

Salud mental de niños y adolescentes en atención primaria durante la pandemia de COVID 19: un informe de experiencia**Saúde mental de crianças e adolescentes na atenção primária durante pandemia de COVID 19: um relato de experiência****Mental health of children and adolescents in primary care during the COVID-19 pandemic: an experience report****Recibido: 24/09/2020****Aprobado: 06/03/2021****Publicado: 26/08/2021****Thaís Thaler Souza¹****Eliana Maria de Moraes²****Gialile de Sá Lúcio³****Patrícia de Fátima Coelho⁴****Amanda Dourado Souza Akahosi Fernandes⁵****Maria Fernanda Barboza Cid⁶**

Este es un informe de experiencia con base teórica en *Atención Psicosocial*, desarrollado en una región de Belo Horizonte - MG, durante el período de marzo a julio de 2020, con el objetivo de presentar las estrategias de atención a niños y adolescentes en intenso sufrimiento psíquico y a sus familias, durante el período de la pandemia de COVID-19. Entre las acciones desarrolladas por el equipo está la búsqueda de usuarios y familias a través de diferentes medios de acceso, como WhatsApp®, videollamadas, llamadas telefónicas, visitas a domicilio y articulaciones territoriales. Las estrategias utilizadas se presentaron a partir de los conceptos-herramienta: responsabilización, territorio, acogida, proyecto de cuidado y red intersectorial. Actualmente, los grupos *online* en versión *business*, cuentan con la participación de unos 90 miembros de la familia. En los cuatro meses de uso de la estrategia, se pudo observar que las familias se han adherido y utilizado el grupo para presentar dudas, tales como: la quita de pañales de sus hijos, sensibilidad bucal para cepillarse los dientes, agitación y agresividad, baja capacidad de atención, aumento compulsivo de la alimentación y problemas de sueño. A su vez, se observaron dificultades en las articulaciones intersectoriales y en el desarrollo de acciones dirigidas al adolescente.

Descriptor: Infecciones por coronavirus; Atención a la salud mental; Niño; Adolescente.

Este é um relato de experiência com base teórica na *Atenção Psicossocial*, desenvolvidas numa região de Belo Horizonte - MG, durante o período de março a julho de 2020, com o objetivo de apresentar as estratégias de cuidado a crianças e adolescentes em sofrimento psíquico intenso e suas famílias, no período da pandemia de COVID-19. Dentre as ações desenvolvidas pela equipe, destaca-se a busca pelos usuários e familiares por diferentes meios de acesso, como WhatsApp®, videochamadas, teleatendimento, visitas domiciliares e articulações territoriais. As estratégias utilizadas foram apresentadas a partir dos conceitos-ferramentas: responsabilização, território, acolhimento, projeto de cuidado e rede intersectorial. Atualmente, os grupos *online* em versão *business* conta com a participação de aproximadamente 90 familiares. Nos quatro meses de utilização da estratégia, foi possível observar que as famílias têm aderido e utilizado o grupo para apresentar dúvidas, tais como: desfralde de suas crianças, sensibilidade oral para escovar os dentes, agitação e agressividade, baixa atenção, aumento compulsivo na alimentação e problemas para dormir. Por sua vez, foram observadas dificuldades de articulações intersectoriais e desenvolvimento de ações voltadas para o adolescente.

Descriptor: Infecções por coronavírus; Assistência à saúde mental; Criança; Adolescente.

This is an experience report with a theoretical basis in Psychosocial Care, developed in a region of Belo Horizonte, in the state of Minas Gerais, from March to July 202. It aimed to present care strategies for children and adolescents in intense psychological distress and their families during the COVID-19 pandemic. Among the actions developed by the team, users and family members search for different means of access, such as WhatsApp®, video calls, teleservice, home visits and territorial articulations. The strategies used were presented from the tool-concepts: accountability, territory, reception, care project and intersectoral network. Currently, online groups in business version have approximately 90 family members participating. In the four months of using the strategy, it was possible to observe that families have joined and used the group to express doubts, such as: potty-training their children, oral sensitivity to brushing their teeth, agitation and aggressiveness, low attention, compulsive increase in feeding and trouble sleeping. In turn, difficulties in intersectorial articulation and the development of actions aimed at adolescents were observed.

Descriptor: Coronavirus infections; Mental health assistance; Child; Adolescent.

1. Terapeuta Ocupacional. Especialista em Arteterapia. Especialista em Psicopedagogia. Maestra en Neurociencias. Estudiante de Doctorado en Terapia Ocupacional en la Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). Terapeuta Ocupacional da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte/MG, Brasil. ORCID: 0000-0001-6623-4975 E-mail: thaisthaler@hotmail.com

2. Terapeuta Ocupacional. Secretaria Municipal de Salud de Belo Horizonte, MG, Brasil. ORCID: 0000-0003-0584-3747 E-mail: moraeselianna10@gmail.com

3. Fonoaudióloga. Maestra en Ciencias de la Logopedia. Secretaria Municipal de Salud de Belo Horizonte, MG, Brasil. ORCID: 0000-0002-6092-1886 E-mail: gialileisa@yahoo.com.br

4. Fonoaudióloga. Especialista en Salud de la Familia. Secretaría Municipal de Salud de Belo Horizonte, MG, Brasil. ORCID: 0000-0003-2486-6848 E-mail: patricia.fatima2007@hotmail.com

5. Terapeuta Ocupacional. Maestra y Doctora en Terapia Ocupacional. Profesora del Departamento de Terapia Ocupacional de la UFSCar, São Carlos, SP, Brasil. ORCID: 0000-0001-8006-8117 E-mail: amandafernandes@ufscar.br

6. Terapeuta Ocupacional. Maestra y Doctora en Educación Especial. Investigadora Postdoctoral en Educación Inclusiva. Profesora Adjunta del Departamento de Terapia Ocupacional y del Programa de Postgrado en Terapia Ocupacional de la UFSCar (PPGT0-UFSCar). São Carlos, SP, Brasil. ORCID: 0000-0002-0199-0670 E-mail: mariafernandacid@gmail.com

INTRODUCCIÓN

En 2020 el mundo se vio afectado por un virus (coronavirus), que causó la enfermedad denominada COVID-19, con un alto índice de letalidad. Se cree que su primera aparición fue en Wuhan, en China, a finales de 2019. Sin embargo, como resultado de la rápida transmisión, en marzo de 2020, el COVID-19 fue clasificado como pandemia por la Organización Mundial de la Salud¹.

La manifestación de los síntomas de COVID-19 varía desde infecciones asintomáticas hasta afecciones respiratorias graves. Así, se han implementado algunas medidas de prevención y protección por parte de los gobiernos a diferentes niveles: municipal, estatal, federal y mundial, como el cierre de servicios no esenciales, el distanciamiento social, la orientación al lavado frecuente de manos, la limpieza y desinfección de ambientes, el uso de mascarillas y el cumplimiento de la etiqueta respiratoria¹.

Además de los impactos biológicos, los psicológicos y emocionales en este período también están en evidencia, y pueden surgir debido a las incertidumbres del momento, el miedo, informaciones inexactas sobre el número de infectados, la escasez de pruebas y recursos de protección y la necesidad de aislamiento^{2,3}. Entre los síntomas de sufrimiento psíquico más comunes se encuentran la ansiedad, el estrés, los trastornos del sueño, la fatiga y la ira, que pueden intensificarse y cronificarse en trastornos depresivos y de ansiedad, provocando ataques de pánico o trastorno de estrés postraumático^{2,3}.

Además, se considera que algunos grupos, como los niños y los adolescentes, están más expuestos a situaciones de violencia, abandono y exclusión debido a contextos de mayor vulnerabilidad social, y pueden considerarse de mayor riesgo para desarrollar problemas de salud mental⁴, aunque la posibilidad de infección en este grupo de edad es menor que en otros grupos⁵.

Los niños y adolescentes que ya presentaban demandas relacionadas con la salud mental antes de la pandemia pueden presentar una intensificación del sufrimiento durante este periodo. Esto ocurre debido a los cambios bruscos de rutina, la ruptura con contextos importantes para el niño, como la escuela, la familia, los amigos y la atención a salud, así como las situaciones de opresión y desigualdad^{5,6}.

Ante este escenario y las demandas emergentes, es imprescindible la reestructuración de las prácticas en salud, ya que no hay previsibilidad en cuanto a los impactos sobre la salud mental o el comportamiento de la población y aún no existen pautas de actuación en la asistencia en situaciones de este tipo. Por lo tanto, es evidente la necesidad de invertir en investigaciones e identificación de estrategias de salud mental durante los períodos de brotes infecciosos². Específicamente cuando se trata de la atención a la salud mental infantil y juvenil, es esencial repensarla para el contexto de la pandemia de COVID-19 desde las políticas que lideran las prácticas en este campo.

La Red de Atención Psicosocial en Salud Mental (RAPS) en Brasil se basa en los principios de la Atención Psicosocial (AP) que surge como una propuesta paradigmática para romper el modelo asilar de atención a la locura, posibilitando una nueva mirada y comprensión sobre la experiencia humana en el sufrimiento psíquico, eliminando el enfoque estrecho de la patología para posibilidades y complejidades relacionadas con el propio proceso vital⁷.

Bajo la perspectiva de diferentes aportes teóricos, influencias e inversiones, la AP se fue constituyendo en Brasil y orientando la política pública de salud mental del Ministerio de Salud. La AP es considerada como “[...] un campo de saberes y prácticas atravesado por una ideología ético-política que sustituye a la psiquiatría centrada en hospitales y médicos, ideológicamente subordinada, pero aún dominante en las prácticas cotidianas”⁸.

En el contexto de la infancia y la adolescencia, las políticas de salud mental que rigen la atención a este público se han propuesto a partir de un modelo institucional basado en los principios y directrices del SUS, operacionalizado principalmente a través de RAPS, a partir de las proposiciones que se han pensado para los adultos. También vale la pena reflexionar que,

además de los puntos de atención, la RAPS defiende dimensiones que se relacionan con el acceso, la vinculación y la articulación de la red de atención. En este sentido, los espacios y equipamientos deben ser productores de relaciones sociales, basadas en principios y valores que tengan como horizonte la transformación social⁹.

La implementación de un modelo de asistencia a la infancia, basado en los principios y directrices de la AP, presenta todavía varias debilidades, ya que la inversión y los esfuerzos para responder a toda la especificidad necesaria son recientes. Se considera que es a través de esta transformación (posibilitar el acceso, el vínculo, la articulación de la red y la corresponsabilidad en el cuidado) que se comenzará a vislumbrar un modelo de atención, para que pilares de apoyo a esta transformación como -el ejercicio de los derechos de ciudadanía y la inclusión social- puedan ser efectivamente vividos por los niños y adolescentes⁹.

En 2014, el Ministerio de Salud publicó un documento titulado "*Atenção Psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir o cuidado*" (Atención psicosocial para niños y adolescentes en el SUS: tejiendo redes para garantizar la atención). En este documento se señalan una serie de orientaciones para la construcción de la atención en salud mental infantil y juvenil. Además, se destacan aspectos específicos sobre la atención a esta población como la garantía a la salud como derecho fundamental, la constitución de RAPS, el papel de la educación, el problema del consumo de alcohol y otras drogas, la protección social integral, entre otros¹⁰.

A partir de la implementación de políticas de atención a la salud mental a niños y adolescentes en diferentes contextos brasileños, es posible delinear particularidades relacionadas con las características histórico-culturales de cada región en el proceso de atención a la salud mental¹¹.

Minas Gerais se destaca por las construcciones políticas en las que el movimiento social participa. Específicamente en Belo Horizonte, es posible identificar movimientos, determinaciones de acciones locales y servicios que ocurren sólo en la capital del estado. Estas estructuras surgen de importantes movimientos de resistencia y crítica constante por los derechos humanos, desarrollados por profesionales, familiares y usuarios, promoviendo así una práctica emancipadora y políticamente comprometida¹¹.

En este contexto, se creó en Belo Horizonte el Equipo Complementario (EC), que recibe este nombre por actuar en complementariedad con el Equipo de Salud de la Familia, en Atención Primaria. Así, cada región de la capital de Minas Gerais cuenta con una sede del EC, sumando 9 equipos que atienden a niños y adolescentes en situación de sufrimiento psíquico intenso, a partir de estrategias grupales o individuales, así como intervenciones en conjunto con el equipo de salud de la familia, a niños de 0 a 3 años con signos de sufrimiento psíquico y a sus familias. Los EC están compuestos por psiquiatras, terapeutas ocupacionales y logopedas.

Durante este período de pandemia, los EC de Belo Horizonte, siguiendo las ordenanzas municipales n.º 009/2020¹², suspendieron la atención presencial a niños y adolescentes que presentaban algún tipo de sufrimiento psíquico intenso, siendo autorizada sólo en casos específicos como: riesgo de vida o de autolesión para niños y adolescentes y/u otros, violencia intrafamiliar, uso nocivo de alcohol y otras drogas, salidas de los servicios de emergencia, depresión severa y persistencia de síntomas de sufrimiento psíquico con impacto significativo en la vida diaria e intervención a tiempo (modalidad de atención que atiende a niños de hasta 3 años con signos de sufrimiento psíquico).

También se normativizó que madres, padres y/o cuidadores estuvieran acompañados por profesionales, preferentemente por teléfono, además de favorecer el suministro de la medicación adecuada, estar a disposición de las familias y revisar, siempre que fuera necesario, las conductas. Por lo tanto, fue necesaria una reorganización total de la dinámica de trabajo de los equipos.

Así, este estudio tiene como objetivo presentar las estrategias de atención a los niños y adolescentes con intenso sufrimiento psíquico y a sus familias, durante el período de la pandemia de COVID-19.

MÉTODO

Este es un informe de experiencia de atención en salud mental infantil y juvenil con base teórica en la *Atención Psicosocial (AP)*^{5,7}, desarrollado en el EC de una región de Belo Horizonte, durante el período de marzo a julio de 2020.

Los datos para este informe de experiencias se obtuvieron a través de discusiones y construcción de alternativas en equipo, retornos de los usuarios y familiares, a través de aplicaciones de mensajería *online*, videollamadas, llamadas telefónicas y debates con otras partes de la RAPS.

RESULTADOS

En la actualidad, el EC, objeto de este informe, es una referencia de 17 Unidades Básicas de Salud, y está compuesto por dos logopedas y dos terapeutas ocupacionales. Presenta una dinámica de trabajo que contemplaba, antes de la pandemia, la atención individual multiprofesional, en grupos y el seguimiento familiar, así como articulaciones intersectoriales de niños y adolescentes en intenso sufrimiento psíquico. En el actual contexto pandémico, el equipo reformuló sus estrategias de atención para seguir promoviendo la asistencia durante este periodo atípico.

Los niños y adolescentes seguidos por el EC presentan un intenso sufrimiento psíquico, sobre todo casos de autismo, psicosis, depresión, ansiedad, pero también trastornos no especificados. Además, el equipo también atiende a las familias de estos usuarios. Actualmente, el EC es una referencia para unas 200 familias de niños y adolescentes.

Entre las acciones llevadas a cabo por el EC durante el periodo de la pandemia, destacan: 1) las articulaciones *online* mediante la aplicación de mensajería virtual en WhatsApp® en su versión *business*, videollamadas, y atención por llamadas telefónicas, como nuevas posibilidades de seguimiento; 2) Promoción de encuentros *online* entre familiares en territorios colectivos virtuales, como el día de la Lucha Anti-Manicomio 18 de mayo; 3) Visitas domiciliarias con entrega de kits de estimulación, promoviendo la acogida y las orientaciones en salud; 4) Articulaciones con otros puntos de la RAPS como los Centros de Salud, los servicios de urgencias psiquiátricas y *Arte da Saúde* (Arte de la Salud); 5) Reuniones en modo virtual entre el equipo, otros servicios y sectores.

DISCUSIÓN

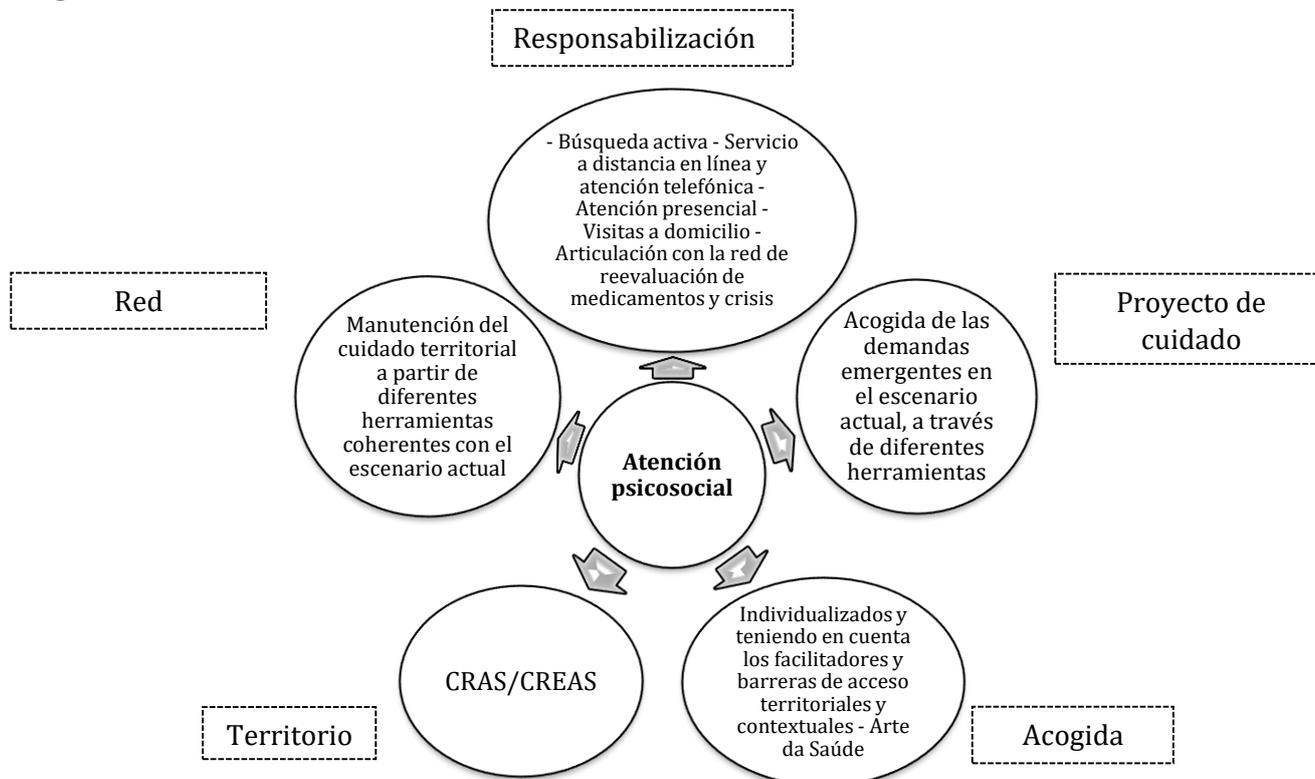
Las acciones se presentarán y articularán con los conceptos-herramientas de la AP, a saber: la responsabilización, el territorio, la acogida, el proyecto de cuidado y la diversidad de estrategias y la red intersectorial, pero se destaca que estos conceptos, en la práctica, a menudo se presentaron simultáneamente y se superpusieron en relación con el tiempo de desarrollo (Figura 1).

Al principio, los profesionales tuvieron dificultades con la planificación de las acciones debido a la imprevisibilidad de las suspensiones de la atención. Con eso, el equipo se organizó con base en las demandas consideradas más urgentes en el territorio, sea por el hecho de mayor vulnerabilidad social, situación de pandemia o gravedad, buscando el levantamiento de los casos prioritarios y el desarrollo de estrategias de atención a la población¹³.

Con esto, se establecieron contactos y la búsqueda activa de las familias de los niños y adolescentes en el territorio. En un primer momento, los intentos de búsqueda fueron por teléfono y a través de la disponibilidad del número del servicio con las familias en la modalidad de atención telefónica. Sin embargo, la búsqueda por parte de los responsables fue menor de lo

esperado. En este mismo período, también hubo un intento frustrado de contacto y envío de materiales por correo electrónico, que presentaba posibilidades de actividades a realizar con los niños y adolescentes en el entorno del hogar a un bajo costo y/o que podían realizarse en entornos restringidos, pero muchos correos electrónicos fueron devueltos y los miembros de las familias parecían no acceder a este recurso con frecuencia.

Figura 1. Frentes de actuación basados en la Atención Psicosocial. Belo Horizonte, 2020.



La búsqueda activa y la necesidad de construir nuevas posibilidades de escucha de las demandas de los usuarios, distintas a las habituales, representan uno de los motores de la Atención Psicosocial, y parten del principio de responsabilización de los profesionales. Según este principio, corresponde al profesional de la salud mental desempeñar un papel activo en la promoción y creación de recursos que le permitan asumir todo el alcance social de ese territorio y la demanda de una región^{13,14}.

Cuando los profesionales consiguieron contactar con las familias, era posible, mediante estas diferentes modalidades de contacto, realizar orientaciones específicas dirigidas al niño o adolescente, además de acoger el sufrimiento de los niños, adolescentes y de la propia familia, promoviendo una escucha cualificada y contextualizada para el momento. Así, la hipótesis construida a partir de la "no búsqueda" del servicio por parte de los familiares no estaría correlacionada con la falta de demandas, sino principalmente con la dificultad de acceso y el desconocimiento de que sería posible mantener los cuidados incluso ante la pandemia.

Además, la pandemia se presentó como un nuevo contexto para todos, profesionales y usuarios, así como el uso de la tecnología para las intervenciones en salud, especialmente para este público, que vive en un contexto marcado por diversos tipos de vulnerabilidad y no acceso. Con esto, el equipo se enfrentó a la necesidad de apropiarse de otras formas de acercamiento y cuidado a los usuarios y también de promover la información y el empoderamiento de las familias sobre las nuevas formas de búsqueda y atención.

A partir de un primer mapeo y contacto con los familiares responsables de los niños y adolescentes, se identificó que tenían acceso a una aplicación de intercambio de mensajes y comunicación *online*, WhatsApp®. Ante esto, los profesionales realizaron un grupo de mensajes

online a través de la aplicación en su versión “*business*”. En equipo, se discutió la mejor manera de que se produzca esta forma de acceso a los usuarios, como las normas y la organización del grupo a través de la aplicación, teniendo en cuenta la preservación de los datos personales y los horarios de trabajo y descanso de los profesionales¹³.

La sugerencia del vídeo, tanto para la presentación de las normas como para las respuestas a las dudas de los familiares, fueron hechas por los profesionales de logopedia, que sugirieron que otros elementos de comunicación deberían estar presentes para reducir las pérdidas en la interpretación de informaciones, además de proporcionar la continuidad del vínculo, considerando que había nuevos profesionales en el equipo. El “*vínculo*” es una variable importante en la construcción de la práctica clínica, ya que permite, además de una mayor eficacia de las intervenciones en salud, la instrumentalización del usuario, permitiendo un mayor control social sobre el cuidado ofrecido¹⁴.

Sin embargo, pronto se vio que había un problema pragmático con este intento, ya que los datos de Internet de algunos miembros de la familia son limitados y no es posible descargar los vídeos. Con ello, el equipo comenzó a transformar los vídeos en formato de audio MP3 para hacer más accesible y democrático el acceso a las informaciones.

En el contexto de la AP, el usuario debe ser siempre el centro de atención, el Proyecto Terapéutico Individual (PTI) está siempre singularizado y considera el contexto en este cálculo. Así, el equipo debe considerar las especificidades de cada usuario y contexto y promover las subjetivaciones de forma autónoma, proporcionando “lugares” de articulación de este particular y singular y, así, habilitando posibilidades terapéuticas y proyectos de atención que sean coherentes con las realidades locales¹⁴.

Las llamadas telefónicas no dejaron de producirse, se produjeron concomitantemente con la oferta de la posibilidad de grupos *online*, además de la correspondencia directa a través de la aplicación, que también es otra posibilidad de contacto.

La forma en que se organiza un servicio para recibir una demanda y articular las posibilidades en red puede facilitar, dificultar o impedir el acceso de los usuarios¹⁴. Esta brecha entre la demanda y el potencial cuidador del equipo puede estar impregnada de numerosos obstáculos burocráticos y de acceso. Así, existe una interconexión entre los conceptos de territorio, responsabilización y calidad del propio servicio, que necesariamente atraviesa las posibilidades de acceso de los usuarios al servicio de salud mental¹⁴. Con eso, ofrecer distintas formas de contacto entre el equipo y los usuarios permite acoger y atender su diversidad.

Otra acción que se mantuvo en el ámbito de la acogida, pero cuya práctica se reformuló, fue la de las “*intervenciones oportunas*”, dirigidas a los niños de 0 a 3 años que muestran signos tempranos de sufrimiento psíquico, como escasa interacción madre-bebé, retrasos en el lenguaje y poca exploración del entorno. En este momento de la pandemia, las entrevistas iniciales con las familias de estos niños, que antes sólo se realizaban de forma presencial, empezaron a realizarse a través de la atención telefónica y/o videollamadas, con el objetivo de agilizar el seguimiento de la evolución, así como de reducir el riesgo de exposición al virus durante este periodo con las visitas al servicio. Se pidió a los tutores que enviaran vídeos del niño para complementar la evaluación y ayudar en la orientación.

La acogida se rige por la lógica de la tecnología blanda que se caracteriza por las relaciones del tipo producción de vínculo, autonomía o gestión que pasan por una valorización de la subjetividad y el cuidado humanizado y tiene lugar en el encuentro de estos dos individuos, usuario y profesional de la salud, en este “espacio intercesor”, y se basa en la dimensión de las relaciones y el territorio y dice de una posibilidad de acceso. El equipo cree que algunos de estos recursos utilizados en tiempos de pandemia deberían ampliarse después de este periodo por haber contribuido directamente a la práctica¹⁴.

El equipo también identificó que con estos diferentes intentos de aproximación, fue posible tener una mejor acogida y atención, tanto para los niños y adolescentes que están siendo monitoreados, como para los responsables. El cuidado está precisamente en este

encuentro entre la demanda del usuario y un trabajador preparado¹⁴. La acogida se produce en la micropolítica del trabajo y está vinculada a las posibilidades de acceso y a la plasticidad del modelo de atención. Esta flexibilidad en relación con los cambios, la adaptación del orden técnico y la asociación de diversas actividades, así como las incertidumbres de los recursos y las inconstancias socioeconómicas y culturales es lo que puede reinventarse para asistir a la diversidad de los problemas de salud.

En cuanto a la propuesta de los grupos *online* en versión *business*, desarrollado por el EC, cuenta actualmente con la participación de unos 90 familiares. Durante los cuatro meses de utilización de esta estrategia, se pudo observar que las familias se han adherido y utilizado el grupo para presentar dudas, como las relacionadas con la quita de pañales de sus hijos, la sensibilidad bucal para cepillarse los dientes, la agitación y agresividad, la baja atención, la alimentación compulsiva y los problemas de sueño tuvieron apariciones constantes, resultados similares al material desarrollado por la Fundación Oswaldo Cruz por el Centro de Estudos e Pesquisas em Emergências e Desastres em Saúde (CEPEDES/ FIOCRUZ)⁵.

Con ello, el EC se presenta como un eje rector en el grupo *online*, con directrices que sensibilicen a los responsables sobre la importancia de la comunicación y la valoración de la subjetividad y el deseo de estos niños y adolescentes, además de sugerir estrategias prácticas de estimulación y gestión. En otras palabras, el EC dirigió su práctica valorando la subjetividad con el objetivo de promover la autonomía y la ciudadanía, pilares rectores de la AP¹⁴.

Sin embargo, alrededor de 10 tutores optaron por no continuar en el grupo de mensajes en línea por diversas razones, como no poder seguir el ritmo de los mensajes, no tener tiempo para las redes sociales, incompatibilidades en el teléfono móvil, como poco espacio de memoria y teléfono móvil con imposibilidad de descargar aplicaciones. En estos casos, se mantuvieron otras formas de atención, como las llamadas y las visitas domiciliarias, así como otros tipos de articulación en la red, como la activación y el seguimiento por parte del Equipo de Salud de la Familia en la Unidad Básica de Salud (UBS).

En cuanto a los cuidadores y usuarios que aún permanecían inaccesibles al servicio, se dividieron en dos grupos, **a)** los que no tenían el contacto actualizado en el sistema de gestión de la alcaldía, impidiendo la comunicación de los profesionales, y **b)** los que viven un contexto de mayor vulnerabilidad, sin recursos para seguir las orientaciones.

Siguiendo el principio de responsabilización y atención en red, el EC elaboró una lista de los niños y adolescentes que eran parte del primer caso y comenzó a contactar con la UBS para comprobar la posibilidad de que otros profesionales del Equipo de Salud de la Familia realizaran una búsqueda activa y establecieran un nuevo contacto.

Para el segundo caso, se pensó en conjunto con otros equipos complementarios, de otras regiones de Belo Horizonte, la construcción de kits con recursos más “generales” como pintura, lápices de colores, crayones, plastilina, rompecabezas, entre otros. Estos kits se comprarían con el importe que el gobierno de la ciudad destina cada mes a la compra de recursos locales. Asociado a *Kits*, El equipo proporcionó un folleto con fotos, con poco contenido escrito, con posibilidades de explorar los recursos y otras posibilidades de actividades de bajo coste.

La identificación de las familias que recibieron el *kit* se llevó a cabo a través de las reuniones de equipo y de los informes de los responsables cuando asistieron, además de la información facilitada por el Equipo de Salud de la Familia. También se propuso en el equipo, el uso de transporte del Centro de Salud para la entrega de estos materiales en persona por los profesionales con el fin de calificar la entrega, además de ser capaz de realizar orientaciones oportunas y en el lugar antes de las demandas encontradas en el territorio.

Esta acción en particular fue muy positiva en la evaluación del equipo que se dio cuenta de que la acogida y la escucha durante la visita al contexto familiar promovieron un efecto en estas familias que a veces fueron tan beneficiadas como los propios niños y adolescentes. También según la evaluación del equipo, se pudo reconocer a través de las visitas las barreras y facilitadores del territorio y debido a esto, se decidió mantener estas visitas con el transporte

del Centro de Salud, aún sin *Kits* con el único objetivo de acoger y escuchar a las familias, los niños y los adolescentes.

Se observa que el cuidado en esta clínica inventiva va más allá del aislamiento terapéutico, constituyendo un territorio vivo con fronteras dinámicas y produciendo ciudadanía: “*No hay manera de pensar en la construcción del cuidado en salud mental sin pensar en el tiempo y el lugar en que este cuidado se constituye, tejido como una estrategia de red. Es decir, el cuidado se hace en una red y en un lugar*”⁷.

Otra acción que se pudo construir a distancia fue la celebración del Día de la Lucha Antimanicomio, en 18 de mayo. Las construcciones políticas que apuntan a la emancipación política son parte del desarrollo de las acciones en Salud Mental. Entre estas, están los movimientos sociales que permitieron de manera singular las discusiones y construcciones de políticas públicas de salud dirigidas a la salud mental y a la AP^{7,14}.

La promoción de eventos como el 18 de mayo o cualquier otro tipo de celebración, la habilitación de exposiciones, las intervenciones culturales, la presentación de todo tipo de arte representan la potencialidad existente en este “escenario de encuentros” que es el territorio¹⁴, aunque sea virtual en este momento. El servicio, al provocar acciones y encuentros locales y digitales, produce actos de cuidado y contribuye a romper la lógica de la racionalidad y a promover otro lugar social para la locura y su sufrimiento¹⁴.

A lo largo de la historia de la salud mental la participación de la familia ha presentado importantes cambios en relación al nivel de participación en los planes de tratamiento. A veces en la historia ignorada y apartada de la escena, la familia de los pacientes con sufrimiento psíquico es ahora vista como protagonista y personaje importante en los logros y debe ser incluida dentro de las estrategias de los trabajadores de la salud mental. La participación de los miembros de la familia también debe centrarse en la escucha y la acogida¹⁴.

Se puede afirmar que hubo una reinención de las reuniones de la red de AP en la modalidad *online* de toda la regional de salud mental que contempla las UBS, los servicios de emergencia, el equipo complementario, el *Arte da Saúde*, el Centro de Convivencia, los Servicios Residenciales Terapéuticos y de las discusiones de micro, que son reuniones organizadas desde la ubicación del Centro de Salud para la discusión de casos y derivaciones.

Las instancias gubernamentales desempeñan un papel importante en la dirección de las acciones en este momento y los debates de este tipo favorecen las acciones alineadas. Entre las responsabilidades previstas para los servicios que prestan atención a la salud mental en este momento se encuentra también la acogida del profesional que presta apoyo y supervisión que puede realizarse de forma grupal².

Otros servicios que integran la red de salud mental, como el proyecto *Arte da Saúde*, otra invención de Belo Horizonte, también comenzaron a contribuir en la modalidad *online* y a enviar videos con actividades y juegos para ser realizados por niños y adolescentes. *Arte da Saúde* acoge a niños y adolescentes que, en general, cargan con el estigma de “niños problemáticos”. Allí se ofrecen espacios de expresividad, socialización e intercambio, utilizando un recurso tan primitivo como actual, el arte¹⁵.

Con la pandemia, el servicio *Arte da Saúde*, uno de los principales parceiros de la atención primaria en Belo Horizonte, también pasó por reinenciones de la práctica y amplió sus talleres presenciales a videos de juegos, música, capoeira, dibujo, entre otros, que se remitieron a usuarios específicos y en el grupo general.

La creación de una red de atención intersectorial apunta precisamente a esta creación activa de propuestas de soluciones y producción de respuestas a problemas de orden complejo, tratando de trascender fragmentaciones y acciones de naturaleza aislada. Unir poderes centrados en la mejora de la calidad de vida de los usuarios, la inclusión y su ciudadanía¹⁴. Sin embargo, debido a la dificultad con los sectores de Asistencia Social y Educación, se considera que la producción de cuidados durante este periodo se limitó al sector de salud.

Durante todo el período de existencia del Sistema Único de Salud (SUS), los profesionales de la salud nunca se han visto tensionados por una pandemia de esta magnitud, aún más en la reciente política de atención a la salud mental, que tuvo que ser reflexionada y repensada. Aunque no se conocen los impactos a largo plazo de este cruce histórico, una de las mejores alternativas está en construcción.

El equipo considera que la difusión de estas acciones puede contribuir a otros servicios más allá de este periodo de pandemia, y pueden convertirse en estrategias para optimizar el trabajo incluso después de este momento.

CONCLUSIÓN

La falta de material científico para apoyar la atención de salud mental en un contexto pandémico ha llevado a los profesionales a reinventarse, lo que ha sido posible a partir del apoyo teórico y práctico de la atención psicosocial y sus conceptos y herramientas.

Con el territorio, la responsabilidad, la acogida, el proyecto de atención y la red intersectorial como directriz de la práctica, las acciones desarrolladas por el equipo reforzaron la importancia de la búsqueda de los usuarios y las familias a través de diferentes medios de comunicación, como WhatsApp® en su versión *business*, videollamadas, atención telefónica, y la búsqueda de estas familias en el territorio, a través de las articulaciones en la Red de Atención Psicosocial y las visitas domiciliarias.

El EC consideró la falta de articulación con los Centros de Referencia de Asistencia Social (CRAS) y los Centros de Referencia Especializados de Asistencia Social (CREAS) como un obstáculo, ya que en un primer momento se produjo el cierre de estos dispositivos. Como resultado de esta falta de asociación, las familias supervisadas por el EC tuvieron mayores dificultades para acceder a los derechos.

Todavía como debilidad de las acciones, se considera que las articulaciones con el sector educativo fueron incipientes. Además, el equipo reflexiona sobre las dificultades de producir acciones que provoquen la participación de los adolescentes en este periodo de forma más activa.

Se evidenció la necesidad de una coordinación más estrecha y de encuentros profesionales en este periodo, tanto para articulaciones de la práctica más alineadas como para la recepción y escucha de las dificultades en la asistencia. Los servicios permanecen en este periodo de adaptación que ya se dirige también a nuevas formas de trabajo después del periodo pandémico. Como limitación, se identificaron dificultades en la articulación con los sectores social y educativo, y en el desarrollo de acciones dirigidas al público adolescente.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (Br). Sobre a doença: o que é a COVID-19? [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2020 [citado en 18 sept 2020]. Disponible en: <https://coronavirus.saude.gov.br/sobre-a-doenca>
2. Ornell F, Schuch JB, Sordi AO, Kessler FHP. Pandemia de medo e COVID-19: impacto na saúde mental e possíveis estratégias. Debates Psychiatr. [Internet]. 2020 [citado en 18 sept 2020]; Preprint Editorial. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/340442412_Pandemia_de_medo_e_COVID-19_impacto_na_saude_mental_e_possiveis_estrategias
3. Pfefferbaum B, North CS. Mental health and the Covid-19 pandemic. N Eng J Med. [Internet] 2020 [citado en 12 jul 2020]; 383:510-2. DOI: 10.1056/NEJMp2008017
4. Cid MFB, Akahosi ADS, Morato GG, Minatel MM. Atención psicosocial y pandemia de COVID-19: reflexiones sobre la atención a infancia y adolescencia que vive en contextos socialmente vulnerables. Multidiscipl J Educ Res. [Internet] 2020 [citado en 10 abr 2020]; 10(2):180-93. DOI: 10.17583/remie.2020.5887

5. Fundação Oswaldo Cruz. Saúde mental e atenção psicossocial na pandemia COVID-19: crianças na pandemia COVID-19 [Internet]. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2020 [citado em 7 sept 2020]. Disponible en: https://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/05/crianc%cc%a7as_pandemia.pdf
6. Fernandes ADSA, Speranza M, Mazak MSR, Gasparini DA, Cid MFB. Desafios cotidianos e possibilidades de cuidado às crianças e adolescentes com Transtorno do Espectro Autista (TEA) frente à COVID-19. Cad Bras Ter Ocup. [Internet] 2020 [citado em 16 sept 2020]; Preprint. DOI: 10.1590/SciELOPreprints.955
7. Yasui S, Luzio CA, Amarante P. Atenção psicossocial e atenção básica: a vida como ela é no território. Rev Polis Psique [Internet]. 2018 [citado em 12 sept 2020]; 8(1):173-90. DOI: 10.22456/2238-152X.80426
8. Costa-Rosa AD. Apresentação. In: Costa-Rosa, AD. Atenção psicossocial além da Reforma Psiquiátrica: contribuições a uma clínica crítica dos processos de subjetivação na saúde coletiva [Internet]. São Paulo: Unesp; 2013 [citado em 12 sept 2020]; p. 9. Disponible en: <http://medicalizacao.org.br/wp-content/uploads/2014/08/0.-Costa-Rosa-A.-Aten%C3%A7%C3%A3o-Psicossocial-al%C3%A9m-da-Reforma-Psiqui%C3%A1trica-vers%C3%A3o-revisada.pdf>
9. Fernandes ADSA, Matsukura TS, Lussi IAO, Ferigato SH, Morato GG. Reflexões sobre a atenção psicossocial no campo da saúde mental infantojuvenil. Cad Bras Ter Ocup. [Internet] 2020 [citado em 2 sept 2020]; 28(2):725-40. DOI:10.4322/2526-8910.ctoar1870
10. Ministério da Saúde (Br). Conselho Nacional do Ministério Público. Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS tecendo redes para garantir direitos [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Conselho Nacional do Ministério Público; 2014 [citado em 7 sept 2020]. Disponible en: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_psicossocial_crianças_adolescentes_sus.pdf
11. Nilo K, Morais MAB, Guimarães MBL, Vasconcelos E, Nogueira MTG, Abou-Yd M. Política de saúde mental de Belo Horizonte. In: Brito MMM. Paisagens humanas, paisagens urbanas. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Belo Horizonte; 2008. p.59-66.
12. Prefeitura de Belo Horizonte. Nota Técnica COVID-19 n.º 009/2020. Recomendações para adequação das atividades desenvolvidas nos dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) à Saúde em situação de surtos/epidemias de Síndrome Gripal e infecção pelo SARS-CoV-2 [Internet]. Belo Horizonte: Prefeitura; 2020 [citado em 10 sept 2020]. Disponible en: https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/nota-tecnica-covid-19-n009_2020-atualiz-01042020.pdf
13. Universidade Federal de São Carlos, Departamento de Terapia Ocupacional, Laboratório de Terapia Ocupacional e Saúde Mental. Tempos de pandemia: criando e recriando ações de cuidado às crianças e adolescentes usuáris de serviços de saúde mental [Internet]. São Carlos, SP: LaFolia; 2020 [citado em 20 ago 2020]. Disponible en: <https://www.dto.ufscar.br/arquivos/apoio-as-equipes-de-saude-mental-infantojuvenil.pdf>
14. Yasui S. Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2010. 192p.
15. Teixeira MR, Couto MCV, Delgado PGG. Atenção básica e cuidado colaborativo na atenção psicossocial de crianças e adolescentes: facilitadores e barreiras. Ciênc Saúde Colet. [Internet]. 2017 [citado em 10 jul 2020]; 22:1933-42. DOI: 10.1590/1413-81232017226.06892016

Editora Asociada: Estefânia Maria Soares Pereira

CONTRIBUCIONES

Thaís Thaler Souza, Eliana Maria de Moraes y Gialile de Sá Lúcio contribuyeron a la concepción, recogida y análisis de datos y a la redacción. **Patrícia de Fátima Coelho** participó en la concepción y redacción. **Amanda Dourado Souza Akahosi Fernandes** contribuyó a la redacción y revisión. **Maria Fernanda Barboza Cid** contribuyó a la revisión.

Como citar este artículo (Vancouver)

Souza TT, Moraes EM, Lúcio GS, Coelho PF, Fernandes ADSA, Cid MFB. Salud mental de niños y adolescentes en atención primaria durante la pandemia de COVID 19: un informe de experiencia. REFACS [Internet]. 2021 [citado en *insertar el día, mes y año de acceso*]; 9(Supl. 2):832-842. Disponible en: *insertar el link de acceso*. DOI: *insertar el link de DOI*

Como citar este artículo (ABNT)

SOUZA, T. T.; MORAES, E. M.; LÚCIO, G. S.; COELHO, P. F.; FERNANDES, A. D. S. A.; CID, M. F. B. Salud mental de niños y adolescentes en atención primaria durante la pandemia de COVID 19: un informe de experiencia. REFACS, Uberaba, MG, v. 9, Supl. 2, p. 832-842, 2021. DOI: *insertar el link de DOI*. Disponible en: *insertar el link de acceso*. Acceso en: *insertar el día, mes y año de acceso*.

Como citar este artículo (APA)

Souza, T.T., Moraes, E.M., Lúcio, G.S., Coelho, P.F., Fernandes, A.D.S.A., & Cid, M.F.B. (2021). Salud mental de niños y adolescentes en atención primaria durante la pandemia de COVID 19: un informe de experiencia. REFACS, 9(Supl. 2), 832-842. Recuperado en: *insertar el día, mes y año de acceso* de *insertar el link de acceso*. DOI: *insertar el link de DOI*.

