juvenil" (SMIJ), passando a ser importante contextualizar, historicizar e situar a saúde mental infanto-juvenil no campo da SM.

A partir de que momento se desenha esta especificidade e **qual campo conceitual** vem lhe dar suporte?

Se a fragmentação caracteriza a gestão dos sistemas e serviços e se a biomedicalização caracteriza a formação dos profissionais: qual “desenho” é necessário traçar ou qual “modelagem” configurar para SMIJ?

Em 2003 é criado o Fórum Nacional de SMIJ e em 2005 o MS publica “Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil”, implementando diretrizes para esse campo de atuação e buscando a atenção e a assistência integral.

Entre as principais atribuições do Fórum Nacional sobre Saúde Mental Infanto-Juvenil são: funcionar como espaço de articulação intersetorial e discussão permanente sobre as políticas para esta área, estabelecendo diretrizes políticas nacionais para o ordenamento do conjunto de práticas que envolvam o campo da Atenção à Saúde Mental Infanto-Juvenil (Brasil, 2005)

Hoje, um dos maiores desafios para a área de Saúde Mental, sem dúvida, é a construção de uma política voltada para a população de crianças e adolescentes que considere suas peculiaridades e necessidades e que siga os princípios estabelecidos pelo SUS (Brasil, 2005, p. 27).

Quais seriam estas peculiaridades? Como definir diretrizes para essa especificidade e propor um modelo de atenção que articule os saberes e as práticas multidisciplinares, também de uma forma intersetorial, proporcionando maior qualidade e resolutividade para as ações de cuidado e proteção?

O texto “Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil” do Ministério da Saúde (BRASIL, 2005) destaca que sem esta articulação e sem a co-responsabilização, a partir de uma rede ampliada, estaremos superpondo ou contrapondo ações e dispersando esforços.

No campo específico da Atenção à Saúde Mental, as diversas instituições implicadas com esses grupos, não raro, desenvolvem iniciativas que se superpõem ou se contrapõem, dispersando esforços, apontando assim para a necessidade de constituição de uma rede ampliada de atenção em saúde mental para a criança e o adolescente, sendo fundamental que essa rede seja pautada na intersetorialidade e na co-responsabilidade. (BRASIL, 2005)

Neste quarto capítulo, trabalhamos na perspectiva aportar elementos que contribuam para a construção de um processo de formação em uma Residência, com ênfase no cuidado em saúde mental infantil, pautado no trabalho interdisciplinar.

No Projeto de Residência Multiprofissional em Saúde Materno-Infantil do HMIPV articulam-se três dimensões: a dimensão do cuidado e das práticas; a dimensão de gestão, processo de trabalho e avaliação de serviços e programas; e a dimensão de pesquisa em saúde.

Destacamos o item 4 do parágrafo 2º, do artigo 5º, da Resolução nº 2 de 13 de abril de 2012 (DOU, nº. 73 de 16 de abril de 2012):

§2º O PP de um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde é orientado pelo desenvolvimento de prática multiprofissional e interdisciplinar em determinado campo de conhecimento, integrando os núcleos de saberes e práticas de diferentes profissões, devendo, para isto, considerar que:

IV. O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde será orientado por estratégias pedagógicas capazes de utilizar e promover cenários de aprendizagem configurados em itinerário de linhas de cuidado nas redes de atenção à saúde, adotando metodologias e dispositivos da gestão da clínica ampliada, de modo a garantir a formação fundamentada na atenção integral, multiprofissional e interdisciplinar.

No Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde com ênfase na área da Infância, no HMIPV, os percursos de atividades passam pelas diferentes áreas assistenciais de média e alta complexidade no âmbito hospitalar tais como: Emergência pediátrica, Internação pediátrica, UTI Pediátrica, UTI Neonatal, UTI Pediátrica do Trauma, bem como a área ambulatorial com programas específicos e de referência no atendimento à criança como o CRAI – Centro de Referência no Atendimento Infanto-juvenil, Centro de Referência em Imunológicos Especiais (CRIE) e Ambulatório de Especialidades.

Nosso estudo tematizou a organização multidisciplinar do Ambulatório de Especialidades e, com base nos resultados, podemos inferir que uma ênfase ou área de concentração em saúde mental infantil é fundamental para construir um campo interdisciplinar.

Perguntamo-nos como efetivar um processo de ensino em serviço, na perspectiva de uma Residência Multiprofissional, a partir dos pontos levantados. Como a estrutura do HMIPV facilita ou dificulta a inserção do residente? Qual o ambiente para a formação multiprofissional pós-graduada, em serviço?

Nos capítulos anteriores demonstramos que a maior potencialidade do HMIPV para ser campo de residência multiprofissional está na composição das diferentes áreas técnicas e no ambiente já constituído e reconhecido de ensino, considerando os campos para estágios curriculares e o campo das residências médicas. Entretanto, a maior fragilidade é a fragmentação das ações e a pouca articulação entre as áreas, no que concerne à assistência ambulatorial. Descrevemos as condições da atenção oferecida às crianças e reconhecemos a necessidade de produzir maior proximidade entre os núcleos de saber (áreas do conhecimento) e construir maior compartilhamento de saberes e de ações estabelecendo campos de atuação comuns. Isso significa vislumbrar um campo que possa agregar conhecimentos, ao mesmo tempo específicos e complementares. Encontramos na forma de operar da saúde mental infantil e nos constructos teóricos que a embasam, uma potencia para concentrar áreas como: serviço social, enfermagem e psicologia, além de outras áreas como fonoaudiologia, terapia ocupacional, fisioterapia e nutrição.

De acordo com SCHERER & PIRES (2009), as práticas interdisciplinares seriam resultado de uma mudança de paradigma, na medida em que afetaria a estrutura da equipe, não restringindo a centralidade do cuidado no trabalho médico e tornando a equipe mais integrada. Para as autoras, isso teria consequências sociais, influenciando na escolha de prioridades e na maneira de agir, destacando que uma prática multiprofissional só pode ser decorrente de uma interdisciplinaridade se houver integração no plano das ações e se houver a interação contínua dos profissionais.

Se o enfoque interdisciplinar for incorporado na formulação de políticas públicas e na organização de serviços de saúde, pode contribuir para mudar a formação, desde a graduação. Uma política que privilegia integração multidisciplinar e multiprofissional representa uma reconfiguração de poderes (SCHERER & PIRES, 2009).

Concluimos citando Figueiredo (2012):

O trabalho interdisciplinar requer: espaços coletivos regulares (reunião de equipe e outros); poder de decisão (co-gestão) para organizar o processo de trabalho; análise e intervenção sobre os problemas cotidianos; discussão de casos e de outros temas de interesse e necessidade; construção de grupalidade; abertura para lidar com as divergências e os conflitos. (p.286)

5. REFERENCIAS

- ASSIS, S, G.; AVANCI, J. Q.; PIRES, T. O. & OLIVEIRA, R.V.C. Necessidades e Utilização de Serviços de Saúde Mental Infantil. In: LAURIDSEN-RIBEIRO, E. & TANAKA O. Y.(Org). **Atenção em Saúde Mental para crianças e adolescentes no SUS: contribuições para uma prática responsável**. SP: Editora Hucitec, 2010.
- BARDIN, L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70, 1991.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção hospitalar – Série B. Textos Básicos de Saúde (Cadernos HumanizaSUS ; v. 3). Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 268 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Legislações: Portaria n.º 336/GM em 19 de fevereiro de 2002.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Sistema Único de Saúde – Brasília: CONASS, 2011. 291 p.
- BRASIL. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Resolução nº 2 de 13 de abril de 2012. DOU, nº. 73 de 16 de abril de 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005. 76 p.
- CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, 2000.
- CAMPEZZATO, P. V. M. & NUNES, M. L. T. Atendimento em clínicas-escola de psicologia da região metropolitana de Porto Alegre. *Estudos de Psicologia*, Campinas, 24(3), 363-374, 2007.
- CASTEL, R. As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário; tradução de Iraci Poletti. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.
- CASTRO, E. K.; BORNHOLDT, E. Psicologia da Saúde x Psicologia Hospitalar: definições e possibilidades de inserção profissional. *Psicologia ciência e profissão*, Brasília, v. 24, n. 3, set. 2004.
- CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura C. M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 14(1):41- 65, 2004.
- COUTO, M. C. V. & DELGADO, P. G. G. Intersetorialidade: uma exigência da clínica com crianças na Atenção Psicossocial. In: LAURIDSEN-RIBEIRO, E. & TANAKA O. Y.(Org). **Atenção em Saúde Mental para crianças e adolescentes no SUS: contribuições para uma prática responsável**. SP: Editora Hucitec, 2010.
- CUNHA, T. R. S. & BENETI, S. P. C. Caracterização da clientela infantil numa clínica-escola de Psicologia. *Boletim de Psicologia*, LIX (130), p. 117-127. 2009.
- DELFINI, P. S. S.; REIS, O. A. R. Articulação entre serviços públicos de saúde nos cuidados voltados à saúde mental infanto-juvenil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 28 (2), p. 357-366, fev. 2012.

- FIGUEIREDO, M. D. A construção de práticas ampliadas e compartilhadas em saúde: Apoio Paidéia e formação. Tese de Doutorado. Universidade de Campinas, 2012.
- LAURIDSEN-RIBEIRO, E. & TANAKA O. Y. Organização de Serviços no Sistema Único de Saúde para o Cuidado de Crianças e Adolescentes com Problemas de Saúde Mental. In: LAURIDSEN-RIBEIRO, E. & TANAKA O. Y.(Org). **Atenção em Saúde Mental para crianças e adolescentes no SUS: contribuições para uma prática responsável**. SP: Editora Hucitec, 2010.
- LIMA, M. Atuação psicológica coletiva: uma trajetória profissional em unidade básica de saúde. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 10, n. 3, p. 431-440, set./dez. 2005.
- MANTOVANI, et al. Abandono do atendimento em uma clínica-escola de psicologia infantil: variáveis associadas. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 15, n. 3, p. 527-535, jul./set. 2010.
- MELLO, M. F.; MELLO, A. A. & KOHN, R. (org). Epidemiologia da Saúde Mental no Brasil. Porto Alegre, Artmed, 2007.
- OMS. **The world health report: improving performance**. Geneva: World Health Organization, 2000.
- PAULA, C. S.; MIRANDA, C. T. & BORDIN, I. A.S. Saúde Mental na Infância e Adolescência: Revisão dos Estudos Epidemiológicos Brasileiros. In: LAURIDSEN-RIBEIRO, E. & TANAKA O. Y.(Org). **Atenção em Saúde Mental para crianças e adolescentes no SUS: contribuições para uma prática responsável**. SP: Editora Hucitec, 2010.
- RODRIGUES, M. B. C. Planejamento: em busca de caminhos. In: XAVIER, Maria Luisa; DALLA ZEN, Maria Isabel (Orgs.). **Planejamento em Destaque: análises menos convencionais**. 2. ed. Porto Alegre: Mediação, 2001. P. 59-65 e 72-73.
- ROMARO, R. A. & CAPITÃO, C. G. Caracterização da clientela da clínica-escola de psicologia da Universidade São Francisco. *Psicologia: Teoria e Prática*, 5(1):111-121, 2003.
- SCHERER, M. D. A. & PIRES, D. A interdisciplinaridade prescrita para o trabalho da equipe de saúde da família, na percepção dos profissionais de saúde. *Tempus – Actas de Saúde Coletiva*, vol. 3, n. 2, p. 30-42, abr./jun. 2009.
- VEIGA-NETO, A. Currículo e conflitos. (Texto impresso como material do curso, 2012.)

Apêndice 1: INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS DE PESQUISA

MESES DE ABRIL / MAIO / JUNHO DE 2012
AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADES/ HMIPV
PSICÓLOGA MARIA APARECIDA LOSS

- 1) acesso e acolhimento;
 - 2) escuta e vínculo;
 - 3) integralidade do cuidado;
 - 4) resolutividade;
 - 5) co-responsabilização no cuidado;
 - 6) visão ampliada da clínica;
 - 7) apoiointersetorial;
 - 8) abordagem interdisciplinar;
 - 9) projeto terapêutico singular;
 - 10) linha de cuidado.
- De onde chegam? Pertencem a uma rede local ou território (Porto Alegre ou outro município)?
 - Como chegam? Com quais diagnósticos ou com quais avaliações anteriores?
 - Quem demanda o atendimento/tratamento?
 - O que é demandado: avaliação ou tratamento/psicoterapia?
 - Há uma linha de cuidado interdisciplinar e/ou intersetorial para atendimento das situações encaminhadas? Como é efetivada?
 - Como acontece a discussão de casos? (profissionais envolvidos, sistemática desenvolvida, periodicidade)
 - Como se dá a elaboração dos Projetos Terapêuticos?
 - São acionados dispositivos para a efetivação do trabalho em equipe multidisciplinar na atenção às crianças? Quais?

DATA de INGRESSO	D. N./ IDADE	CIDADE/ REGIÃO	COMO CHEGOU/ MOTIVO	QUEM DEMANDA/ O QUE DEMANDA	TRATAMENTO ANTERIOR/ DIAGNÓSTICO	DIAGNÓSTICO ATUAL	LINHA DE CUIDADO INTERS/INTERD	PTS PTI	DISCUSSÃO DE CASO FREQUENCIA