



A clínica ampliada no contexto de vulnerabilidade social: possibilidades de atendimento psicológico infantil

The Extended Clinic in the Context of Social Vulnerability: Possibilities of Psychological Care of Children

Quellen de Freitas Xavier (orcid.org/0000-0001-6581-0838)¹

Tatiele Jacques Bossi (orcid.org/0000-0003-0487-8112)²

Resumo

O presente estudo teve como objetivo investigar as possibilidades de atendimento psicológico infantil no contexto de vulnerabilidade social, a partir da noção de clínica ampliada. Para tanto, foi realizada uma revisão narrativa da literatura, através de busca de artigos nas bases eletrônicas: SciELO, PePSIC e Lilacs. Os nove artigos selecionados foram lidos na íntegra e analisados qualitativamente a partir de categorias temáticas. Os resultados revelam que, no que se refere ao tema, o trabalho em clínica ampliada enfrenta desafios e dificuldades no atendimento psicológico a crianças e a adolescentes. É bastante presente o modelo biomédico, pautado no atendimento individualizante e fragmentado. O atendimento psicológico infantil, no modelo de clínica ampliada, não segue roteiro engessado, exigindo do psicólogo a necessidade de reinventar-se para dar conta das demandas que surgem no cotidiano do contexto. Com isso, fazem-se necessárias estratégias, como elaborar intervenções e atentar-se para o coletivo e para a promoção de saúde.

Palavras-chave: Clínica ampliada. Vulnerabilidade social. Atendimento psicológico infantil.

Abstract

¹ Universidade de Caxias do Sul – UCS, Caxias do Sul, Brasil. E-mail: psicologaquellenxavier@gmail.com.

² Faculdade do CEFI – FACEFI, Porto Alegre, Brasil. E-mail: tatielejbossi@gmail.com.

This study aimed to investigate the possibilities of psychological care of children in the context of social vulnerability, based on the concept of expanded clinic. A narrative literature review was performed by searching articles in SciELO, PePSIC, and LILACS databases. The nine selected articles were read in full and analyzed qualitatively based on thematic categories. Results show that the expanded clinic faces challenges and difficulties in the psychological care of children and adolescents. The biomedical model is present, guided by individualizing and fragmented care. Psychological care of children, in the expanded clinic model, does not follow a rigid script, requiring psychologists to reinvent themselves to meet the demands that emerge in everyday life. Therefore, strategies are needed, such as the development of interventions and a focus on the collective and health promotion.

Keywords: Expanded Clinic; Social Vulnerability; Psychological Care of Children.

O atendimento psicológico infantil ocorre a partir de uma dinâmica diferenciada do atendimento do paciente adulto, uma vez que exige o uso de técnicas adaptadas. O atendimento de crianças sob o viés psicológico surgiu tendo como base as técnicas desenvolvidas por Freud para o atendimento de adultos e que despertaram o interesse de autoras como Melanie Klein e Anna Freud, que começaram a pensar em adaptações da técnica para a clínica infantil. Melanie Klein acreditava que seria possível tratar crianças utilizando a psicanálise; mas, para isso, seria necessário entender o brincar como a forma primordial de comunicação infantil e de acesso aos conteúdos inconscientes das crianças (Klein, 1932/1997). Já Anna Freud tinha uma concepção diferente, uma vez que acreditava que as técnicas aplicadas na clínica infantil deveriam adotar um caráter pedagógico, ou seja, seria necessário o analista assumir uma postura educativa aliada à atitude psicanalítica (Freud, 1926/1971).

No entanto, atualmente, há intervenções na área da psicologia que transcendem o setting tradicional, remetendo ao conceito de clínica ampliada. Tais intervenções costumam ocorrer no contexto social e de políticas de saúde pública, de modo que a psicologia consiga acessar o público que tradicionalmente não se beneficiava de seus atendimentos. A inserção de profissionais da psicologia no contexto de clínica ampliada teve início no fim da década de 1970; período em que o modelo médico era marcado por questões ligadas à lucratividade, dando início a um modelo de saúde privatista, na qual prática médica era curativista, focada no individual e no assistencialismo a serviço da saúde pública. Em especial, no que tange à saúde mental, que absorveu os primeiros profissionais da área da

psicologia, surgiram muitos questionamentos sobre o modelo hospitalocêntrico adotado na época, relacionado à eficácia das internações, devido ao longo período destas e suas implicações danosas, além de questões e consequências éticas (Dimenstein, 1998).

A literatura tende a referir-se ao atendimento terapêutico na clínica ampliada como o produto das trocas e discussões entre os profissionais envolvidos e o compartilhamento das experiências com o indivíduo e seu contexto de vida. Nesse modelo, as condutas terapêuticas e as metas são negociadas; baseia-se na singularidade e na compreensão das diferenças, de modo que o profissional é convidado a reinventar-se o tempo todo, visto que transcende qualquer busca de explicações e diagnósticos mais padronizados (Brasil, 2009).

Na área da psicologia, esse reinventar-se também faz parte do trabalho. A literatura cujo intuito é compreender como acontece a clínica ampliada ressalta que existe, por parte do profissional, a necessidade de se deixar afetar pela vivência de contato direto com um contexto de maior vulnerabilidade (Dettmann, Aragão, & Margotto, 2016; Sundfeld, 2010). Como exemplo pode-se citar o estudo de Sundfeld (2010), que teve como objetivo propor uma nova forma de pensar a construção da clínica ampliada. A autora ressalta a importância de o profissional pensar sobre as demandas que surgem no cotidiano real dos usuários do serviço de saúde, de modo a causar inquietações que proporcionem diálogos, questionamentos entre a equipe e o fortalecimento dos vínculos e do trabalho realizado – isso levaria a um desprendimento dos modelos padronizados de atuação do psicólogo. Sundfeld ainda destaca que, sem dúvida, a formação de psicólogo exige uma série de questões a serem trabalhadas e que surgem por meio do deixar-se afetar e envolver-se, sem desconsiderar que essa relação também é permeada pela dicotomia entre consciente–inconsciente, sujeito–objeto e interior–exterior, por exemplo. Dessa forma, trabalhar tendo como suporte a clínica ampliada diz respeito de uma potência de criar, inventar e reinventar, tecer novas histórias e construir formas de existir saudáveis e livres dos modelos padronizados (Sundfeld, 2010).

O atendimento nesse modelo de clínica parte de uma construção coletiva (Dettmann et al., 2016; Sundfeld, 2010), ou seja, não é individualizante, não tem modelos engessados, padronizados ou tradicionalmente conhecidos. Os atendimentos são feitos nos mais diversos espaços e contextos de vida da pessoa, abrindo mão de um modelo tradicional de

setting psicológico representado pelo trabalho no consultório, propiciando espaço para um setting ampliado, considerando-se o contexto social em que a pessoa está inserida. Assim, abarca como espaço de setting a casa que a pessoa habita, seu bairro, sua comunidade, seu entorno social, de forma a se ter um olhar para o todo. Exemplificando, cabe destacar o estudo da psicóloga Sandra Torossian (2015), que mediante experiência vivida em uma comunidade de pescadores, onde passou alguns verões, observou que uma vez inserida nesse contexto foi preciso desprender-se de seus costumeiros hábitos de cidade grande e aprender novos códigos nos modos de viver. Ela relembra um fato que vivenciou, quando passeava pela praia em um fim de tarde, depois de estar há algum tempo na comunidade: observava um pescador puxando o barco de pesca para beira-mar e ficou surpresa ao perceber que algumas pessoas que passavam por ali prontamente foram ajudá-lo. Nesse momento, um flash passou por sua mente, pois uma vez não tendo mais o título de turista e já tendo conquistado um pouco de intimidade com a comunidade, é malvisto quem não auxilia nessa tarefa diária dos pescadores. Sendo assim, espera-se que aquele que por ali passa auxilie na tarefa de retirar o barco da água, visto que esse simples ato carrega um grande significado, considerado um valor nessa comunidade. Muito além da pesca, essa comunidade carregava uma rede de significados e significações. Sendo assim, não há como se manter imune a todos esses movimentos, já que se espera que uma vez integrado a determinado contexto o profissional busque aproximar-se dessa realidade e, a partir daí, construir suas intervenções.

Com base no mencionado, pode-se constatar o quanto a clínica ampliada é abordada, expressivamente, destacando o atendimento de adultos. O público infantil ainda tem sido pouco considerado, embora seja preciso observar que a inserção do psicólogo no âmbito social, mais especificamente no Sistema Único de Assistência Social (Suas), ainda é recente. Ribeiro e Goto (2012) ressaltam a importância de os profissionais da área compartilharem pesquisas e estudos que enfatizem a importância e a efetividade do trabalho do psicólogo por intermédio da clínica ampliada. O estudo relata a experiência de atuação em um núcleo do Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (Paefi) destinado a crianças e a adolescentes vítimas de violência, bem como suas famílias. A equipe responsável por esse projeto era formada por multiprofissionais que trabalhavam de

forma interdisciplinar, incluindo assistente social, pedagoga, advogado, duas psicólogas e duas estagiárias de psicologia. No período que compreendeu a implantação (2006 a 2011), o Paefi recebeu 405 casos, incluindo os mais diversos contextos de violência física, psicológica, sexual e negligência.

Os autores relataram que grande parte dos agressores tinham vínculo próximo com as vítimas, o que reforça a importância da união dos diversos saberes profissionais na clínica ampliada, a discussão dos casos, o planejamento de estratégias, o atendimento às vítimas e a assistência familiar. A atuação do psicólogo objetiva promover intervenção psicológica no momento de necessidade da criança, em estado de crise, e estabelecer o equilíbrio emocional e a ressocialização da vítima. Para tanto, atém-se aos aspectos subjetivos e relacionais desse contexto, levando em conta sempre os aspectos sociais e culturais característicos do fenômeno da violência. Destarte, pode-se destacar que a clínica ampliada promove ações terapêuticas mediante fortalecimento da autoestima e da busca de restabelecer o direito de essa criança retornar à convivência familiar e comunitária em condições dignas (Conselho Federal de Psicologia, 2009).

Ainda, entendendo que a clínica ampliada se refere a um contexto social de políticas públicas, torna-se relevante abordar o conceito de vulnerabilidade social, tanto no campo da saúde de forma geral como no campo da psicologia em particular. A ideia de vulnerabilidade social surgiu no campo da saúde, inicialmente, referindo-se à infecção por HIV, como alternativa para compreender, no que diz respeito aos riscos, que a sociedade estava exposta e causava agravos na manutenção da saúde pública (Mann, Tarantola, & Netter, 1993). Essa compreensão inicial foi possível quando houve deslocamento do olhar e da atenção do individual para o coletivo, considerando aspectos do contexto social. Dessa forma, a vulnerabilidade social passou a ser entendida a partir de múltiplas ressalvas e fatores, posto que a vulnerabilidade não é algo próprio e exclusivo a algumas pessoas e grupos, tendo relação com um conjunto de fatores, envolvendo condições e circunstâncias que são possíveis de serem minimizadas ou revertidas (Paulilo & Jeolás, 2001).

A vulnerabilidade passa então a ser vista pelo viés de uma condição em que o sujeito está exposto, remetendo a riscos – sejam econômicos, culturais, sejam sociais – que o levam a diferentes desafios e confrontamentos (Vignoli, 2001). Assim sendo, foca-se na eliminação

do risco e, conseqüentemente, da vulnerabilidade, possibilitando um campo de força e resistência. Outro aspecto importante para se considerar sobre a vulnerabilidade social é o fato de que o conceito se formou como algo negativo da relação de recursos simbólicos e materiais desse indivíduo ou grupo, no que tange ao acesso às oportunidades. Considerando essa definição, é necessário um olhar mais amplo para compreender a vulnerabilidade social, atendendo a pressupostos objetivos e subjetivos como fatores limitadores (Paulilo & Jeolás, 2001; Vignoli, 2001).

Pensar em vulnerabilidade social é refletir sobre gênese desse conceito, que remete à experiência da invisibilidade social, na qual o sentimento de não pertencimento, de não ser visto e reconhecido pelo outro predomina. Uma das formas mais concretas de refletir a invisibilidade social é destinar ao outro um rótulo, um estigma, um preconceito que o anula como um ser no mundo, de modo que o indivíduo se reconhece por meio do conceito que lhe foi aplicado (Soares, Bill, & Athayde, 2005).

É possível observar esses apontamentos na vivência prática do psicólogo que atua com crianças em vulnerabilidade social. Bomtempo e Conceição (2014) vivenciaram a realidade de vida de crianças submetidas a contextos de vulnerabilidade social (condições precárias de moradia, vulnerabilidade cultural, condições socioeconômicas insatisfatórias) e perceberam a necessidade de intervenções com base no brincar. Dessa forma, mediante ferramentas lúdicas, as autoras propuseram a criação do “Grupo da Brincadeira”. Os encontros do Grupo eram compostos por três momentos: o inicial, que consistia no acolhimento da chegada das crianças, com brincadeiras de rodas; o intermediário, que envolvia atividades de construção e/ou atividades artísticas; e o final, quando eram disponibilizados jogos coletivos de acordo com os interesses das crianças. Nesse contexto de vulnerabilidade social apresentado, emergiu a necessidade urgente de medidas que buscassem amenizar os impactos sociais e psicológicos que envolviam as crianças.

Ao longo da história, vem-se tentando assegurar em lei que todas as crianças e adolescentes têm direito à proteção física, psíquica e social, sendo dever da família, da sociedade e do Estado garantir que tais direitos sejam mantidos (Brasil, 1988). Outra contribuição foi o Decreto n. 99.710/1990, que aprovou a Convenção sobre os Direitos da

Criança, dispondo que os Estados se comprometem a respeitar e garantir todos os direitos das crianças sem discriminação de raça, língua, idade, sexo, religião ou outra.

Buscando proteção aos direitos da criança e do adolescente, em 1990 surgiu o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), visando garantir uma nova percepção acerca do assunto, pois crianças e adolescentes passaram a ser considerados sujeitos com questões peculiares devido ao fato de estarem em pleno desenvolvimento (Froner & Ramires, 2008). Por meio do ECA, foi possível pensar e aprimorar políticas públicas voltadas à infância, isso porque se observa que ainda existem poucos estudos epidemiológicos na literatura brasileira que façam uma estimativa da prevalência dos problemas mentais na infância e adolescência, embora haja crescente demanda nos serviços de saúde mental infantil (Arrué et al. 2013). No contexto de serviços de saúde mental infantil, cabe ressaltar o trabalho desenvolvido pelo Centro de Atenção Psicossocial Infantil (Capsi), que no Brasil é referência para atendimento e acolhimento de crianças e adolescentes com problemas de saúde mental e/ou sofrimento psíquico.

Pelo mencionado, é possível afirmar que existem poucos estudos na literatura com foco expressivo no atendimento psicológico infantil no contexto da clínica ampliada no Brasil. A população brasileira tem 60 milhões de pessoas com idade até 18 anos, sendo que, destas, mais da metade encontra-se em situação de pobreza de ordem diversa, principalmente monetária (Unicef, 2018). Tal situação reverbera na não efetivação dos direitos garantidos às crianças e aos adolescentes, de modo que eles acabam expostos a situações de maior vulnerabilidade social. O estudo feito pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) trouxe dados de que 61% das crianças e dos adolescentes são afetados pela pobreza; ou seja, seis em cada 10 crianças e adolescentes vivem em situação que pode ser considerada de vulnerabilidade social, ao se levar em conta as diferentes privações e exclusões que comprometem e impactam o bem-estar desses sujeitos. O estudo também resalta que, quando se fala em situação de “pobreza”, múltiplas dimensões que vão além da questão monetária estão relacionadas, sendo premente observar as múltiplas privações de direitos sofridas por esses meninos e meninas, colocando em risco a qualidade de vida deles (Unicef, 2018).

É relevante salientar que os estudos encontrados tendem a destacar a importância da clínica ampliada e da atuação do psicólogo, mas pouco se descreve sobre a forma de atuação desse profissional no atendimento de crianças (Bomtempo & Conceição, 2014; Ribeiro & Goto, 2012). O estudo de Ribeiro e Goto (2012) tem por objetivo relatar a experiência no atendimento a crianças expostas às mais diversas formas de violência, em que a atuação do psicólogo tem como intuito promover intervenção psicológica no momento de necessidade da criança, em estado de crise, e estabelecer o equilíbrio emocional e a ressocialização da vítima. No entanto, o estudo fica limitado a descrever como se dá essa atuação, de que forma é feita e as possibilidades da atuação do psicólogo nesse contexto.

Da mesma forma, o estudo de Bomtempo e Conceição (2014), já mencionado, enfoca a atividade lúdica do brincar como forma de acesso e intervenção com crianças, direcionando uma intervenção mais efetiva; mas ainda deixa uma lacuna, no que tange às diversas facetas que dizem respeito ao atendimento infantil por meio da clínica ampliada. Esse aspecto parece remeter ao surgimento da clínica tradicional, quando primeiramente se pensou no atendimento do paciente adulto e, posteriormente, teorizou-se sobre as adaptações necessárias a fim de se oferecer psicoterapia para crianças. Pensa-se que o momento atual da clínica ampliada é de adaptações para o atendimento do público infantil, de modo que se torna relevante apresentar a literatura produzida sobre a temática, no contexto brasileiro. Com isso, o objetivo do presente estudo é investigar as possibilidades de atendimento psicológico infantil no contexto de vulnerabilidade social, a partir da noção de clínica ampliada, com base em uma revisão narrativa da literatura.

Método

Delineamento do estudo

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura que consiste em descrever ou discutir determinado tema sob uma visão teórica ou contextual. Nesse tipo de revisão, não há necessidade de informar os passos realizados, como o método para busca, nem critérios de avaliação e seleção dos trabalhos, na medida em que consiste na pesquisa de referências e análise pessoal e crítica pelo autor (Rother, 2007).

Procedimentos de coleta e análise de dados

A pesquisa do material utilizado na análise dos dados foi realizada nas bases eletrônicas Scientific Electronic Library Online (SciELO), Periódicos Eletrônicos em Psicologia (PePSIC) e Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs); sendo utilizados os descritores “clínica ampliada”, “vulnerabilidade social” e “atendimento infantil” combinados de diferentes formas, sem limite de data. Os resumos dos artigos selecionados foram lidos e classificados de acordo com os seguintes critérios de inclusão: a) abordar a clínica ampliada no atendimento a crianças em situação de vulnerabilidade social; e b) abordar o atendimento psicológico infantil no contexto de clínica ampliada. Foram excluídos os estudos que focaram apenas na clínica ampliada no atendimento adulto, sendo selecionados pelas autoras do presente estudo nove documentos considerados mais relevantes para se alcançar o objetivo proposto, os quais estão listados no Quadro 1.

Quadro 1.

Artigos selecionados nas bases de dados e distribuição de acordo com as categorias formuladas para classificação e análise

Artigos	Categoria
<ul style="list-style-type: none"> - Atenção básica e cuidado colaborativo na atenção psicossocial de crianças e adolescentes: facilitadores e barreiras (Teixeira, M. R., Couto, M. C. V., & Delgado, P. G. G. [2017]) - A saúde mental infantil na atenção primária: reflexões acerca das práticas de cuidado desenvolvidas no município de Horizonte-CE (Batista, K. A., & Oliveira, P. R. S. [2017]) - Infância, loucura e alteridade: a criança em devir (Mello, M. M., & Santos, J. D. [2018]) - Solo e raízes das dimensões individual, social e programática da vulnerabilidade e as sementes no processo de saúde da criança (Scherer, E. B., & Silveira, E. [2013]) 	Clínica ampliada no atendimento a crianças em situação de vulnerabilidade social

<p>– A clínica na comunidade: uma experiência de intervenção intersectorial para adolescentes em situação de vulnerabilidade psicossocial (Schneider, D., Oltramari, L., Brudde, C., Silveira, A., & Silveira, S. [2016])</p>	
<p>– Infância e adolescência: uma clínica necessariamente ampliada (Vicentin, M. [2006])</p> <p>– A psicologia em serviço da proteção social de crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual (Oliveira, A. C., & Zandonadi, A. C. [2016])</p> <p>– Atuação dos profissionais de psicologia junto à infância e à adolescência nas políticas públicas de assistência social (Macêdo, O. J., Pessoa, M. C. B., & Alberto, M. F. P. [2015])</p> <p>– A assistência psicológica a crianças em Unidades Básicas de Saúde (Alves, C. M. P., & Serralha, C. A [2018])</p>	<p>O atendimento psicológico infantil no contexto de clínica ampliada</p>

Fonte: Elaborado pelas autoras.

Resultados

Todos os artigos selecionados foram lidos na íntegra e analisados qualitativamente a partir de categorias temáticas, a saber: a) clínica ampliada no atendimento a crianças em situação de vulnerabilidade social; e b) atendimento psicológico infantil no contexto de clínica ampliada. A seguir, serão apresentadas as duas categorias, ilustrando-as a partir dos estudos analisados.

Clínica ampliada no atendimento a crianças em situação de vulnerabilidade social

Dos nove trabalhos analisados, cinco foram enquadrados na categoria denominada “Clínica ampliada no atendimento a crianças em situação de vulnerabilidade social”, conforme apresentado no Quadro 1, que visa destacar de que forma se dá o trabalho e a atuação no campo da saúde mental com crianças/adolescentes por meio da clínica ampliada

em rede. De modo geral, os estudos destacaram que o cuidado com a saúde mental desse público (crianças e adolescentes) tem trazido muitos desafios e dificuldades, tanto para os trabalhadores quanto para os gestores, no que diz respeito à consolidação das políticas públicas e à própria organização dos serviços em rede. Essas questões se refletem no cotidiano do trabalho, resultando na dificuldade de estabelecer comunicação efetiva entre os diferentes atores envolvidos. Os autores destacam que desenvolver a clínica ampliada exige que o profissional aprenda a compartilhar saberes, tenha disposição para reinventar-se, pratique a comunicação assertiva e aprenda a trabalhar em conjunto e com o conjunto (Batista & Oliveira, 2017; Scherer & Silveira, 2013; Schneider, Oltramari, Budde, Silveira, & Silveira, 2016; Teixeira, Couto, & Delgado, 2017).

Nesse contexto, cabe ressaltar o estudo de Teixeira et al. (2017), no qual os autores analisaram os facilitadores e barreiras da relação entre a rede intrasetorial como importante ferramenta para um trabalho menos fragmentado, quando se trata de atenção psicossocial infantojuvenil. Para tanto, produziram um estudo exploratório utilizando como principais ferramentas metodológicas grupos focais e intervenção entre Estratégia da Saúde da Família (ESF) e Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (Capsi) da cidade do RJ. Os autores mostraram que a ideia de clínica ampliada precisa se estender para além dos profissionais da rede, de modo a incluir nesse projeto o usuário do serviço e familiares; além de afirmarem ser necessário ao profissional atentar-se que o atendimento nesse modelo não se refere ao “repasso” ou ao “encaminhamento” da criança ou adolescente, na medida em que o objetivo é desenvolver um trabalho em conjunto entre diferentes atores e saberes, de diferentes graus de complexidade e níveis distintos de intervenção. O trabalho intersetorial, continuam eles, deve desenvolver a comunicação e o compartilhamento. Como possibilidade de articulação, traz uma importante ferramenta de parceria, o trabalho entre Atenção Básica (AB) e Centro de Atenção Psicossocial (Capsi), sendo a AB a porta de entrada do usuário ao sistema de saúde, que recebe casos mais graves e complexos, por ser um contato menos estigmatizante para as famílias e também desempenhar o primeiro acolhimento destas. Dessa forma, é possível pensar que esse seja um dos primeiros caminhos para alcançar maior abrangência, no que diz respeito aos atendimentos da saúde mental da criança e do adolescente.

Atuar observando o conceito preconizado pela clínica ampliada no atendimento infantojuvenil, buscando uma visão de sujeito integral, para além da doença, ainda é um grande desafio e parece estar distante da realidade e cotidiano dos profissionais das unidades de saúde; pois a visão pautada na doença, nos padrões, nos comportamentos esperados para determinado infante e na medicalização está bastante presente neste contexto. Destarte, embora o movimento pela mudança da saúde tenha sido proposto pela ESF, reorganizando a Atenção Primária à Saúde (APS), isso ainda não foi o suficiente para romper com as práticas de saúde centradas em procedimentos compartimentalizados e fragmentados. Devido à atuação de forma isolada por parte dos profissionais de diferentes áreas do saber, reforça-se um modelo fragmentado no cuidado (Mello & Santos, 2018; Teixeira et al., 2017); com isso, torna-se difícil o exercício da integralidade e efetivação que se propõe à Clínica Ampliada.

Em relação ao processo de atendimento e cuidado infantil, Batista e Oliveira (2017) trazem a importância da construção de espaços (terapêuticos e sociais), colocando a criança como agente de mudança e reconhecendo seu potencial como sujeito. Para tanto, é preciso atentar-se para uma clínica ampliada, fundamentada pela clínica do sujeito, valorizando recursos como a escuta, a palavra, a educação em saúde e o apoio psicossocial; sendo observados esses preceitos, estará efetivada a integralidade de saberes e sujeitos.

Corroborando a necessidade de distanciar-se desse modelo fragmentado e exemplificando o que se espera de um trabalho em clínica ampliada, Mello e Santos (2018) trazem apontamentos embasados no olhar vivencial de uma estagiária de psicologia em um Capsi. Segundo as autoras, o Capsi intenta traçar novas possibilidades para crianças e adolescentes em sofrimento psíquico e para os que necessitam de cuidados de uma equipe multidisciplinar, objetivando atender ao direito à infância preconizada pelo Estado. Por intermédio desse modelo de cuidado, é possível distanciar-se, em parte, do modelo hospitalocêntrico preconizado anteriormente. Com isso, constrói-se para a criança e o adolescente novas possibilidades, mediante o fortalecimento e reinserção no meio social como um processo contínuo, visto que se busca não repetir o modelo antigo fechado e fragmentado.

No que remete à clínica ampliada, o local conta com uma equipe multidisciplinar, incluindo uma psicóloga e estagiária da área de psicologia. Existe um trabalho interdisciplinar entre a equipe, com discussões de caso e planejamento do Plano Terapêutico Singular (PTS), que se caracteriza por ser um conjunto de propostas de condutas terapêuticas, podendo ser singulares e coletivas, discutidas e trabalhadas de forma ampliada com toda a equipe multidisciplinar. Outra questão importante destacada pelas autoras diz respeito à vulnerabilidade e acesso ao Capsi, sendo este um elo entre infância e o serviço da rede. Para pensar em vulnerabilidade social, segundo Mello e Santos (2018), faz-se necessário compreendê-la como uma construção social, considerando que são diversos os fatores de riscos que caracterizam a vulnerabilidade. Diante dessa construção social, fundamentada em uma sociedade capitalista, dizer o que caracteriza a vulnerabilidade é percorrer uma linha tênue que não protege os direitos fundamentais das crianças; pelo contrário, confirma uma condição de segregação de classes e diferenças sociais gritantes.

Ainda, concernente ao conceito de vulnerabilidade social e a um importante apontamento referente à atuação dos profissionais no atendimento de crianças que acessam os serviços da rede, cabe trazer o estudo de Scherer e Silveira (2013); cujo objetivo foi conhecer a relação entre as dimensões individual, social e programática da vulnerabilidade com o processo de saúde e doença da criança, tendo como premissa a realidade vivenciada em programa de residência multiprofissional em um hospital universitário no campo da saúde da criança em um núcleo do Serviço Social. A temática central do trabalho foi compreender o conceito de vulnerabilidade social sob o viés da lógica do conceito ampliado de saúde e também de seus diversos determinantes sociais. Foram realizadas 12 entrevistas semiestruturadas com adultos familiares de crianças hospitalizadas nas unidades de internação e de terapia intensiva pediátrica. Durante as entrevistas, foi possível perceber como a realidade de acessos, condições, atendimento, assistência em saúde e necessidades básicas se distancia do que está assegurado em lei, no âmbito da infância. Nesse cenário, os autores destacam o quanto na sociedade capitalista o gozo de saúde está, obrigatoriamente, relacionado à renda, educação, moradia, alimentação, lazer, trabalho e demais instâncias da cidadania.

Quanto à clínica ampliada, que surge como forma de operacionalização dos direitos garantidos à criança a partir do ECA, os autores chamam atenção para o fato de estar bastante presente e internalizada a ideia de que os usuários do SUS recebem um “favor” do sistema público, e não o que de fato é de seu direito. Esse apontamento confirma-se nas falas dos entrevistados ao mencionarem o descontentamento com os funcionários da rede, haja vista as dificuldades ao tentarem acessar serviços e direitos. Posto isso, os autores reforçam que a ideia principal da clínica ampliada é afastar-se da noção de saúde como ausência de doença e ampliar a concepção de cuidado, que se concretiza essencialmente nesse contato com o todo, incluído não somente o usuário direto, mas o entorno deste.

Corroborando a noção de clínica ampliada de Scherer e Silveira (2013), e ampliando esse entendimento, Schneider et al. (2016) ressaltam a necessidade de romper o setting da clínica tradicional e transcender para uma prática de clínica ampliada, deslocando-se a atenção da doença e voltando-se para a promoção de saúde. Os autores trazem o relato de uma experiência com crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade psicossocial, realizada na região de Florianópolis, por intermédio da articulação intersetorial. O projeto foi desenvolvido no período de abril de 2010 a julho de 2012 e no total atendeu 261 participantes da comunidade local e entorno, sendo promovidas ações de socialização com a realização de diversas oficinas culturais oferecidas para crianças e adolescentes, envolvendo uma equipe multidisciplinar.

Ao longo do projeto, foram apontados os desafios desse trabalho em rede, no que diz respeito às parcerias fundamentais para execução do projeto, visto que em alguns momentos a continuidade dessas parcerias não ocorreu. Sobre a integração dos envolvidos, houve responsabilização e engajamento de alguns, porém a comunicação, tão necessária para o trabalho em rede, foi um dificultador; contudo, as maiores dificuldades e os desafios desse trabalho estão relacionados à integração das ações e seus eixos de intervenção. A não participação em reuniões para discussões e planejamentos ampliados, consoante os autores, dificulta e impede os saberes compartilhados, configurando-se, assim, uma das grandes lacunas para que a circulação de saberes e comunicação eficaz não se ampliem. Consequentemente, o objetivo do trabalho, que é a promoção da saúde, para além do

sofrimento, cujo foco é o sujeito e sua totalidade, continua comprometido, dificultando a construção da clínica ampliada.

O atendimento psicológico infantil no contexto de clínica ampliada

Quatro artigos selecionados foram distribuídos na categoria “Atendimento psicológico infantil no contexto de clínica ampliada”, conforme demonstrado no Quadro 1, que visa destacar como o profissional de psicologia atua no cenário de clínica ampliada no atendimento psicológico infantil. Entre os estudos analisados, os aspectos que mais foram destacados dizem respeito ao atendimento psicológico infantil pautado no modelo biomédico. Mesmo diante do contexto de clínica ampliada, ainda existem diversas dificuldades na atuação do psicólogo em desenvolver, de fato, o modelo ampliado de atendimento. Também apontam a necessidade de atentar-se para um atendimento em diversos cenários, e não somente em espaços especializados de saúde mental (Macêdo, Pessoa, & Alberto, 2015; Vicentin, 2006).

Segundo Vicentin (2006), a gênese da clínica tradicional infantil foi posterior à clínica adulta, em meados do século XX, caracterizando-se como um processo de surgimento particular e com especificidades no processo de constituição da subjetividade da criança se formatando de forma transdisciplinar e em rede, ou seja, originando a clínica ampliada. Houve avanços importantes, no que concerne à saúde mental da criança e do adolescente, com a universalização de uma política de saúde mental no paradigma da Reforma Psiquiátrica e a adoção, pelo Brasil, da Convenção dos Direitos da Criança e do Adolescente (1989). Entretanto, embora a busca do reconhecimento da singularidade destes, ampliando a possibilidade de atenção integral à saúde dessa população, ainda há muito o que desenvolver nesse espaço. Existem desafios na rede de saúde da criança e do adolescente, sendo uma luta constante nos fóruns e colegiados de saúde mental assegurar discussões e planejamentos específicos para esse público. Isso com o intuito de não se deixar esta questão de saúde mental restrita somente a espaços “especializados”, concentrados, geralmente, em Centro de Atenção Psicossocial, Ambulatórios de Especialidades, ou em

serviços ligados a instituições de formação clínica–escola e hospitais universitários (Vicentin, 2006).

Quanto à atuação do psicólogo no trabalho em rede de forma ampliada, Vicentin (2006) comenta, que devido suas experiências no sistema, objetivou esboçar algumas ideias, mais especificamente na infância e focando o contexto de transtornos mentais ou situação de vulnerabilidade social. Nesse sentido, o autor se questiona: é preciso reforçar o estado de passividade das crianças nos serviços de saúde mental ou criar ferramentas para que se movam dessa passividade na qual foram colocadas? Vicentin (2006) sugere ao psicólogo criar juntamente com a criança ferramentas clínicas, terapêuticas e sociais, possibilitando, assim, sua exposição ao mundo, mesmo que este lhe pareça tão distante da realidade e das crianças “ideais”. Isso posto, percebe-se que existe uma possível mudança real, em relação à exclusão, e um trabalho a ser desenvolvido que envolve responsabilidade não somente como profissional da área de saúde, mas como sujeito social. Vicentin (2006) assevera ainda que em se tratando de criança e adolescente não há como pensar em cuidado e atenção à saúde sem pensar em um trabalho interdisciplinar e intersetorial; em outras palavras, pautado no conceito de clínica ampliada.

Corroborando Vicentin (2006), cabe trazer o estudo de Oliveira e Zandonadi (2016), que aponta para outro campo de atuação do psicólogo, mostrando ser mister a esse profissional ampliar sua percepção e desenvolver trabalho em conjunto, referindo-se ao atendimento a crianças e a adolescentes vítimas de abuso sexual. Visto que o abuso sexual é algo que resultará em consequências para a vida social e psíquica da criança e/ou adolescente, é importante que o psicólogo faça um reconhecimento da realidade vivida por esses sujeitos, estendendo o atendimento à família, sendo esse reconhecimento relevante como parte do tratamento e objetivando resgatar e fortalecer vínculos familiares, na perspectiva de superação e rompimento dessa violência.

Entre outros campos e realidades no atendimento infantil, Macêdo et al. (2015) também trazem suas contribuições referentes à atuação do profissional da psicologia no contexto de clínica ampliada. Para tanto, utilizaram entrevista semiestruturada e questionário, aplicados para 11 profissionais da psicologia da região do Cariri cearense, atuantes nas políticas públicas de assistência social, distribuídos em trabalho de rede, Cras,

Creas e Casa de Acolhimento. Os autores apontam que é de conhecimento dos profissionais da psicologia as violações de direitos que sofrem crianças e adolescentes. A realidade brasileira ainda é de extrema desigualdade social, cujo público mais atingido são cidadãos cotidianamente privados de condições básicas de acesso aos direitos. Os profissionais ainda estão diretamente conectados ao modelo preconizado em instituições de ensino e um atendimento pautado no patológico, que se reflete no discurso no qual fica latente a dificuldade de compreender o desenvolvimento da infância e da adolescência para além do modelo biomédico, e também na forma descontextualizada de associar esse processo de desenvolvimento com o todo. O todo diz respeito às dimensões culturais, sociais, econômicas e políticas nas quais a criança e/ou adolescente está inserido. Como resultado, os autores permitem pensar o quanto a graduação ainda investe na formação de profissionais capazes de atuar com crianças na clínica tradicional, e não nos contextos de clínica ampliada.

Segundo Macêdo et al. (2015), os profissionais, ao atuarem com esse público, analisam a infância e a adolescência tendo como referencial o contexto no qual eles próprios estão inseridos; produzindo uma concepção deslocada da realidade e remetendo a um modo de vida predominante e único, distanciado da condição de vida e da realidade das crianças e adolescentes. Essa leitura revela a necessidade de intervenções pautadas no “corrigir”, concentrando esforços nas famílias e nas escolas, por meio de palestras, grupos de orientação para pais, com informativos, sem praticar mudanças efetivas. Essa atuação não gera discussões, questionamentos, tampouco dá azo à construção de autonomia e reconhecimento de sujeitos de direitos, aspecto básico na clínica ampliada. Com isso, os profissionais, ao atuarem como profissionais da psicologia, repetem um modelo estritamente técnico, atuando como meros executores das políticas públicas; além de reafirmar um modelo higienista que responsabiliza e culpabiliza a família, distanciando-se de uma atuação crítica, reflexiva, investigativa e de desenvolvimento de estratégias eficazes para efetivação dos direitos das crianças/adolescentes (Macêdo et al., 2015).

Utilizando entrevistas semiestruturadas com 15 psicólogos que atuam na rede em UBS do município de Uberaba, Minas Gerais, o estudo de Alves e Serralha (2018) teve como objetivo conhecer a realidade do atendimento psicológico a crianças baseado no conceito de

clínica ampliada. Os autores asseveram que é possível apontar falhas na aplicabilidade do princípio da intersectorialidade, cujo objetivo é que os vários serviços da rede dialoguem entre si, buscando atender o usuário de forma integral. Além disso, o estudo aponta outra preocupante realidade: dos 15 psicólogos entrevistados, apenas sete conseguiam oferecer o atendimento adequado preconizado pela clínica ampliada. Alves e Serralha (2018) consideram que isso se deve ao fato de que esses eram profissionais recém-chegados ao serviço e, conseqüentemente, não haviam se institucionalizado, aspectos que já ocorrera com os demais e os impedira de atender crianças. Essa falta de capacidade de atendimento por parte do psicólogo pode ter relação, também, segundo os autores, com a alta demanda de usuários e com a escassez de mão de obra, visto que, consoante o Ministério da Saúde, 10% a 20% da população infanto-juvenil necessita de cuidados em saúde mental, configurando uma demanda grande para poucos recursos humanos – dificultando o acesso desse público ao serviço – e contrastando com uma das principais características das redes de Atenção Básica, que é ser a porta de entrada do serviço.

Discussão

A partir da análise dos trabalhos selecionados, observou-se que ainda há pouca literatura referente à atuação do profissional da psicologia em atendimento infantil no contexto de clínica ampliada. O tema é abordado de forma ampla, em um campo de atuação profissional ainda pouco explorado. Percebe-se que a escassez de material pode ser em decorrência da pouca divulgação e exploração dos próprios profissionais, diante das inúmeras possibilidades nesse cenário de clínica ampliada. É necessário investimento em estudos e pesquisas que ressaltem o quão importante e efetivo é a atuação do psicólogo nesse modelo de trabalho (Ribeiro & Goto, 2012); sendo importante ressaltar que, embora a psicologia tenha surgido em um modelo de tratamento curativista, baseado em transtornos e patologias, inclusive no cenário de políticas públicas (Dimenstein, 1998), é possível e necessário que a atenção dos profissionais se direcione para a prevenção e promoção de saúde, ou seja, que deslumbrem possibilidades de atuação para prevenir, e não somente atuar no problema (Brasil, 2009).

Há ainda diversos desafios e a premência de desconstruir um modelo preconizado para reconstruir uma nova forma de atuar. Nesse sentido, Macêdo et al. (2015) referem que os profissionais de psicologia permanecem conectados a modelos indicados no ensino; por exemplo, modelo de atendimento de setting tradicional, origem do atendimento psicológico. Isso faz pensar que, enquanto no atendimento infantil tradicional existe um roteiro preestabelecido, o atendimento ampliado, como o próprio nome diz, expande o espaço e, conseqüentemente, os envolvidos, de modo que é possível pensar que essa resistência em se desvincular desse modelo tenha a ver com a resistência ao novo, desconhecido e sem roteiros engessados. Isso exige que o profissional se liberte seus modelos preestabelecidos e adote uma nova versão, sendo necessária a sensibilidade de reinventar-se o tempo todo (Dettmann et al., 2016; Sundfeld, 2010).

Embora o atendimento infantil na clínica ampliada tenha inúmeras diferenças da tradicional, é possível afirmar que este também se estrutura a partir do brincar e de outras manifestações lúdicas infantis; porém é necessário adaptar até mesmo este “brincar”, visto que a criança que acessa serviços nesse contexto de vulnerabilidade vive uma realidade diferente de outras, em diferentes espaços. Quando se trata de crianças em vulnerabilidade, Bomtempo e Conceição (2014) demonstram o quanto há de possibilidades de unir saberes tradicionais com saberes ampliados. As autoras propuseram um trabalho no qual a principal ferramenta era a ludicidade, brincando com crianças expostas às mais diversas privações (de moradia, cultural, socioeconômica). Está na lei os direitos de crianças e adolescentes à proteção física, psíquica e social (Constituição Federal, 1988), que devem ser garantidos pela sociedade e pelo Estado; mas, verificando os estudos analisados, percebe-se que existe um caminho a percorrer até efetivar o que está assegurado em lei.

O atendimento infantil surgiu com o objetivo de dar conta de demandas existentes baseadas em transtorno psicológico, doença, desajuste social, com atuação em espaço clínico individualizante, entre quatro paredes (Freud, 1926/1971; Klein, 1932/1997). Já o modelo sob o viés da clínica ampliada se diferencia em vários aspectos, entre eles quando o profissional é convidado a desconstruir o modelo pautado na doença e direcionar para um todo; ou seja, quando busca expandir o objeto de trabalho incluindo novos instrumentos e atores de saberes, por meio do compartilhamento de diagnósticos, discussões e

terapêuticas. Sendo assim, pensar em clínica ampliada é acreditar que, mesmo não existindo uma resposta certa e única, ao ampliar o objeto da saúde-doença, o compartilhamento ainda pode ser uma estratégia infinitamente mais potente do que uma abordagem pontual e individualizante; mas sem desconsiderar todas as singularidades e subjetividades de cada sujeito e contexto (Brasil, 2009).

Ainda, no que diz respeito à clínica ampliada, diversos estudos apontam as dificuldades e desafios de atuar em rede, quando se busca um trabalho não fragmentado, fazendo da comunicação e circularidade a base do trabalho. É possível constatar a dificuldade de se definir a atuação do psicólogo nesse contexto de clínica ampliada, porque isso exige integrar-se à equipe. E ao se integrar à equipe, o trabalho não foca um único profissional, individualizante, mas sim uma forma de atuação ampliada, sendo necessário dividir saberes e fazeres entre diversos profissionais (Sundfeld, 2010). Para essa atuação, não é possível constatar ou definir um roteiro de intervenções para desenvolver o atendimento infantil, visto que cada contexto, espaço, cenário trabalhando com mais de um sujeito, e ampliando a rede de atendimento e compartilhamento, não permite trabalhar com amarras teóricas, provocando dificuldades em se constatar ou definir qual é a prática do psicólogo.

Na clínica tradicional, esse fazer se torna mais definido, diante da própria existência desse modelo engessado, em setting tradicional, que vai de encontro à própria história de surgimento da atuação em contexto de clínica ampliada. Inicialmente, era muito presente uma prática focada no individual, privatista, curativista e até mesmo com ideais de lucratividade. Almejando o oposto disso, surgiu a psicologia no serviço das políticas públicas (Dimenstein, 1998), de modo que a clínica ampliada exige não repetir esse modelo. Assim, esses aspectos que se aprende ao longo da graduação referente à clínica tradicional não se aplicam no contexto de clínica ampliada, requerendo do profissional um desfazer-se de um saber pré-concebido para conseguir construir outro saber com outros profissionais e com os próprios usuários do serviço.

É relevante refletir sobre as necessidades atuais referentes à formação dos profissionais da psicologia. A graduação precisa investir em outros contextos de atuação, o que já tem sido feito, mas talvez não da forma cogente. Focar predominantemente na clínica

tradicional é ignorar as mudanças da sociedade, sendo preciso apresentar outras possibilidades de atuação aos acadêmicos, convidando-os a desvendar possibilidades e, assim, desenvolver habilidades críticas para saber sobre a possibilidade ou não em atuar em diferentes contextos, visto que o profissional que não consegue desfazer-se de amarras teóricas e de um enrijecimento em termos de práticas, talvez, não devesse aceitar atuar em contexto de clínica ampliada, cabendo-lhe avaliar de forma ética se está apto ou não para esse serviço (Conselho Federal de Psicologia, 2009).

Considerações finais

A partir do estudo de revisão narrativa da literatura realizada, percebeu-se que o atendimento ao público infantil em contexto de vulnerabilidade social demanda muitos avanços e estratégias, de forma que busquem efetivar e concretizar os direitos preconizados pelo ECA. E, além disso, que seja um instrumento que possibilite de fato o status de sujeito para essas crianças, que muitas vezes não são ouvidas e estão expostas aos mais diversos contextos de vulnerabilidade. Sabe-se que, conforme a Lei n. 8.069/1990, a sociedade e o Estado têm o dever de proteger e conceder condições plenas para o desenvolvimento físico, psíquico e social desse público, porém os desafios encontrados nesse percurso de desenvolvimento envolvem inúmeros fatores.

Demonstra-se a importância da inserção do psicólogo no campo social e comunitário, por meio de um trabalho de clínica ampliada. Os profissionais precisam atender às mais diversas demandas que se apresentam nesse contexto ampliado; entre elas fazer intervenções, desenvolver comunicação assertiva, trabalho em equipe e rede, considerando o contexto no qual cada criança está inserida e, principalmente, desligando-se de um trabalho individual e voltando-se para o coletivo. Sendo assim, é necessária uma desconstrução por parte do psicólogo, processo que remete à gênese da psicologia, visto que perpassa a história do surgimento e consolidação de uma profissão pautada na “doença” e no atendimento individualizante.

Apesar das diversas dificuldades de atuação do psicólogo, no que tange à clínica ampliada no atendimento infantil, é possível pensar que se tem muito a se desenvolver,

principalmente no que diz respeito a pesquisas, para que esse trabalho de atendimento infantil ocupe o devido espaço, através de confirmação das possibilidades e efetivação deste profissional neste contexto. Também se destaca que não há como listar/organizar/engessar formas ou roteiros para atender crianças nesse modelo de clínica; destarte, a postura do profissional exige sensibilidade de adaptar-se e reinventar-se, buscando criar formas que não sigam roteiros engessados, mas que tenham como essência as particularidades e subjetividades, envolvendo tanto o sujeito em questão quanto o contexto.

Outro dado importante trazido por diversos autores diz respeito ao desenvolvimento de um trabalho fragmentado. Essa busca de desligar-se do modelo preconizado do atendimento individual e biomédico implica a necessidade de refletir sobre a profissão em si. Trabalhar em clínica ampliada tem por objetivo unir saberes, conhecimentos, trocas e pessoas com os mesmos propósitos, de modo que é mister retratar isso levando em consideração a psicologia como ciência e profissão.

Referências

- Arrué, A., Neves, E., Terra, M., Magnago, T., Jantsch, L., Pieszak, G., Silveira, A., & Buboltz, F. (2013). Crianças/adolescentes com necessidades especiais de saúde em centro de atenção psicossocial. *Revista de Enfermagem da UFSM*, 3(2), 227–237. Doi: 10.5902/217976927827.
- Alves, C. M. P., & Serralha, C. A. (2018). A assistência psicológica a crianças em Unidades Básicas de Saúde. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 18(3), 912–931. Recuperado de <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revispsi/article/view/40460/28223>.
- Brasil (2009). *Humaniza SUS: clínica ampliada e compartilhada*. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_compartilhada.pdf.
- Batista, K. A., & Oliveira, P. R. S. (2017). A saúde mental infantil na atenção primária: reflexões acerca das práticas de cuidado desenvolvidas no município de Horizonte–CE. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 12(3), 1–17. Recuperado de

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-89082018000100006.

Bomtempo, E., & Conceição, M. R. (2014). Infância e contextos de vulnerabilidade social: a atividade lúdica como recurso de intervenção nos cuidados em saúde. *Boletim Academia Paulista de Psicologia*, 34(4), 490–509. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-711X2014000200012.

Conselho Federal de Psicologia (2009). Serviço de proteção social a crianças e adolescentes vítimas de violência, abuso e exploração sexual e suas famílias: referências para a atuação do psicólogo. Brasília: CFP. Recuperado de https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2009/10/CREPOP_Servico_Exploracao_Sexual.pdf.

Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (1988). Brasília, DF. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm.

Dimenstein, M. D. B. (1998). O psicólogo nas unidades básicas de saúde: desafios para a formação e atuação profissional. *Estudos de Psicologia*, 3(1), 53–81. Doi: 10.1590/S1413-294X1998000100004.

Dettmann, A. P. S., Aragão, E. M. A., & Margotto, H. L. R. (2016). Uma perspectiva da clínica ampliada: as práticas da psicologia na assistência social. *Fractal: Revista de Psicologia*, 28(3), 362–369. Doi: 10.1590/1984-0292/1232.

Freud, A. (1971). O tratamento psicanalítico de crianças (M. Matos, Trad.). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1926).

Froner, J. P., & Ramires, V. R. R. (2008). Escuta de crianças vítimas de abuso sexual intrafamiliar na concepção de profissionais que atuam no âmbito jurídico. *Psicologia em Revista*, 15(3), 60–81. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-11682009000300005.

Klein, M. (1997). A psicanálise de crianças (L. P. Chaves, Trad.). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1932).

Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990 (1990). Dispõe sobre Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, DF. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm.

- Mann, J., Tarantola, D. J. M., & Netter, T. W. (1993). Como avaliar a vulnerabilidade à infecção pelo HIV e Aids. In J. Mann, D. J. M. Tarantola & T. W. Netter (Orgs.). *A Aids no mundo* (pp. 275–300). Rio de Janeiro: Relume-Dumará/ABIA/IMS-UERJ.
- Macêdo, O. J., Pessoa, M. C. B., & Alberto, M. F. P. (2015). Atuação dos profissionais de psicologia junto à infância e à adolescência nas políticas públicas de assistência social. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 35(3), 916–931. Doi: 10.1590/1982-3703000922014.
- Mello, M. M., & Santos, J. D. (2018). Infância, loucura e alteridade: a criança em devir. *Fractal: Revista de Psicologia*, 30(3), 314–321. Doi: 10.22409/1984-0292/v30i3/5523.
- Oliveira, A. C., & Zandonadi, A. C. (2016). A psicologia em serviço da proteção social de crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual. *Revista FAROL*, 2(2) 19–31. Recuperado de <http://www.revistafarol.com.br/index.php/farol/article/view/28/47>.
- Paulilo, M. A. S., & Jeolás, L. S. (2001). Risco e vulnerabilidade: jovens e drogas. *Revista Semina: Ciências Sociais e Humanas*, 22, 57–66. Doi: 10.5433/1679-0383.2001v22n1p57.
- Ribeiro, M. E., & Goto, T. A. (2012). Psicologia no sistema único de assistência social: uma experiência de clínica ampliada e intervenção em crise. *Gerai: Revista Interinstitucional de Psicologia*, 5(1), 184–194. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-82202012000100012.
- Rother, E. T. (2007). Editorial: revisão sistemática × revisão narrativa. *Acta Paulista de Enfermagem*, 20(2), 1–2. Doi: 10.1590/S0103-21002007000200001.
- Soares, L. E., Bill, M. V., & Athayde, C. (2005). *Cabeça de porco*. Rio de Janeiro: Objetiva.
- Sundfeld, A. C. (2010). Clínica ampliada na atenção básica e processos de subjetivação: relato de uma experiência. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 20, 1079–1097. Doi: 10.1590/S0103-73312010000400002.
- Scherer, E. B., & Silveira, E. (2013). Solo e raízes das dimensões individual, social e programática da vulnerabilidade e as sementes no processo de saúde da criança. *Textos & Contextos*, 12(1), 68–84. Recuperado de <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/13240/9636>.
- Schneider, D., Oltramari, L., Brudde, C., Silveira, A., & Silveira, S. (2016). A clínica na comunidade: uma experiência de intervenção intersetorial para adolescentes em

- situação de vulnerabilidade psicossocial. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 8(18), 68–80. Recuperado de <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/4036/4707>.
- Teixeira, M. R., Couto, M. C. V., & Delgado, P. G. G. (2017). Atenção básica e cuidado colaborativo na atenção psicossocial de crianças e adolescentes: facilitadores e barreiras. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(6), 1933–1942. Doi: 10.1590/1413-81232017226.06892016.
- Torossian, S. D. (2015). Políticas públicas e modos de viver: tecer redes. Porto Alegre, Artmed.
- Unicef (2018). Pobreza na infância e na adolescência. Recuperado de <https://www.unicef.org/brazil/relatorios/pobreza-na-infancia-e-na-adolescencia>.
- Vignoli, J. R. (2001). Vulnerabilidad y grupos vulnerables: un marco de referencia conceptual mirando a los jóvenes. *Cepal: Serie población y desarrollo*, 17, 1–62. Recuperado de https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/7150/S018659_es.pdf.
- Vicentin, M. (2006). Infância e adolescência: uma clínica necessariamente ampliada. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, 17(1), 10–17. Doi: 10.11606/issn.2238-6149.v17i1p10-17.

Recebido em: 23/2/2020

Aprovado em: 23/10/2020