

A ÓTICA DO ACOLHIMENTO MULTIPROFISSIONAL: PERCEPÇÕES SOBRE DEMANDAS EMERGENTES EM SAÚDE MENTAL DE ADOLESCENTES EM UM CAPSIA DO INTERIOR DO RIO GRANDE DO SUL

Marianne Louzada Machado
Carlos Stavizki Junior
Jaqueline Faber
Luiza Dias

RESUMO

Este trabalho constrói-se através da ótica multidisciplinar partida da vivência e percepções de residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde em parceria com acadêmica de Psicologia da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), realizada no Centro de Atenção Psicossocial da Infância e Adolescência (CAPSia), localizado no interior do Rio Grande do Sul. O interesse em discorrer sobre o tema, se dá pela demanda significativa de pacientes que buscam o serviço por ideação e tentativas prévias de suicídio. Compreende-se que os serviços públicos de saúde são espaços construídos através da ótica da integralidade e da continuidade do cuidado, organizados para prestarem atendimento a demanda espontânea e programada por meio de ações preventivas e assistenciais. Neste sentido, o CAPSia necessita de uma equipe multidisciplinar que acolha o sujeito desde sua chegada, construindo vínculos e um plano terapêutico singular, que leve em consideração as particularidades do usuário e de sua família. A atuação tanto da psicologia, bem como do serviço social e nutrição, apresenta pontos em comum no que tange o trabalho desenvolvido no serviço e em relação às práticas de acolhimento, oficinas e grupos, além de prestarem atendimento dentro de seus campos de saber e atuação. Quanto ao caráter metodológico, o mesmo foi delineado a partir de estudos exploratórios, descritivos e qualitativos, sendo construído com base na experiência multiprofissional da psicologia, nutrição e serviço social dentro do Centro de Atenção Psicossocial da Infância e Adolescência (CAPSia), localizado no interior do Rio Grande do Sul. Complementou-se a prática por meio de embasamento teórico de estudos e trabalhos científicos, sendo utilizadas publicações, retiradas de fontes específicas como: Lilacs, Scielo, e Pepsic. Buscou-se atentar à temática do acolhimento multiprofissional principalmente relacionada à pacientes com riscos suicidas, por ser uma das demandas emergentes do serviço que mais tem crescido ao longo deste ano, refletindo constantes reflexões e preocupações por parte dos profissionais acerca do assunto. Para mais, discute-se neste trabalho, a necessidade de atendimento multiprofissional a estes pacientes, refletindo sobre o acolhimento, as práticas profissionais e possíveis construções de cuidado dentro de um espaço de saúde mental que busca atender o usuário e sua família, compreendendo sua dinâmica, o contexto em que está inserido e suas necessidades.

Palavras-chave: Suicídio. Acolhimento multiprofissional. Saúde mental; Políticas Públicas em Saúde; Infância e Adolescência.

INTRODUÇÃO

O surgimento dos CAPS, cuja sigla significa “Centro de Atenção Psicossocial”, se deu em função de um forte movimento que se opôs as precárias situações dos hospitais psiquiátricos no tratamento de pessoas com transtornos mentais. Esse movimento visto como uma luta partiu dos trabalhadores de saúde mental que denunciavam tais situações dos hospitais psiquiátricos onde muitos pacientes passaram anos de confinamento. Esta situação desconsiderava tanto a singularidade dessas pessoas bem como o ato humanizado do cuidar. Foi a partir deste momento que tal movimento reconhecido como “Reforma Psiquiátrica” passou a repensar as práticas dos cuidados em saúde mental propondo uma nova concepção do “cuidar” respeitando a singularidade e cidadania dos pacientes que de tais serviços dependessem. É nesse contexto que vão se consolidando os serviços de saúde mental, que aos poucos auxiliaram na diminuição das internações, tendo como pano de fundo a mudança do modelo assistencial. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004a).

Quanto às características, os CAPS atuam como um serviço de saúde comunitário que tem como foco o atendimento a pessoas com sofrimento psíquico ou transtornos mentais graves e persistentes. Inclusive aquelas com tais necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, “cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida”. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004a, p. 13). Entende-se então, de acordo com tais características, que os CAPS têm por objetivo não somente realizar o acompanhamento clínico de seus usuários, mas também a reinserção social dos mesmos através de diferentes práticas que vão de encontro ao exercício dos direitos civis e que visem fortalecer os laços familiares e também comunitários de seus usuários. Além disso, é importante ressaltar que o serviço é constituído por uma equipe interdisciplinar, onde há cuidados médicos, psicológicos, de assistência social, além dos grupos de diversos formatos e modalidade e tem também como tarefa, conhecer e identificar as populações específicas que estão em condição de vulnerabilidade, devendo ser objeto de diferentes estratégias de cuidado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

De acordo ainda com o Ministério da Saúde (2004a, p.23),

as equipes técnicas devem atuar sempre de forma interdisciplinar, permitindo um enfoque ampliado dos problemas, recomendando-se a participação de médicos com experiência no atendimento infantil, psicólogos, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, assistentes sociais, para formar uma equipe mínima de trabalho. A experiência de trabalho com famílias também deve fazer parte da formação da equipe.

A partir de questionamentos sobre a prática interdisciplinar em saúde mental e as trocas com a equipe multidisciplinar do CAPSia, busca-se construir este estudo a fim de discutir sobre a crescente demanda de crianças e adolescentes que apresentam ideação suicida, realizaram tentativas prévias ou vem referenciados de um serviço hospitalar por tentativa naquele momento de sua história. Fatores sociais (rede de apoio disfuncional ou restrita) e culturais (contexto de uso de drogas, influências midiáticas com séries e jogo baleia azul) estimulam o aumento do número de casos. Devido a emergência da crise suicida e a complexidade em seu manejo, há necessidade somar-se os saberes, construindo linhas de cuidado que se adaptem a cada paciente. Os espaços de cuidado, sejam individuais ou em grupo, sempre contam com a contribuição da equipe, podendo haver discussão de casos em reuniões ou trocas entre os diferentes profissionais de referência do usuário. Enfatiza-se que atender a demanda de um paciente suicida, reflete em atender as demandas de seus cuidadores, pois estes encontram-se na maior parte das vezes fragilizados para exercer seu papel sozinhos. Por este motivo são ofertados espaços de escuta, como grupos de familiares, visitas domiciliares, encaminhamento destes familiares a outros serviços de saúde mental (CAPS II, CAPS AD), além do acompanhamento contínuo do paciente. Estas e outras estratégias só podem ser realizadas se forem compartilhadas entre os diversos saberes que se constroem e se constituem no serviço de saúde mental.

METODOLOGIA

Para compreensão do trabalho, o mesmo foi delineado a partir de estudos exploratórios, descritivos e qualitativos, sendo construído com base na experiência multiprofissional da psicologia, nutrição e serviço social dentro do Centro de Atenção Psicossocial da Infância e Adolescência (CAPSia), localizado no interior do Rio Grande do Sul. Complementou-se a prática por meio de embasamento teórico de estudos e trabalhos científicos, sendo utilizadas publicações, retiradas de fontes específicas como: Lilacs, Scielo e Pepsic. Buscou-se atentar à temática do acolhimento multiprofissional principalmente relacionada à pacientes com riscos suicidas, por ser uma das demandas emergentes do serviço que mais tem crescido ao longo deste ano, refletindo constantes reflexões e preocupações por parte dos profissionais acerca do assunto.

Conforme aponta Prieto (2017), já há certo tempo o suicídio está entre as principais causas de morte entre adolescentes de “15 a 29 anos” em todo o mundo, e se trata de um notório problema de saúde pública que envolve um extremo sofrimento psíquico. Este sofrimento, por sua vez, parece não ter fim em que se passa a vislumbrar a morte como única alternativa possível para cessá-lo.

Estão ligados ao suicídio alguns processos mentais, como: “vivências depressivas intensas, afetos de desespero, ódio, raiva e ansiedade, associados a uma autoimagem

desqualificada, em que o Eu dirige contra si sua agressividade” (PRIETO, 2017, s/n). Além disso, pode-se notar uma distorção em relação à percepção de si e do outro, devido a fortes emoções que podem impossibilitar um pedido por ajuda.

Considera-se ainda, o pensar sobre a adolescência como fase de constantes transformações e conflitos, em nem sempre a verbalização é vista como algo simples pelos adolescentes. Prieto ainda corrobora ao falar que,

o processo suicida ocorre muitas vezes silenciosamente sem revelar indicadores externos do que está se passando com o sujeito. Inicia-se com a contemplação de que seria melhor estar morto, depois podem surgir ideias e planos suicidas. Caso o sofrimento psíquico se intensifique e não sejam construídas outras saídas, a verbalização de ideias suicidas ou tentativas de suicídio podem ocorrer, marcando o aumento do risco. A contemplação da morte, o pensamento e a comunicação suicida e a tentativa de suicídio alertam para a necessidade premente de uma escuta qualificada e profissional que possa ajudar o sujeito a encontrar caminhos que lhe possibilitem uma religação com a vida. (PRIETO, 2017, s/n).

Deste modo, questionamos a importância do pensar sobre o acolhimento aos adolescentes que chegam aos serviços de saúde, uma vez compreendendo que de acordo com a história de vida de cada um, bem como pela própria fase de mudança que os deixa mais fragilizados, que estes podem passar a experimentar a sensação de desamparo e deslocamento social frente às diversas situações experienciadas que parece não se ter o controle. Situações estas, que inclusive podem ser porta de entrada para atos e pensamentos impulsivos como a ideação suicida. (PRIETO, 2017).

RESULTADOS

Os resultados apontados neste estudo ponderam que devido à complexidade de pacientes com tentativa de suicídio, o atendimento multidisciplinar é imprescindível, uma vez que possibilita acolhimento integral e contínuo. Oficinas terapêuticas, por exemplo, ao serem realizadas por profissionais de diferentes formações permitem que diversas demandas sejam atendidas por meio de visões teóricas distintas, mas convergentes em relação ao plano terapêutico. As experiências vividas demonstram que o acolhimento é a intervenção primordial do serviço, sendo que independe da formação teórica, mas necessita escuta ativa, afeto e humanização. A prática de acolher, de inserir o sujeito ao serviço, se dá por meio de uma triagem, que além de “acolher” as demandas do usuário naquele momento, constrói um segmento deste cuidado. No ato do acolhimento, também contamos indiretamente com estes outros profissionais, pois de acordo com as necessidades do paciente, podemos direcioná-lo a determinado atendimento profissional ou a certo grupo e oficina. A prática realizada neste espaço fundamentada pelo arcabouço teórico que discute saúde mental demonstra a necessidade de falar sobre a gravidade do suicídio em nosso cotidiano.

Observa-se no CAPSia que pacientes entre 8 a 18 anos apresentam ideação suicida ou tentativa de suicídio prévias ao chegar no serviço, sendo que estes e suas famílias encontram-se fragilizados e desorganizados. Ao se pensar pela lógica do cuidado integral, o serviço possui diferentes ferramentas e estratégias para tirar estes pacientes/famíliares do desamparo, pois na maior parte das vezes eles já passaram por outro serviço de saúde sem acolhimento eficaz. A grande diferença do CAPSia é pensar no usuário ao longo do tempo e de seu tratamento, pensando de forma conjunta em um plano terapêutico singular.

Os pacientes que chegam até o serviço por ideação ou tentativa de suicídio, são acolhidos e posteriormente direcionados para atendimento individual psicoterapêutico e psiquiátrico, podendo ou não ser concomitante às intervenções em grupo ou oficinas terapêuticas, tendo ainda o acolhimento social, fonoaudiológico e nutricional, se necessário. A construção do trabalho demonstrou que o acolhimento é de suma importância, pois consiste no primeiro contato com o serviço e com os profissionais, por isso este momento precisa ser afetivo, informativo, investigativo, sendo que em muitos casos torna-se até mesmo sendo terapêutico.

No CAPSia em que se realizou a experiência descrita neste trabalho, observa-se que o acolhimento ocorre ainda na recepção, na chegada do paciente ao serviço e tem continuidade durante a conversa realizada de forma reservada, sendo importante contextualizar neste momento, quem é aquele sujeito e qual seu sofrimento. Por meio das perguntas semiestruturadas que constam na abertura de prontuário é possível que os diferentes profissionais se e busquem comuniquem as mesmas informações acerca dos pacientes, o que facilita que o acolhimento e triagem sejam realizados por toda a equipe, diferente de seu campo de atuação.

DISCUSSÃO

Acolhimento: O que significa?

Acolhimento é uma das diretrizes que constam na Política Nacional de Humanização (PNH), sendo evidenciada na Atenção Primária à Saúde (APS). Na busca por serviços que realizem atendimentos com escuta qualificada, tem como princípio conduzir o problema trazido pelo usuário para uma resolutividade. A fim de atender a todos que buscam pelo serviço, a PNH propõe que o acolhimento seja um processo constitutivo das práticas de produção e promoção da saúde. (SCHOLZE, JUNIOR, SILVA, 2009).

Segundo o Ministério da Saúde na Cartilha da Política Nacional de Humanização o conceito de Acolhimento é trazido como (2010, p. 14):

Processo constitutivo das práticas de produção e promoção de saúde que implica responsabilização do trabalhador/equipe pelo usuário, desde a sua chegada até a sua saída. Ouvindo sua queixa, considerando suas

preocupações e angústias, fazendo uso de uma escuta qualificada que possibilite analisar a demanda e, colocando os limites necessários, garantir atenção integral, resolutiva e responsável por meio do acionamento/articulação das redes internas dos serviços (visando à horizontalidade do cuidado) e redes externas, com outros serviços de saúde, para continuidade da assistência quando necessário.

Além disso, implica também no estabelecimento de uma relação cidadã e humanizada e se desenvolve como uma tecnologia para a reorganização dos serviços promovendo uma abrangência do acesso à atenção básica e aos outros sistemas. Deve possuir um tripé entre o diálogo, postura e reorganização. Portanto, o desafio encontra-se no cotidiano do serviço sobre a alteridade, desde as melhorias das práticas exercidas quanto à legitimação do sistema público de saúde, pois acolhimento não é uma prática ou apenas um conceito teórico isolado, mas a construção do conjunto de ambas. (GUERRERO, *et al.*, 2013).

Ao se falar sobre o conceito de acolhimento o aspecto a respeito do que é cuidado integrado se evidencia. A alteridade dos indivíduos faz com que este cuidado se torne amplo e muito distinto, uma vez que as necessidades de saúde de cada sujeito são diferentes, bem como a aceitação deste cuidado e o “olhar” que o mesmo terá sobre o cuidador. Neste contexto constrói-se um conceito que está atravessado por mudanças em seu processo que, considera o sujeito e o coletivo, dando grande ênfase na subjetividade dos envolvidos. Logo, o acolhimento se estrutura como uma organização multidisciplinar. (SCHOLZE, JUNIOR, SILVA, 2009).

Vale ponderar que acolhimento não é apenas um espaço físico disponível ou uma postura dos profissionais em seu trabalho na saúde, mas sim, um movimento que depende de toda uma organização multidisciplinar do serviço de saúde. Isto exige disposição para ir além da reflexão e problematização dos processos de trabalho, garantindo tempo disponível e boa remuneração, como também uma infraestrutura que comporte a eficácia do atendimento clínico. Estas condições são possíveis numa cultura institucional que seja aberta e flexível, onde o poder seja intensamente delegado a gestores e a equipes técnicas. Se este acolhimento como uma postura e prática nas ações de atenção e gestão nas unidades de saúde acontece, favorece a construção de uma relação de confiança e compromisso entre as equipes e os serviços. Também possibilita avanços na união entre usuários, trabalhadores e gestores da saúde. (SCHOLZE, JUNIOR, SILVA, 2009; BRASIL, 2010).

Segundo Solla (2005) há três grandes âmbitos de incorporação do acolhimento no Sistema Único de Saúde: a postura/prática do profissional de saúde frente ao usuário, tanto no processo de trabalho individual como coletivo; ação de reorganização do processo de trabalho da unidade visando atender melhor os usuários e também ampliar a capacidade de identificar e resolver os problemas; e diretriz para as políticas de saúde, onde o objetivo é

criar capacidade para dar resposta às demandas apresentadas pelos usuários, disponibilizando alternativas tecnológicas mais adequadas. Mesmo a implantação do acolhimento conduzindo os profissionais da saúde à praticar esta diretriz operacional, o deslocamento de algumas decisões (antes centradas no médico) pode algumas vezes não ser bem compreendida pelos usuários. (SCHOLZE, JUNIOR, SILVA, 2009).

A Política Nacional de Humanização ao conceituar o termo *acolhimento* aponta para a realização de uma escuta qualificada e a responsabilização do profissional pelo usuário e pela resolução da sua demanda (BRASIL, 2010). A partir da definição de Solla (2005) é possível compreender o acolhimento através de uma perspectiva de garantia de acesso e humanização do atendimento. Frente a estas definições pode-se observar no CAPSia algumas práticas que se articulam em muito ao acolhimento.

Inicialmente vale lembrar que o sistema informatizado com o qual conta o serviço, facilita o trabalho em equipe, bem como a comunicação com a rede. Tal sistema possibilita que os profissionais se integrem dos caminhos percorridos pelo usuário e ampliem sua percepção acerca de suas necessidades. Há também no serviço a integração e conhecimento dos profissionais sobre a rede de saúde, o que permite referenciar de maneira efetiva quando necessário. Neste sentido, Solla (2005) aponta que o acolhimento é muito mais do que uma triagem qualificada, mas reflete uma escuta afinada dos problemas, oferecendo uma resposta positiva e responsabilizando pela efetiva resolução da demanda.

Marques e Lima (2007) afirmam que o acolhimento implica na prestação de atendimento com interesse e com articulação com outros serviços da rede em face aos encaminhamentos. Há nesse ponto, uma preocupação na resolução das demandas e a presença de vínculos entre técnicos e usuários.

Como o acolhimento é realizado por quase todos os profissionais do serviço, observa-se autonomia no modo de condução de cada profissional. A responsabilização dos profissionais em acolher passa a produzir certa “desacomodação” a partir do momento que é atribuída a toda a equipe atender os usuários nas suas mais diversas demandas. Há uma preocupação em acolher bem e tal acolhimento se inicia com o ingresso do usuário no serviço, se estendendo a todo o período que permanece no serviço ou até serem dados os devidos encaminhamentos. A participação da maioria dos profissionais no acolhimento é bastante significativa ao serviço, visto que passa a ser uma forma de desenvolver um maior protagonismo destes no processo de trabalho.

Acolhimento e a prática profissional do Assistente Social perante as tentativas de suicídio

Para discutirmos sobre a atuação concreta do Serviço Social em uma equipe multiprofissional de saúde mental é necessário refletir sobre os processos de trabalho do

assistente social, destacando o seu instrumental profissional no CAPSia observado. Ao apresentarmos as atividades efetivamente desenvolvidas por assistentes sociais neste serviço, veremos também qual a capacidade de transformação do próprio espaço institucional, através das intervenções profissionais do assistente social.

Começamos então definindo o papel deste profissional nas instituições psiquiátricas, o qual é introduzido no tratamento dos pacientes afim de “garantir o processo de trabalho principal, o tratamento psiquiátrico” (BISNETO, 2009, pg.125). Nesta perspectiva, o trabalho do assistente social serviria como suporte técnico para outros profissionais, como os psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionais e enfermeiros. O Serviço Social raramente atua nos problemas sociais do usuário “quando estes não apresentam relações diretas com o tratamento psiquiátrico ou com a reabilitação psicossocial” (BISNETO, 2009, pg.127). Porém, com o avanço das políticas sociais de saúde e com o aperfeiçoamento dos assistentes sociais incluídos em equipes de saúde mental, o seu trabalho passou a assumir contornos mais determinantes no tratamento e acolhimento dos usuários. O assistente social passa a ser convocado não apenas para adequar a rotina dos pacientes as necessidades do estabelecimento, mas a assumir o seu papel social como profissional transformador da realidade, fortalecendo os mecanismos de pertencimento dos pacientes ao espaço de seu tratamento.

Pensando em exemplos observados no cuidado de crianças e adolescentes acompanhados pelo CAPSIA, percebe-se que a avaliação social emitida pelo assistente social é crucial para o planejamento da frequência de atendimento de um indivíduo e/ou família. Neste espaço ocupacional, o assistente social utiliza o seu instrumental profissional (acolhimento, entrevista, avaliação social, visita domiciliar, entre outros) para orientar a equipe quanto as reais possibilidades de intervenção. Por exemplo: um adolescente com ideação suicida em situação de vulnerabilidade social, envolto em situações de violação de seus direitos necessita de abordagens coerentes de toda a equipe, independente do modelo terapêutico que segue. Jovens que vivem em territórios distantes do serviço, sem acesso aos equipamentos das políticas públicas, como o caso dos moradores rurais, também necessita de estratégias específicas; ainda, crianças e adolescentes em situação de abuso, exploração e/ou abandono também devem ser tratadas considerando seu contexto social. Outra situação comum no CAPSia observada são a de pacientes que vivenciaram a violação de direitos e hoje vivem sobre a proteção do Estado, como jovens que vivem em abrigos, orfanatos, unidades de acolhimento ou famílias acolhedoras. Estes casos são acompanhados pelos assistentes sociais devido as suas complexidades sociais e também para que, durante o tratamento psiquiátrico, o jovem possa se fortalecer como sujeito de direito.

Contudo, o enfoque deste trabalho é a abordagem multiprofissional a pacientes com tentativa de suicídio, os quais particularidades que não se encaixam aqueles inseridos no CAPSIA por uso e abuso de drogas ou outras necessidades psiquiátricas. Tentaremos explicitar algumas ações do assistente social nesta temática. Antes disso, cabe apresentar a visão do Serviço Social sobre a questão do suicídio, a partir da estrutura de nossa sociedade, a qual todos estamos incluídos.

A sociedade possui, em sua organização, rupturas, que se manifestam através da prática suicida. Essa ação é crescente em nosso país e oriunda de crises e perturbações do sujeito coletivo, que geralmente possui atitudes melancólicas e tristes no seu viver. Ao abordar o sujeito coletivo, entende-se que a sociedade, como grupo social, existe não como uma massa de individualidades, mas como uma representação coletiva com símbolos, valores e regras produzidos, que se sobrepõe aos individuais. Nesse sentido, o suicídio não está relacionado a uma causa biológica, hereditária e de raça; mas sim ao fato de que o suicida não vê mais significados em conviver coletivamente.¹

O suicídio pode ser considerado como a expressão máxima da exclusão social de um sujeito ou da precariedade de acesso a proteção, devido ao seu contexto social. Ao desmistificarmos as causas do suicídio, entendendo-o como um reflexo das fragilidades da nossa sociedade, ao excluir e oprimir diversos indivíduos, passamos a interpretar a questão como algo coletivo e que necessita ser compreendido em sua totalidade. São inúmeras as situações de vulnerabilidade para o suicídio que merecem atenção. Entre as mais frequentes são as doenças graves; isolamento social; ansiedade; desesperança; crise familiar; luto; transtornos mentais, como uso abusivo de álcool e outras drogas, depressão, esquizofrenia entre outros associados à facilidade de acesso aos meios de suicídio (APA, 2003; SILVA et al, 2006). Na especificidade da vida de crianças e adolescentes, essas situações ganham um contorno ainda mais complexo, por se tratar de um sujeito que está sobre a tutela e guarda da família e do Estado. A criança ou adolescente, ao tentar contra a própria vida, deixa claro a precariedade de nossa sociedade em fornecer respostas e oportunidades, que tragam a esse sujeito o sentimento de proteção social que lhe é de direito.

O assistente social, ao perceber essas fragilidades, deve fazer uso de suas categorias de trabalho para que o suicídio não seja tratado como uma demanda específica daquele que o faz, mas sim de um sintoma social, vendo em sua totalidade quais as reais possibilidades de tratamento. Neste sentido, cabe ao profissional interagir com os diversos espaços comunitários frequentados pelos jovens, como a família, escola, trabalho (quando houver), entidades religiosas, espaços de lazer e cultura, serviços de saúde, etc. A relação

¹ Heck RM, Kantorski LP, Borges AM, Lopes CV, Santos MC, Pinho LB. Ação dos profissionais de um centro de atenção psicossocial diante de usuários com tentativa e risco de suicídio. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2012 Jan-Mar; 21(1): 26-33.

do tratamento terapêutico com estes outros espaços e equipes responsáveis deve ser o mais resolutivo possível, e cabe ao assistente social criar mecanismos e espaços de diálogo para isso.

Um exemplo prático deste trabalho, o qual pode ser observado na prática profissional dos assistentes sociais do CAPSIA, é o apoio matricial. O apoio matricial ou matriciamento faz parte de uma organização dos serviços de saúde mental com os equipamentos da atenção básica de saúde, em que se evidencia a importância de cada trabalhador e de um modelo de gestão democrático, relativo aos resultados para o usuário. “O apoio matricial é, portanto, uma forma de organizar e ampliar a oferta de ações em saúde, que lança mão de saberes e práticas especializadas.” (BRASIL, 2004b, p.13). Em exemplos práticos, o apoio matricial realizado pelos profissionais do CAPSIA visa aperfeiçoar o trabalho terapêutico da criança ou do adolescente atendido no serviço, dialogando com as equipes da atenção básica a vinculação, adesão, perspectivas e possibilidades de intervenção.

Nos casos de tentativa de suicídio, a socialização dos casos com as equipes de referência do território, possibilitam uma atuação mais eficaz, podendo identificar a ideação suicida em atendimentos básicos da rede. Para isso, os profissionais do CAPSIA visitam periodicamente os equipamentos de saúde, socializando casos e discutindo com os profissionais. Além disso, existe a prática de manter um profissional de referência para cada unidade ou território, a fim de aprimorar a comunicação entre as equipes. Outro espaço importante de cuidado dos pacientes do CAPSIA é o ambiente escolar, o qual a equipe investe esforços contínuos, capacitando professores e equipes de apoio, mas também promovendo espaços de discussão sobre saúde mental entre os jovens.

Por mais que estas atividades não sejam exclusivas do assistente social, cabe a este profissional criar, em seu espaço sócio ocupacional, estratégias que efetivem o cuidado, o acolhimento, o diálogo e a intersectoralidade, aproveitando os saberes multiprofissionais para tratar o paciente integralmente. Como o suicídio está relacionado a múltiplos fatores (biológicos, genéticos, psicológicos, sociais, culturais e ambientais), é necessário desenvolver ações de vigilância, prevenção e controle de forma integral. Vários atores podem contribuir para enfrentar o problema de forma conjunta, estabelecendo canais de comunicação permanente, trocando informações, definindo metas e ajustando condutas. São necessárias intervenções que envolvam assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas, médicos, enfermeiros, professores, educadores, agentes comunitários de saúde, lideranças religiosas e comunitárias, gestores, entre tantos outros.

Com isso, compreende-se que a atuação do Serviço Social sobre a temática do suicídio vai muito além da atuação direta com o paciente, a qual vimos que não se faz sozinha. O assistente social vem conquistando um espaço importante dentro das equipes de saúde mental, delimitando seu objeto de trabalho como as expressões da questão social e

pondo em atrito os modelos mais conservadores de cuidado. Este profissional, ao compor a equipe multiprofissional de um CAPSIA, deve estar atento e responsivo as demandas de seus usuários, percebendo desde as expressões das questões sociais que influenciam no tratamento terapêutico, as relações de trabalho dos profissionais, a correlação de forças entre gestores e trabalhadores da saúde mental e as relações estabelecidas com a rede de proteção e garantia de direitos.

Acolhimento e a prática profissional do Psicólogo perante as tentativas de suicídio

Um dos pontos principais a ser considerado sobre o trabalho do Psicólogo é a propósito da capacidade deste de olhar para o sujeito como singular. Compreendê-lo em sua totalidade e buscar trazer aspectos que compreendam a sua subjetividade. Diferencial este, imprescindível no que tange o acolhimento de pacientes com riscos suicidas. Deste modo, tal profissional se propõe a realizar uma escuta integral do sujeito que de seu atendimento necessita, sugerindo a sua não alienação no percurso do tratamento. Visa também que o paciente não se exclua do seu ambiente social, o que vai ao encontro do olhar do serviço social, entendendo-se a vida social como ponto importante em relação ao processo de recuperação.

Considera-se também como constituinte do atendimento “psi”,

acolher o sofrimento constituinte da existência humana, naquilo que pode ser cuidado e apreendido enquanto vivência subjetiva e reveladora de sentidos. Assim, o ato clínico passa, então, a representar a acolhida a essa demanda, através de um olhar que possa contemplar e alcançar a singularidade das existências, que se vão construindo nos caminhos traçados pelos desejos humanos e seus querereres, e reveladores da sua condição de ser-no-mundo. E acolher significa, acima de tudo, considerar as subjetividades como constituindo-se num mundo em que as dimensões históricas, sociais e culturais exercem o seu papel no processo de subjetivação. (DUTRA, 2004, p.385).

Nesse sentido, as contribuições da Psicologia na equipe multiprofissional corroboram com a reflexão das áreas “psi” sobre o adoecimento mental e prognóstico terapêutico. O psicólogo no CAPSia atua em diferentes atividades. Realiza primeira escuta (acolhimento), bem como em discussão de casos com a equipe, matriciamento, palestras psicoeducativas, rodas de conversa, visitas domiciliares, atendimentos individuais/sistêmicos/grupos e oficinas terapêuticas. Ao transitar nesses diferentes espaços, é possível perceber questões que estejam trazendo maior dificuldade de se manejar e propor reflexões para a equipe multidisciplinar como sobre a temática do suicídio.

Através das suas diferentes linhas teóricas, a Psicologia pode enriquecer o pensar sobre a temática em pauta, e contribuir para repensá-la sobre em equipe. Fomentar discussões, desacomodações e reflexões que ponham em jogo a singularidade do sujeito

que busca o acolhimento com questões suicidas bem como a qualidade do atendimento prestado pela equipe.

Prieto (2017) aponta que,

outra contribuição que me parece fundamental para entender o processo suicida é de Melani Klain, quando ela refere que a experiência de sofrimento reativa experiências semelhantes anteriores na nossa mente. Nesse sentido, quando experimentamos uma situação de perda, outras são novamente vivenciadas. A imagem que me parece representar bem esse momento é o tempo de ressaca do mar que traz das suas profundezas aquilo que estava encoberto, escondido. Uma situação de humilhação ou perda no presente reativa o sofrimento de situações anteriores e pode dar luz, em parte, à sensação que temos quando nos deparamos com uma pessoa em forte processo depressivo, em que a reação parece desproporcional ao evento que a precipitou. Os adolescentes e jovens buscam construir uma imagem de si que ainda é muito instável e dependente do olhar do outro. A cultura contemporânea, com a espetacularização da vida privada, muitas vezes os tornam reféns de uma imagem especular que tentam construir de si mesmos nas mídias sociais. (MELANI KLAIN *apud* PRIETO, 2017, s/n).

No espaço do CAPSia, o trabalho do psicólogo se distingue do atendimento clínico tradicional, pois prioriza também trabalha com práticas coletivas, como os grupos, nos quais pode acolher uma maior demanda otimizando a própria ambiência do serviço. Além disso, é preciso considerar que o tempo, a periodicidade e o objetivo do atendimento serão diferenciados, principalmente nos casos em que há comorbidade de uso de álcool ou outras substâncias psicoativas a questão da ideação ou tentativa prévia de suicídio. Os grupos voltados para este público alvo buscam acolher e trabalhar estratégias de enfrentamento por meio das experiências e história de vida de cada participante, estimulando o autoconhecimento e fomentando a construção de vínculo com possibilidade de ressignificação de eventos/sentimentos desencadeadores. O atendimento em grupo prioriza envolver outro profissional da equipe, que mesmo sem o arcabouço “psi” contribui com sua formação de forma direta ou indireta para realização de cuidado e melhora do paciente. Desta forma somam-se saberes que enriquecem a construção do aprendizado e melhor acolhem o paciente por meio de uma visão integral.

A psicologia vive uma construção histórica que briga pela possibilidade de compreender o ser humano dentro de sua totalidade, sendo que enfrentou ao longo dos anos críticas organicistas e engessamentos do período higienista, hospitalocêntrico, guiado principalmente pela concepção médica e orgânica do sofrimento. De encontro a esta trajetória segmentaria de acolhimento a saúde mental, observamos no CAPSia a possibilidade de construir saberes e conjunto, ampliando a visão acerca do paciente e de seu sofrimento. Não se detém apenas a considerar a patologia que se aplica em cada caso, mas a possibilidade e estruturas psíquicas que cada sujeito possui para enfrentar suas dificuldades.

Com isso, os atendimentos multidisciplinares da psicologia e nutrição, por exemplo, podem evidenciar fatores importantes para construção do plano terapêutico e melhora do paciente que não surgiriam em atendimentos separados. A psicologia atribui significado a diversas questões físicas e sociais, como obesidade (compulsão alimentar e ansiedade) e comportamento infrator (histórico de vulnerabilidade ou exposição a fatores estressores). Na troca com o serviço social, é possível perceber a importância de um plano terapêutico que busca ser realizado não só dentro do serviço, mas também na reinserção social deste sujeito.

Acolhimento e a prática profissional do Nutricionista no CAPSIA

A nutricionista residente que atua no CAPSia trabalha na prevenção primária do cuidado ao indivíduo, com acolhimento em atendimentos nutricionais individuais, grupos, em atendimento multiprofissional e oficinas culinárias.

No âmbito da atenção primária fortalecer e qualificar o cuidado nutricional para prevenção de ocorrência de novos casos de doenças associadas à má alimentação e obesidade é a forma mais eficiente, ágil, econômica e sustentável do que referenciá-los para o atendimento hospitalar, em decorrência de suas complicações num futuro próximo. (SISTEMA CONSELHOS FEDERAL E REGIONAIS DE NUTRICIONISTAS, 2008).

O atendimento nutricional individual de crianças e adolescentes dão-se através de inquérito de seus hábitos alimentares; anamnese alimentar, aferição de medidas antropométricas, e classificação do estado nutricional através das curvas de crescimento da Organização Mundial da Saúde, 2007. As estratégias adotadas a partir do diagnóstico nutricional são ações de reeducação nutricional, socializando sobre o conhecimento dos alimentos, resgate dos hábitos saudáveis e processo de alimentação, práticas alimentares relacionadas ao consumo de alimentos saudáveis, algumas vezes com a participação da mãe do indivíduo.

O desenvolvimento e crescimento de crianças saudáveis dependem de uma boa alimentação, e isso emana muitas influências culturais, psicológicas, sociais e ambientais que durante todo o ciclo da vida afetam o potencial de crescimento individual. (NIX, 2010).

Na adolescência a alimentação inadequada pode levar a risco imediato ou a longo prazo desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis, como dislipidemias, obesidade, diabetes, osteoporose, hipertensão e doença arterial coronariana. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2012).

O atendimento individual muitas vezes realizado em conjunto com a profissional da psicologia, acolhe o paciente com tendência suicida, o qual refere muita ansiedade associada a maus hábitos alimentares. Quanto ao transtorno e os distúrbios alimentares a nutricionista busca desenvolver ações de distintas naturezas para a promoção de práticas

alimentares saudáveis ao longo de sua vida, em respostas as principais demandas assistências ao qual se subentende no acolhimento multiprofissional.

Dentro do acolhimento integral ao paciente suicida, é importante observar os hábitos alimentares, pois muitas vezes estes denunciam a própria dinâmica da família, permitindo que questões como a solidão e isolamento da criança e adolescente sejam observadas.

Atualmente as síndromes depressivas são reconhecidas como um problema prioritário de saúde pública. A primeira causa de incapacidade entre todos os problemas de saúde, segundo levantamento da OMS (uma série de 22 indicadores de disfunção e sofrimento e incapacidade definida como uma variável composta por duração do transtorno. Um dos transtornos é alterações ideativas (ideação negativa, arrependimento, culpa, pessimismo em relação a tudo, ideação e planos ou atos suicidas, visão de mundo marcada pelo tédio (“nada vale a pena a vida é vazia, sem sentido”), desejos de dormir para sempre, desaparecer, ideias de morte, ruminações e mágoas antigas. (DALGALARRONDO, 2008).

Considera-se a inserção sistemática, universal e qualificada de ações de alimentação e nutrição na atenção primária à saúde, integrada às demais ações já garantidas pelo SUS, podendo ter impacto importante na saúde das comunidades, famílias e pessoas, considerando o papel da alimentação como fator de proteção ou de risco, tendo em vista a grande ocorrência de parte das doenças e das causas de morte atuais. (SISTEMA CONSELHOS FEDERAL E REGIONAIS DE NUTRICIONISTAS, 2008).

A característica dos hábitos alimentares das crianças e dos adolescentes é a ingestão de quaisquer tipos de alimentos práticos, sem nenhum valor nutricional, omissão de desjejum (café da manhã), em muitas situações o almoço, o consumo de produtos inadequados, como lanches em excesso, chocolates, balas, pirulitos, comendo qualquer produto para saciar a fome. (MENDONÇA, 2010).

A maioria dos adolescentes atendidos referia que sentiam mais fome no período da noite, e estavam em sobrepeso e obesidade, e comiam em excesso devido a ansiedade e abuso de drogas psicoativas. O alto consumo de alimentos pode demonstrar uma forma de compensação, do afeto que necessita. As pessoas em geral comem em excesso quando se sentem mal emocionalmente, e os obesos moderados a graves têm muito baixa sua auto-estima, acreditando que a sociedade os enxergam com desprezo e rejeição e que seus corpos são feios e repugnantes. Os obesos possuem dificuldade de diferenciar ansiedade, sensações desagradáveis, desconforto, disforias de modo geral da fome. (DALGALARRONDO, 2008).

Nas oficinas culinárias, busca-se a integralização e socialização dos jovens, com uma proposta de escolha e elaboração de produtos culinários, com participação, construção de vínculos, troca de conhecimentos sobre alimentação, focando no processo, saindo do contexto saúde-doença.

As escutas multidisciplinares acontecem tanto com a psicologia quanto com a nutrição, a partir dessas vivências de atendimento conjunto, contextualizam-se histórias e casos direcionados ao cuidado integral ao paciente, com soluções potencializadas e direcionadas em uma visão longitudinal.

Um dos sinais de depressão e ideação suicida pode ser a falta de apetite, bem como apatia em relação a outras situações que antes possuía interesse. Um tipo crônico e moderado de depressão é a distimia que se manifesta sob forma de apetite deficiente ou alimentação excessiva, fadiga, baixo nível de energia, insônia ou sono exagerado e sinais de estresse elevado e sinais de irritabilidade são frequentes. (ESCOTT, 2011).

Para a promoção e proteção da saúde, a alimentação e nutrição constituem-se requisitos básicos, possibilitando o desenvolvimento humano, com a assertiva do pleno potencial de crescimento, com qualidade de vida e cidadania (Política nacional de alimentação e nutrição).

Contudo, é essencial entender o indivíduo como um todo, para assim podermos trabalhar suas particularidades, de forma ampla e efetiva, com os recursos disponíveis na unidade em conjunto com a equipe multiprofissional em saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo do trabalho se buscou o pensar sobre como se dá a prática de acolhimento multiprofissional em um Centro de Atenção Psicossocial da Infância e Adolescência em relação aos pacientes que tenham trazido a demanda de suicídio.

Enfatiza-se a importância de espaços de diálogo entre os diferentes profissionais do CAPSia para que se discuta acolhimento efetivo e se construa novas práticas de cuidado que compreendam o usuário dentro de seu contexto sócio – cultural. As estratégias preventivas, por meio de palestras de valorização a vida e prevenção ao suicídio nas escolas e matriciamento em outros serviços de saúde, mostram-se funcionais à medida que referenciam o paciente com risco de suicídio ao serviço especializado (CAPSia). Mesmo realizando atividades distintas centralizadas em seu campo de saber, os diferentes profissionais envolvidos na construção deste trabalho experienciaram a escuta destes usuários no serviço. Planejando de forma conjunta com o restante da equipe um plano terapêutico para o paciente e estratégias de enfrentamento para ele e sua família.

Observa-se que a prática profissional da psicologia no trabalho com o CAPSia ultrapassa positivamente seu campo de atuação, possibilitando a troca e aprendizado com demais profissionais, sendo possível observar no dia-a-dia com os pacientes a contribuição que o trabalho multiprofissional possibilita para o tratamento, e o quão fundamental se torna seu olhar exclusivo sobre o sujeito visando a compreensão das demandas que chegam ao serviço.

O trabalho da nutrição, não só no atendimento individual, mas também em grupos, oficinas e no próprio acolhimento, contribui de forma singular a saúde mental do paciente, pois também cuida de sua saúde física e estende este cuidado para a rotina familiar. Muitos momentos de ansiedade e fragilidade deste público alvo são direcionados a disfunções alimentares, da perda de apetite ao comer compulsivo. Verificou-se o quão fundamental é observar os hábitos alimentares dos pacientes, desde o acolhimento, até mesmo porque estes dados compõem os questionamentos pré-definidos que são realizados na primeira escuta. Desde então, já é possível acessar o trabalho da nutrição, que trabalha estas questões de forma conjunta com a psicologia e de maneira a possibilitar maior compreensão sobre o funcionamento do paciente.

Foi contextualizado ainda, que a atuação do assistente social em uma equipe multiprofissional é capaz de identificar e intervir em demandas sociais que influenciem no tratamento terapêutico dos pacientes do CAPSIA. Ao atuar sobre o seu objeto de trabalho – a questão social – este profissional cria estratégias de aprimoramento dos serviços no qual está incluindo, tendo como fundamental a comunicação e proteção dos direitos de seus usuários, articulando toda a rede de proteção social da criança e do adolescente para isso. O assistente social ainda é capaz de trazer para a equipe multiprofissional o contexto social no qual os pacientes estão incluídos, tornando o tratamento mais eficaz e efetivo.

Vale ressaltar que o enfoque deste trabalho pautou-se apenas a partir da ótica de alguns profissionais da equipe multiprofissional que compõem o CAPSia em questão. O que serve de base para que a temática possa se estender para reflexão dos demais profissionais, visando uma integração no atendimento em saúde mental.

Ficou evidente a importância de se ter uma equipe multiprofissional que esteja atenta as demandas emergentes do serviço e que consiga também desenvolver um trabalho interdisciplinar, uma vez que se torna indispensável seja tanto para o bom funcionamento do serviço como para a melhor resolução acerca do plano terapêutico singular de cada paciente, constituir-se um percurso de trocas entre profissionais e áreas de conhecimento distintas, a fim de qualificar o serviço prestado.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional do Ministério Público: *Atenção Psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos.* – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_psicossocial_crianças_adolescentes_sus.pdf>. Acesso em: 27 Jun. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Departamento de Ações Programáticas Estratégicas: Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial.* – Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf>. Acesso em: 27 Jun. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. *Legislação em saúde mental: 1990-2004* / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Secretaria de Atenção à Saúde. 5. ed. ampl. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde* / Ministério da Saúde. – 2. ed. 5. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. 44 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf>. Acesso em: 24 Jun. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Relatório de Gestão 2003-2006: saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção* / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

BISNETO, José Augusto. *Serviço social e saúde mental: uma análise institucional da prática*. 2. ed. – São Paulo: Cortez, 2009.

CHIAVERINI, D. H. *et al. Guia prático de matriciamento em saúde mental*. Brasília: Ministério da Saúde, 236 p, 2011.

DALGALARRONDO, Paulo. *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. 2 ed. – Porto Alegre: Artmed, 2008.

DUTRA, Elza. Considerações sobre as significações da psicologia clínica na contemporaneidade. *Estud. psicol. (Natal)*, Natal, v. 9, n. 2, p. 381-387, Aug. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2004000200021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 Jul. 2017.

ESCOTT-STUMP, Sylvia. *Nutrição relacionada ao diagnóstico e tratamento*. 6 ed. – Barueri, SP: Manole, 2011.

GUERRERO, Patricia, *et al.* O acolhimento como boa prática na atenção básica à saúde. *Texto Contexto Enfermagem*, v. 22, n.1, p. 12-24, Florianópolis, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072013000100016&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 26 Jun. 2017.

MARQUES, G.; LIMA, M. Demandas de usuários a um serviço de pronto atendimento e seu acolhimento ao sistema de saúde. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 15, n. 1, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n1/pt_v15n1a03.pdf>. Acesso em: 28 Jun. 2017.

MENDONÇA, Rejane Teixeira. *Nutrição: um guia completo de alimentação, práticas de higiene, cardápios, doenças, dietas, gestão*. 1 ed. – São Paulo: Riedel, 2010.

NIX, Staci William. *Nutrição e Dietoterapia Básica* – Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

PRIETO, Daniela Yglesias C. *Precisamos falar sobre suicídio*. FEBRAPSI -2017. Disponível em: <<http://www.febrapsi.org/wp-content/uploads/2016/10/precisamos-falar-sobre-suici--dio-na-adolescencia-2.pdf>>. Acesso em: 27 Jul. 2017.

ROSA, L. C. S; MELO, Tânia M. F. S. Inserções do Assistente Social em Saúde Mental: em foco o trabalho com as famílias. *Revista Serviço Social & Saúde*. UNICAMP Campinas, v. VII_VIII, n. 7_8, 2009.

SCHOLZE, Alessandro S.; JUNIOR, Carlos F.D.; SILVA, Yolanda F. Trabalho em saúde e a implantação do acolhimento na atenção primária à saúde: afeto, empatia ou alteridade? *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v.13, n.31, p.303-14, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v13n31/a06v1331.pdf>>. Acesso em: 26. Jun. 2017.

SISTEMA CONSELHO FEDERAL E REGIONAL DE NUTRICIONISTAS. *O papel do nutricionista na atenção primária á saúde*. Brasília, 2008. Acesso em 11 de Julho de 2017, disponível em: <<http://www.cfn.org.br/eficiente/repositorio/Cartilhas/61.pdf>>.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. *Manual de orientação para a alimentação do lactente, do pré-escolar, do escolar, do adolescente e na escola*. Sociedade Brasileira de Pediatria – Departamento de Nutrologia. 3 ed. Rio de Janeiro, RJ: SBP, 2012

SOLLA, Jorge José Santos Pereira. Acolhimento no sistema Municipal de saúde. *Revista Brasileira de Saúde Materna Infantil*, Recife, v. 5, n. 1, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v5n4/27768>>. Acesso em 24 Jun. 2017.