

Retratos do processo de alta na atenção à saúde mental de crianças e adolescentes na perspectiva de terapeutas ocupacionais

I¹ Raíssa Herold Matias Richter, ² Thelma Simões Matsukura, ³ Bruna Lúcia Taño,

⁴ Maria Fernanda Barboza Cid I

Resumo: Objetivou-se compreender as concepções e o processo de alta de crianças e adolescentes acompanhados em Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis sob a perspectiva de terapeutas ocupacionais trabalhadores desses equipamentos. Foi realizada pesquisa de campo qualitativa, descritiva e exploratória, com 15 terapeutas ocupacionais que atuam em Centros de Atenção Psicossociais Infantojuvenis do município de São Paulo. Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada e analisados a partir da técnica do discurso do sujeito coletivo. A reflexão crítica sobre o conceito da alta na saúde mental infantojuvenil, o planejamento para a alta e a efetivação da articulação desses equipamentos com a rede intra e intersetorial durante todo o acompanhamento são determinantes para que o processo de alta de crianças e adolescentes que vivenciam o sofrimento psíquico aconteça de forma implicada, corresponsável e segura. O estudo avança ao pautar o tema da alta no contexto do cuidado em saúde mental infantojuvenil, revelando desafios e perspectivas para o aprimoramento de ações e de políticas públicas, e fortalecendo a Reforma Psiquiátrica brasileira.

► **Palavras-chave:** Saúde Mental. Saúde da Criança. Saúde do Adolescente. Alta do Paciente. Serviços de Saúde Mental.

¹ Universidade Federal de São Carlos. São Carlos-SP, Brasil (raissa.hmr@gmail.com).
ORCID: 0000-0001-5275-7409

² Universidade Federal de São Carlos. São Carlos-SP, Brasil (thelmamatsukura@gmail.com).
ORCID: 0000-0003-3812-3893

³ Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória-ES, Brasil (brunatano@gmail.com).
ORCID: 0000-0002-0101-4100

⁴ Universidade Federal de São Carlos. São Carlos-SP, Brasil (mariafernandacid@gmail.com).
ORCID: 0000-0002-0199-0670

Recebido em: 08/08/2020
Revisado em: 12/12/2020
Aprovado em: 15/03/2021

Introdução

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define alta como “a liberação de um paciente de um centro de cuidados, usualmente referindo-se à data em que o paciente deixa o hospital” e o planejamento de alta como “o processo em que as demandas dos pacientes são antecipadas, planejadas ou organizadas visando à ocorrência de sua saída da internação” (WHO, 2004, p. 26, tradução nossa). Assim, identifica-se que o termo “alta” é usado no campo da saúde, de forma geral, para se referir a processos de finalização de tratamentos e/ou acompanhamentos em saúde, principalmente nos setores de atenção estratégica e de alta complexidade.

No campo da saúde mental, verificam-se estudos internacionais que discutem o processo de alta de pessoas adultas, em contextos hospitalares, ambulatoriais e comunitários de atenção à saúde mental (NURJANNAH *et al.*, 2013).

Nurjannah e colaboradoras (2013) realizaram revisão integrativa da literatura em dois grandes bancos de dados internacionais da enfermagem,¹ com o objetivo de identificar as evidências relacionadas ao planejamento de alta em contexto de serviços de saúde mental, de atenção à crise e comunitários, considerando publicações de 1990 a 2011. Com 19 artigos encontrados, elas identificaram que a comunicação entre os profissionais de saúde, as pessoas com transtornos mentais e seus familiares é um fator que amplia a eficácia do processo de alta; que a complexidade das necessidades dos usuários influencia o processo de planejamento de alta e os impactos nas taxas de adesão e readmissão aos serviços; e que existe uma quantidade limitada de pesquisas sobre as percepções das famílias quanto ao nível de informação necessário para o planejamento eficaz da alta (NURJANNAH *et al.*, 2013).

As autoras concluem, em seu estudo, que um planejamento abrangente da alta pode resultar na redução das readmissões tanto para os serviços emergenciais de saúde mental como para os comunitários. Observa-se que todos os 19 estudos focalizaram equipamentos de saúde mental voltados para a população adulta, não havendo referências à população infantojuvenil (NURJANNAH *et al.*, 2013).

No contexto brasileiro, Guedes *et al.* (2017) realizaram um estudo de caso cujo objetivo foi avaliar o processo de alta de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) no Estado de Santa Catarina. Por meio de observações de campo e grupos realizados junto aos profissionais, usuários e familiares, as autoras identificaram que a alta dos usuários de CAPS deve ser compreendida por

meio da lógica da “transferência de cuidados”; que os CAPS devem ser serviços transitórios, devendo o usuário seguir sua trajetória em outros pontos da rede; e que é preciso haver diálogo entre usuário, família e equipe, “a fim de que todos estejam engajados no processo de alta e sintam-se seguros quanto aos fluxos no território” (GUEDES *et al.*, 2017, p. 5).

Pontua-se que são poucos os estudos que exploram especificamente a temática da alta no campo da saúde mental, sobretudo no contexto brasileiro; e ainda, a ausência de estudos que se debrucem sobre a alta no campo da saúde mental de crianças e adolescentes, mais especificamente em Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis (CAPSij) (RICHTER, 2019).

O estudo de Bueno (2013), que caracterizou a inserção do terapeuta ocupacional no CAPSij do Estado de São Paulo e identificou as ações desenvolvidas por esses profissionais nesse contexto, aborda pontualmente o tema da alta. A autora relata a existência de um baixo número de altas nos CAPSij, destacando que tal situação pode estar relacionada à carência de serviços e à fragilidade da rede intersetorial ou à alta complexidade do sofrimento psíquico vivenciado pelos usuários (BUENO, 2013).

A partir do exposto, o presente estudo objetivou compreender as concepções e o processo de alta de crianças e adolescentes acompanhadas em CAPSij sob a perspectiva de terapeutas ocupacionais trabalhadores desses equipamentos. Trata-se de um recorte de uma pesquisa mais ampla, que visou compreender tanto o processo de alta de crianças e adolescentes acompanhados em CAPSij do município de São Paulo, quanto a participação e contribuição específica da terapia ocupacional nesse processo (RICHTER, 2019). Dessa forma, o foco, aqui, serão os resultados relativos ao processo de alta no CAPSij que, embora tenha sido investigado na perspectiva de uma única categoria profissional, compreende-se que se trata de uma questão do campo da saúde mental de crianças e adolescentes, que se configura na interdisciplinaridade (BUENO, 2013; RICHTER, 2019).

Material e Métodos

Trata-se de uma pesquisa de campo descritiva e exploratória, de abordagem qualitativa, que envolveu a participação de 15 terapeutas ocupacionais trabalhadoras(es)² de CAPSij do município de São Paulo, com pelo menos um ano de experiência neste equipamento.

No quadro 1, apresentam-se as principais características das(os) participantes da pesquisa.

Quadro 1. Características das(os) participantes

Participantes	Idade	Gênero	Ano de formação	Tempo experiência em saúde mental infantojuvenil	Tempo de Experiência no CAPSij
P1	34	F	2008	8 anos	7 anos
P2	26	F	2013	3 anos e 8 meses	3 anos e 8 meses
P3	37	F	2009	2 anos e 2 meses	2 anos e 2 meses
P4	39	M	2002	10 anos e 6 meses	1 ano e 6 meses
P5	28	F	2012	4 anos	2 anos e 11 meses
P6	32	F	2009	7 anos	1 ano e 6 meses
P7	30	F	2010	5 anos	5 anos
P8	28	F	2012	4 anos e 6 meses	4 anos e 6 meses
P9	41	F	1998	16 anos	2 anos e 6 meses
P10	27	F	2012	4 anos e 8 meses	2 anos e 8 meses
P11	27	F	2015	2 anos e 10 meses	2 anos e 6 meses
P12	33	F	2006	5 anos	5 anos
P13	31	M	2008	10 anos	6 anos
P14	31	F	2005	6 anos	2 anos e 8 meses
P15	30	F	2010	2 anos	2 anos

Fonte: elaboração própria.

Observa-se que, das(os) 15 participantes, 12 estão na faixa etária de 26 a 35 anos e 13 são mulheres, tendo se formado entre 2006 e 2015. Nove possuem de dois a cinco anos de experiência em SMIJ, e nove possuem de um a três anos de experiência no CAPSij em que trabalham.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) em seres humanos da universidade à qual esteve vinculada e da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (SMS-SP) (parecer nº 2.455.921). Para a produção de dados, foi elaborado um roteiro de entrevista semiestruturado com questões relativas ao desenvolvimento da alta no CAPSij, que passou por um processo de avaliação e

adequação por sete juízes especialistas visando torná-lo mais pertinente aos objetivos deste estudo (MANZINI, 2003).

Quanto à identificação e localização das(os) participantes, aponta-se que três Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) da cidade de São Paulo autorizaram a realização do estudo e, dos 17 CAPSij pertencentes a tais regiões, nove concordaram em participar, sendo que após convite direcionado aos terapeutas ocupacionais de tais serviços, 15 profissionais aceitaram colaborar e, portanto, foram entrevistadas(os).

As entrevistas foram gravadas em áudio, transcritas e enviadas às(aos) respectivas(os) participantes para que tivessem a oportunidade de ler e revisar suas respostas e pudessem fazer qualquer alteração que desejassem. Conforme acordado previamente, para as(os) participantes que não enviaram modificações, após o prazo de um mês, foi considerado o material já obtido na entrevista.

O conteúdo das entrevistas foi analisado por meio da técnica do discurso do sujeito coletivo (DSC), método no qual se compõem discursos únicos, redigidos na primeira pessoa do singular, a partir de trechos de falas de diferentes sujeitos, que apresentam os mesmos sentidos e significados sobre determinado tema, visando, assim, evidenciar as representações sociais de determinados grupos (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005).

A criação dos DSCs se dá por meio da tabulação de dados, sendo necessário, para seu desenvolvimento, analisar a resposta de todos os participantes sobre uma mesma questão. Para isso, conta-se com as seguintes figuras metodológicas: as expressões-chave (ECH), que consistem na essência do depoimento, apresentam-se na forma de expressões literais e corporificam os DSCs; as ideias centrais (IC), que são descrições sintéticas do sentido do depoimento, ou seja, a nomeação do que se está falando; a ancoragem (AC), composta de afirmações genéricas que enquadram situações específicas; e o discurso-síntese (DSC), que é um discurso redigido na primeira pessoa do singular (eu), composto pelas ECH que possuem as mesmas IC ou AC (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005).

Resultados e Discussão

O conceito de “alta” no CAPSij

As compreensões de alta apresentadas pelas(os) participantes deste estudo estão vinculadas às condições para sua ocorrência, considerando o binômio saúde-doença, os aspectos de melhoria e estabilização de sintomas psiquiátricos e, também, o

sujeito e seu sofrimento, seu contexto de vida, suas atividades/ocupações e inserção no cotidiano, conforme ilustrados nos DSCs a seguir:

É quando a crise foi minimizada, a criança ou o adolescente já saiu de seu quadro de crise, já saiu de uma certa intensificação. Então o paciente tem uma melhora ou estabilização desse quadro patológico, comportamental e das questões medicamentosas por um tempo adequado. Ressalto que quando eu falo melhora, eu não estou dizendo cura. Aqui a gente não fala de cura, mas sim de um transtorno que ele vai carregar... Então eu entendo que a alta pode ser por uma melhora, mas ainda tendo dificuldades, ainda precisando de um suporte.

Se dá quando o paciente está com uma vida funcional, então ele consegue, independente da sua patologia e dentro das possibilidades dele, conduzir sua vida, ter mais autonomia, se organizar no seu dia a dia, ter uma vida mais independente nas atividades básicas, fazer coisas que antes ele não conseguia, desde conseguir se alimentar sozinho, tomar banho sozinho, até voltar pra escola.

As diferentes concepções acerca do que deve constituir o processo de alta assinalam a coexistência de diferentes compreensões que se referem ao sofrimento psíquico e aos devidos percursos de cuidado. Ainda que o campo da saúde mental tenha tido um avanço e uma complexificação das formas de cuidado, o desafio da mudança de paradigma da doença para a saúde mental ainda se faz presente (LIMA, 2006), inclusive no campo da infância e adolescência.

A compreensão de alta vinculada aos processos de melhoria dos sintomas da criança/adolescente está relacionada aos processos históricos e culturais associados ao modelo biomédico ainda predominante, inclusive no campo da saúde mental, que segue com os desafios que permeiam a compreensão do sofrimento psíquico em detrimento do estigma da loucura e de sua expressão social (COSTA-ROSA, 2000; LIMA, 2006; TAÑO; MATSUKURA, 2015).

A despeito disso, foram observados também discursos que rompem com a lógica, ainda fortemente estabelecida, da relação entre alta e cura, ampliando a reflexão da alta para outros fatores inerentes ao indivíduo e ao seu contexto de vida, demonstrando a influência do paradigma psicossocial tanto na compreensão do processo de alta, quanto na configuração do cuidado:

É quando ele está com uma circulação e uma relação melhor na escola, está conseguindo aprender algumas coisas, ter amigos, se relacionar do jeito dele, lidar com as dificuldades do meio social, está inserido em outros espaços, de saúde, educação, cultura, lazer... É a questão da participação social, quando essa criança, esse adolescente, está ampliando o seu repertório social, repertório ocupacional, sendo mais ativo nisso, mais protagonista [...].

Em síntese, a perspectiva do paradigma psicossocial propõe que o entendimento e as ações de cuidado estejam ligados aos aspectos socioculturais nos quais as pessoas estão envolvidas, valorizando estratégias que questionem e rompam com os aparatos institucionais e sociais responsáveis pela (re)produção de asilamento, medicalização e objetificação, aos quais as pessoas em sofrimento psíquico estão historicamente submetidas (COSTA-ROSA, 2000).

Sabe-se que familiares de crianças/adolescentes que vivenciam o sofrimento psíquico expressam a esperança com relação à cura, e que tal expectativa é um fenômeno compreensível diante de todo sofrimento vivenciado pelos usuários e famílias e que pode, inclusive, ser entendida como “uma maneira de lidar com o sofrimento” (MOURA, 2018, p. 66). Pontua-se que as expectativas quanto à cura das crianças/adolescentes com sofrimento psíquico é importante tema de discussão no contexto do CAPSij, devendo envolver todos os atores do cuidado.

O trabalho de desinstitucionalização, preconizado na política de saúde mental brasileira, está ligado à transformação do modo como as pessoas são tratadas e ao entendimento de que o cuidado deve se desenvolver a partir da produção de vida dos sujeitos, ao invés de ter sua ênfase na cura (CONSTANTINIDIS; CUNHA, 2016). Na infância e adolescência, esta produção de vida está ligada a “[...] ampliação e garantia dos direitos políticos da criança: direito à voz, à participação no espaço público, à legitimidade de sua presença e ação enquanto ator social [...]” (VICENTIM, 2016, p. 35).

Esta discussão remete ao conceito de *recovery*, que emergiu do movimento de usuários dos serviços de saúde mental da cultura anglo-saxã, e que se refere a uma nova forma de estar no mundo, a partir da experiência do sofrimento psíquico, envolvendo a aceitação da diversidade dessa condição, a superação do estigma, o exercício da cidadania e a responsabilização pela vida, não havendo ainda uma tradução do termo, considerando sua amplitude, para a língua portuguesa (DUARTE, 2007; RICCI, 2015).

Nessa direção, reconhecendo que as pessoas que vivenciam o sofrimento psíquico são detentoras da condução de suas vidas e têm o direito de participar de forma ativa de seu processo de cuidado (DUARTE, 2007), a noção de *recovery* se mostra presente nas percepções das(os) participantes deste estudo, que buscam distanciar o processo de alta do conceito de cura:

[...] ele consegue lidar com problemas que essa patologia possa trazer, consegue se perceber melhor, se fortalecer e lidar com as situações de maneira mais saudável e consegue dar conta disso do jeito dele.

[...] quando a família consegue entender o que a criança tem, consegue se fortalecer quanto ao manejo com a criança, já está empoderada para agir por conta, conseguindo acolher mais a situação desse sujeito como ele é.

Observa-se, assim, que a alta é pensada a partir da vida cotidiana organizada de forma mais autônoma e apropriada pelas crianças/adolescentes e suas famílias, para além do diagnóstico e dentro das possibilidades de cada um, mesmo que o termo *recovery* não tenha aparecido concretamente nos discursos das(os) participantes, e que considerar *recovery* na perspectiva da infância e adolescência implique necessariamente o dimensionamento relativo a esta etapa da vida, que possui singularidades relacionadas ao processo de crescimento, desenvolvimento e participação sociocultural.

Considera-se que os CAPS são equipamentos potenciais fomentadores dos processos de *recovery* (RICCI, 2017) e que esta compreensão convoca os serviços para uma reflexão em termos de valores, objetivos e práticas no sentido de maximizar as oportunidades de participação das pessoas que convivem com o sofrimento psíquico, apesar de este ser um referencial ainda pouco conhecido entre os trabalhadores de saúde mental (ANASTÁCIO; FURTADO, 2012) – o que justifica a necessidade do desenvolvimento de pesquisas que visem ampliar a compreensão deste conceito no cenário brasileiro, especialmente no que se refere à atenção psicossocial de crianças e adolescentes.

Outro ponto, advindo dos resultados relativos à conceituação da alta, é a sinalização das(os) profissionais de que a alta não deve ser dada de forma definitiva, mas sim “para a rede”, indicando que as(os) participantes atentam para a necessidade da continuidade do cuidado em rede das crianças e adolescentes acompanhados, conforme apresenta-se no DSC a seguir:

Vai precisar de um acompanhamento longitudinal, de uma alta compartilhada com uma rede de serviços. A própria UBS [Unidade Básica de Saúde] é longitudinal, é integral, então tem que garantir e manter esses princípios do SUS [Sistema Único de Saúde]. Assim, a gente dá a alta para a rede. Que a gente tenha parceiros no território pra lidar com isso, porque eu não daria alta pra alguém que não está assistido de alguma maneira em algum lugar.

A rede de cuidados à SMIJ integra a política de saúde mental e demonstra que é potente, na medida em que permite o curso e a implementação da alta no contexto do CAPSij, ampliando e efetivando o cuidado. Por outro lado, quando esta rede

está fragilizada, atravança tal curso, desembocando em inúmeras dificuldades, denotando assim que o percurso de saída do CAPSij pressupõe a abertura de outros equipamentos para o acolhimento dessas crianças e adolescentes.

O desafio está, dentre outras coisas, na compreensão – associada à implementação de estratégias – de que para que a alta ocorra, outros atores precisam estar corresponsabilizados. Para isso, é imprescindível que o trabalho nos CAPSij considere indispensável a articulação e apoio contínuos da e à rede intra e intersetorial (GUEDES *et al.*, 2017; TAÑO; MATSUKURA, 2019) – tema que será tratado com maior profundidade no decorrer deste texto.

Como acontece a alta no CAPSij

Todas(os) as(os) participantes afirmaram que as altas acontecem em todos os CAPSij em que trabalham e descreveram que ela ocorre de forma gradual, processual e por meio de uma sequência de etapas: identificação da possibilidade da alta e discussão do caso com a equipe, avaliação médica e do uso da medicação, conversa com o usuário e familiar e encaminhamento e articulação com a rede.

A alta é um processo que a gente vai fazendo de forma gradual. Nós fazemos um trabalho de alta, então não é uma coisa ‘de repente’. A gente vai percebendo, vai entrando nesse processo, vai conversando, vai preparando eles pra essa alta, vai trabalhando a família de que ele tem que estar em outros espaços, vai orientando sobre o que é essa alta, a gente também fala com o grupo... Então vai indo gradativamente.

Observa-se que há uma preocupação da equipe, segundo a percepção das(os) participantes, com o processo da alta, no sentido de que ele ocorra de forma gradual e compartilhado com a própria criança/adolescente, sua família, a equipe interdisciplinar e a rede de cuidados.

No entanto, sobre o aspecto do planejamento da alta, as(os) participantes relataram distintas realidades: que o planejamento existe e é feito efetivamente pela equipe; que acontece às vezes e depende do técnico de referência; que existem diversos entraves na dinâmica do trabalho; que existe pouco planejamento para a alta; e que este tema tem sido pautado com mais frequência em discussão de equipe. A seguir, destacam-se dois DCS que representam os últimos dois aspectos citados:

Eu acho que falta, que tem pouco, que a gente não consegue fazer esse planejamento tão claro porque a gente está atendendo muito mais do que a gente deveria, e como tem muita gente e pouco profissional, a gente acaba tendo uma dificuldade maior em planejar essas altas, em se organizar pra pensar nisso.

A gente sempre pensa nisso das altas, como a gente poderia organizar, como a gente poderia fazer pra pensar na equipe toda, nas miniequipes, quais são as possíveis altas, o que já dá pra gente ir engajando... A gente está melhorando, a gente está tendo essa crítica de que 'porque a gente está há tanto tempo com esse caso?', 'eu não posso falar que um paciente está em crise há seis anos', e a gente tem pacientes aqui há seis anos... Então isso nos faz pensar numa alta de outra forma, por que a gente não está dando?

Observa-se, portanto, que mesmo havendo a compreensão de que as altas sejam desenvolvidas de forma gradual, as(os) participantes relatam a existência de um planejamento para a alta ainda frágil, o que pode estar relacionado, entre outros fatores, ao fato de que os profissionais não tenham tempo destinado a esse planejamento em suas agendas de trabalho. A questão da existência de um planejamento para a alta é relevante também para os usuários desses equipamentos, visto que é necessário tempo para que as crianças e adolescentes, e seus familiares, se apropriem de outros espaços e de outros fazeres, realizando assim o movimento de desterritorialização do CAPSij e reterritorialização nestes outros locais ou outros fazeres existenciais (FERIGATO; BALLARIN, 2011).

Quanto às etapas do processo de alta, apresenta-se a seguir um DSC que aborda especificamente a etapa da articulação da rede intra e intersetorial, destacando-se como necessária para a efetivação da alta da criança/adolescente:

A gente começa o processo de articulação com a rede. A referência começa a articular outros espaços, começa a encaminhar relatórios e em alguns casos, é feito visita nesses espaços junto com o paciente, pra ele conhecer e saber que existe, e de repente despertar o interesse. A gente faz um relatório de alta pra eles e o encaminhamento [...].

A importância da articulação com a rede intra e intersetorial é afirmada novamente neste DSC, deixando claro que, na visão das(os) participantes do estudo, esta é uma característica fundamental para que o processo de alta aconteça de forma efetiva.

Objetivando avançar nesta perspectiva, compreende-se que a elaboração de relatórios, bem como a realização de contatos telefônicos e de visitas presenciais aos equipamentos para os quais possivelmente as crianças e adolescentes irão, são elementos fundamentais no processo de alta. Tais estratégias e esforços pontuados vão ao encontro das diretrizes da Política Nacional de SMIJ, a qual afirma que havendo outro serviço que melhor se ajuste às necessidades do usuário, deve-se

[...] de maneira implicada e corresponsável promover o acompanhamento do caso até a sua inclusão e o seu atendimento em outro serviço (muito diferente de um procedimento administrativo e burocrático de preencher uma guia de encaminhamento para outro

serviço). Muitas vezes, é preciso fazer um trabalho em conjunto entre os serviços para o melhor atendimento do caso (BRASIL, 2014, p. 24, grifo nosso).

A partir disso, pontua-se que o DSC apresentado acima parece revelar um processo pautado no encaminhamento, pois, ainda que vá além da entrega dos documentos de referência e contrarreferência, deixa lacunas sobre o que o acompanhamento corresponsável e implicado propõe.

Delfini *et al.* (2016, p. 214) discorrem sobre a lógica do encaminhamento, alertando que esta pode gerar condutas com sentidos diferentes – isto é, ou acontecendo de forma indiscriminada, comprometendo o desenvolvimento da clínica ampliada, ou articulando o cuidado de forma implicada e corresponsabilizada.

Entende-se a relevância desta temática para o campo da atenção à saúde mental de crianças e adolescentes e, portanto, sinaliza-se a necessidade de mais estudos que explorem como os CAPSij têm implementado, na prática, o diálogo e a relação com os outros serviços que compõem a RAPS, de forma intra e intersetorial, pensando não somente a alta, mas todo o processo de cuidado.

Ainda neste sentido, nota-se que o maior entrave pontuado pelas(os) participantes parece estar relacionado justamente à denominada “etapa de encaminhamento do usuário para a rede”. Identifica-se que ainda é um desafio que a saúde mental e o cuidado estejam presentes na rede de saúde efetivamente, conforme ilustra o DSC a seguir:

O que acontece em muitos casos é retornar pro nosso serviço, porque é um serviço que acolhe e que cuida, e às vezes sai daqui, e por mais que a gente faça tão amarradinho, no posto de saúde é uma vez por mês, é só de vez em quando a consulta [...].

Sobre as articulações em rede, Couto, Duarte e Delgado (2008) afirmam que a barreira que existe no Brasil não está na ausência absoluta de dispositivos de oferta de cuidado em SMIJ, ainda que exista demanda por sua ampliação, mas principalmente na presença desarticulada e fragmentada dos recursos existentes, assinalando que há recursos disponíveis, porém pouco articulados com a rede de SMIJ, e portanto, pouco utilizados/acessados pela população de crianças e adolescentes com sofrimento psíquico.

É importante assinalar que, nas falas das(os) participantes, a articulação em rede tem sido realizada sobretudo quando se verifica a possibilidade de alta das crianças e adolescentes. Entende-se, porém, que a articulação intra e intersetorial deve fazer parte de todo o processo de cuidado durante a permanência no CAPSij, enquanto

condição e oferta do melhor cuidado possível, sustentado numa perspectiva territorial e comunitária, que apoie a construção dos projetos terapêuticos singulares (PTS) e a tessitura de redes de proteção para crianças, adolescentes, suas famílias e comunidades (TAÑO; MATSUKURA, 2019). A articulação em rede, como premissa fundamental dos CAPSij a ser executada desde a entrada das crianças e adolescentes nos serviços, pode garantir um processo de alta compartilhado efetivamente com a rede, bem como de mais fácil compreensão e aceitação para as crianças/adolescentes, famílias e a própria rede.

Quanto aos serviços para os quais as crianças e adolescentes em alta do CAPSij são encaminhados, observa-se que o setor mais citado é o da saúde. Todas(os) as(os) participantes fizeram essa afirmação e citaram a UBS como local de referência para as crianças e adolescentes na alta.

A Atenção Básica (AB) é parte da Rede de Atenção à Saúde (RAS) do SUS, integrando UBS, Estratégia Saúde da Família (ESF) e Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB). Diante do fato de que a AB “[...] tem sido cada vez mais convocada a contribuir em questões que envolvam saúde mental” (DELFINI *et al.*, 2016, p. 209), o apoio matricial, a priorização de saúde mental na formação das equipes da AB e o acompanhamento/avaliação das ações de saúde mental na AB se destacam enquanto diretrizes estratégicas e fundamentais no cuidado (LAURIDSEN-RIBEIRO; TANAKA, 2016). É preciso reforçar esta competência da AB, porque mesmo sendo possível identificar importantes benefícios relativos a este cuidado – “tais como a melhora da acessibilidade da atenção, distribuição geográfica mais equitativa, maior cobertura, maior aceitabilidade, menor estigma” (LAURIDSEN-RIBEIRO; TANAKA, 2016, p. 158) – a articulação da saúde mental e AB ainda se configura como um desafio.

Outro aspecto relevante é que a organização da atenção em SMIJ “não pode ficar restrita à oferta de serviços de saúde mental, devendo ser potencializada pela articulação e pelo cuidado colaborativo entre diferentes setores públicos voltados ao cuidado da infância e adolescência” (COUTO; DELGADO, 2016, p. 164). Os campos de lazer, cultura e esportes, educação e cursos profissionalizantes e assistência social também foram citados pelas(os) participantes, indicando que o CAPSij e seus profissionais têm-se apropriado mais significativamente dos recursos disponíveis no território, para além da saúde.

Esses resultados assemelham-se aos resultados encontrados e discussão realizada no estudo de Bueno (2013, p. 76), que afirma que a parceria com a rede intersetorial “[...] retrata um avanço na proposta de desconstrução do modelo hospitalocêntrico e da promoção à saúde mental”; e de Taño e Matsukura (2019), ressaltando os impactos que a intersetorialidade promove no trabalho dos CAPSij, como a efetivação do PTS, a sustentação da duração e manutenção das ações neste contexto de cuidado, a qualificação das ações da rede e do CAPSij, e a promoção da saúde e cidadania.

Evidencia-se, portanto, que a alta no CAPSij se condiciona ao encaminhamento corresponsável e implicado da criança e/ou adolescente para a rede intra e intersetorial, tanto conceitualmente quanto no nível de intervenção.

Critérios para a ata no CAPSij

Quanto aos critérios para a alta no CAPSij, as(os) participantes indicaram: a melhora/estabilização do quadro, a participação e envolvimento da criança/adolescente no cotidiano, a criança/adolescente ter uma rede de apoio e sustentação fora do CAPSij, e que não existem critérios predefinidos – como se observa, respectivamente, nos DSCs a seguir:

A melhora ou estabilização do quadro dentro das possibilidades dele, desde que seja por um tempo e a gente avalie isso como positivo no tratamento, sendo que não necessariamente ele vai estar curado pra ter alta, ou seja, ele estar minimamente seguro, ele não estar em crise.

O levantamento do funcionamento do paciente no cotidiano dele, então um fator muito importante pra gente é se ele [...] está circulando mais pelos espaços, pela comunidade, no território dele, se está desenvolvendo mais independência e autonomia [...].

Que ele tenha uma rede lá fora pra dar sustentação pra ele, a gente nunca dá alta pra alguém sem encaminhamento pra outro serviço. Se a gente não tem pra onde mandar, não sabe o que fazer com ele, a gente não dá alta.

Não existem critérios claros, formais, específicos ou estabelecidos pela instituição, é mais subjetivo [...], é realmente uma comparação de como ele chegou e como ele está hoje. Cada um é um, eu não posso generalizar.

Os critérios adotados pelas equipes reiteram e corroboram os demais resultados desta pesquisa, apresentados anteriormente, e que se estabelecem de forma subjetiva e não necessariamente predeterminada, o que pode se dar devido ao contexto de cuidado em SMIJ ser complexo e permeado por multifatores, os quais podem interferir tanto na admissão das crianças/adolescentes quanto na sua alta do serviço.

Assim, os resultados aqui apresentados nos remetem à reflexão sobre os critérios para a admissão de crianças e adolescentes no CAPSij, considerando que uma situação está diretamente associada à outra. Ou seja, para identificar os critérios da alta, pode-se direcionar o pensamento para os critérios da admissão ao CAPS.

É possível exercitar esse raciocínio a partir dos determinantes de diagnóstico situacional e indicadores de risco na SMIJ: o tempo de comprometimento da criança e/ou adolescente, as esferas comprometidas e os níveis de comprometimento da vida, os graus de prejuízo natural do desenvolvimento da pessoa e sua inferência na autonomia e independência da pessoa e a estrutura de suporte e proteção com a qual a pessoa pode contar (LYKOUROPOULOS; PÈCHY, 2016). Assim, o pensamento sobre esses aspectos pode embasar a equipe de profissionais dos CAPSij ao avaliarem uma criança/adolescente para inserção no CAPS, mas também pode embasar a avaliação para a alta, pois são fatores relevantes em ambas as situações.

Nota-se também que nesta questão não houve nenhum discurso relacionado à avaliação das proposições do PTS ou à retomada a este recurso; ou ainda referência a avaliações que auxiliem os profissionais na identificação de critérios para a alta. Mais estudos que possam se debruçar sobre esta questão seriam interessantes, no sentido de melhor explorar o processo de execução, implementação, avaliação e desfecho dos PTS no contexto do CAPSij, considerando diferentes demandas de cuidado e distintos atores envolvidos.

Sobre o uso do termo “alta” no cotidiano do trabalho

Quanto ao uso do termo “alta” no cotidiano das(os) participantes e, inclusive, da equipe de trabalho como um todo, observou-se, como se verá, que este termo é amplamente empregado na dinâmica de trabalho do CAPSij, tanto em situações dentro quanto fora do equipamento:

Usamos em várias situações: quando o paciente vai sair do serviço, quando o paciente não precisa mais ficar no acolhimento noturno, na programação de alta, nas reuniões de equipe, nas discussões de caso, nas reuniões com as famílias, nos grupos de famílias, nas assembleias e nas discussões com a rede.

As famílias falam essa palavra ‘quando vai ter alta?’, a alta é o que a família espera desde que entra aqui.

Nota-se que este último DCS apresenta a marca de uma singularidade da SMIJ, em que parte das famílias esperam pela alta. Como já posto anteriormente,

mesmo que as famílias ainda compreendam a alta em associação à cura, existe uma expectativa por esse momento – fenômeno que geralmente difere dos contextos de CAPS que atendem à população adulta, em que o receio e a resistência da alta estão fortemente presentes (GUEDES *et al.*, 2017; MARIOTTI *et al.*, 2014). Contudo, destaca-se que esta característica não pode ser generalizada para todos os casos e é necessário considerar que a resistência à alta também é uma realidade na infância e juventude (RICHTER, 2019).

Ainda dentro desta questão, as(os) participantes relataram os diversos tipos de alta existentes no contexto do CAPSij: alta por melhora, relacionada ao processo de cuidado; alta por abandono do tratamento, alta por não aderência ao tratamento/serviço, alta por mudança de território e alta a pedido da família.

O que se verifica, então, é que este é um léxico polissêmico, que adquire os significados a partir das práticas realizadas pelas equipes e das situações para as quais está sendo empregado. Nota-se que as dimensões apresentadas deveriam remeter fortemente às questões do encaminhamento corresponsável e implicado, explanado anteriormente, contudo o que se observa é que tais modalidades deixam a desejar neste quesito, importando nas nomenclaturas mais o aspecto burocrático-administrativo do que o caráter de processos de cuidado.

A literatura aponta que a palavra “alta” vem sendo usada histórica e culturalmente em situações que preveem a cura e/ou remissão de sintomas (GUEDES *et al.*, 2017; FERIGATO; BALLARIN, 2011). Nesse sentido, alerta-se para a pertinência de que no campo da saúde mental o termo “alta” deve ser considerado sempre em perspectiva com os paradigmas da atenção psicossocial e do *recovery*. Isto deriva da constatação de que o cuidado em saúde mental, assim como proferido pelas(os) participantes deste estudo, bem como pela literatura da área, avança na elaboração dos conceitos de saúde-doença, busca evitar o conceito de cura na assistência ao sofrimento psíquico, e tem estabelecido tanto teórica quanto praticamente o entendimento de que a alta deve acontecer com o direcionamento para e corresponsabilização com a rede (COSTA-ROSA, 2000; GUEDES *et al.*, 2017; TAÑO; MATSUKURA, 2015).

Em suma, alta na SMIJ pressupõe a perspectiva do encaminhamento corresponsável e implicado (BRASIL, 2014), da transferência de cuidados (GUEDES *et al.*, 2017); da corresponsabilização pelo cuidado e construção de projetos de vida; e da garantia de direitos da infância e juventude (TAÑO; MATSUKURA, 2019) – o que se efetiva por meio do trabalho intra e intersetorial, o qual requer a intervenção

de uma presença viva para sua constituição, a fim de que as parcerias para o cuidado possam ser potencializadas, escapando de entraves como comportamentos de rivalidade e também de delegação de responsabilidades entre os atores do cuidado (LYKOUROPOULOS; PÈCHY, 2016).

É papel do CAPSij ser esta presença viva no território e é função do território respeitar e acolher a presença do CAPSij, caminhando assim para a construção da rede e da real possibilidade da transferência de cuidados no campo da SMIJ. É urgente que este entendimento seja construído, compreendido e praticado tanto pelos profissionais trabalhadores da SMIJ e da rede de atenção à SMIJ, quanto pelos usuários e familiares, objetivando-se que as expectativas entre os diferentes atores e sujeitos do cuidado sejam alinhadas às possíveis, variadas e potentes formas de cuidado neste campo.

É importante ressaltar que o presente estudo não está em desacordo com o uso literal da palavra “alta” no contexto do CAPSij, mas propõe uma crítica construtiva, no sentido de que este termo, no campo da saúde mental e da SMIJ, exige uma conceituação mais complexa, ampliada e aprofundada. Compreende-se que este tema ainda demanda mais elementos e reflexões que podem ser alvo de novos estudos.

Considerações finais

Apesar de esta pesquisa ter sido conduzida apenas com terapeutas ocupacionais, seus resultados e discussões são pertinentes a todos os profissionais trabalhadores dos CAPSij e também da rede de SMIJ, sendo que ao referirem suas impressões nos DSCs, na maioria das vezes demonstraram abarcar não somente sua forma de pensar e agir, mas de toda uma equipe de profissionais, utilizando nos seus discursos, geralmente, a primeira pessoa do plural (nós), referenciando as equipes das quais fazem parte.

Ao discorrerem sobre os diferentes aspectos do processo de alta, as(os) participantes afirmaram diversas vezes a importância da rede de cuidados à infância e adolescência, condicionando-a à efetivação da alta de crianças e adolescentes no CAPSij, ou seja, seus discursos evidenciam que a articulação implicada com a rede intra e intersetorial se configura como condição para a existência da alta no campo da SMIJ.

Os resultados deste estudo sinalizam que, embora ainda existam desafios a serem superados, especialmente no que se refere à efetivação da corresponsabilização

intra e intersetorial em todo o processo de cuidado em SMIJ, a potência de uma rede de cuidados à infância e adolescência se sobressai, já que, quando ela existe, também coexistem com ela as possibilidades de geração e ampliação de reflexões, discussões, planejamento e implementação de estratégias diversas, que mesmo que ainda possam ser insuficientes, têm potencial para culminar em processos de alta corresponsáveis e implicados na rede, respondendo assim às diretrizes da política de SMIJ e à perspectiva psicossocial de atenção.

Assim, tanto a superação dos desafios quanto o fortalecimento das potências pressupõem, para além de profissionais comprometidos, uma gestão também comprometida, que priorize o acesso da infância/adolescência à rede de proteção que lhes cabe e, conseqüentemente, ao cuidado efetivo em saúde mental.

Entende-se que o estudo atingiu seus objetivos e levantou aspectos que podem subsidiar práticas mais efetivas e reflexões capazes de desencadear planejamentos de ações mais potentes tanto em nível do cuidado direto quanto da gestão desse cuidado. Um exemplo, a título de ilustração, seria: pautar nas reuniões de equipe o processo de alta, por meio ou da discussão dos critérios de admissão e alta ou inserindo discussões de caso de crianças/adolescentes acompanhadas a determinado tempo no CAPSi.³

Referências

- ANASTÁCIO, C. C.; FURTADO, J. P. Reabilitação Psicossocial e Recovery: conceitos e influências nos serviços oferecidos pelo sistema de saúde mental. *Cad. Bras. Saúde Mental*, Florianópolis, v. 4, n. 9, p. 72-83, 2012. Disponível em <<http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/2126>>. Acesso em: 02 jan. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Atenção Psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos*. Ministério da Saúde, Conselho Nacional do Ministério Público. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 62 p.
- BUENO, A. R. *Terapia Ocupacional no Campo da Saúde Mental Infantojuvenil: revelando as ações junto aos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi)*. 2013. 145 f. Dissertação (Mestrado em Terapia Ocupacional). Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Universidade Federal de São Carlos - UFSCar, São Carlos, 2013.
- CONSTANTINIDIS, T. C.; CUNHA, A. C. Desinstitucionalizando conceitos. In: MATSUKURA, T. S.; SALLES, M. M. (org.). *Cotidiano, Atividade Humana e Ocupação: Perspectivas da terapia ocupacional no campo da saúde mental*. São Carlos: EdUFSCar, 2016, p. 37-60.

- COSTA-ROSA, A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, P. *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000, 29p. Disponível em: <<https://repositorio.observatoriodocuidado.org/bitstream/handle/handle/1276/O%20modo%20psicossocial.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 03 ago. 2019.
- COUTO, M. C. V.; DELGADO, P. G. G. Presença viva da saúde mental no território: construção da rede pública ampliada de atenção para crianças e adolescentes. In: LAURIDSEN-RIBEIRO, E.; LYKOUROPOULOS, C. B. (org.). *O CAPSi e o desafio da gestão em Rede*. 1ª Ed. São Paulo: Hucitec, 2016. p. 161-191.
- COUTO, M. C. V.; DUARTE, C. S.; DELGADO, P. G. G. A saúde mental infantil na Saúde Pública brasileira: situação atual e desafios. *Rev. Bras. Psiquiatria*, v. 30, n. 4, p. 390-398, 2008. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v30n4/a15v30n4.pdf>>. Acesso em 20 jan 2019.
- DELFINI, P. S. S.; LEAL, B. M. M. L.; DACAL, C. S. *et al.* Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil e Atenção Básica à Saúde. In: LAURIDSEN-RIBEIRO, E.; LYKOUROPOULOS, C. B. (orgs.). *O CAPSi e o desafio da gestão em Rede*. 1ª Ed. São Paulo: Hucitec, 2016, p. 208-220.
- DUARTE, T. Recovery da doença mental: uma visão para os sistemas e serviços de saúde mental. *Análise Psicológica*, Lisboa, v. 25, n. 1, p. 127-133, 2007. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-82312007000100010>. Acesso em 5 jan 2019.
- FERIGATO, S.; BALLARIN, M. L. G. S. A Alta em Terapia Ocupacional: reflexões sobre o fim do processo terapêutico e o salto para a vida. *Cad. Ter. Ocup. UFSCAR*, São Carlos: v. 19, n. 3, p. 361-368, 2011.
- GUEDES, A. C. *et al.* Transferência de cuidados: processo de alta dos usuários de um centro de atenção psicossocial. *Rev. Eletr. Enf.*, v. 19, n. a42. p. 1-9, 2017. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v19.43794>>. Acesso em 11 jan 2019.
- 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*. 2ª Ed. São Paulo: Hucitec, 2016. p. 147-169.
- LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. *Discurso do Sujeito Coletivo*: um enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos). 2ª Ed. Caxias do Sul, RS: Educs, 2005, 256p.
- LIMA, E. M. F. A. A saúde mental nos caminhos da Terapia Ocupacional. *Rev. O Mundo da Saúde*, São Paulo, v. 30, n. 1, p. 117-122, 2006.
- LYKOUROPOULOS, C. B.; PÈCHY, S. H. S. O que é um CAPSi? In: RIBEIRO, E. LYKOUROPOULOS, C. B. (org.). *O Capsi e o desafio da gestão em rede*. 1ª Edição. São Paulo: Hucitec, 2016. p. 87-99.

MANZINI, E. J. Considerações sobre a elaboração do roteiro para entrevista semiestruturada. In: MARQUEZINE, M. C.; ALMEIDA, M. A; OMOTE, S. *Colóquios sobre pesquisa em educação especial*. 1º ed. Londrina, v. 1, p. 11-25, 2003.

MARIOTTI, M. C. *et al.* Estágio Supervisionado em terapia ocupacional em um centro de atenção psicossocial CAPS II: Desafios para a assistência e para o processo de ensino-aprendizagem. *Cad. Ter. Ocup. UFSCAR*, São Carlos, v.22, n.2, 2014. p.409-418. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.4322/cto.2014.062>>. Acesso em: 26 set. 2018.

MOURA, B. R. *Atenção à crise nos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis*. 2018. 163 f. Dissertação (Mestrado em Terapia Ocupacional). Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2018.

NURJANNAH, I. *et al.* Discharge planning in mental health care: an integrative review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, v. 23, p. 1175-1185, 2013. Disponível em <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/jocn.12297>>. Acesso em: 30 set. 2018.

RICHTER, R. H. M. *O processo de alta de crianças e adolescentes em CAPSij na perspectiva de terapeutas ocupacionais*. 2019. 192 f. Dissertação (Mestrado em Terapia Ocupacional). Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Universidade Federal de São Carlos – UFSCar, São Carlos, 2019.

RICCI, E. C. *Cotidiano e esquizofrenia: narrativas de usuários de centros de atenção psicossocial (CAPS) a partir da experiência do adoecimento*. Dissertação (mestrado) da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas 2015. 151p.

_____. Entre serviços e experiências de adoecimento: narrativas e possibilidades de recovery em saúde mental. *Cad. Bras. Saúde Mental*, Florianópolis, v. 9, n. 21, p. 212-228, 2017. Disponível em <<http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/4688/4878>>. Acesso em: 11 abr. 2019.

TAÑO, B. L.; MATSUKURA, T. S. Intersetorialidade e cuidado em saúde mental: experiência dos CAPSij da Região Sudeste do Brasil. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 1, p.1-27, 2019. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312019290108>>. Acesso em: 05 ago. 2019.

_____. Saúde mental infantojuvenil e desafios do campo: reflexões a partir do percurso histórico. *Cad. Ter. Ocup. UFSCAR*, São Carlos, v. 23, n. 2, p. 439-447, 2015. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.4322/0104-4931.ctoAR0479>>. Acesso em: 30 set. 2018.

VICENTIM, M. C. G. Criançar o descrençável. In: LAURIDSEN-RIBEIRO, E.; LYKOUROPOULOS, C. B. (org.). *O CAPSi e o desafio da gestão em Rede*. 1ª Ed. São Paulo: Hucitec, 2016. p. 29-38.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *A Glossary of Terms for Community Health Care and Services for Older Persons*. WHO/WKC/Tech.Ser./04.2. 2004. Disponível em <<http://apps.who.int/iris/handle/10665/68896>>. Acesso em: 21 abr. 2018. 111p.

Notas

¹ CINAHL (Cinahl Information Systems, Glendale, CA, USA) e PSYCHINFO (American Psychological Association, Washington, DC, USA).

² Ressalta-se que toda referência feita aos participantes desta pesquisa está no plural-feminino seguido da identificação masculina entre parênteses, objetivando destacar a população-alvo de maior representatividade (13 mulheres), mas também validar a participação das minorias (2 homens).

³ R. H. M. Richter e M. F. B. Cid: desenvolvimento do estudo retratado, além da concepção, elaboração, organização, redação e revisão do texto. T. S. Matsukura e B. L. Taño: elaboração e revisão do texto.

Abstract

Portraits of the discharge process in mental health care of children and adolescents from the perspective of occupational therapists

The objective was to understand the conceptions and process of discharging children and adolescents in Child Psychosocial Care Centers from the perspective of occupational therapists working in these locations. Qualitative, descriptive and exploratory field research was carried out with 15 occupational therapists who work at Child Psychosocial Care Centers in the city of São Paulo. Data were collected through a semi-structured interview and analyzed using the Collective Subject Discourse technique. Critical reflection on the concept of discharge in child and adolescent mental health, planning for discharge and the articulation of these services with the intra and intersectoral network throughout the follow-up are determinants for the discharge process of children and adolescents who experience psychological distress happen in an implicated, co-responsible and safe way. The study advances by addressing the issue of discharge in the context of child and adolescent mental health care, revealing challenges and perspectives for the improvement of actions and public policies and strengthening the Brazilian Psychiatric Reform.

► **Keywords:** Mental Health. Child Health. Adolescent Health. Patient Discharge. Mental Health Services.



DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312022320120>

ERRATA

No artigo “RETRATOS DO PROCESSO DE ALTA NA ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES NA PERSPECTIVA DE TERAPEUTAS OCUPACIONAIS”, com número de DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312022320102> publicado no periódico *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 32, n. 1, e320102, na página 1, erro de nome de autor:

ONDE SE LÊ:

Raíssa Herald Matias Richter

LEIA-SE:

Raíssa Herold Matias Richter

