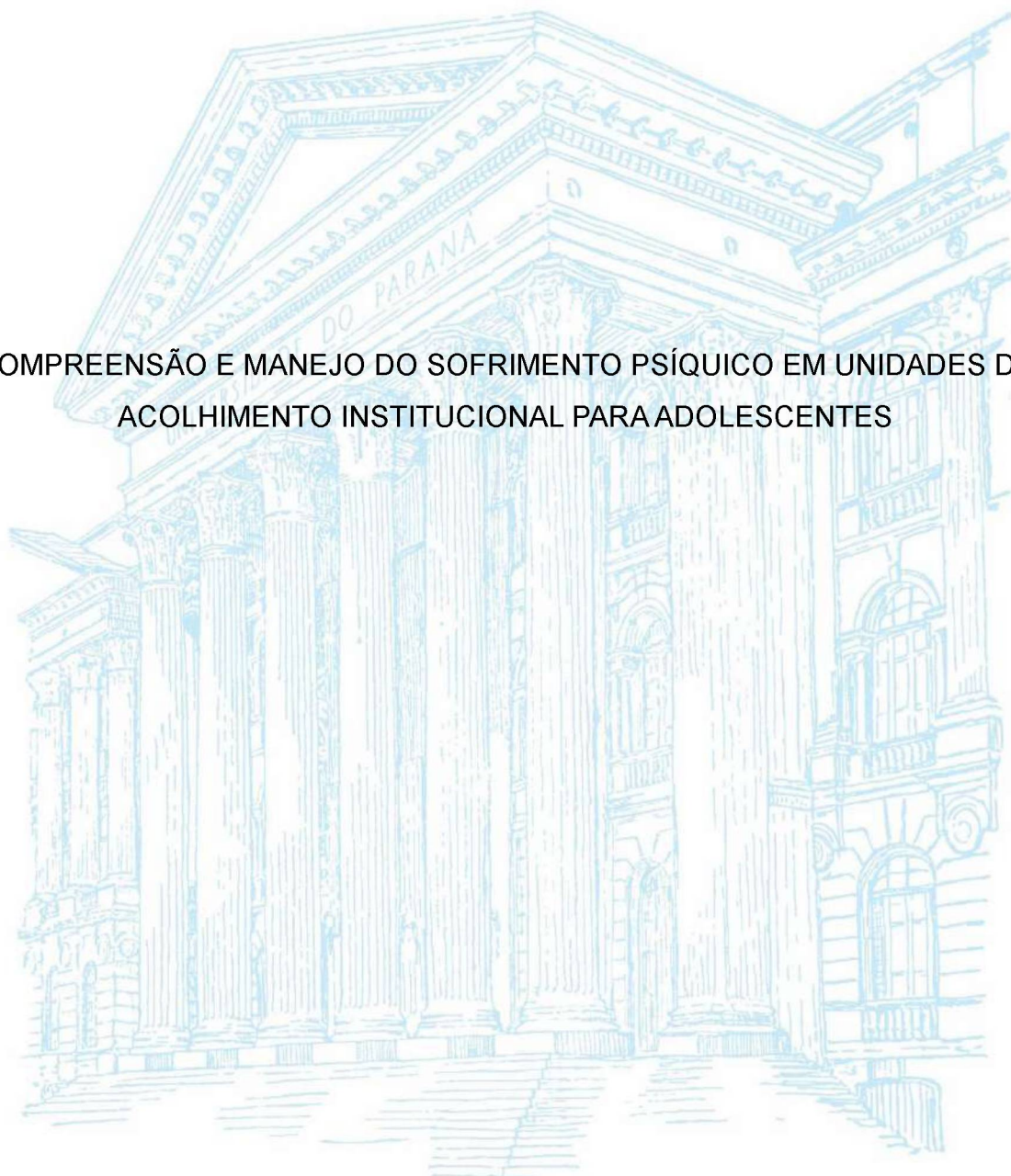


UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

RAPHAELA CARVALHO

COMPREENSÃO E MANEJO DO SOFRIMENTO PSÍQUICO EM UNIDADES DE
ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL PARA ADOLESCENTES



CURITIBA

2024

RAPHAELA CARVALHO

COMPREENSÃO E MANEJO DO SOFRIMENTO PSÍQUICO EM UNIDADES DE
ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL PARA ADOLESCENTES

Dissertação apresentada ao curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Deivisson Vianna Dantas do Santos

CURITIBA

2024

C331 Carvalho, Raphaela

Compreensão e manejo do sofrimento psíquico em unidades de acolhimento institucional para adolescentes [recurso eletrônico] / Raphaela Carvalho. – Curitiba, 2024.

Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná.

Orientador: Prof.^a Dr.^a Deivisson Vianna Dantas do Santos

1. Serviços de Saúde Mental. 2. Saúde do Adolescente.
3. Acolhimento. I. Santos, Deivisson Vianna Dantas do.
II. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná. III. Título.



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO SAÚDE COLETIVA
40001016103P7

TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação SAÚDE COLETIVA da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da dissertação de Mestrado de **RAPHAELA CARVALHO** intitulada: **Compreensão e manejo do sofrimento psíquico em Unidades de Acolhimento Institucional para adolescentes**, sob orientação do Prof. Dr. DEIVISSON VIANNA DANTAS DOS SANTOS, que após terem inquirido a aluna e realizada a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua APROVAÇÃO no rito de defesa.

A outorga do título de mestra está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

CURITIBA, 05 de Julho de 2024.

Assinatura Eletrônica

06/08/2024 09:42:47.0

DEIVISSON VIANNA DANTAS DOS SANTOS

Presidente da Banca Examinadora

Assinatura Eletrônica

06/08/2024 10:29:12.0

SOLENA ZIEMER KUSMA FIDALSKI

Avaliador Interno (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Assinatura Eletrônica

23/08/2024 10:54:52.0

MARIA CRISTINA VENTURA COUTO

Avaliador Externo (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO)

RUA PADRE CAMARGO 280, 3º ANDAR - CURITIBA - Paraná - Brasil
CEP 80060-240 - Tel: (41) 3360-7271 - E-mail: mestradoscoletivaufpr@gmail.com

Documento assinado eletronicamente de acordo com o disposto na legislação federal Decreto 8539 de 08 de outubro de 2015.
Gerado e autenticado pelo SIGA-UFPR, com a seguinte identificação única: 387293

Para autenticar este documento/assinatura, acesse <https://siga.ufpr.br/siga/visitante/autenticacaoassinaturas.jsp>
e insira o código 387293

AGRADECIMENTOS

Agradeço especialmente ao meu orientador, Deivisson Vianna dos Santos, por ter me orientado durante todo o processo e por todos os ensinamentos em pesquisa qualitativa e no cuidado em saúde mental, sempre de uma forma que expandiu minha compreensão. Sua paciência e condução desde o início foram fundamentais para a realização desta pesquisa.

Expresso minha gratidão aos trabalhadores das Unidades de Acolhimento, que gentilmente aceitaram participar da pesquisa e contribuíram de forma primordial para a concretização deste trabalho.

Agradeço às professoras Maria Cristina Ventura Couto e Solena Ziemer Kusma Fidalski, por integrarem a banca de defesa e por suas contribuições essenciais para esta pesquisa.

Minha gratidão também vai para minhas colegas de trabalho, que me ajudaram na questão da carga horária e demonstraram paciência durante todo o processo de construção da pesquisa.

Aos meus amigos e amigas, que escolhi para estarem comigo nessa caminhada chamada vida, agradeço pelo apoio e acolhimento em todos os momentos. Sou imensamente grata à minha família pelo apoio incondicional nesta jornada, especialmente às mulheres que, devido à conjuntura histórica, sempre estiveram mais implicadas no meu cuidado e são meu apoio e esteio em toda minha trajetória. Agradeço também ao meu irmão, Ivan, que sempre me incentivou e apoiou. Em especial, gostaria de mencionar minha mãe, Lucilene, que sempre acreditou em mim de forma tão gentil e genuína.

Por fim, agradeço ao meu esposo e companheiro, William, por todo o carinho, amor e compreensão nos momentos em que mais precisei, e por estar sempre ao meu lado nessa caminhada.

RESUMO

O acolhimento institucional é destinado a adolescentes cujos direitos foram ameaçados ou violados por ação ou omissão da sociedade, do Estado, dos pais ou responsáveis, porém deve ser breve e excepcional. A permanência em instituições pode acarretar situações de vulnerabilidade, como agravos à saúde mental, exposição a situações de risco e negligências. Em base a este contexto, o objetivo da pesquisa é compreender as práticas relacionadas às crises e ao sofrimento em saúde mental de adolescentes em Unidades de Acolhimento Institucional (UAI). Metodologicamente é um estudo qualitativo realizado por meio de entrevistas em profundidade, analisadas em abordagem hermenêutica Gadameriana. Foram realizadas quatorze entrevistas com os trabalhadores das unidades. Na análise das narrativas emergiram três núcleos argumentais: Relação das unidades com a Rede de Atenção à Saúde; Concepções e o lugar da saúde mental na Assistência Social; Identificação e o manejo dos problemas de saúde mental. Todos os adolescentes acolhidos são encaminhados para a Unidade Básica de Saúde para atendimentos de ordem física. No que tange à saúde mental, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) acompanham casos de transtornos graves e uso de substâncias. Contudo, nas situações de crise os leitos do CAPS são pouco usados e a maioria das internações são realizadas em hospitais privados contratados. Os trabalhadores expressaram o desejo de separar adolescentes com problemas de saúde mental e uso de álcool e substâncias, pois as Unidades de acolhimento não seriam o local ideal para esses jovens que demandam um atendimento especializado. As expectativas do acolhimento são por um maior número de internações e de atendimentos individualizados nos CAPS. Predomina uma compreensão medicalizada do cuidado, focada em diagnósticos e serviços especializados, com manejos que envolvem encaminhamentos, administração de medicamentos e a partir de regras institucionais. Tanto a Atenção Psicossocial quanto o Acolhimento compartilham objetivos semelhantes, como a garantia de direitos e integralidade do cuidado. A Atenção Psicossocial destaca que o cuidado em saúde mental transcende os dispositivos da Rede de Atenção à Saúde, manifestando-se também nas relações, intersetorialidade e arranjos territoriais, posicionando as UAIs como locais de cuidado em saúde mental. As diretrizes de acolhimento também trazem a integralidade dessas unidades, inclusive no cuidado em saúde mental. Quanto à análise da Rede de Atenção à Saúde (RAS), ficou evidente a necessidade de uma articulação mais eficaz entre as unidades e a RAS. Isso inclui a redução da centralidade nos serviços especializados, visando à construção de um cuidado mais integral para os adolescentes.

Palavras-chave: Adolescente. Saúde Mental. Unidades de Acolhimento.

ABSTRACT

Institutional care is intended for adolescents whose rights have been threatened or violated by the actions or omissions of society, the State, parents, or guardians, and should be brief and exceptional. Prolonged stays in institutions can lead to vulnerabilities such as mental health issues, exposure to risk situations, and neglect. In this context, the research aims to understand practices related to crises and mental health suffering among adolescents in Institutional Care Units (ICU). Methodologically, it is a qualitative study conducted through in-depth interviews analyzed using a Gadamerian hermeneutic approach. Fourteen interviews were conducted with unit workers. Three main arguments emerged from the analysis of the narratives: the relationship between the units and the Health Care Network; conceptions and the role of mental health in Social Assistance; identification and management of mental health problems. All adolescents in care are referred to the Primary Health Unit for physical health care. Regarding mental health, the Psychosocial Care Centers (CAPS) monitor cases of severe disorders and substance use. However, in crisis situations, CAPS beds are rarely used, and most hospitalizations occur in contracted private hospitals. Workers expressed the desire to separate adolescents with mental health problems and those using alcohol and substances, as care units may not be ideal for these youths who require specialized care. Expectations from the care system include more hospitalizations and individualized care at CAPS. A medicalized understanding of care prevails, focused on diagnoses and specialized services, with management involving referrals, medication administration, and institutional rules. Both Psychosocial Care and Institutional Care share similar goals, such as ensuring rights and comprehensive care. Psychosocial Care emphasizes that mental health care goes beyond the Health Care Network, also manifesting in relationships, intersectorality, and territorial arrangements, positioning ICUs as places of mental health care. Care guidelines also highlight the integrality of these units, including mental health care. Analysis of the Health Care Network (RAS) revealed the need for more effective coordination between units and the RAS. This includes reducing reliance on specialized services to build more comprehensive care for adolescents.

Keywords: Adolescent. Mental Health. Institutional Care.

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – LINHA DO TEMPO SOBRE A EVOLUÇÃO NORMATIVA CONCERNENTE AOS DIREITOS E GARANTIAS DAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES	27
QUADRO 2 – PRINCÍPIOS NORTEADORES QUE DEVEM REGER AS UNIDADE DE ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL (UAI)	35
QUADRO 3 – EQUIPE DAS UNIDADES DE ACOLHIMENTO E PRINCIPAIS ATRIBUIÇÕES ELENCADAS NA NORMATIVA TÉCNICA – SERVIÇOS DE ACOLHIMENTO PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES	36
QUADRO 4- RESUMO REFERENTE AS PRINCIPAIS INFORMAÇÕES SOBRE O PERCURSO METODOLÓGICO DA PESQUISA.....	47

LISTA DE TABELAS

TABELA 1- CARACTERIZAÇÃO DOS TRABALHADORES DAS UNIDADES DE ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL ENTREVISTADOS DO MUNICÍPIO DE CURITIBA, PARANÁ.....	56
--	----

LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CAPSi	Centros de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil
CNJ	Conselho Nacional de Justiça
CONANDA	Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente
DEDICA	Programa Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente
ECA	Estatuto da Criança e Adolescente
FAS	Fundação de Ação Social
PIA	Plano Individual de Atendimento
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UEP	Unidade de Estabilização Psiquiátrica
UAI	Unidade de Acolhimento Institucional
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
1.1 OBJETIVO GERAL	16
1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	16
2 REVISÃO DE LITERATURA	17
2.1 CONCEITUANDO A ADOLESCÊNCIA	17
2.2 A EVOLUÇÃO HISTÓRICA DA INSTITUCIONALIZAÇÃO DAS CRIANÇAS E DOS ADOLESCENTES NO BRASIL	20
2.3 GARANTIA DE PROTEÇÃO INTEGRAL AOS ADOLESCENTES	26
2.3.1 OS DIREITOS DAS CRIANÇAS E DOS ADOLESCENTES SOB UM OLHAR DECOLONIAL.....	28
2.4 AS UNIDADES DE ACOLHIMENTO	33
2.5.1 QUEM SÃO ESSES ADOLESCENTES?	37
2.6 A SAÚDE DOS ADOLESCENTES NAS UNIDADES DE ACOLHIMENTO.....	39
2.6.1 O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL DOS ADOLESCENTES EM ACOLHIMENTO	43
3.1 MOTIVAÇÃO E DESENHO DO ESTUDO.....	47
3.2 LOCAL DO ESTUDO	48
3.3 PARTICIPANTES DE ESTUDO E RECRUTAMENTO	50
3.4 COLETA DE DADOS	52
3.5 REFERENCIAL TEÓRICO DE ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DAS NARRATIVAS	53
3.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	54
3.7 LIMITAÇÕES	54
4 RESULTADOS	56
4.1 CONCEPÇÃO E O LUGAR DA SAÚDE MENTAL NAS UNIDADES DE ACOLHIMENTO	57
4.2 A IDENTIFICAÇÃO E O MANEJO DOS PROBLEMAS DE SAÚDE MENTAL	60
4.2.1 O PROCESSO DE TRABALHO E SUAS RELAÇÕES COM O MANEJO EM SAÚDE MENTAL	65
4.3 RELAÇÃO DAS UNIDADES DE ACOLHIMENTO COM A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE	67
5 DISCUSSÃO.....	70
5.1 O LUGAR DO JOVEM EM SOFRIMENTO PSÍQUICO NO ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL	70
5.2 O LUGAR DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE PARA O ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL	74

5.3 E O SOFRIMENTO, O QUE FAZEMOS COM ELE NO ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL?.....	81
5.3.1 O LUGAR DA MEDICAÇÃO NAS UNIDADES DE ACOLHIMENTO	87
5.4 REFLEXÕES SOBRE AS LEIS E AS PRÁTICAS DAS UNIDADES DE ACOLHIMENTO	89
6 CONSIDERAÇÕES	93
REFERÊNCIAS	95
APÊNDICE A – ROTEIRO DA ENTREVISTA	110

1 INTRODUÇÃO

A adolescência é definida cronologicamente como o período que compreende dos 12 aos 18 anos de idade, porém, ao examiná-la sob uma perspectiva social e histórica, ela se revela como um fenômeno de grande complexidade. Pode-se considerá-la como fruto de um enigma relativo à transição da infância para a idade adulta, especialmente na sociedade ocidental moderna (Coutinho, 2005). Trata-se de um período marcado por diversas transformações.

Aberastury e Knobel (1981) destacam que durante a adolescência podem ocorrer lutos. Esses lutos incluem o processo de lidar com as mudanças no corpo e com as transformações fisiológicas que acontecem durante a puberdade. Além disso, os adolescentes também podem vivenciar o luto pela modificação de papéis e de identidades à medida que enfrentam novas responsabilidades e desafios em suas vidas (Aberastury; Knobel, 1981).

Sob a perspectiva legal, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), estabelece que as crianças e os adolescentes são considerados titulares de direitos, garantias fundamentais e proteção integral. Porém, nos casos em que esses direitos são ameaçados ou violados por ação ou omissão da sociedade ou do Estado e/ou por falta, omissão ou abuso dos pais ou responsáveis legais serão aplicadas medidas de proteção. Uma das medidas que podem ser aplicadas é o acolhimento desse adolescente em unidades institucionais que podem ser governamentais ou de sociedades civis, a fim de proteger esses sujeitos. O Acolhimento Institucional deve ser uma medida breve e excepcional, aplicado apenas quando esgotados todos os recursos de manutenção na família e na comunidade de origem (Brasil, 1990).

O acolhimento é um dispositivo de Proteção Social pertencente à política pública do Sistema Único de Assistência Social, destinado àqueles que tiveram rompimento do vínculo familiar e comunitário, sem possibilidade de serem cuidados pela família original. Tem por intuito reconstruir os vínculos fragilizados e a autonomia do indivíduo através da garantia de direitos legalmente determinados, principalmente os que concernem à proteção e ao cuidado (Calcing; Benetti, 2014; Assis; Farias, 2013).

Para compreender o acolhimento atualmente é preciso revisitar a história e perceber como o contexto histórico reverbera nas práticas atuais. A origem das

instituições para as crianças e os adolescentes remonta ao período colonial, com expansão durante o período do Império e, principalmente, na República (Leite, 2001). Rizzini e Rizzini (2004), ao investigarem sobre a institucionalização nos séculos XIX e XX, abordam que esta era realizada pelas organizações estatais e religiosas, ligadas, porém, a práticas de higienismo, controle social e assistencialismo. Os internatos eram destinados às crianças órfãs, abandonadas, oriundas de famílias em situação de vulnerabilidade e, ainda, para aqueles que haviam cometido algum ato infracional. Esse cenário era comum no país até o final da década de 80, mesmo que, paradoxalmente, muitas dessas crianças tivessem família. A partir da década de 70 – com a atuação dos movimentos sociais, a posterior abertura política e as normativas internacionais que asseguravam direito às crianças –, começa a surgir o questionamento sobre os benefícios da institucionalização para o desenvolvimento dessas crianças (Rizzini; Rizzini, 2004).

A partir desse processo de redemocratização, em 1988 foi promulgada a primeira Constituição cidadã, que, pela primeira vez, considerou crianças e adolescentes como sujeitos de direitos. Em 1990, o Estatuto da Criança e do Adolescente pormenoriza e regulamenta esses direitos de forma específica. Assim, a partir dessas normas jurídicas, é iniciado o rompimento da cultura da institucionalização, positivando a Doutrina da Proteção Integral (Leite, 2001).

Trazendo alguns dados, estima-se que, atualmente, cerca de 30 mil crianças e adolescentes brasileiros vivem em situação de acolhimento, em Unidades Institucionais e Famílias Acolhedoras (CNJ, 2023). A literatura demonstra que as questões sociais e econômicas influenciam de forma expressiva nesse número, pois fragilizam a manutenção dessas crianças em suas famílias e as expõem a situações de vulnerabilidade e riscos sociais (Calcing; Benetti, 2014). A lei preconiza, contudo, de forma expressa, que a hipossuficiência de recurso não poderia ser causa para a retirada das crianças e dos adolescentes de suas famílias e comunidades e que, nesses casos, as famílias deveriam ser beneficiárias de políticas redistributivas e de proteção Estatal (Brasil, 1990).

As instituições de acolhimento habitualmente cumprem as necessidades básicas relativas à alimentação, moradia e segurança, porém, por vezes não conseguem oferecer condições para um atendimento personalizado e não favorecem o estreitamento de vínculos, que normalmente se desenvolvem de forma mais favoráveis em um ambiente familiar (Dell’Aglio, 2000; Alvares; Lobato, 2013). No

Brasil, ainda são escassos os estudos relacionados aos impactos e às consequências do acolhimento no sofrimento psíquico, assim como os fatores de risco, realidade que também dialoga com estudos internacionais em países como Alemanha, Espanha e Reino Unido. Nessas pesquisas nacionais e internacionais foi evidenciada grande prevalência de sofrimento psíquico em crianças e jovens que estavam em situações de acolhimento e, também, verificou-se a necessidade de otimizar a rede de cuidado em saúde mental, que deveria ser articulada com os serviços de assistência social (Schmid *et al.*, 2008; González-García *et al.*, 2016; Ford *et al.*, 2018; Fernandes; Matsukura, 2016; Galhardi; Matsukura, 2018; Silva *et al.*, 2019; González-García *et al.*, 2023).

Assim, é evidente a importância de novas pesquisas relacionadas a essa temática e suas implicações para a saúde coletiva. A compreensão dos significados no processo de produção de saúde e de adoecimento é essencial para os estudos sobre promoção, prevenção e assistência à saúde em várias perspectivas. Essa abordagem é de particular relevância para o sistema de saúde, que busca abranger grupos anteriormente negligenciados a fim de fornecer cuidados abrangentes e equitativos. Considerando a configuração histórica e subjetiva do processo de acolhimento, torna-se imperativo explorar as perspectivas e as vivências individuais relacionadas aos cuidados e aos manejos realizados nas Unidades de Acolhimento. Nesse sentido, a pesquisa qualitativa na área da saúde deve ser contínua, buscando uma compreensão dessa realidade para, assim, poder aprimorar o cuidado em saúde (Fontanella; Turato, 2008).

As práticas e manejos que acontecem nas Unidades de Acolhimento ocorrem em níveis pessoais, porém, têm uma abrangência macro justamente por serem históricas e sofrerem influência das determinações culturais, sociais e políticas. Além disso, os significados associados a essas práticas são dinâmicos, sendo moldados pelas interações entre o indivíduo e o contexto social (Brasil, 2011). Essa perspectiva ampla é essencial para uma abordagem mais abrangente e eficaz no atendimento a essa população em vulnerabilidade.

Diante do exposto e da importância de proteger integralmente esses adolescentes, é perceptível a importância de novos estudos, os quais podem fornecer ferramentas essenciais para o cuidado em saúde de adolescentes em situação de acolhimento, permitindo contribuições para o desenvolvimento de políticas públicas que os coloquem em prioridade e os reconheça como sujeitos de direitos e de

necessidades específicas. Além disso, este estudo possibilitará ampliar o conhecimento sobre a temática para os serviços de saúde e para as Unidades de Acolhimento. É o primeiro estudo com o enfoque e objetivo nessas unidades em questão, o que adiciona um nível maior de contribuição.

1.1 OBJETIVO GERAL

Compreender como os(as) trabalhadores(as) lidam com as crises e com o sofrimento psíquico dos adolescentes em Unidades de Acolhimento Institucional.

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Desvelar as percepções da gestão e da equipe das Unidades de Acolhimento Institucional com relação à concepção de sofrimento e de crise dos adolescentes no campo da saúde mental;
- Identificar as estratégias de manejos utilizadas pelas equipes nas situações de sofrimento em saúde mental dos adolescentes;
- Compreender as formas de articulação do cuidado desenvolvidas nas unidades de acolhimento.

2 REVISÃO DE LITERATURA

A presente revisão de literatura aborda os tópicos que são relevantes para a compreensão e o desenvolvimento desta pesquisa. A revisão bibliográfica inicialmente delinea a adolescência em uma perspectiva social e histórica. Em seguida, explora a evolução das normativas legais relacionadas à institucionalização, destacando o percurso histórico até a conquista da proteção integral garantida às crianças e aos adolescentes pelas leis vigentes. Posteriormente, um segmento se dedica aos direitos das crianças e dos adolescentes, abordando-os a partir de uma perspectiva decolonial. Por fim, são discutidas as Unidades de Acolhimento, bem como a saúde dos adolescentes acolhidos.

Em relação à pesquisa teórica, foram utilizados livros que versavam sobre o tema e consultadas as seguintes bases de dados: Embase, Web of Science, Lilacs e Scielo. A pesquisa foi realizada no período de janeiro a outubro de 2023 empregando as palavras-chave como "adolescente", "acolhimento institucional" e "saúde mental". A partir da leitura dos resumos foram selecionados os artigos que tinham afinidade e contribuição para o tema.

2.1 CONCEITUANDO A ADOLESCÊNCIA

Existem diversas definições do período que engloba a adolescência. A UNICEF (2011), por exemplo, considera esse período de desenvolvimento entre 10 e 19 anos, enquanto no Brasil, legalmente, esse período é definido entre 12 e 18 anos de idade, conforme o Estatuto da Criança e do Adolescente (Brasil, 1990). Contudo, é tácito que essa fase do desenvolvimento deve ser abordada além da definição pautada na idade, visto ser uma definição de certa forma restritiva, e, embora ela tenha relevância, especialmente na formulação de políticas públicas, a idade é apenas um dos muitos componentes a serem considerados (Souza; Silva, 2018).

A compreensão da adolescência considera a complexidade desse período de desenvolvimento, incluindo fatores físicos, psicológicos e marcadores sociais e culturais que moldam a experiência dos adolescentes. Portanto, é necessário adotar uma abordagem macro e multifacetada para melhor apreender e atender às necessidades desses adolescentes.

Nesse contexto, é importante reconhecer que os adolescentes são um grupo específico – que é assim reconhecido quando se pensa em cuidados de saúde –, mas são um grupo não homogêneo devido à presença de alguns marcadores distintos. Diferenças como idade, raça, condições econômicas, nível e acesso à educação, gênero, orientação sexual, presença ou ausência de deficiências, dentre outras características que devem ser vislumbradas ao abordar as necessidades desses jovens. Apesar dessas diferenças, eles compartilham características comuns que permitem considerá-los como um conjunto (Ayres *et al.*, 2012; São Paulo, 2021).

Na sociedade ocidental, a concepção de adolescência se desenvolveu com a consolidação da Revolução Industrial e do individualismo da sociedade moderna (Coutinho, 2005). Com as mudanças decorrentes dessa Revolução, tanto na forma de vida quanto na organização do trabalho, houve uma demanda crescente por maior tempo dedicado à educação e formação profissional, o que resultou em um maior tempo dedicado na escola e supervisão dos pais. Além disso, aliado a esse maior período de formação, o aumento do desemprego contribuiu para um adiamento da entrada dos jovens no mercado de trabalho (Bock, 2007).

Durante a adolescência, ocorrem mudanças significativas no aspecto biológico, abrangendo questões fisiológicas e anatômicas. No entanto, é fundamental reconhecer que esse processo de desenvolvimento transcende as transformações físicas e abrange uma variedade de significados e subjetividades que estão intrinsecamente ligados a categorias sociais, culturais e históricas. Além das mudanças biológicas, a adolescência é um período de transição nos papéis e nas atitudes (Martins; Trindade; Almeida, 2003).

A adolescência se configura como um período de grande complexidade e, como resultado disso, as tentativas de universalizar e naturalizar o processo se mostram insuficientes para uma compreensão abrangente do fenômeno. Além disso, essas tentativas contribuem para a perpetuação de estereótipos e mitos que, frequentemente, enxergam a adolescência de forma estigmatizada, retratando os adolescentes como descontrolados e problemáticos (Souza; Silva, 2018).

Granville Hall foi um autor de destaque quanto aos primeiros estudos sobre a adolescência. Ele concebeu que o desenvolvimento humano era imutável, universal e não influenciado pelo meio ou pela cultura, sendo influenciado por fatores genéticos (Senna; Dessen, 2012). A partir dessa perspectiva, a adolescência era vista como uma fase de desenvolvimento universal, marcada por desafios difíceis, quase como uma

patologia, com grandes turbulências e emergências na sexualidade. Os fatores históricos e sociais não eram considerados significativos nessa concepção naturalista, que priorizava o desenvolvimento biológico, as mudanças hormonais e físicas, e o desabrochar da puberdade e da sexualidade (Bock, 2007).

Posteriormente, um marco significativo nos estudos sobre o tema da adolescência foi a introdução das novas perspectivas trazidas pela Antropologia Social, que apresentaram uma abordagem mais aberta e contextualizada para compreender a adolescência. Com a influência da Antropologia, o fator ambiente passou a fazer parte da narrativa e também da construção da personalidade. Antes dessa influência, a compreensão estava alinhada com a visão proposta por Hall, que via a adolescência como um período de desenvolvimento universal, com características específicas e, naturalmente, uma fase turbulenta.

A adolescência é um período que se situa entre a infância e a vida adulta, e deve ser vista como um processo psicossocial, no qual o adolescente desempenha um papel ativo e dinâmico na construção do seu projeto de vida. Vários fatores estão inseridos nesse período e são de importância no processo, como a construção da identidade, a rede social em que está inserido, suas crenças e experiências vividas e questões relacionadas à sexualidade (Martins; Trindade; Almeida, 2003).

Nessa perspectiva, o sujeito é vislumbrado na ótica da historicidade, dentro da dinamicidade das relações e das condições sociais e culturais, em uma relação dialética. A sociedade e a cultura são imprescindíveis para que se possa conhecer o sujeito, e são processos passíveis de mutação. Portanto, não se trata de uma fase natural do desenvolvimento entre a vida adulta e a infância, trata-se de um constructo social, carregado de subjetividade. As alterações anátomo-fisiológicas logicamente estão presentes, porém são visualizadas como um fenômeno social e histórico, não apenas como natural e inerente (Bock, 2007).

Assim, a adolescência parte de uma construção social e apresenta diferentes versões a depender de qual lugar o adolescente está inserido na sociedade (São Paulo, 2021). Como exemplifica Ayres *et al.* (2012, p. 11),

[...] dependendo da condição de vida, nem todo mundo com 14 anos será chamado de adolescente: uma adolescente que engravida pode passar a ser identificada exclusivamente como mãe; um rapaz com poucos recursos ou que comete pequenos furtos, ou ainda os internos da 'Fundação Casa', são denominados pejorativamente 'menores'.

Portanto, a pesquisa em questão adotará uma abordagem histórico-cultural para compreender a adolescência, reconhecendo as diversas influências e enfatizando que não se trata de uma fase universal, mas sim de uma fase que sofre influência da sociedade e da cultura em que o indivíduo está inserido, e que não necessariamente será um período de conflitos. Contemplar os adolescentes sob essa perspectiva é fundamental para compreender os processos que influenciam suas vidas, como o acolhimento repercute em suas trajetórias e, por conseguinte, quais são as suas implicações para a saúde desses indivíduos.

Isso, por sua vez, oferece oportunidades para identificar maneiras de pensar em novas práticas e manejos para o bem-estar e a saúde mental desses adolescentes. O foco na saúde mental e na promoção da saúde dos adolescentes em situação de acolhimento é essencial para promover uma abordagem mais acolhedora e inclusiva. Essas práticas devem considerar de fato as subjetividades e nuances desses jovens, visando proporcionar um ambiente de apoio que respeite e valorize a singularidade de cada indivíduo.

2.2 A EVOLUÇÃO HISTÓRICA DA INSTITUCIONALIZAÇÃO DAS CRIANÇAS E DOS ADOLESCENTES NO BRASIL

Crianças e adolescentes, em sua maioria, permanecem junto às suas famílias e comunidades, salvo em situações em que os direitos de proteção e cuidado estão ameaçados. Nessas circunstâncias, medidas de proteção podem ser articuladas, como a inclusão dessa família em programas de proteção e auxílio. No entanto, como último recurso e de forma excepcional, pode ser necessário retirar a criança ou o adolescente do ambiente familiar e encaminhá-los para instituições de acolhimento. A decisão de acolhimento é sempre embasada em princípios de dignidade, respeito e garantia de direitos. Vale ressaltar que o Acolhimento Institucional é uma medida temporária e provisória, pois a prioridade é manter esses jovens com suas famílias. A reintegração será sempre priorizada, a menos que seja determinado judicialmente que o retorno à família seja inviável. A medida visa proteger os direitos e o bem-estar desses jovens em situação de vulnerabilidade (Brasil, 1990).

Ao revisitar a história da institucionalização, é possível compreender as configurações históricas e o arcabouço jurídico que se desvela. A literatura destaca a ligação intrínseca entre a história do acolhimento no Brasil e a institucionalização, que,

tradicionalmente, sempre priorizou orfanatos e abrigos destinados à infância desamparada e pobre. Essa iniciativa era fundamentada na crença de que, caso essas crianças não fossem recolhidas, poderiam vir a se tornar criminosas e delinquentes. Assim, a reclusão em orfanatos era considerada uma opção preferível (Leite, 2001), embora a grande incongruência fosse a de que a maioria das crianças tivessem família (Rizzini; Rizzini, 2004)

O percurso histórico da institucionalização remonta à colonização, por volta de 1550, quando as crianças abandonadas eram marginalizadas e consideradas sem valor pelas autoridades da época. A Igreja, especialmente com os jesuítas, desempenhou um papel de catequizar as crianças com intuito de "civilizá-las" (Leite, 2001), buscando, assim, disciplinar as crianças, retirando-as do paganismo e ensinando os valores e costumes cristãos da época. Ao intervir na infância, eles conseguiam moldá-las aos padrões portugueses e continuar com a invasão do território. O abandono de crianças era representado principalmente pela figura da Roda dos Expostos, criada pelas Santas Casas de Misericórdia. Nesse dispositivo, as crianças eram colocadas sem identificação. A Roda dos Expostos foi inicialmente estabelecida na Bahia em 1726 e, posteriormente, adotada no Rio de Janeiro em 1738, expandindo-se para outras regiões do Brasil. Geralmente, as crianças permaneciam por anos nessas instituições, em situação precária, resultando em altas taxas de morbimortalidade. A criação das Rodas evitava que as crianças fossem abandonadas nas ruas ou em igrejas por mães que, devido à pobreza, não conseguiam criá-las ou buscavam ocultar filhos ilegítimos (Pilotti; Rizzini, 2009).

As Rodas existiram por cerca de um século e representaram, praticamente, a única instituição de "assistência" para as crianças abandonadas e desamparadas naquele período. Ocasionalmente, algumas famílias acolhiam essas crianças, seja por caridade ou para o recebimento de pequenas pensões e, em alguns casos, com o intuito de utilizá-las posteriormente como mão de obra reconhecida e gratuita (Siqueira; Delaglio, 2006). Em 1950 as rodas começaram a ser extintas, ocasião em que foram alvo de intensas críticas da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro por suas condições precárias. Nesse período, as ações foram influenciadas pelos movimentos positivista e higienista. Essas transformações foram impulsionadas pelas transições do Império para a República e da mão de obra escravocrata para a organização de uma sociedade livre, associadas ao crescimento do sentimento de nacionalidade e ao início da industrialização no país (Perez; Passone, 2010).

Durante o período colonial até 1900, o Estado desempenhava um papel incipiente frente às necessidades sociais da população, supridas principalmente por instituições religiosas, como a Igreja Católica, por meio das Santas Casas de Misericórdia (Silva, 2004). Com a República emerge uma nova configuração aliada aos princípios da medicina higienista, marcando o início da extinção da Roda dos Expostos. A atenção à infância deixou de ser predominantemente caritativa, tornando-se objeto de políticas públicas e intervenção estatal (Arantes, 2004). Os internatos se multiplicaram durante a República, mantendo condições precárias de educação e saúde, resultando em altas taxas de adoecimento e mortalidade. A institucionalização visava resguardar a infância dos exemplos prejudiciais e da delinquência, por meio do ensino de “valores e virtudes” (Leite, 2001). No entanto, paradoxalmente, muitas crianças morriam, apesar da suposta proteção que deveriam receber (Assis; Farias, 2013).

A categoria de menor abandonado passou a ser alvo de atuação do Estado, no planejamento de políticas de assistência. Foi demandada, assim, a centralização da assistência, com a mobilização para criar leis de proteção à infância, resultando na criação do primeiro Juízo de Menores no Rio de Janeiro. Dessa forma, em 1927 foi aprovado o Primeiro Código de Menores, sob a liderança de Mello Mattos, o primeiro juiz de menores do país (Rizzini; Rizzini, 2004). A lei regulamentava assistência e proteção às crianças e aos adolescentes abandonados, pobres e infratores com menores de 18 anos (Brasil, 1927). Esse código tinha caráter de controle e higienista, para manter a ordem social. No entanto, foi inovador por ser a primeira lei a abordar o tema de maneira direta e sistemática, estabelecendo medidas de assistência e proteção estatal (Nucci, 2014). O Código adotava uma perspectiva conservadora ao considerar os delinquentes como uma ameaça à ordem social. No entanto, simultaneamente, preconizava a ideia de que esses indivíduos deveriam receber assistência estatal e proteção jurídica.

A lei não se limitou à esfera jurídica, estabelecendo um sistema abrangente de assistência social e jurídica. O modelo de tribunais para menores, originado em Boston, foi disseminado na América Latina, com o Brasil liderando o processo de discussão e implementação dessas ideias. O principal foco da lei era a internação de menores abandonados e de delinquentes, com medidas corretivas e educacionais, o que ganhou a atenção da imprensa que defendia o modelo, ajudando na sua popularização. O tema tornou-se popular também entre as classes mais baixas,

surgindo como uma alternativa de cuidados e de educação para os pobres, especialmente para famílias formadas por mães e filhos. Com a implementação da assistência oficial, emergiram estudos e análises sobre a questão da menoridade e das famílias. Desde o início do século XX, surgiram questionamentos acerca da falta de métodos científicos no tratamento dos menores, levando à criação da justiça de menores. Houve uma transição para a utilização da ciência, incorporando campos como psiquiatria, medicina higienista e psicologia. O sistema judiciário auxiliou na construção de saberes, como o serviço social, e contribuiu para a produção de conhecimentos sobre famílias e menores (Rizzini; Rizzini, 2004).

Durante o Estado Novo, as práticas higienistas e de controle intensificaram-se, resultando, em 1941, na criação do Serviço de Assistência a Menores (SAM). No SAM a assistência centralizada toma forma, e confere mais poder ao Estado para atuar junto aos desvalidos e infratores. De forma sucinta, o SAM assumia a responsabilidade pela assistência aos menores, encaminhando os abandonados e os desvalidos para instituições oficiais, enquanto os menores delinquentes eram internados em colônias correccionais e reformatórios. O SAM desviou-se de sua finalidade devido ao clientelismo, resultando em práticas questionáveis, como a internação de "falsos desvalidos". Eram utilizados, em maioria, estabelecimentos particulares, muitos deles em situação irregular e com falta de vínculo jurídico adequado – além das condições desumanas dentro dos internatos. Outra questão foi a mídia, que, ao mesmo tempo em que demonstrava os abusos que aconteciam, também reforçava concepções de como os locais contribuíam para a “fabricação” de criminosos. Durante a ditadura militar, surge a Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor (FUNABEM) como resposta às críticas ao SAM, buscando instituir um modelo oposto, com autonomia financeira e administrativa, rejeitando a concepção de "depósitos de menores" para crianças pobres. A Fundação tinha por intuito formular a política nacional de bem-estar do menor, assumindo as atribuições do SAM, propondo a integração do menor na comunidade, reduzindo internações e fortalecendo a assistência familiar – além de propor o aprimoramento e a adaptação das instituições (Perez; Passone, 2010). Entretanto, na prática, ocorriam numerosas internações e recolhimento das crianças em situação de rua (Rizzini; Rizzini, 2004).

Essa prática era justificada pela alegada gravidade do "problema" e pela grande quantidade de necessitados, o que, por sua vez, demandava grandes ações e manutenção das instituições (Rizzini; Rizzini, 2004). Em 1959 ocorreu um momento

significativo com a aprovação da Declaração Universal dos Direitos da Criança pela Organização das Nações Unidas (ONU). Esse documento marcou o início do reconhecimento da criança como sujeito de direitos no cenário externo e estabeleceu direitos fundamentais como igualdade, acesso à alimentação, moradia e assistência médica (Perez; Passone, 2010).

Apesar de o Brasil ser signatário da declaração da ONU, apenas com a Constituição Federal de 1988 (CF/88) esses direitos foram formalizados no país (Pinheiro; Pinto, 2010). O considerável distanciamento entre os direitos universais e a realidade nacional gerou questionamentos em relação às instituições e ao Código de Menores. A proposta de reformulação da lei refletiu divergências entre os legisladores e o governo, destacando aqueles que defendiam a concepção do "menor como objeto do direito penal" e os que primavam pelo "menor enquanto sujeito de direitos" (Rizzini; Rizzini, 2004).

Havia uma contradição, pois, mesmo o Brasil em ditadura foi signatário da Declaração. No entanto, na prática, as diretrizes preconizadas não foram seguidas e houve a promulgação de um novo Código de Menores, ainda mais repressivo do que o anterior (Perez; Passone, 2010). Em 1979, foi promulgado o segundo Código de Menores (Lei n.º 6697/1979), que regulamentava assistência, proteção e vigilância aos menores em situação irregular. Essa irregularidade poderia decorrer de recursos insuficientes, negligência, omissão ou de violência por parte da família, bem como de envolvimento em atos infracionais (Brasil, 1979).

A nova lei descreveu a situação irregular de forma mais detalhada que a anterior, embora ainda estivesse marcada pelos mesmos princípios de controle e de marginalização. A situação irregular se aplicava a dois tipos de "perigos": o "menor em perigo", referente às crianças provenientes da pobreza, órfãs ou abandonadas; e o "menor perigoso", que englobava o jovem delinquente e infrator (Brasil, 1979; Rizzini; Rizzini, 2004).

A perspectiva era a de proteger a sociedade dessas crianças e adolescentes (Silva, 2004). Esses jovens eram enviados a instituições que retiravam o poder da família e, assim, decretavam que aquele jovem estava em uma "situação irregular", sendo a pobreza um dos principais marcadores dessa configuração. A perversidade da situação era tanta que as medidas e as penalidades não eram direcionadas a combater a pobreza e a implementar ações que pudessem melhorar essa condição.

Em vez disso, as intervenções eram direcionadas aos menores, encaminhando-os para orfanatos e prisões (Arantes, 2004).

O uso do termo menor tem papel político e não é feito de forma inócua, sua utilização tem uma construção histórica e seu emprego é direcionado para se referir às crianças e aos adolescentes abandonados, em situação de vulnerabilidade e àqueles em conflito com a lei. A origem desse termo remonta ao Brasil Imperial, que adotava práticas higienistas para manter a cidade limpa e afastar as mazelas, deslocando dos centros urbanos as crianças que eram consideradas potencialmente prejudiciais à ordem social (Gama, 2017).

Em meados da década de 70, a conjuntura histórica ganha novos contornos, com a mobilização dos movimentos sociais que questionaram a eficácia das políticas de institucionalização, tornando evidente que o foco deveria ser redirecionado para as questões estruturais de desigualdade e pobreza do país (Rizzini; Rizzini, 2004). As evidências mostraram que essas práticas ocasionavam danos para o desenvolvimento, além de representarem um ônus significativo para o sistema (Assis; Farias, 2013). Existia a influência das Convenções Internacionais pelos Direitos da Infância, as quais preconizavam a promoção da família e da comunidade no cuidado dos “menores”, considerando-os sujeitos de direitos, em conformidade com os princípios da Declaração dos Direitos da Criança de 1959. A abertura política do país possibilitou uma mobilização mais significativa da sociedade, dos próprios internos e de alguns setores governamentais (Rizzini; Rizzini, 2004). Os números refletiam uma realidade estarrecedora, com cerca de 30 milhões de crianças e adolescentes em situação irregular, muitos dos quais provenientes de famílias economicamente vulneráveis. Outro fato marcante era a restrição de contato desses internos com o mundo exterior, com instituições marcadas por excesso de burocracia, regras duras, redução da subjetividade, muito semelhante às Instituições Totais, como visto nos presídios e hospitais, ocasionando, posteriormente, dificuldade de reinserção no mundo externo (Assis; Farias, 2013).

Com a promulgação da Constituição Cidadã e posteriormente a aprovação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), as leis atribuíram um conjunto abrangente de direitos civis, sociais, econômicos e culturais para crianças e adolescentes. Assim, foi instituída uma quebra de paradigma, no qual, inicialmente, a concepção de direitos da infância e da adolescência era inexistente e restrita ao domínio do mundo privado e religioso – seguido pelo domínio de um estado autoritário

e centralizador – para, posteriormente, estabelecer uma concepção da criança e do adolescente como sujeitos de direitos a partir das novas leis (Perez; Passone, 2010).

O processo de redemocratização e a elaboração da nova constituinte permitiram a inclusão do princípio da Proteção Integral na CF/88, em específico nos artigos 227 e 228 (Rizzini; Rizzini, 2004). A constituinte adotou a “Doutrina da Proteção Integral à Criança e ao Adolescente”, que também foi legitimada pela Assembleia Geral das Nações Unidas, em 1989, por intermédio da “Convenção das Nações Unidas Sobre Direitos da Criança” (Digiácomo; Digiácomo, 2017). Essa foi a primeira Constituição no país a positivar esses sujeitos como titulares de direitos e de garantias fundamentais.

A partir desse sucinto relato histórico, é perceptível a transição da situação irregular para a de proteção integral, que se baseia em princípios e diretrizes descritos, principalmente, na Constituição de 1988, no Estatuto da Criança e do Adolescente e nas demais normativas que se desdobraram. Vale ressaltar que o grande avanço foi a substituição do Código de Menores pela promulgação do ECA (Rizzini; Rizzini, 2004). O ECA também foi progressista pelo fato de que, à época, foi a única legislação latino-americana que estava alinhada com os princípios e diretrizes da Convenção das Nações Unidas acerca do Direito da Criança de 1989 (UNICEF, 2019).

2.3 GARANTIA DE PROTEÇÃO INTEGRAL AOS ADOLESCENTES

O artigo 227 da CF/88 estabelece um novo paradigma jurídico e preceitua em seu caput a corresponsabilidade do Estado, da família e da sociedade em assegurar, à criança e ao adolescente, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à dignidade, ao respeito, dentre outros direitos elencados (Brasil, 1988). A proteção integral significa que esses sujeitos, além de contarem com todos os direitos e garantias que são destinados aos adultos, possuem completa e indisponível tutela estatal para lhes assegurar dignidade e proteção em virtude da condição especial de pessoa em desenvolvimento (Nucci, 2014).

O Estatuto da Criança e do Adolescente foi promulgado em 1990, em consonância com a nova orientação constitucional e com as normativas internacionais, sendo a norma específica que regulamenta o tema no país. O estatuto deixa evidente sua finalidade precípua no primeiro artigo, cujo conteúdo diz respeito à proteção integral de crianças e adolescentes. Isso implica na garantia de que

nenhuma legislação possa ser interpretada ou aplicada em prejuízo de crianças e adolescentes, além de evidenciar que passa a não ser mais concebível a violação de um direito para assegurar um outro, como era comum nos Códigos de Menores. Nesse sentido, os novos dispositivos legais também deixam de utilizar a nomenclatura “menor”, devido às conotações pejorativas e discriminatórias associadas a esse termo. O ECA reconhece esses jovens como sujeitos de direito, em oposição à lei anterior, que os reconhecia apenas como “objetos” sujeitos à intervenção estatal (Nucci, 2014; Digiácomo; Digiácomo, 2017).

O Estatuto representa a implementação de um paradigma focado em um sistema de proteção que, para lograr esse propósito, desenvolve suas ações e atividades em rede e com uma abordagem intersetorial. Assim, as instituições que anteriormente funcionavam com restrições ao contato externo agora adotam uma abordagem mais integrada à comunidade e aos laços familiares (Assis; Farias, 2013). A família é parte integrante da tríade de corresponsabilidade de proteção, em conjunto com a sociedade e o Estado e, de forma intencional, está citada em primeiro lugar no artigo quatro do ECA, uma vez que, além de estabelecer diversos dispositivos de proteção, o ECA também assegura o direito à convivência familiar (Digiácomo; Digiácomo, 2017; Brasil, 1990).

QUADRO 1 – LINHA DO TEMPO SOBRE A EVOLUÇÃO NORMATIVA CONCERNENTE AOS DIREITOS E ÀS GARANTIAS DAS CRIANÇAS E DOS ADOLESCENTES



Fonte: Brasil, 1927; 1979; 1988; 1990.

Outro dispositivo relevante é a Lei n.º 12010/2009, que dispõe sobre a adoção, modifica alguns incisos do ECA, e reafirma o direito à convivência familiar previsto anteriormente no estatuto. Essa lei estabelece que a criança e o adolescente devem permanecer junto à família natural, a menos que haja absoluta impossibilidade, comprovada mediante decisão judicial (Brasil, 2009b). Dessa forma, é notável que o arcabouço jurídico determina claramente que as crianças e os adolescentes são sujeitos de direitos e proteção. No entanto, devido às significativas disparidades nas condições sociais, na prática, muitas crianças e adolescentes continuam em situação de vulnerabilidade e permanecem privados dos direitos fundamentais que lhes são garantidos (Pinheiro; Pinto, 2010). Portanto, vale ressaltar que nem todo adolescente em situação de abandono ou negligência é, necessariamente, vítima de maus tratos por parte de suas famílias. Frequentemente, essas situações estão relacionadas a contextos mais amplos de desigualdade e privação. (CNJ, 2022).

Em síntese, o Estado Brasileiro teve duas configurações distintas em relação à proteção de crianças e adolescentes. A primeira era higienista e disciplinar, focada na institucionalização e na exclusão social, e, a segunda, após a promulgação da CF/88, se pauta na restituição de direitos e proteção integral.

2.3.1 OS DIREITOS DAS CRIANÇAS E DOS ADOLESCENTES SOB UM OLHAR DECOLONIAL

Desde a promulgação dos Direitos da Criança em 1989 pela Convenção Internacional da ONU (CIDC) e das legislações nacionais subsequentes, a experiência de ser criança e adolescente passou por transformações significativas em uma escala global (Castro, 2007, 2023). A construção do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) no Brasil fundamentou-se em documentos e convenções da ONU e do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). Essas duas agências globais exerceram influência significativa na construção e na configuração dos direitos desses indivíduos (Junior; Mello, 2020).

Para compreender como esses conceitos foram integrados na elaboração das leis de proteção a esses sujeitos na América Latina, é relevante abordar de maneira sucinta a noção de colonialidade. Com a modernidade e o início da colonização por parte dos países da Europa, os europeus passaram a se conceber como os exclusivos portadores da modernidade e do desenvolvimento, difundindo essa perspectiva

hegemônica de poder na nova geopolítica mundial, da qual a Europa era considerada o centro (Quijano, 2005).

Assim teve início o processo de colonialidade, marcado pela imposição de crenças, costumes, culturas e línguas dos colonizadores sobre os povos originários. Além disso, durante esse período, ocorreu a catequização e a submissão dos indígenas ao trabalho – o que abrangeu diversas formas de controle e de exploração do trabalho e do território – e se estendeu também, posteriormente, à população negra. Contextualizando com a presente pesquisa, a colonialidade se manifestou de maneira evidente também na infância, resultando na formatação das crianças indígenas por meio do controle do ser, do saber e dos corpos. Considerando o contexto e a forma de construção das políticas públicas para a infância e a adolescência, é perceptível a influência da colonialidade ainda recentemente. O ECA foi concebido importando conceitos das agências globais, e, por essa razão, estavam alinhados a padrões europeus. Em decorrência disso, esses conceitos não conseguiram abranger de maneira adequada e ampla a complexa realidade social do país e suas disparidades. Após trinta anos da promulgação do Estatuto, ainda existem desafios significativos para a sua efetivação, reflexo também da falta de consideração à particularidade e ao contexto na formulação dessas políticas (Junior; Mello, 2020).

Diante dessas conformações e da influência da colonialidade nos saberes, instituições, leis e cultura de forma geral, emergem movimentos contra-hegemônicos de decolonialidade nos países do Sul Global – aqueles considerados "subdesenvolvidos" ou de "terceiro mundo", sendo que a nomenclatura varia de acordo com o momento histórico vigente. A postura decolonial busca desconstruir as estruturas eurocêntricas de conhecimento, de ser e de poder que historicamente serviram à dominação e à colonização. Esses movimentos questionam a ideia de centralidade da Europa na história, na civilização universal e no conhecimento (Castro, 2021).

Esses movimentos surgem com o intuito de repensar as formas como foram construídos os direitos das crianças e dos adolescentes, assim como as noções universais de infância e adolescência, as quais são exportadas do Norte Global, representado, principalmente, pela Europa Ocidental e pelos Estados Unidos da América. As perspectivas do Sul Global buscam contrapor-se às abordagens predominantes nos estudos e na compreensão desses sujeitos que representam a realidade dos países ditos desenvolvidos (Rizzini *et al.*, 2023).

É relevante considerar que a maioria dos estudos sobre a infância e a adolescência ainda tem como ponto de partida os países com maior industrialização e concentração de renda (Amin, 2011). Existe uma predominância de conhecimentos exportados do Norte Global, o que promove uma perspectiva universal de infância baseada na realidade e cultura desses países. Isso resulta em uma abordagem reducionista, uma vez que não abrange as especificidades desses sujeitos, seus contextos, cultura e histórias de vida. Além disso, essa visão limita a compreensão do campo dos direitos das crianças e dos adolescentes como sujeitos reais (Rizzini *et al.*, 2023). Castro (2021, p. 42) aborda essa concepção de infância global:

As noções de agência, autonomia, competência e direitos das crianças – condensadas no conceito de criança global – têm sido postuladas como parte integrante das narrativas eurocêntricas contemporâneas sobre a infância. Portanto, tanto as noções de criança em desenvolvimento como a de criança global – com agência, autonomia e direitos – têm sido postas em destaque como concepções que universalizam a maneira de se representar as crianças em todas as nações e culturas.

A abordagem padronizada, adota uma perspectiva única para compreender esses indivíduos e, conseqüentemente, não analisa de forma adequada as questões específicas e os desafios enfrentados pelas crianças e adolescentes de países periféricos. A criança no Sul global evidencia diferenças e particularidades que desafiam a visão universal da infância. Isso destaca a diversidade cultural das infâncias, especialmente nas suas formas periféricas (Castro, 2021).

A visão universal desconsidera as configurações históricas e políticas do nosso país, enquanto um país capitalista periférico, marcado por desigualdades e por um passado de colonização e escravidão, e pela posição periférica desses países na ordem global de dominação e exploração. Essa forma de abordagem também deixa de considerar como esses processos refletem nas infâncias, no decorrer da adolescência, e de que lugar aquela criança ou aquele jovem vai acessar esses direitos preconizados – se é que ela vai conseguir acessar. Além disso, ela não contempla os diversos marcadores que permeiam a vida desses sujeitos, como cor, classe e gênero (Castro, 2023).

A infância e a adolescência latino-americanas por diversas vezes se apresentam de maneira não convencional e fora dos padrões tradicionais estabelecidos. Isso resulta, frequentemente, em uma interpretação negativa,

desvalidando essas formas distintas de vivenciar esses períodos, uma vez que não se alinham aos padrões europeus (Castro, 2021).

Liebel (2016) explicita bem essa questão ao trazer a noção de "crianças sem infância", termo utilizado pelo UNICEF para referir-se à infância e à juventude em países em desenvolvimento, que são distintas dos padrões europeus. A concepção de infância da UNICEF, conforme destacado por Liebel, é moldada por uma análise eurocêntrica na qual, por exemplo, as crianças indígenas ou de comunidades pobres não se encaixam, especialmente em relação a frequência escolar, brincadeiras e inserção no mercado de trabalho (Liebel, 2016).

É importante ressaltar que não há um grupo homogêneo dentro do Sul Global, sendo cada país e região marcados por especificidades distintas. No caso do Brasil, por exemplo, as diversas infâncias e adolescências são influenciadas por fatores sociais, econômicos e raciais. A partir de onde cada indivíduo se encontra, surgem histórias e experiências únicas, o que dificulta a criação de uma agenda comum e a oferta universal de direitos e de dignidade a esses sujeitos (Rizzini; Neumann; Cisneros, 2009).

A racionalidade colonial posicionou a infância e a adolescência como fases de imaturidade e incompletude racional, justificando sua exclusão das esferas públicas de deliberação. Com a ideia de menoridade e incapacidade civil, refletindo juridicamente a imaturidade atribuída a um critério biológico, o de estarem em desenvolvimento. A perspectiva adultocêntrica condiciona a existência social de crianças, adolescentes e jovens a critérios que afirmam a superioridade e poder do adulto. É necessário romper com o discurso adultocêntrico que associa imaturidade e menoridade como classificação hierárquica e que reafirma um discurso adultocêntrico (Oliveira, 2023).

Em decorrência desses fatores e retomando a temática das leis e da proteção integral concebida pela CF/88 e ECA, a autora Castro (2007) faz uma análise crítica sobre a forma de concessão e de construção desses direitos ao questionar se realmente as crianças e os jovens são colocados no centro de sua própria história. Vale ponderar que o progresso da Constituição Federal e das leis subsequentes instaurou um sistema de direitos que é inegável e representa um grande avanço nesse campo. No entanto, a construção e a execução dessas leis continuamente refletem mais a compreensão e a hegemonia dos adultos ao definir o que seria melhor para essas crianças e jovens (Castro, 2007). Da maneira como foi realizado esse processo,

deixou-se de incorporar os desejos, anseios e a voz desses sujeitos, uma vez que não participaram da construção dessas leis e direitos. Afinal, eles deveriam estar em uma posição ativa na construção de seus próprios desígnios e direitos, para de fato representar suas perspectivas e necessidades. Além disso, o fato de serem considerados sujeitos de direitos e de proteção integral pela legislação não garante, por si só, a mudança nos cenários, a reconstrução de paradigmas, e a superação de uma cultura menorista, de tutela, e o enfrentamento de um país com grandes disparidades. Portanto, é necessário considerar a efetiva participação desses jovens, levando em conta as diferenças sociais e culturais, bem como os marcadores de etnia, classe e gênero, para que possam emergir como uma identidade social e cultural (Castro, 2007; 2023). Outra questão relevante, é que os discursos sobre os direitos desses indivíduos costumam se basear em uma perspectiva moral de resgatar crianças e jovens vítimas de negligência, maus-tratos ou conflitos sem dar ênfase a questões prioritárias, frequentemente relacionadas ao contexto social, às privações e às causas estruturais intrinsecamente ligadas ao processo de não acesso aos direitos (Castro, 2021).

Ao restringir-se a uma perspectiva da infância associada às narrativas locais da Europa e dos Estados Unidos, a noção de direitos vincula-se a uma agenda política e moral que direciona programas e políticas de assistência e intervenção – especificamente para resgatar as infâncias nos países africanos em contextos de pobreza (Castro, 2021). Uma abordagem mais adequada deveria considerar a importância da contextualização cultural, promover a compreensão das distintas realidades e fomentar estratégias que capacitem as comunidades locais de maneira mais holística.

Por fim, a colonialidade ainda mantém sua presença nas estruturas sociais contemporâneas, influenciando instituições, leis e culturas – inclusive no âmbito escolar. Ao explorar a construção da noção de infância e adolescência na América Latina, destaca-se a persistência dos padrões europeus. Junior e Mello (2020) esclarecem de maneira precisa que essas considerações sobre os direitos e as definições globais de criança e adolescência não buscam menosprezar a importância da criação da noção de infância e adolescência, da escola, da Declaração Universal dos Direitos Humanos e das leis de proteção. Pelo contrário, os apontamentos visam aprofundar o entendimento dessas temáticas e oferecer uma perspectiva diferenciada sobre como a colonialidade se institui e se manifesta na América Latina em relação às

crianças e aos adolescentes, além de indagar de que forma seria possível repensar esses paradigmas a partir de um olhar decolonial mais adequado a essas realidades (Junior; Mello, 2020).

2.4 AS UNIDADES DE ACOLHIMENTO

O Sistema Único de Assistência Social (SUAS) é o responsável pela gestão descentralizada e participativa das ações e dos dispositivos de assistência social. Sua função primordial é a de garantir a proteção social de indivíduos, famílias e, especialmente, da criança e do adolescente em situação de vulnerabilidade ou risco social. O SUAS se baseia na organização territorial para planejar e executar suas atividades (Brasil, 1993). A Proteção Social se divide em dois níveis: Básica e Especial. A Proteção Social Básica visa reduzir vulnerabilidades e riscos, com fortalecimento das potencialidades e vínculos com a família e a comunidade. Por outro lado, a Proteção Social Especializada visa defender os direitos violados, garantir a proteção integral, lidar com situações de risco e vulnerabilidade e reconstruir os vínculos com a família e a comunidade (Brasil, 2005a).

A Proteção Especializada é subdividida em média e alta complexidade, ambas voltadas para assegurar a proteção das pessoas em situação de vulnerabilidade, sob responsabilidade do Estado (Brasil, 2005a). O Acolhimento Institucional é um equipamento da Atenção Especializada da Alta Complexidade. O Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) e o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do adolescente (CONANDA) publicaram as Orientações Técnicas direcionada aos Serviços de Acolhimento para Crianças e Adolescentes. Essas diretrizes têm como objetivo regulamentar, normatizar e organizar esses serviços (Brasil, 2009a), a fim de ofertar uma qualidade de atendimento para que, dessa forma, as violações de direitos que ocasionaram o acolhimento das crianças e dos adolescentes possam ser reparadas (Assis; Farias, 2013).

Os serviços de acolhimento, como mencionado, fazem parte do aparato de implementação dos direitos e de proteção integral das crianças e dos adolescentes no âmbito do SUAS. Esses serviços podem estar sob responsabilidade do Estado ou de entidades privadas, desde que estejam em conformidade com a legislação vigente acerca do assunto. As orientações técnicas se aplicam especificamente aos serviços

de acolhimento destinados a crianças e adolescentes que estão sob medida protetiva de abrigo (Brasil, 2009a).

De acordo com o ECA, as medidas de proteção são aplicadas quando os direitos das crianças e dos adolescentes são ameaçados ou violados, seja por ação ou omissão da sociedade, do Estado ou por falta, omissão ou abuso dos pais ou responsáveis legais. A medida de abrigo é acionada quando esses jovens estão em situação de vulnerabilidade, maus tratos, abandono, violência ou quando seus direitos e proteção estão sendo violados. O acolhimento deve ser uma ação excepcional e realizada exclusivamente por instituições, visando a efetivação da proteção integral, como preconiza o ECA (Brasil, 1990).

A diretriz de excepcionalidade determina que o adolescente só será encaminhado para o acolhimento quando exauridos todos os recursos para sua manutenção na sua família de primeiro grau ou extensa (ECA, 1990). O afastamento é justificado apenas em casos de risco grave à saúde física ou psíquica do adolescente, visto que a sua retirada do seio familiar pode repercutir de forma negativa no seu desenvolvimento biopsicossocial (Brasil, 2009a).

Posteriormente à implementação do ECA, a Lei n.º 12010/2009 regulamentou sobre o período de permanência em acolhimento ao estabelecer um limite de até dois anos. No entanto, esse prazo pode ser reavaliado caso seja comprovada a necessidade de continuidade no acolhimento, ou por decisão judicial, sendo a reavaliação da necessidade de acolhimento realizada a cada seis meses por autoridade competente (Brasil, 2009b).

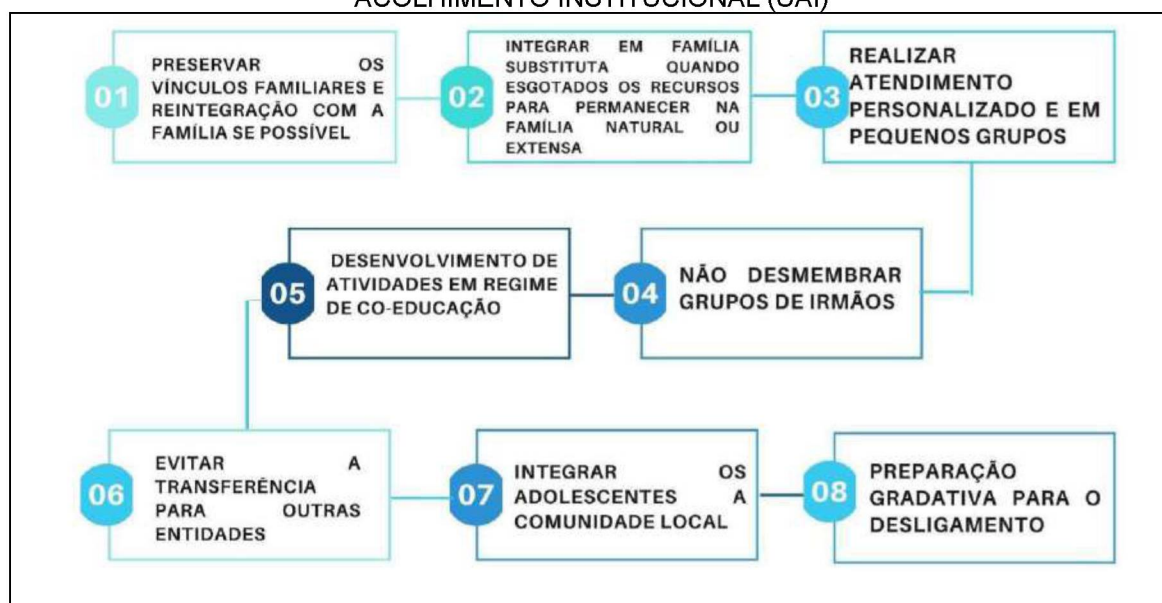
Porém, em 2017, houve alteração da normativa com a Lei n.º 13.509/2017, que alterou esses prazos. Agora o tempo máximo de permanência em acolhimento não pode exceder dezoito meses, e a reavaliação deve ser feita a cada três meses (Brasil, 2017a). Essa alteração demonstra a importância do princípio da brevidade, aprimorado ao longo do tempo, que prioriza a avaliação sobre a necessidade de estar em acolhimento e, assim, tenta reduzir a permanência ao menor tempo necessário.

O artigo 101 do ECA determina as medidas de acolhimento como: Acolhimento Institucional, Acolhimento Familiar e Família Substituta (Brasil, 1990). É importante destacar que a falta de recursos por si só não pode justificar o afastamento da família nuclear. Nesses casos, as famílias devem ser encaminhadas para políticas públicas redistributivas ou participar de ações comunitárias que possibilitem acesso a recursos e condições seguras de desenvolvimento (Brasil, 2009a). Neste estudo o enfoque será

sobre o Acolhimento Institucional. Essas Unidades de Acolhimento têm como objetivo principal oferecer acolhimento, cuidado e proteção aos direitos fundamentais das crianças e dos adolescentes afastados de suas famílias devido a medidas protetivas, como abandono ou incapacidade de os pais ou responsáveis fornecerem os devidos cuidados. O objetivo é manter essas crianças e adolescentes sob proteção até que possam retornar ao convívio familiar, ou, quando isso não for possível, encaminhá-los para uma família substituta (Brasil, 1990).

A lei determina o formato do acolhimento, que deve ser em local semelhante a uma residência e estar inserido na comunidade, além de oferecer proteção, tutela e condições de desenvolvimento. O número máximo de crianças e adolescentes em cada unidade é vinte. Além disso, não deve haver identificação da natureza do serviço por meio de placas, e os nomes dos locais não devem ter conotação negativa ou estigmatizante (Brasil, 2009a).

QUADRO 2 – PRINCÍPIOS NORTEADORES QUE DEVEM REGER AS UNIDADE DE ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL (UAI)



Fonte: Estatuto da Criança e do Adolescente, 1990.

Existe também uma equipe mínima cujas atribuições principais dentro do acolhimento são contempladas na normativa. Essa equipe é composta por: Coordenador, Equipe técnica, Educador/cuidador. Seguem abaixo as funções e as principais atribuições que devem ser realizadas pela equipe de acolhimento:

QUADRO 3. EQUIPE DAS UNIDADES DE ACOLHIMENTO E PRINCIPAIS ATRIBUIÇÕES ELENCADAS NA NORMATIVA TÉCNICA – SERVIÇOS DE ACOLHIMENTO PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES

COORDENADOR	Nível superior e experiência na função 1 profissional para cada serviço Gestão da entidade Elaboração do projeto político-pedagógico do serviço Articulação com a rede de serviços e com o Sistema de Garantia de Direitos
EQUIPE TÉCNICA	Nível superior e experiência 2 profissionais para atender até 20 crianças e adolescentes Acompanhamento psicossocial dos usuários e suas famílias Encaminhamento, discussão e planejamento conjunto com outros atores da rede de serviços
EQUIPE TÉCNICA	Encaminhamento, discussão e planejamento com a rede de serviços Articulação com a autoridade judiciária e Ministério Público Preparação da criança / adolescente para o desligamento Fortalecimento ou construção do vínculo com a família de origem ou adotiva
EDUCADOR	Nível médio, capacitação específica e experiência em atendimento a crianças e adolescentes 1 profissional para até 10 usuários, salvo se houver demanda específica Cuidados básicos com alimentação, higiene e proteção;
EDUCADOR	Organização do ambiente Acompanhamento nos serviços de saúde, escola e outros serviços do cotidiano Apoio na preparação da criança ou adolescente para o desligamento,

Fonte: Brasil, 2009a

Com o intuito de ofertar continuidade e estabilidade na provisão de cuidados, é recomendável que os educadores atuem, de preferência, em horários fixos diários, para estabelecer uma conexão sólida com os acolhidos. Isso ocorre porque os educadores são os profissionais que têm maior convivência com os adolescentes, em virtude da carga horária, dos turnos diários de trabalho e pela característica das atividades e dos cuidados realizados. Essa prática também garante uma rotina previsível, de forma que um mesmo educador seja responsável por tarefas específicas, como a administração de refeições, cuidados de higiene, apoio em atividades escolares e de saúde, entre outras. Outro motivo pela preferência de horários fixos e diários é pelo fato de o trabalho em esquema de plantão ter grande alternância, resultando em uma menor construção de rotina e vínculo, e, no caso, não se assemelhando a um ambiente residencial (Brasil, 2009a).

Após o acolhimento da criança ou do adolescente, a unidade irá elaborar um Plano Individual de Atendimento (PIA) com desígnio de reintegrá-los à família, salvo impedimento legal (Brasil, 1990). O PIA é feito, principalmente, pela equipe de apoio. As unidades devem ter uma equipe de profissionais que sejam capacitados e que

tenham perfil para a atividade desenvolvida. Além disso, as unidades também devem contar com espaço físico adequado e trabalhar em articulação com a rede socioassistencial e os demais aparatos que propiciem a proteção a esses sujeitos, incluindo serviços de saúde. É imprescindível a construção do vínculo entre os profissionais e os adolescentes para propiciar o desenvolvimento, o acolhimento e a adaptação desses jovens ao ambiente de acolhimento (Brasil, 2009a).

2.5.1 QUEM SÃO ESSES ADOLESCENTES?

O Sistema Nacional de Adoção e Acolhimento (SNA), regulamentado em 2019, foi criado com objetivo de dar celeridade aos processos de adoção e de reduzir o tempo de permanência em acolhimento, com a intenção de reintegrar as crianças e os adolescentes às suas famílias de origem sempre que possível (CNJ, 2019). Os dados indicam que, em setembro de 2023, havia 32.604 crianças e adolescentes em acolhimento no Brasil. No Paraná são 2.998 em acolhimento, dos quais 2.524 estavam em Unidades de Acolhimento Institucional e 474 sob os cuidados de famílias acolhedoras. No panorama nacional, a maioria das crianças em acolhimento em todo o país é negra ou parda (33%), embora haja uma falta significativa de informações sobre a cor em 50,3% dos casos. No Paraná, as estatísticas variam, com 22,9% de crianças brancas e 14,5% negras ou pardas, e um número ainda maior de casos não informados (62%) em comparação com o cenário nacional (CNJ, 2023).

O registro da cor só é obrigatório para as crianças e os adolescentes que estão disponíveis para adoção. O relatório supõe que a não obrigatoriedade nos demais casos possa ser um dos fatores do não preenchimento, porém, as possíveis causalidades ainda não estão claras, sendo necessários mais estudos que verifiquem as motivações. Mesmo que, na maioria dos estados brasileiros, negros e pardos estejam em maior número, não é possível apreender com os dados disponíveis se haveria um viés de cor para o Acolhimento Institucional ou para o tempo de permanência nas unidades (CNJ, 2022).

Os Serviços de Acolhimento são predominantemente encontrados nas regiões Sudeste e Sul, sendo que as demais regiões apresentam baixa concentração de unidades. O Paraná possui 498 Unidades de Acolhimento Institucional e 519 famílias acolhedoras (CNJ, 2023). A família acolhedora também é um dispositivo de proteção da Alta Complexidade do SUAS – quando há ameaça ou violação ao direito dos jovens

– e é preferencial em relação a uma instituição. Essa modalidade foi criada como alternativa à institucionalização, com vistas a reduzir os impactos negativos do Acolhimento Institucional. Essas famílias realizam em suas casas o cuidado às crianças e aos adolescentes afastados temporariamente de suas famílias, mantendo, assim, a convivência familiar e comunitária. Além de ser um espaço mais individualizado e propenso a subjetividades, a família acolhedora é também um dispositivo de proteção estratégico e importante na rede de proteção (Pinheiro; Campelo; Valente, 2022).

O Diagnóstico Nacional da Primeira Infância do CNJ, apresenta os principais motivos de acolhimento, quais sejam: negligência, presença de conflito no ambiente familiar, abandono pelos pais ou responsáveis e pais que fazem abuso de álcool ou substâncias. O documento ressalta algumas vezes que, apesar de a vulnerabilidade social e econômica não configurar causa para acolhimento, há uma linha tênue para determinar se houve negligência por parte dos cuidadores ou por falta de políticas distributivas de acesso. A negligência guarda relação estreita com a violação dos direitos fundamentais, e é definida genericamente pela omissão dos pais ou responsáveis ao não proverem cuidados relativos a saúde, frequência escolar, alimentação, moradia, entre outros. Porém, é possível questionar sobre qual seria a proteção de direitos que está sendo realizada pelo Estado e o que seria, de fato, negligência (CNJ, 2022).

Evidente que existem situações em que a negligência não se relaciona a questões de recursos para oferecer educação, segurança, alimentação, entre outros, mas sim a questões como violência ou uso abusivo de álcool e substâncias (Calcing; Benetti, 2014). No relatório houve aumento dos casos de negligência na maioria dos estados, inclusive no Paraná, o que possivelmente pode estar relacionado com a carência de recursos materiais e com o período de pandemia (CNJ, 2022).

Berberian (2015) discorre que, frequentemente, muitas situações são identificadas como negligência, entretanto, diversas vezes a real situação em que aquela família está inserida não é avaliada. Muitas delas vivem em situações limítrofes de sobrevivência, situações de vulnerabilidade, marcadas pelo uso de substâncias, dificuldades de inserção no mercado de trabalho ou em subempregos, expostas à violência e propensas ao enfraquecimento dos laços familiares e comunitários. É importante refletir sobre a miséria e sobre o que vem sendo ofertado pelo Estado para garantir proteção integral (CNJ, 2022).

De forma geral, esses dados destacam que muitos dos acolhidos são negros e pardos, o que reflete um país marcado pelas desigualdades. Essas desigualdades frequentemente resultam em vulnerabilidades econômicas e sociais, evidenciando a insuficiência de proteção legal tanto por parte da sociedade quanto do Estado.

2.6 A SAÚDE DOS ADOLESCENTES NAS UNIDADES DE ACOLHIMENTO

O presente estudo se fundamenta em concepções da clínica ampliada, da promoção do bem-estar, da proteção integral, e da garantia de acesso aos serviços e aos direitos legais dos adolescentes. Partindo de uma perspectiva legal, o ECA discorre, em seu artigo 7, que todas as crianças e os adolescentes têm direito à proteção, à vida e à saúde, através da efetivação de políticas pelo poder público que garantam um nascimento e desenvolvimento digno e saudável. O estatuto prevê também o direito ao acesso integral às linhas de cuidado, em todos os níveis de complexidade do sistema, pautado pelo acesso equitativo (Brasil, 1990). O Sistema Único de Saúde (SUS), com seu arcabouço jurídico vigente e suas Leis Orgânicas, assume a responsabilidade sanitária com o público infanto-juvenil (Brasil, 2014).

É fundamental destacar que a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Adolescente e Jovem permanece uma proposta que ainda não se transformou em política efetiva. Isso é especialmente notável pois os adolescentes são sujeitos com ciclos de vida que apresentam características específicas e ritos próprios. No entanto, a maior parte das ações e cuidados de saúde ainda é direcionada principalmente à primeira infância, deixando os adolescentes invisibilizados e à margem das políticas e dos serviços de saúde, o que repercute na dificuldade em contemplar as especificidades desses jovens e na produção de saúde e bem-estar (Lopez; Moreira, 2013). Porém um grande passo foi a PORTARIA SAPS Nº 45, de julho de 2023, que institui uma Câmara Técnica para subsidiar a elaboração dessa Política em questão (Brasil, 2023). Faz-se necessário a elaboração de linhas de cuidado envolvendo os setores de educação, assistência social e do próprio território desses adolescentes, a fim de melhorar o acesso aos serviços e às práticas de cuidado.

Retornando para a questão da saúde do público infantojuvenil, estudos anteriores demonstram que os cuidados realizados nos primeiros anos de vida são importantes para o desenvolvimento emocional, cognitivo e social, e que igualmente importante é o estabelecimento de vínculo da criança e de sua família com a Rede de

Atenção à Saúde (RAS), para que recebam cuidados de promoção, proteção e assistência à saúde (Brasil, 2014a). Nessa perspectiva de seres em desenvolvimento, as crianças e os adolescentes requerem um olhar atento às suas questões de saúde, envolvendo iniciativas tanto por parte dos serviços de saúde quanto da gestão pública.

Os adolescentes são sujeitos que exigem novas maneiras de produzir saúde, pois, embora seu processo de desenvolvimento seja usualmente sadio, podem surgir agravos em sua saúde devido a hábitos, comportamentos e condições de vida que os colocam em situações de vulnerabilidade, risco e sofrimento. Alguns fatores podem configurar em riscos, como as condições desiguais socioeconômicas advindas de processos históricos de exclusão, pobreza, falta de acesso à educação e à cultura, exposição à violência e outras formas de negligência (Brasil, 2014a). Assim, o SUS deve estar atento a esses adolescentes e buscar formas de garantir proteção e saúde, levando em consideração as necessidades específicas desses jovens.

Produzir saúde com adolescentes significa colocá-los em protagonismo e levar em consideração seus projetos e histórias de vida, valorizando sua participação e o desenvolvimento de sua autonomia. Significa oferecer, em todo esse processo de adolescer, o apoio e o suporte da rede de saúde, sem moralismos e repressão. É, também, facilitar a participação desses jovens nas redes intersetoriais que lhes garantam proteção, direitos e integralidade no cuidado. Por conseguinte, é reconhecê-los como sujeitos de direitos (Brasil, 2010).

Para garantir a proteção integral e o acesso à saúde, o SUS deve operar de forma integrada com os demais setores, como assistência social, educação e famílias, estabelecendo estratégias conjuntas para promover o bem-estar desses adolescentes (Brasil, 2014a). A atenção à saúde utiliza recursos de diversos setores, indo muito além da perspectiva tradicionalmente biomédica. Ela engloba elementos como educação, cultura, lazer, esporte, articulação comunitária e redes de apoio, justiça e defesa de direitos, além de fortalecimento dos laços familiares e promoção da autonomia. Todos esses componentes desempenham um papel essencial na promoção da saúde (Brasil, 2014a; REDEPQ-SMCA, 2023).

O processo de saúde e doença tem relações estreitas com os determinantes sociais de saúde, que exercem um papel fundamental nesse processo, tanto na promoção do bem-estar como no desenvolvimento de sofrimento ou agravos. Dessa forma, os adolescentes que estão em Unidades de Acolhimentos já enfrentam camadas adicionais de vulnerabilidade, em decorrência da violação anterior dos seus

direitos, a qual condicionou a institucionalização. Portanto, é responsabilidade do setor público restaurar esses direitos e proporcionar acesso a serviços e condições de vida digna (Brasil, 2014a), pois o processo de adoecimento está além das questões individuais, ele passa por condições históricas e coletivas da sociedade (Couto; Delgado, 2015).

Os adolescentes que estão vivendo nas UAI, como supracitado, têm direito ao acesso integral nos serviços de saúde, com atenção humanizada. Para garantir esse direito, as unidades devem estar estreitamente integradas ao SUS. A Normativa Técnica Serviços de Acolhimento para Crianças e Adolescentes, de 2009, preconiza que as ações de promoção e prevenção devem ser articuladas com a atenção básica como ordenadora do cuidado, e, caso seja preciso, será feito o encaminhamento para atenção especializada. Além disso, assim como os serviços de saúde, as unidades trabalham em rede intersetorial (Brasil, 2009a).

Vale ressaltar que a Atenção Básica (AB) desempenha um papel fundamental por ser porta de entrada preferencial nos serviços de saúde, principalmente porque está intimamente integrada ao território e é sensível à dinâmica local. Sua proximidade com as Unidades de Acolhimento é de fundamental importância aos adolescentes, pois garante um acesso facilitado, promovendo, assim, o princípio da universalidade (Brasil, 2017c).

A AB coordena o cuidado em saúde desses adolescentes por meio da longitudinalidade, que permite a continuidade no atendimento. Isso significa acompanhar esse jovem ao longo do tempo, compreender suas necessidades específicas e estabelecer vínculos que são essenciais para a prática do cuidado. Assim, o serviço e o profissional passam a ser referência para esses adolescentes (Brasil, 2017c; Souza, 2012). Essas formas de cuidado só são possíveis por serem realizadas considerando a perspectiva do território. É importante salientar que o território é visualizado para além do espaço geográfico, com todas as pessoas, teias, instituições, relações, e lares que dão vida àquela comunidade. Compreender o território nessa amplitude é fundamental para identificar de maneira coletiva as potencialidades da comunidade, seus conhecimentos, demandas e recursos (Brasil, 2005b).

A proximidade da Atenção Básica com as famílias, escolas, instituições e Unidades de Acolhimento é uma força motriz para oferecer cuidados longitudinais direcionados à população infantojuvenil (Brasil, 2014a). Essa integração com o

território permite uma compreensão mais profunda das necessidades dos adolescentes acolhidos e das dinâmicas locais, facilitando a construção de estratégias de cuidado personalizadas. A Atenção Básica também aborda questões que vão além dos cuidados biológicos, com abordagem na promoção da saúde e prevenção de doenças, além de atuar de maneira articulada com outros serviços na rede de saúde (Brasil, 2017c). Dessa forma, a AB garante que o adolescente tenha suas necessidades contempladas e que o vínculo estabelecido com os profissionais contribua para uma assistência mais integral – que considere não apenas as questões clínicas, mas também os aspectos mais amplos da sua história de vida (Brasil, 2011).

Contudo, a literatura frequentemente revela que os princípios ordenadores da Atenção Básica (AB) não são devidamente aplicados na prática. Um exemplo é a diretriz que estabelece a AB como a porta de entrada preferencial para a rede de saúde, especialmente nos casos de saúde mental. Tal fato foi visualizado em um estudo que ocorreu em quatro serviços de AB do interior paulista, o qual demonstrou que os adolescentes e as famílias adscritas naquele território quase não buscavam por serviços de atenção primária e, em contrapartida, recorriam mais à atenção especializada através do CAPS ou de ambulatórios. Nesses casos, a porta de entrada era o próprio CAPS para as demandas de saúde mental. Isso corrobora a literatura nacional e internacional acerca do tema, que mostra o grande número de encaminhamentos nos casos de saúde mental e o fato de que a maioria do público infantojuvenil usa mais a AB para problemas de ordem biológica (Silva *et al.*, 2019).

As Unidades de Acolhimento precisam assimilar, ao longo de seu processo de trabalho, as demandas de saúde específicas associadas ao acolhimento desde o momento de entrada das crianças e dos adolescentes até a adaptação frente a essa nova realidade. Isso é essencial para melhorar essa experiência e garantir que as Unidades sejam, de fato, um ambiente positivo para esses jovens. Durante o processo de acolhimento, além dos laços familiares e comunitários que são rompidos, ocorre também uma ruptura na identidade desses adolescentes. Portanto, é imperativo abordar esse processo com sensibilidade e atenção. Diante do exposto, é perceptível todos os riscos para a saúde advindos desse processo, com ênfase nas questões relacionadas à saúde mental (Calcing; Benetti, 2014).

Na elaboração desta pesquisa, embora tenha sido considerada a concepção ampliada de saúde, o foco estará no sofrimento psíquico desses adolescentes. Partindo da concepção da atenção psicossocial, apreende-se que a produção em

saúde necessariamente perpassa a saúde mental (Brasil, 2014a; RedePq-SMCA, 2023).

2.6.1 O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL DOS ADOLESCENTES EM ACOLHIMENTO

O Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA) prevê em sua normativa que os adolescentes acolhidos que apresentem algum sofrimento psíquico, ou alguma questão com abuso de álcool e substância, devem ser acolhidos dentro da Rede de Atenção Psicossocial. Para que isso aconteça é necessária uma boa articulação das unidades com esses serviços de saúde (Brasil, 2009). Os serviços da Rede rede irão auxiliar nesse manejo e no matriciamento das equipes a fim de oferecer cuidado e acolhimento a esse adolescente, que será atendido na sua comunidade e no seu território sem ser separado dos demais. Os principais equipamentos que compõem a RAPS nesse contexto são a Atenção Básica (AB) e o Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi) (Brasil, 2009a).

Os CAPSi desempenham um papel fundamental na oferta de atenção integral e territorializada para as crianças e os adolescentes que enfrentam sofrimento psíquico (Brasil, 2005). Além de fornecer cuidados em saúde mental, escuta ativa e acolhimento, esses serviços também assumem a responsabilidade pela gestão das diversas demandas relacionadas à infância e à adolescência em seu território de atuação (Brasil, 2005b; 2014a). A saúde mental também está presente dentro da AB e, por conseguinte, é vislumbrada de forma ampliada, tendo por objetivo a promoção da saúde mental. Vale ressaltar que a relevância dos CAPS é amplamente reconhecida neste estudo, porém, destaca-se o fato de que a AB também realiza cuidados em saúde mental e é resolutiva nos casos que são concernentes a ela. A Unidade Básica, como componente da RAPS, deve propiciar atividades de promoção e manejo em saúde mental, prevenção e cuidado ao sofrimento psíquico e ações de redução de danos de álcool e de outras drogas, sempre articuladas em rede (Brasil, 2011).

Estudos nacionais e internacionais demonstram o risco aumentado de desenvolvimento de sofrimento psíquico devido à vivência de eventos traumáticos pelo público infantojuvenil (Parreira; Justo, 2005; Cavalcante; Magalhães; Pontes, 2007; Calcing; Benetti, 2014). Em uma pesquisa em duas instituições de acolhimento de uma cidade portuguesa, com objetivo de averiguar o significado que a

institucionalização teria na vida dos acolhidos, verificou-se que os sujeitos da pesquisa demonstraram sentimentos negativos sobre a ida para um abrigo e que o fato causava sofrimento e era intrinsecamente estressor (Gonçalves, 2008).

Outra pesquisa realizada em Unidades de Acolhimento governamentais e não governamentais, na cidade de Porto Alegre, abordou algumas variáveis do acolhimento, como rede de apoio e questões familiares. Essa pesquisa revelou que o aumento do tempo de institucionalização pode prejudicar a proximidade e a qualidade dos vínculos com as redes de apoio, embora, paradoxalmente, a maioria desses adolescentes ainda mantenha contato com suas famílias. Além disso, constatou-se que muitos desses jovens experimentaram álcool e outras substâncias em uma idade precoce, o que também afetou seu desempenho escolar, agravando o atraso acadêmico (Siqueira; Dell’Aglío, 2010).

É importante ressaltar que o cuidado em saúde para crianças e adolescentes deve conseguir superar as concepções conservadoras ainda persistentes, que consideram esses jovens como “menores” excluídos da esfera política e da experiência de sofrimento psíquico. Para isso, é necessário se valer da abordagem da atenção psicossocial, a qual reconhece esses adolescentes como sujeitos psíquicos e detentores de direitos, além de atores sociais que contribuem para a construção da sociedade com seus saberes e experiências (RedePq-SMCA, 2023). Partindo da singularidade das crianças e dos adolescentes, o cuidado e a atenção devem promover uma escuta real das necessidades dos sujeitos, ouvindo o que eles podem contar de si, de suas histórias de vida e do seu sofrimento – uma prática de emancipação e legitimação dos seus saberes (Braga; D’Oliveira, 2019).

O Ministério da Saúde estabelece princípios e diretrizes essenciais para o cuidado em saúde mental infantojuvenil em seu documento “Caminhos para uma Política de Saúde Mental Infantojuvenil (2005)”, princípios esses que são reiterados em uma posterior publicação, “Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos (2014). Essas publicações se constituem como referência para orientar e promover o cuidado da saúde mental desses sujeitos. Segue abaixo alguns princípios que devem nortear a atenção em saúde mental para os adolescentes (Brasil, 2005):

1. O adolescente é um sujeito de direito, deve ser visto de forma singular e não universal, logo o cuidado parte da individualidade. O sujeito tem voz ativa e responsabilidade no seu processo de cuidado;
2. O acesso aos serviços deve ser facilitado, articulado com o território e o cuidado deve ser empático e humano;
3. O serviço trabalha em rede intersetorial, sendo que, se necessário encaminhar para um serviço especializado, o encaminhamento deve ser corresponsável e articulado, não apenas encaminhar e perder a longitudinalidade do cuidado;
4. O território como princípio ordenador primário do cuidado em saúde mental.

A Política de Saúde Mental voltada para as crianças e os adolescentes têm uma abordagem psicossocial, contrária aos serviços que realizam assistência baseada em reparação, exclusão e isolamento desses jovens. O cuidado parte de um viés ético, de proteção integral, de cidadania universal e de emancipação desses adolescentes, especialmente para aqueles que se encontram em situações de risco social ou vulnerabilidade. O enfoque da política de saúde mental está para além da institucionalização, com um cuidado em liberdade dentro da RAPS e uma estreita articulação entre a Atenção Básica e os Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil. A abordagem de assistência ultrapassa as práticas de diagnóstico e medicalização para apropriar-se da escuta ativa sem julgamento, com acolhimento, empatia e estabelecimento de vínculos. Além disso, ela promove o cuidado longitudinal e fortalece os laços com a rede de apoio e a comunidade de origem (Brasil, 2005b). Para que essa abordagem seja efetiva, é crucial realizar mudanças substanciais nas práticas e políticas que orientam o cuidado, bem como reformular a compreensão do ser humano e de suas experiências de vida e sofrimento (RedePq-SMCA, 2023).

A atenção em saúde mental infantojuvenil está dentro da perspectiva da Reforma psiquiátrica, porém sua inclusão nas agendas públicas e na própria Reforma foi tardia e data de 2001, tendo como ponto de partida a III Conferência Nacional de Saúde Mental (Braga; D'Oliveira, 2019; Couto; Delgado, 2015). A inclusão tardia também reverberou no atraso do desenvolvimento de equipamentos e de redes articuladas dentro dos territórios para prestar esse cuidado (RedePq-SMCA, 2023).

A omissão para o sofrimento psíquico infantojuvenil resultou na criação de uma rede assistencial baseada em instituições filantrópicas, orfanatos, institutos para

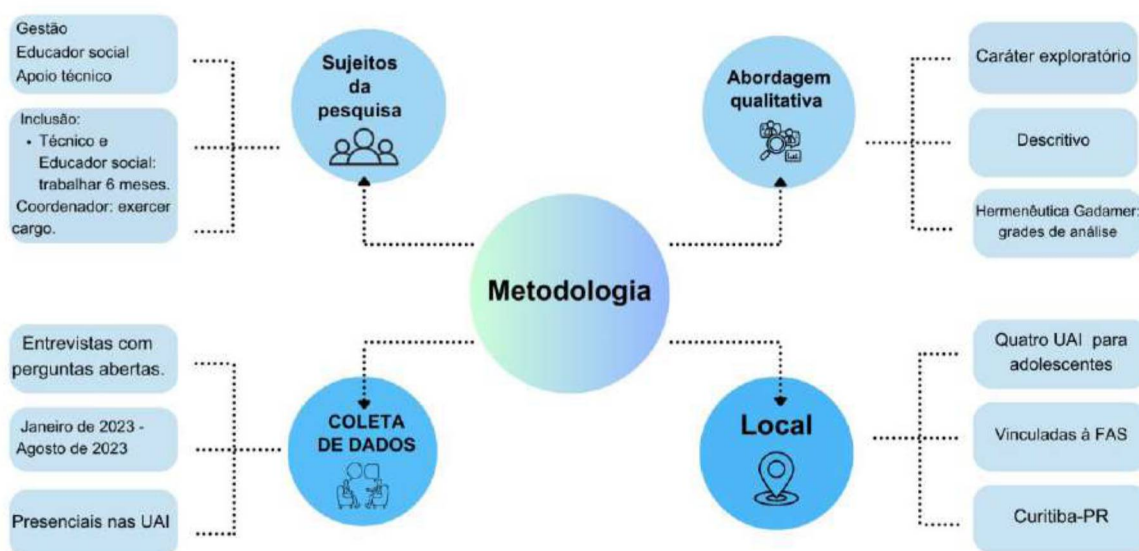
pessoas com deficiência mental e clínicas para autistas, baseadas em práticas disciplinares, corretivas e normatizadoras que, ao invés de promoverem inclusão social, segregavam esses sujeitos (Brasil, 2005; RedePq-SMCA, 2023). Apesar disso, avanços foram verificados, como a expansão dos serviços, a busca pelo reconhecimento desses adolescentes como sujeitos, com garantia de cidadania e aumento da participação social (Braga; D'Oliveira, 2019; Couto; Delgado, 2015).

Por falta de investimentos e pelo fato de os adolescentes não serem considerados sujeitos de direitos, foram criadas Instituições Totais, com moldes de atenção que não partia de uma produção de saúde integral, além de não buscarem a reinserção social e o estreitamento de relação com as redes e serviços. A assistência ofertada tinha uma lógica higienista, excludente e de privação de direitos (Brasil, 2014a). O desenvolvimento da atenção psicossocial para crianças e adolescentes prevê um enfoque amplo que envolve a colaboração de diversas áreas, instituições e setores da sociedade. Esse desenvolvimento requer estreita vinculação entre comunidade, serviços de atenção básica, assistência social, educação, justiça e defesa dos direitos. A abordagem deve ser centrada na promoção da saúde mental e deve orientar a construção de ambientes psicossociais inseridos na dinâmica dos territórios e com a premissa de cuidados em liberdade, que coloquem os adolescentes como sujeitos de direito (RedePq-SMCA, 2023).

3 METODOLOGIA

O esquema abaixo é um diagrama que explicita de forma concisa o desenvolvimento da pesquisa, destacando os sujeitos envolvidos, o local e o método de coleta de dados, bem como o desenho do estudo. No entanto, esses aspectos serão detalhadamente descritos ao longo do texto.

Quadro 4. Resumo referente as principais informações sobre o percurso metodológico da pesquisa.



Fonte: a autora.

3.1 MOTIVAÇÃO E DESENHO DO ESTUDO

O presente estudo adota uma abordagem qualitativa de caráter exploratório e descritivo, fundamentado na hermenêutica Gadameriana. A pesquisa qualitativa se concentra na exploração da complexidade dos fenômenos, destacando particularidades e significados (Minayo, 2017). A pesquisa qualitativa tem como escopo investigar os múltiplos significados, crenças, valores, subjetividades e relações humanas, os quais não podem ser reduzidos a números ou quantificações (Minayo, 2002). Trata-se de um método que busca compreender a realidade social

sob a perspectiva das pessoas, produzindo resultados que vão além da análise racional dessa realidade (Vieira; Rivera, 2012).

A escolha desse método de pesquisa foi fundamentada na sua adequação para atingir os objetivos do estudo. A abordagem qualitativa permite, por meio das narrativas dos profissionais que trabalham nas Unidades de Acolhimento, uma compreensão mais profunda dos significados atribuídos às práticas e às abordagens em relação ao sofrimento psíquico de adolescentes acolhidos. Além disso, essa abordagem qualitativa enriquece a compreensão das experiências das pessoas e das representações que elas têm dessas vivências, possibilitando uma análise mais abrangente da realidade a partir de diversas perspectivas.

A motivação para conduzir esta pesquisa decorre da importância de pensar e desenvolver formas de cuidado para esses adolescentes que estão em situação de vulnerabilidade – bem como de ampliar o campo teórico nesse tema que ainda é, de certa forma, invisibilizado. Embora a pesquisadora não tenha experiência específica nesse campo de atuação, ela já trabalhou na assistência direta com adolescentes dentro do SUS, e, por isso, reconhece a importância de proteger e garantir direitos desses jovens. Este estudo visa contribuir para uma compreensão ampliada das necessidades e dos desafios enfrentados por esses adolescentes.

3.2 LOCAL DO ESTUDO

O campo de estudo englobou quatro Unidades de Acolhimento Institucional localizadas no município de Curitiba. Todas essas unidades faziam parte da rede de assistência social da cidade e estavam vinculadas à Fundação de Ação Social (FAS). Inicialmente, foram elencadas cinco instituições que atendiam aos requisitos da pesquisa, no entanto, uma delas não respondeu às tratativas de contato, o que acarretou sua exclusão da pesquisa.

A descrição das unidades foi feita de forma arquetípica para preservar seu sigilo e também porque guardavam grandes similaridades entre si. As unidades estavam inseridas dentro da comunidade, assemelhando-se a residências comuns nos territórios em que se encontravam. Não havia identificação, porém, alguns equipamentos da FAS, como os veículos e os coletes usados pelos funcionários, indicavam ser parte de algum equipamento da assistência social. As Unidades

dispunham de uma boa estrutura física, incluindo dormitórios coletivos, refeitório, sala de convivência com televisão para atividades coletivas, local para guarda das medicações, áreas externas e algumas salas para atividades administrativas da gestão e para as atividades de apoio técnico.

As unidades acolhiam adolescentes de ambos os gêneros e respeitavam a capacidade prevista nas Normas Técnicas, que é de vinte adolescentes por unidade. No entanto, devido a alta rotatividade, casos de evasão, cumprimento de Medidas Socioeducativas e internações, o número de adolescentes era variável. Durante as entrevistas, a média de adolescentes nas unidades era de aproximadamente quinze.

As equipes de trabalhadores das unidades eram parecidas e compostas por:

1. Gestão: um coordenador e um vice- coordenador;
2. Equipe de apoio: um assistente social e um psicólogo;
3. Educadores sociais;
4. Equipe terceirizada: responsável pela higienização do local, preparo dos alimentos e motoristas.

Todas as unidades visitadas contavam com as categorias de trabalhadores mencionadas acima. A gestão geralmente tinha uma carga horária mais dinâmica pela natureza de atividades desenvolvidas, e o coordenador e o vice-coordenador relataram se revezar para estar na unidade. A equipe de apoio trabalhava trinta horas por semana, em turnos de seis horas, pela manhã ou à tarde. Os educadores sociais eram a categoria mais numerosa, sendo que a maioria das equipes contava com três educadores nos turnos da manhã e três nos turnos da tarde. Além disso, algumas unidades tinham um horário intermediário de entrada, por volta das 11 ou 12 horas. O turno de trabalho dos educadores era fixo, de oito horas diárias, ou seja, um regime de horários regulares. O período noturno geralmente contava com uma média de três educadores por turno, que trabalham em escala 12/36h, ou seja, 12 horas de trabalho para cada 36 horas de descanso, caracterizando um regime de plantão – exercido exclusivamente pelos educadores noturnos. É importante destacar que todos esses trabalhadores tinham vínculo estatutário com a prefeitura. Também havia trabalhadores terceirizados, responsáveis por atividades como higienização e transporte.

3.3 PARTICIPANTES DE ESTUDO E RECRUTAMENTO

As entrevistas com os participantes deste estudo foram realizadas de janeiro a julho de 2023, sendo os sujeitos de pesquisa trabalhadores das UAIs de ambos os gêneros, pertencentes a três tipos de função: gestão (coordenador e vice-coordenador), educador social e apoio técnico (assistente social e psicólogo). Os critérios de inclusão para apoio técnico e educador social foram: ter mais de 18 anos e trabalhar na referida unidade há pelo menos seis meses nas atividades correspondentes. Para os gestores, os critérios de inclusão foram: ser maior de 18 anos e trabalhar na referida unidade como coordenador ou vice-coordenador, independentemente do tempo de serviço. Os critérios de exclusão, por conseguinte, foram: ter menos de 18 anos; desenvolver atividades-meio como higienização, preparo de alimentos e transporte; trabalhar há menos de 6 meses na unidade, no caso dos educadores sociais e do apoio técnico; e, no caso da gestão, não ser coordenador ou vice-coordenador na unidade. Para a discussão e os resultados, foram usados codinomes nesta ordem: E1, E2, e assim por diante, chegando até E14, a fim de manter o sigilo dos participantes.

A seleção dos sujeitos foi por conveniência, em decorrência do desenho do estudo. Para o recrutamento dos sujeitos, foi realizado o seguinte percurso:

1. Em dezembro de 2022 os pesquisadores participaram de uma reunião na FAS com a Coordenação da Alta Complexidade. Durante essa reunião, os pesquisadores apresentaram os detalhes da pesquisa, seus objetivos principais e o modo como ela seria realizada. Isso proporcionou uma oportunidade para discutir, explicar dúvidas e alinhar a colaboração para o projeto.
2. Após essa reunião, a coordenação da Alta Complexidade indicou, por e-mail, o contato das supervisoras regionais da Alta Complexidade responsáveis pelas unidades.
3. Após esse processo, a pesquisadora principal entrou em contato com as supervisoras regionais e realizou o percurso de explicação sobre o intuito e os objetivos da pesquisa. As supervisoras confirmaram com a Coordenação da Alta Complexidade sobre a pesquisa e concederam autorização para realizá-la. Após confirmado pela Coordenação, as

supervisoras forneceram os contatos dos coordenadores de cinco Unidades de Acolhimento para adolescentes.

4. A pesquisadora entrou em contato com os coordenadores das unidades sugeridas. Foi enviado o convite e a explicação sobre a pesquisa, com os objetivos e com a indicação de como poderia ser realizada. Assim, reuniões presenciais foram agendadas em cada uma das unidades para discutir a pesquisa em detalhes, enfatizar os princípios éticos envolvidos e definir quais sujeitos seriam elegíveis para participar.

Essas reuniões foram realizadas nas respectivas unidades e funcionaram como uma aproximação com o campo. Durante as visitas nas unidades, foi dialogado sobre a proposta da pesquisa e o seu modo de desenvolvimento. Além disso, a possibilidade de as entrevistas serem realizadas de forma online ou presencial foi apresentada, escolha que seria feita pelos participantes. Nessas visitas, os trabalhadores foram convidados coletivamente a participar da pesquisa de forma voluntária. Assim, após a primeira visita, foi marcada uma nova ida da pesquisadora até o campo para iniciar as entrevistas.

Devido ao delineamento da pesquisa, não foi possível estabelecer previamente um número fixo de participantes, optando-se pela amostragem por saturação. Esse método, é uma abordagem comum em pesquisas qualitativas na área da saúde. Essa abordagem é empregada para definir o tamanho final da amostra em um estudo, encerrando a inclusão de novos participantes na pesquisa (Fontanella; Turato, 2008; Minayo, 2017).

A quantidade de participantes está relacionada com a compreensão do fenômeno, logo, as entrevistas são realizadas até quando os discursos apresentarem, na visão da pesquisadora, certo padrão de repetição ou redundância e não trazerem novos elementos para elucidar o fenômeno (Denzin; Lincoln, 1994; Fontanella; Turato, 2008). Assim, as novas informações, que seriam adicionadas ao material já obtido, deixariam de contribuir significativamente para a melhoria da base teórica construída com os dados já coletados. O ponto de saturação é influenciado pelo referencial teórico utilizado na pesquisa, pelos objetivos do estudo e pela homogeneidade dos sujeitos envolvidos (Fontanella *et al.*, 2008). Trata-se de uma abordagem que permite ao pesquisador determinar o momento apropriado para encerrar a coleta de dados com base na qualidade e na contribuição das informações obtidas até aquele

momento. Neste estudo, o ponto de saturação foi discutido com a equipe até chegar no consenso e, dessa forma, o número delimitado foi de 14 participantes.

3.4 COLETA DE DADOS

As coletas de dados foram realizadas por meio de entrevistas com perguntas abertas. Os pesquisadores desenvolveram previamente roteiros de entrevistas contendo perguntas que visavam acessar as experiências e narrativas dos trabalhadores. As perguntas foram elaboradas em consonância com os objetivos a fim de poder contemplá-los. Foram elaborados dois roteiros distintos devido a diferença de atividades desenvolvidas entre os trabalhadores (ver apêndice A), um direcionado à gestão e o outro voltado para os educadores sociais e a equipe de apoio técnico.

A primeira entrevista foi conduzida pelos dois pesquisadores em conjunto, e as entrevistas subsequentes foram realizadas pela pesquisadora principal. Vale destacar que um desses pesquisadores é docente em Saúde Coletiva na Universidade Federal do Paraná, com grande experiência em estudos sobre populações vulneráveis e nas Redes de Atenção à Saúde. Enquanto a outra pesquisadora atua como enfermeira em um hospital terciário pertencente ao Sistema Único de Saúde.

O processo de coleta de dados ocorreu entre janeiro de 2023 e julho de 2023. Apesar de os riscos durante a realização das entrevistas serem mínimos, como algum grau de nervosismo ou incômodo, certos cuidados foram realizados a fim de minimizar possíveis desconfortos. Foi acordado que, caso o sujeito se sentisse desconfortável ou constrangido, ele não precisaria responder à pergunta, assim como poderia interromper a pesquisa a qualquer momento. A entrevistadora buscou conduzir o diálogo de forma harmoniosa, com uma linguagem acessível, facilitando um ambiente mais propício para que os entrevistados compartilhassem suas experiências.

A duração das entrevistas variou, sendo que a entrevista com o tempo mais curto totalizou 29 minutos, e a mais longa estendeu-se por 58 minutos. As entrevistas foram realizadas nas próprias unidades, em salas de atividades administrativas ou da equipe de apoio. Apesar de ter sido oferecida a opção de conduzir as entrevistas de forma virtual, todas foram realizadas presencialmente. Essa escolha foi feita em comum acordo com a coordenação das unidades e os trabalhadores, visando não impactar nas atividades e na rotina de serviço. Todas as entrevistas foram integralmente gravadas em áudio.

3.5 REFERENCIAL TEÓRICO DE ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DAS NARRATIVAS

Nesta pesquisa, a abordagem hermenêutica de Gadamer foi empregada para compreender, a partir das narrativas e da construção das grades de análise, quais conteúdos emergiram das experiências relatadas pelos entrevistados em relação aos manejos em saúde mental realizados nas Unidades de Acolhimento para adolescentes.

A hermenêutica busca a compreensão dos significados, levando em consideração o contexto local, social e histórico no qual os fatos, dados ou eventos estão inseridos e podem ser interpretados. Cada experiência vivida contribui para a compreensão das formas significativas de viver e enriquece a compreensão coletiva da subjetividade (Vieira; Rivera, 2012).

A propedêutica hermenêutica permite a compreensão e a interpretação de fatos, sejam eles textos, discursos, instituições e outros elementos. A hermenêutica reestrutura a interdependência linguística, valoriza o discurso individual e concentra-se na interpretação e na compreensão dos textos e seus significados, sempre considerando o contexto, a perspectiva dos sujeitos e a compreensão histórica. Ela mantém uma relação direta com a interpretação e a compreensão de fenômenos, experiências e comportamentos humanos, bem como com textos e palavras (Sidi; Conte, 2017).

Na hermenêutica Gadameriana, há uma libertação das restrições ontológicas associadas à objetividade, com reconhecimento e valorização da historicidade inerente ao ato de compreensão (Gadamer, 1997). A interpretação é vista como um elemento intrínseco à totalidade da experiência humana, sendo uma atividade criativa e circular que ocorre no domínio da linguagem. Portanto, o ser humano é uma combinação de si mesmo, sua vida, suas experiências, culturas prévias, seus preconceitos e influências que moldam a maneira como interpreta o mundo. Isso significa que a essência daquilo que está sendo interpretado se torna também a essência do próprio intérprete (Gadamer, 2007).

Gadamer também aborda a questão da compreensão humana e introduz a ideia de que novas possibilidades de compreensão são reveladas quando alguém se comunica com outro por meio da linguagem. A compreensão e o processo

interpretativo não ocorrem de forma linear. O círculo hermenêutico descreve a natureza interativa e a dinâmica da interpretação. Assim, reflete a ideia de que a compreensão é um processo contínuo de diálogo e interação, no qual tanto o leitor quanto o texto contribuem para a evolução do significado. Essa abordagem destaca a importância da linguagem e da interpretação como aspectos essenciais da experiência humana e do entendimento do mundo (Gadamer, 2007).

As narrativas desempenham um papel fundamental na construção do conhecimento ao permear a vida na sociedade e moldar as trajetórias individuais dos sujeitos, gerando subjetividades (Ceccon *et al.*, 2022). Dentro desse contexto, as narrativas também foram analisadas à luz dos pressupostos da atenção psicossocial, com destaque para a relevância do território. O cuidado é concebido como parte integrante de uma estratégia de rede, conectando diferentes recursos e serviços para oferecer uma atenção mais abrangente e singular.

3.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A pesquisa foi apreciada e aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Paraná, sob o parecer nº 53139821.7.0000.0102. Durante o percurso da pesquisa, foram seguidas todas as prerrogativas éticas previstas na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde quanto a princípios como sigilo, privacidade e confidencialidade dos sujeitos da pesquisa (Brasil, 2012). As entrevistas foram realizadas mediante consentimento dos participantes através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), aplicado em duas vias, uma delas para o participante e a outra para a pesquisadora. Devido às Unidades de Acolhimento realizarem a tutela de adolescentes e outras especificidades, as unidades serão referenciadas de forma genérica, a fim de preservar o sigilo legal que lhes é assegurado.

3.7 LIMITAÇÕES

Uma limitação presente neste estudo é a ausência da participação e da perspectiva direta dos adolescentes. Inicialmente, eles estavam elencados como sujeitos da pesquisa e foi realizado um percurso de incluí-los. No entanto, devido a questões legais relacionadas à proteção dos adolescentes e à condição de

acolhimento vinculada ao Poder Judiciário, a sua participação não foi autorizada pelo Comitê de Ética.

A relevância de dialogar com os adolescentes era a de compreender as implicações do acolhimento na saúde mental a partir de suas perspectivas, reconhecendo que eles são os verdadeiros sujeitos implicados nesse processo. Essa proposta pretendia buscar um avanço na promoção de uma real inclusão desses jovens, alinhando-se a uma prática decolonial que visa pensar em perspectivas e cuidados em saúde elaborados de forma colaborativa com esses adolescentes.

4 RESULTADOS

Os resultados apresentados provêm de 14 entrevistas em profundidade com os trabalhadores das quatro Unidades de Acolhimento Institucional.

TABELA 1 – CARACTERIZAÇÃO DOS TRABALHADORES DAS UNIDADES DE ACOLHIMENTO

Trabalhador	Cor	Idade	Ocupação	Gênero	Tempo na FAS	Tempo na UAI
E1	BRANCA	45	Psicóloga	F	15 anos	3 anos
E2	PARDA	55	Educadora Social	F	22 anos	22 anos
E3	BRANCA	45	Coordenadora	F	14 anos	2 anos e 5 meses
E4	BRANCA	41	Apoio Técnico – Psicóloga	F	12 anos	3 anos
E5	NEGRA	45	Coordenadora	F	19 anos	3 meses
E6	BRANCA	39	Educadora Social	F	13 anos	13 anos
E7	NEGRA	51	Educador Social	M	31 anos	18 anos
E8	BRANCO	40	Vice -Coordenador	M	13 anos	7 meses
E9	PARDA	51	Educadora Social	F	18 anos	9 meses
E10	BRANCA	36	Educadora Social	M	10 anos	1 ano e 8 meses
E11	BRANCA	51	Coordenadora	F	27 anos	7 meses
E12	PARDA	56	Educadora Social	F	14 anos	1 ano e 4 meses
E13	PARDO	38	Educador Social	M	11 anos	1 ano
E14	BRANCO	50	Educador Social	M	15 anos	6 meses

ENTREVISTADOS DO MUNICÍPIO DE CURITIBA, PARANÁ
 FONTE: Elaborada pela pesquisadora. Legenda: F: feminino / M: masculino.

Inicialmente foi realizada a transcrição integral das entrevistas, com leituras sucessivas do material e cotejamento com a literatura do tema. Dessa forma, emergiram conjuntos mais significativos agrupados em categorias agregadas pela similaridade, a saber:

- 1= Concepções e o lugar da Saúde Mental na Assistência Social;
- 2= A identificação e o manejo dos problemas em saúde mental;
- 3= Relação das unidades de Acolhimento Institucional com a Rede de Atenção à Saúde.

Cada uma dessas categorias será descrita individualmente com base nas narrativas dos trabalhadores. Ressalta-se que, conforme o método adotado, os resultados são apresentados e descritos da forma mais próxima possível dos discursos e narrativas, sem interpretações dos dados.

4.1 CONCEPÇÃO E O LUGAR DA SAÚDE MENTAL NAS UNIDADES DE ACOLHIMENTO

Na primeira categoria, são abordadas algumas concepções dos participantes sobre o trabalho, o próprio processo de acolhimento e a relação da saúde mental com as Unidades de Acolhimento. Nas narrativas, foi destacada a necessidade de desenvolvimento de um novo equipamento pertencente à FAS, voltado especificamente para atender a demanda dos adolescentes que fazem uso de álcool ou substâncias e para aqueles que apresentam algum transtorno mental.

“Olha primeiro que eu acredito que tinha que separar os serviços né, serviço de acolhimento pra acolhimento de adolescente que está se beneficiando do acolhimento, que está usando isso pra ir pra frente pra trabalhar, pra estudar pra se tornar independente né.” (E1)

“É então essa é outra dificuldade que eu vejo né, a gente até conversa assim entre nós. Essas casas não têm um perfil né, é uma salada mista né. Então você tem menino com transtorno mental severo, você tem menino com drogadição né, com uso de substância né.” (E13)

Segundo os participantes as Unidades de Acolhimento não são o lugar ideal para esse perfil de adolescentes, visto que necessitam de uma abordagem mais especializada em um local com profissionais da área da saúde, como enfermeiros e psicólogos. A presença de jovens com perfis distintos na mesma Unidade é um fator complicador no processo de acolhimento, sendo ressaltada a importância de um espaço mais direcionado e adaptado às especificidades desses adolescentes.

“É então é isso que eu te disse né que eu acho que se mudasse pelo menos um um lugarzinho pra elas eu acho que pra nós aliviavam bastante sabe.” (E2)

Durante as narrativas, os participantes relataram que, quando a Unidade tem um adolescente “especial”, isso acaba acarretando uma maior carga de tempo e trabalho para os profissionais, alterando assim as rotinas usuais. Uma vez que

incorporam atividades como o acompanhamento em consultas ou durante internações com foco em saúde mental.

Além disso, frequentemente, os outros adolescentes podem não ter a tolerância necessária para compreender a situação desses que apresentam demandas diferenciadas. Nesse sentido, essa situação se inclui como mais um dos fatores que corroboram para o entendimento de que as UAI's não são o ambiente mais apropriado para lidar com esses casos. Outro fator levantado é o de que os adolescentes que fazem uso de substâncias podem exercer influência sobre os demais para iniciar o uso.

“Então é isso e é o que eu falei, você você mistura aí claro você tem que ter o convívio é social. Teoricamente é tudo bonito. Mas na prática não é bem assim.” (E8)

“Então quando a gente tem esse problema de saúde mental tem eh dificuldade bastante sabe, no nosso dia a dia por que, porque a gente já tem a rotina né. E quando tem elas elas atrapalham bastante porque elas não entendem né, então elas estão na hora estão bem boazinha daqui a pouco né, do nada né, você tem que sair fazer o atendimento, atendimento fora, levar lá pro CAPS, se ela se ela se for mais grave pra hospital né. Daí você tem que ficar no internamento. E essa parte mais difícil que eu acho é com com a saúde mental.” (E2)

Outro ponto reiterado é que os casos de saúde mental e o manejo não estão dentro do escopo da assistência social; inclusive, no edital do concurso, não estão descritas atividades relativas a essa área. Portanto, não deveria ser uma demanda atendida nas Unidades. Além da falta de preparo e treinamento da equipe para lidar e manejar esses adolescentes, pois não há treinamento e capacitação pela FAS para os profissionais que trabalham nas Unidades.

Adicionalmente, a manipulação e a administração da medicação para questões de saúde mental também foram relatadas como não sendo atribuição dos trabalhadores, pois falta-lhes o conhecimento sobre como realizar, uma vez que se trata de uma competência específica da saúde. Assim, o ideal seria uma enfermeira nas Unidades para realizar tal função, que teria conhecimento e competência para exercê-la de forma segura.

Em relação ao uso de substâncias, foi colocado que se torna um atrativo para os jovens, levando-os à evasão das Unidades e, assim, não propicia a adesão dos adolescentes ao acolhimento. Os jovens acabam evadidos a maior parte do tempo, pois estão consumindo tais substâncias. Depois que retornam para a unidade, ficam

em um processo de recuperação do uso e não conseguem desenvolver outras atividades como frequentar a escola ou algum curso.

Uma dificuldade presente é conseguir internamentos involuntários para os casos de uso de substâncias, pois, com frequência, os serviços de saúde aderem a uma proposta ideológica de que o tratamento involuntário não seria eficaz para esses jovens. Foram relatadas situações em que os adolescentes realmente necessitavam de internação, mas, em virtude da aplicação da política antimanicomial, voltada para a redução de internações, essa não é a abordagem mais utilizada pelos Caps e serviços de saúde, que optam por não internar. Em alguns casos, inclusive, o jovem deveria estar na internação, mas continua nas Unidades.

“Alguns não tem adesão nenhuma eh algum e é isso que é muito difícil a gente conseguir tratamento involuntário né? Mas enfim isso são questões particulares daqui de ideologia da equipe e da das das unidades de saúde.”
(E1)

Os participantes também relatam que, em algumas situações, os adolescentes utilizam seus transtornos mentais como uma forma de manipular e barganhar com as equipes das Unidades. Por exemplo, em uma situação relatada, uma jovem estava em crise, mas, quando o seu celular estava para ser retirado, a adolescente parou de apresentar a crise, pois queria continuar com o aparelho. Essa forma de manipulação também foi verificada em relação à questão da automutilação, que, algumas vezes, é entendida pelos trabalhadores como uma maneira de chamar a atenção.

Quanto ao processo de acolhimento, ele é apontado como inerentemente traumático e, por isso, gera possíveis transtornos e sequelas nos adolescentes devido às condições e à violação dos direitos que ocasionaram no acolhimento. Nesse sentido, trata-se de um processo que demanda acompanhamento como terapias com psicólogos e acompanhamento com psiquiatra.

“Até porque o MP cobra da gente né, ele cobra se o menino foi no médico, se o menino passou pelo psiquiatra, porque segundo o Ministério Público é impossível que um adolescente venha pro abrigo pra uma Casa Lar e não precise fazer tratamento psicológico ou com psiquiatra. Porque é um trauma muito grande segundo o MP então eles obrigam né que todos os meninos tenham esse atendimento né, então a gente faz isso.” (E12)

Em relação às regras, existe dificuldade de os adolescentes aderirem às normas e às atividades, como a frequência escolar e a necessidade de obter

autorização para sair das Unidades. Inclusive, essa dificuldade em seguir regras e disciplinas é apontada como uma das motivações que podem resultar no encaminhamento do adolescente para o acolhimento, devido à sua incapacidade de seguir as regras na família. A questão gera frequentes embates e questionamentos com as equipes, pois os adolescentes, muitas vezes, não querem segui-las, levando, em alguns casos, à evasão.

Nesse sentido, inclusive, alguns adolescentes acolhidos apresentam o diagnóstico de Transtorno Desafiador Opositor, situação em que não querem frequentar a escola, pulam o muro e apresentam episódios de agressividade quando a equipe solicita o cumprimento de alguma regra. Quanto à elaboração das regras, uma das Unidades aponta que é feita uma reunião anual entre a equipe e os adolescentes para elaborarem as regras das unidades, enquanto nas outras Unidades as regras são elaboradas pelas equipes e repassadas para os jovens.

A seguir, há relatos sobre a dificuldade no seguimento das regras:

“A menina não quer ir pra aula, a menina não quer trabalhar, a menina não quer arrumar cama, ela não quer lavar roupa, ela não quer lavar louça, ela não quer nada, ela só quer o bônus da vida, ela não quer o ônus” (E4)

Articulada com o seguimento das regras, existe também a dificuldade de os adolescentes lidarem com o “não” quando eles não obtêm permissão para fazer algo ou sair, o que acaba gerando situações de conflito com a equipe de trabalhadores.

“É bem complicado. Eles têm uma grande dificuldade de lidar com o não. Né? Então a gente tem alguns TOD né, e aí na casa e daí os outros que não tem TOD também não aceitam não ... o limite pra esses meninos é muito difícil. Né? Então eles eh se colocam o tempo todo assim eh como se eles fossem vítimas, não estou dizendo que não são, mas daí assim eh pra tudo né. Vítima de tudo eh e daí eles não conseguem assimilar quando se falam ai não hoje você não vai sair. Ah porque ah porque eu tenho direito não estou preso e não sei o que então deles começam a discutir, sendo que teoricamente a gente está eh cuidando né. É um cuidado mas eles não reconhecem que seja um cuidado eles eles acham que a gente está simplesmente punindo coisa do tipo então eles têm dificuldade de assimilar o não.” (E5)

4.2 A IDENTIFICAÇÃO E O MANEJO DOS PROBLEMAS DE SAÚDE MENTAL

Esse eixo aborda a identificação dos problemas em saúde mental, o uso de medicação nessa área, o manejo das equipes em situações de crise ou surto e, por fim, o processo de trabalho e suas articulações com o manejo.

As narrativas assinalam que, ao chegarem nas Unidades, a maioria dos adolescentes já possui diagnóstico psiquiátrico e faz uso de medicação para isso; outros, por sua vez, ainda não têm diagnóstico concluído devido à dificuldade em realizar essa avaliação no período da adolescência, mas, ainda assim, fazem uso de medicação para transtornos mentais, comprometimento neurológico ou problemas relacionados ao uso de substâncias.

Assim, essa identificação ocorre através do histórico prévio em saúde mental, o qual está presente quando o adolescente já foi acolhido anteriormente ou acompanhado por algum serviço da Assistência Social. Nas situações em que não há diagnóstico, a equipe identifica possíveis problemas de saúde mental através do comportamento dos adolescentes ou de diferenças nas falas. Os comportamentos relatados foram casos de automutilação, uso abusivo de álcool e substâncias, comportamento agressivo ou ideação suicida.

“Maior parte tem um transtorno ou nem todos tem um diagnóstico fechado né. Porque na adolescência ainda está muito aberta sem essa, o Cid às vezes não está fechado né? Alguns não têm CID ne... E na verdade é difícil os que não usam medicação, são poucos que não usam nada assim né.” (E1)

O uso de substância foi constantemente reiterado como uma questão de saúde mental, uma comorbidade. A maioria dos acolhidos faz uso severo de substâncias, sendo esse um dos maiores desafios encontrados nas Unidades, o que resulta na dificuldade em estabelecer vínculo com os jovens. Esse é também um complicador na questão do humor e da agressividade dos adolescentes, além de dificultar a adesão ao processo de acolhimento, ao tratamento e ao uso da medicação. Além disso, o uso de substância resulta em um grande número de evasão.

“São meninos mais complicados, eles tem muita muita dificuldade na adesão ao acolhimento, embora toda a equipe trabalhe na orientação, no encaminhamento, mostrando o que seria mais adequado são meninos que são muito arredios, têm dificuldade de permanecer na unidade, mesmo sendo orientados, então eles saem sem autorização, permanecem por às vezes por dias por horas, em local incerto e não informado. Então são casos bem complicados que a gente tem muita dificuldade em que eles eh aderem ao do acolhimento institucional.” (E8)

Nas situações de uso de substâncias, as equipes oferecem atendimento no CAPS. No entanto, observa-se que esses adolescentes são os que mais tendem a se

afastar do dispositivo. A equipe procura então conversar e explicar a importância do encaminhamento para o CAPS nessas circunstâncias.

A influência para o início do uso que esses adolescentes exercem sobre os outros que não fazem uso de substância também é destacada. O uso de substâncias não é permitido dentro das instalações da casa, e a equipe é rigorosa quanto a essa questão. Além disso, é mencionado que há uma boa articulação com a Guarda Municipal para lidar com essas situações.

“Deixamos claro que eles temos sim apoio da Guarda Municipal, ... é o que diz a Constituição, você não pode, não pode... Criança não fuma, adolescente não bebe, não fuma. Nenhum tipo de droga.... Encaminha pra delegacia do adolescente e faz o auto. Se assim a gente entender que é o caso. Não com o intuito de punir esse acolhido né. Mas com o intuito de preservar a vida.... nem que às vezes seja pelo caminho mais árduo que o outro não funcionou, mas é bem rígido.” (E14)

Sobre o manejo em saúde mental, os profissionais relataram algumas práticas. Foi colocado que, quando surge uma demanda nesta área, eles realizam o encaminhamento dos adolescentes para o CAPSi para que seja realizada uma avaliação. A administração das medicações que são prescritas no dispositivo também é uma das formas de manejo.

Outra forma de manejo descrita é a construção do vínculo entre os adolescentes e os trabalhadores. Através do estabelecimento de uma relação de vínculo e diálogo com os jovens, os profissionais conseguem desenvolver maior contato e proximidade com os adolescentes. Duas participantes descrevem esse processo de acolhimento e vínculo como semelhante ao afeto materno, pois também acompanham os adolescentes em diversas atividades, como consultas, escola e em todo o processo, de forma semelhante ao que os pais realizam.

“...que na verdade os meninos eles não podem, não são excluídos né. Fica todo mundo junto, e a gente dá a medicação pra eles, a gente medica, administra conforme o médico prescreve né e só. O cuidado é o mesmo né, cê vê que precisa de um médico, uma coisa maior a gente vai atrás, procura uma consulta médica ou na unidade de saúde ou no CAPS mesmo.” (E09)

Esse relato destaca que os adolescentes com demandas em saúde mental não são excluídos dos demais adolescentes da Unidade. Ressalta, também, como os profissionais realizam o manejo ao encaminharem para o Caps e ao administrarem os cuidados prescritos pelo médico.

Nas situações de crise e de surto, os trabalhadores inicialmente estabelecem diálogo com os adolescentes em busca de acalmá-los. Geralmente, o diálogo é conduzido pelo educador social ou por outro profissional com maior vínculo, sendo aqui destacada a figura do educador devido à sua maior convivência com os adolescentes.

O estabelecimento do vínculo é importante para lidar com as situações de crise e para conectar o adolescente ao acolhimento e mantê-lo dentro da Unidade. Nessas situações, os profissionais são orientados a não utilizar contenção física, priorizando a segurança tanto dos adolescentes quanto da equipe.

Trata-se de situações em que, algumas vezes, o contato é efetuado com o CAPS para conseguir algum atendimento de encaixe ou alguma avaliação para o adolescente. Porém, em casos mais acentuados, como, por exemplo, quando o adolescente está em risco pessoal – casos de automutilação ou que representam risco para outros – é acionado o SAMU. Um dos casos relatados de risco para a equipe ou outros adolescentes ocorreu quando um jovem, em uma situação de crise, pegou uma faca e apresentou perigo de machucar alguma pessoa de forma mais grave.

É comum observar que, nesses momentos críticos, os adolescentes costumam evadir da Unidade, frequentemente pulando o muro. Além disso, em algumas situações de crise, é necessário acionar a Guarda Municipal, especialmente quando ocorrem desacatos, como ameaças, xingamentos, agressividade e violência. As Unidades relatam uma boa vinculação com a Guarda, que se coloca como um dispositivo de apoio para essas situações.

“Mas geralmente a gente chama a Guarda Municipal, como a gente tem uma boa vinculação com a guarda, a guarda chega muito rápido aqui pra fazer essa contenção pra gente, daí é contenção e SAMU.” (E04)

“Vamos pensar assim, porque quando ele se coloca em risco, daí a gente já pensa que é situação de SAMU, né. Que daí é acaba sendo um surto em que a gente acaba precisando de ajuda médica. Mas fora isso a gente tenta acalmar, tenta na conversa, tenta dar uma acalmada mesmo né. Colocar a cabeça no lugar, assim, tenta chamar ele pra pra realidade né.” (E5)

“... e daí assim tem uns que tem uns problemas também que tem uma certa agressividade, daí a gente conversa, controla, se for o caso a gente chama a Guarda Municipal pra orientar quando a gente não dá conta, quando tá muito rebelde muito desobediente. Daí a Guarda Municipal vem conversa com eles, daí eles se acalmam, acho que entendem, normalmente eles conversam: ah a gente pode conversar em particular? Daí a gente com certeza, daí eles conversam e daí o menino fica melhor, fica bem, nos obedece e tudo.” (E13)

Outra situação abordada foi em relação ao suicídio. Os profissionais contam que algumas vezes enfrentam essa situação e que, nesses casos, alguns adolescentes escrevem cartas de despedida, outros fazem relatos na rede social ou chegam a verbalizar sobre o desejo de não continuar vivendo. Em alguns casos, os profissionais fazem relato no livro de ocorrência – um livro que descreve todos os ocorridos das casas – para que as outras equipes também possam ter conhecimento da situação e ficar mais atentas. Em situações em que há automutilação e expressões de desejo de não viver, é acionado o CAPS para orientação e verifica-se também se há desejo de internação.

A administração diária das medicações é uma das formas de manejo em saúde mental. Foi relatado que a maioria dos adolescentes acolhidos usa medicação nessa área. As doses são administradas pelos educadores, sendo que os educadores do período noturno separam e organizam as quantidades, deixando-as prontas para a administração no dia seguinte.

“Mas a maioria deles já vem com com com a demanda de medicação, já vem, já chega aqui já tendo um atendimento especializado, então é assim né.” (E7)

A obtenção dos medicamentos ocorre nas Unidades de Saúde quando eles são disponibilizados pelo SUS. Quando o sistema não dispõe deles, é solicitado um recurso de pronto pagamento à FAS. Os medicamentos geralmente ficam em um cômodo específico, separado por adolescentes, e chaveado para que os acolhidos não tenham acesso.

Reiterou-se que, pelo fato de não serem profissionais da saúde, existe receio de administrar a medicação e porventura ocorrer alguma troca ou erro durante o processo, especialmente pela quantidade significativa de medicamentos em uso, o que aumenta a possibilidade de incidentes.

“A gente tem muito receio da da medicação que a gente ministra né. Simplesmente a gente separa, vai ministra. E se algum alguém fez alguma coisa errada né. se tivesse uma enfermeira...” (E4)

A recusa em tomar a medicação não é muito frequente. Em uma das Unidades, adotou-se a técnica de iniciar uma conversa com o adolescente como estratégia para que assim possa degluti-la. Em casos de recusa, os profissionais solicitam que o jovem assine um termo de responsabilidade sobre a decisão.

Em outra Unidade, foi mencionado o uso da abordagem do convencimento como estratégia para garantir a aceitação da medicação pelos adolescentes. Quanto aos efeitos colaterais, estes são relatados como esporádicos. Algumas vezes, os adolescentes relatam sentir sonolência ou uma sensação de lentidão. Quando isso ocorre, os profissionais se articulam com o Caps para realizar ajustes na medicação, buscando minimizar esses efeitos.

“Não não é frequente assim, mais esporádico que nem o... mesmo se queixou esses dias que tava se sentindo muito lento. Realmente ele tava um pouco diferente mesmo, daí quando acontece isso a gente marca uma consulta no caps pra rever né, pra rever dose, rever o tipo da medicação né.” (E13)

“Olha não tem muita reclamação não porque o efeito colateral geralmente... eh o benefício é maior né. Os que usam é porque realmente precisam e se beneficiam então daquela daquela medicação então pode ser que tenha sim mas não é uma queixa tão explícita assim neh.” (E02)

4.2.1 O PROCESSO DE TRABALHO E SUAS RELAÇÕES COM O MANEJO EM SAÚDE MENTAL

O processo de trabalho é descrito como dinâmico, os profissionais realizam uma variedade de atividades, incluindo acompanhamento em consultas em serviços de saúde, na escola e em atividades externas. Essas atividades são organizadas em eixos, que englobam educação, saúde, trabalho e cursos, além de esportes.

Os profissionais de saúde são responsáveis por cadastrar os adolescentes nas Unidades Básicas de Saúde, verificar suas necessidades médicas e odontológicas, e encaminhá-los para os serviços adequados, como o CAPS, se necessário. Geralmente, dois profissionais são designados para o eixo de saúde, sendo eles os mais envolvidos nas atividades relacionadas à saúde e à comunicação com os dispositivos.

Uma questão recorrente do processo de trabalho foi a escassez de recursos humanos nas Unidades, apontada como um dos principais motivos para os profissionais se sentirem cansados e emocionalmente desgastados. Uma das situações exemplificativas ocorre quando algum adolescente está internado e requer acompanhamento. Nessa circunstância, um dos trabalhadores sai para acompanhar o jovem na internação, e os outros colegas que permanecem na Unidade acabam sobrecarregados com as demais atividades.

“A gente como sai o tempo todo, como te falei, é a questão de encaminhamento, é acabou ficando um servidor apenas na unidade e teve uma situação de conflito, conflito grave né. E o servidor acabou se envolvendo ali e tal eh e pra você ter uma ideia ele depois disso né, desse conflito ele ficou extremamente agitado o servidor e acabou indo ao médico, e se afastando do do trabalho né. Então eh na verdade daí a gente teve três afastamentos de saúde semana passada por conta de todo, sim daí foi uma somatória de né de de fatos né “ (E5)

Outro ponto que surgiu foi a importância de a FAS fornecer suporte psicológico institucional às equipes, uma vez que enfrentam desafios significativos em suas atividades, lidando com histórias e vivências intensas e, muitas vezes, impactantes. A sobrecarga ocorre pois trata-se de um trabalho que demanda bastante da saúde mental dos servidores. Um relato ressalta que, se o profissional não possui recursos adequados de autocuidado e psicológicos, há uma propensão ao adoecimento, especialmente para a coordenação, que tende a enfrentar sobrecarga.

Alguns participantes trouxeram o exemplo de uma oficina que foi realizada pela FAS há alguns anos, chamada “Cuidando do Cuidador”, na qual os trabalhadores se reuniam e conversavam sobre o trabalho e os casos dos adolescentes. Esses participantes evidenciaram que seria importante o retorno de alguma atividade como essa para receberem suporte. A equipe também compartilhou que fica abalada em situações de crise em saúde mental, brigas e episódios de agressividade por parte dos adolescentes, o que deixa as pessoas fragilizadas diante dessas circunstâncias.

Os relatos enfatizaram que, ao iniciar o trabalho na Unidade e durante o período em que lá trabalham, não há nenhum suporte institucional, capacitação ou treinamento relacionado à saúde mental. Isso inclui a ausência de orientações para lidar com as situações de crises. Dessa forma, cada profissional desenvolve sua própria abordagem de manejo individual por meio do aprendizado e da prática adquiridos durante seu trabalho nas unidades.

“O que a gente meio que da nossa vivência o que a gente tenta né, é aquela coisa assim, a gente nunca foi, a gente não tem nenhuma capacitação pra trabalhar aqui né. Você chega você entra você vai trabalhar com várias questões né, psicológicas, psiquiátricas que a gente não tem preparo nenhum então acaba que cada um trabalha como acha que tem que trabalhar com o seu entendimento do que é manipulação, cada pessoa tem um entendimento isso é muito pessoal porque a gente não tem o menor assim o menor que seja uma palestra sobre saúde mental né” (E10)

4.3 RELAÇÃO DAS UNIDADES DE ACOLHIMENTO COM A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

Nessa primeira categoria, os relatos descrevem que a Rede de Atenção à Saúde dos adolescentes é composta pelos seguintes equipamentos: Unidade Básica de Saúde (UBS), Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi), Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e Programa Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente (DEDICA). Todos os adolescentes que chegam às UAIs são encaminhados para a UBS para atendimento de saúde geral, como, por exemplo, consulta médica, atendimento odontológico e encaminhamentos necessários.

“A gente leva no posto, consulta com o médico, pede um check-up e através dos resultados a gente já vai fazendo encaminhamentos” (E6)

Quanto ao plano privado de saúde, os relatos trouxeram que quase nenhum dos adolescentes utiliza serviços privados de saúde. Sendo a maior parte deles atendida dentro da Rede de Atenção à Saúde do SUS.

No que diz respeito à assistência à saúde mental, os relatos mencionam que o CAPS é utilizado para assistência no transtorno mental e no uso de substância. O programa DEDICA é destinado para os adolescentes com casos de transtornos mentais mais leves. No entanto, os atendimentos no Programa DEDICA acontecem em menor número, sendo a maioria realizada no CAPS. Em relação ao CAPS, foram relatadas duas formas de acesso ao equipamento. Algumas Unidades encaminham todos os adolescentes acolhidos para o CAPS, a fim de realizar uma avaliação inicial.

“Por busca espontânea. A gente recebe a menina e, assim, independente, a gente tem mandado todas elas pra acolhimento no CAPS. Porque, assim, eu prefiro ter uma alta do CAPS, ou CAPS me dizendo que a menina não precisa de atendimento psicológico, do que depois a Vara vir me pressionar do porquê que a menina não foi encaminhada.” (E3)

E que a maioria que chega aqui, a grande maioria, eles são... é... drogadito ne, eles usam drogas, é de saúde mental mesmo comprometida, então a gente acaba é pede pra eles avaliar porque eles conhecem mais essa questão de saúde mental, de menino que precisa ser acompanhado mesmo, eles fazem o primeiro acolhimento (E09)

A outra forma relatada por algumas Unidades de acolhimento é a do encaminhamento do novo adolescente para o CAPS se houver demanda ou citação de transtorno mental ou uso de substância. Foi colocado que alguns dos adolescentes já foram atendidos no CAPS antes de serem acolhidos e então, quando chegam à unidade, a equipe aciona o serviço para que ocorra a continuidade desse atendimento. Os trabalhadores relataram a demora do CAPS para conseguir leito de internação.

Alguns relatos expressaram discordância em relação aos procedimentos adotados pelo CAPS, observando que o serviço, com frequência, minimiza as questões levadas pelas unidades, uma vez que não estão dentro delas. A discordância ocorre em situações nas quais os trabalhadores consideram que seriam casos de internação e o CAPS, por sua vez, não encaminha o adolescente para tal serviço. Ocorre também quando o CAPS não considera que seja uma situação que necessite de seu acompanhamento e procede pela alta para o adolescente.

Também foi relatada a falta de atendimento individualizado no CAPS, com a ênfase de que a maioria dos atendimentos é realizada em grupos, e questionou-se sobre a eficiência dessa forma de abordagem. Além disso, os profissionais mencionaram a dificuldade em conseguir outra forma de psicoterapia individual, como, por exemplo, com psicólogos voluntários. Um trabalhador relata que, se houvesse mais atendimentos individualizados, seria possível diminuir os atendimentos nas crises. Eles destacaram a importância do estreitamento de diálogo com o equipamento para que possam entender melhor a dinâmica e a rotina dessas unidades.

Na questão de internamento em saúde mental, duas formas foram relatadas. A primeira é o encaminhamento do adolescente da Unidade de Pronto Atendimento para a Unidade de Estabilização Psiquiátrica (UEP) – um equipamento para atendimento de urgências e emergências psiquiátricas referenciadas, funciona como um pronto-socorro em saúde mental para os pacientes em crise. Na UEP, ele pode receber alta ou ser encaminhado para internação em saúde mental. Já a segunda forma de internação é direta, nela o adolescente será encaminhado do CAPS para o Hospital.

Em uma frequência menor há o uso dos leitos de internação do CAPS, porém, conforme os relatos, o maior número de internações é realizado em hospitais – especificamente UNIICA e San Julian – com o limite do período de internação estipulado em até 60 dias. Emergiram dois tipos de indicação de internação, uma por indicação do médico do CAPS e a outra por determinações judiciais.

Pontualmente são realizadas algumas reuniões com o CAPS para estudos de casos de alguns adolescentes, em que participam, geralmente, as coordenadoras e o apoio técnico. A comunicação das Unidades com o CAPS é feita diretamente com a Técnica de Referência responsável por acompanhar os adolescentes. Sobre o uso de medicações, foi relatado que a maioria dos adolescentes o faz, e, algumas vezes, são relatados efeitos colaterais como sonolência. Nesses casos, é solicitado o auxílio do CAPS para o ajuste da medicação.

Em casos de surtos ou crises menos acentuados, as unidades acionam o CAPS para verificar se há possibilidade de algum atendimento emergencial. Em casos de urgência e emergência de forma geral e de surtos ou crises em saúde mental mais acentuados, como, por exemplo, quando o adolescente está em risco pessoal ou representa risco para outros, o SAMU é acionado. O Samu também faz encaminhamento dos adolescentes para as internações involuntárias.

“É que tudo... se ele tiver um surto e acontecer de desmaiar, alguma coisa, tem que chamar o SAMU, que é uma coisa mais imediata assim.” (E7)

A UPA é utilizada para atendimento de emergência, como citado em uma situação de fratura, ou em caso de surto ou crise. A forma de acesso é por procura direta ou quando o SAMU encaminha. Vale enfatizar que, nos casos de surto, o encaminhamento para a UPA é feito pelo SAMU.

5 DISCUSSÃO

5.1 O LUGAR DO JOVEM EM SOFRIMENTO PSÍQUICO NO ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL

A análise das entrevistas mostra a necessidade apontada pelos trabalhadores de ser desenvolvido um novo equipamento especializado pertencente à Fundação de Ação Social. Esse equipamento seria destinado aos adolescentes que fazem uso de álcool ou substâncias e àqueles com transtornos mentais, pois as Unidades de Acolhimento não seriam adequadas para esses casos. A presença desses perfis distintos e a demanda por atenção especializada para esses jovens, além do impacto traumático do acolhimento, exigem acompanhamento especializado por uma equipe de profissionais de saúde para fazer o manejo desses problemas de saúde mental.

O cuidado de adolescentes que perderam seus vínculos ao serem encaminhados para o acolhimento institucional traz os mesmos desafios do cuidado de outros grupos vulneráveis, como o caso dos adolescentes em sofrimento mental. Dialogar sobre essas diversas realidades possibilita um aprendizado para os sujeitos desta pesquisa. Pontos de intersecção ocorrem nas Políticas do Acolhimento Institucional e da Saúde mental quando se considera o cuidado em saúde mental dos jovens acolhidos (Nunes; Conceição, 2020), ambas tentando superar o modelo institucionalizante, buscando trabalhar de forma articulada com o território e suas potencialidades, primando pela autonomia e cidadania dos sujeitos, e pela proteção integral (Amarante, 2007; Assis; Farias, 2013). Assim, esta pesquisa tenta encontrar os pontos de convergência e divergência entre a Assistência Social e a Atenção Psicossocial.

Revisitando a evolução dos direitos das crianças e dos adolescentes, foi necessário mudar a configuração dos abrigos visando novas conformações que fossem articulados aos direitos e à proteção integral. Dessa forma, as Unidades de Acolhimento devem atender um número pequeno de adolescentes para, assim, conseguir contemplar melhor as singularidades de cada jovem, promover as relações afetivas e de acolhimento, de modo a tornar o ambiente menos penoso e minimizar os impactos negativos para os sujeitos acolhidos. As unidades devem se parecer com uma residência comum, tanto em termos de estrutura quanto de funcionamento, mantendo vínculos com a comunidade e promovendo uma atmosfera acolhedora.

Ressalte-se que esse deve ser o último recurso a ser usado, pois o ideal é que o jovem fique nas suas famílias e comunidades de origem. Além disso, o retorno do jovem para a sua família deve ser sempre preparado pela equipe no menor tempo possível (Brasil, 1990; Siqueira; Delaglio, 2006; CONANDA, 2009). Relacionando a normativa com as unidades visitadas na pesquisa, constatou-se que elas funcionavam como residências comuns do território em que se encontravam, com uma boa estrutura física e contavam com o número estabelecido de jovens.

A análise da pesquisa mostra que a intenção, expressada nas narrativas dos participantes, de criar um novo dispositivo que separasse os adolescentes pela perspectiva de diagnóstico e transtorno mental remete a uma lógica próxima da manicomial, por segregar os adolescentes com base na psicopatologia e sintomatologia. Com a Reforma Psiquiátrica Brasileira foi iniciada a proposta de mudança no modelo de atenção à saúde mental no Brasil. Ela buscou deslocar o foco das instituições hospitalares e asilares para um modelo de atenção psicossocial, visando, assim, a construção de um novo lugar social para pessoas em sofrimento mental que não fossem excluídas em instituições fechadas, marcadas por regras e atenção em hospitais psiquiátricos em detrimento de serviços de base territorial. Antes do movimento da Reforma, a internação em serviços asilares que estavam alinhados com o modelo biomédico era a principal forma de atenção dedicada às pessoas com problemas de saúde mental. Esses serviços adotavam um sistema de tratamento baseado na segregação, o que resultava na estigmatização dos sujeitos (Amarante, 2007). O modelo manicomial prima pela separação dos indivíduos do ambiente que contribui com o agravamento de sua condição mental para encaminhá-lo a “um lugar” onde supostamente deve receber o melhor tratamento especializado possível. Um desdobramento desse modelo é a concepção de que segregar a pessoa dentro do hospício serviria para, assim, proteger a ele mesmo e a sociedade. Assim, os hospícios são percebidos como locais ideais onde ocorreria a cura (Amarante; Torre, 2018). Quando os discursos ressaltam que os adolescentes deveriam estar em um outro serviço especializado para serem tratados, eles refletem de alguma forma esse modelo anterior.

Na perspectiva de mudar esse modelo manicomial, o modelo de atenção psicossocial cuida dos sujeitos de uma forma distinta. Ele se pauta no território e parte de uma visão ampliada da saúde, buscando ultrapassar a perspectiva focada na doença e no individualismo, que associa saúde à ausência de doença ou à visão

idealizada de saúde como um estado de completo bem-estar biopsicossocial. O foco já não é mais a doença, mas sim o sujeito em sofrimento psíquico, considerando todas as conjunturas de sua existência. Esse modelo enfatiza o território como um local que promove o cuidado por meio de ações intersetoriais (Nunes; Guimaraes; Sampaio, 2016). Nessa perspectiva, o cuidado vislumbra os indivíduos em suas particularidades e em seu contexto, e não simplesmente considerando apenas o diagnóstico e sintomatologia (Yasui; Luzio; Amarante, 2018).

Muda-se o objeto que deixa de ser a doença e passa a ser a complexidade da vida. Vida em suas infinitas manifestações: dor, sofrimento, medo, desamparo, desigualdades, iniquidades, nascimento, morte. (Yasui, Luzio, Amarante, 2018, p.175).

Corroborando a expectativa de criar um novo dispositivo para adolescentes com transtorno mental, os trabalhadores relataram que a saúde mental não seria responsabilidade da assistência social, não fazendo parte do escopo das atividades das Unidades. Esse entendimento foi reiterado frequentemente durante as entrevistas. Entretanto, dialogando com as perspectivas da RP, da Atenção Psicossocial e do Acolhimento Institucional, é possível argumentar que não existe um espaço exclusivamente definido para o cuidado em saúde mental. O cuidado em saúde mental não está restrito a algum muro ou a um dispositivo de saúde específico, mas está capilarizado ao longo dos territórios, manifestando-se em vários lugares, equipamentos e relações (Yasui; Costa-Rosa, 2008). O entendimento de cuidado integral e articulado ao território também é consonante com as políticas da Assistência Social e do acolhimento, que preconizam a atenção integral aos adolescentes acolhidos. Por conseguinte, em casos de problema em saúde mental e uso de substâncias eles serão cuidados dentro das próprias Unidades de Acolhimento, que devem se articular com a rede de saúde mental, além de promover capacitação e acompanhamento dos trabalhadores (Brasil, 2009a).

O SUAS e o ECA tentam imprimir na política pública preceitos também constantes na RPB ao buscar um novo lugar para esses adolescentes em acolhimento com a ruptura da cultura da institucionalização – a qual, por muitas décadas, teve orfanatos e abrigos como a principal forma de assistência a esses jovens pobres e desamparados ditos em “situação irregular”. Além disso, essas instituições foram marcadas por controle e regras, redução de contato com o mundo externo, dos

vínculos com a comunidade e se assemelhavam com as Instituições Totais de Goffman (Assis; Farias, 2013). O cuidado desses adolescentes deve ser feito em liberdade e não mais em instituições e hospitais, através da construção de novos conceitos e espaços de cuidado que não tenham mais o foco na cura e na supressão de sintomas. Este cuidado também ocorre através do controle social, o acesso a direitos e políticas públicas, e a promoção da autonomia dos jovens. Isso é realizado através da construção de oportunidades dentro do território, através da intersetorialidade que envolve diversos pontos e lugares no território, como espaços de cultura, lazer, convivência e acesso a direitos e oportunidades. Assim, esse cuidado visa romper com cuidados excludentes em instituições (Amarante; Torre, 2018). Dessa forma, são perceptíveis as diversas intersecções das Políticas para o acolhimento e da Atenção psicossocial que, diversas vezes, se valem das mesmas estratégias e potencialidades do território para cuidar e acolher os sujeitos, desenvolvendo seu trabalho a partir de uma rede integrada e articulada e um cuidado em liberdade no território (Nunes; Conceição, 2020).

Os trabalhadores trouxeram como um problema importante a falta de um diagnóstico bem estabelecido e apresentam a expectativa de que esses adolescentes sejam "encaixados" em um. De acordo com Amarante e Torres (2018), a busca por uma classificação em um diagnóstico pré-estabelecido é uma tentativa de explicar os fenômenos. No entanto, como Amarante (2007) aponta, a saúde mental é caracterizada por uma diversidade de significados e pluralidades, tornando-se um campo de grande complexidade que extrapola o enquadramento dos indivíduos em categorias diagnósticas. Logo, quando os trabalhadores têm como expectativa em uma categorização e um encaixe em diagnósticos já estabelecidos, eles dão margem para o reducionismo das várias possibilidades de existência e subjetividade que esses jovens podem apresentar.

O olhar para os adolescentes nas Unidades de Acolhimento deve considerar outras perspectivas além do diagnóstico ao contemplar as condições de vida e as possíveis privações de direitos que ocorreram, bem como os processos que levaram ao acolhimento. Também é importante examinar de que forma a entrada em uma instituição está afetando esse jovem e as possíveis causas de sofrimento psíquico associadas a essa transição (Nunes; Guimarães; Sampaio, 2016; Yasui; Luzio; Amarante, 2018).

Por outro lado, a centralidade no diagnóstico corrobora a realidade vigente em que há um aumento exponencial de diagnósticos psiquiátricos para o público infantojuvenil. Questões como os problemas de aprendizagem, as experiências escolares diferentes e os comportamentos considerados indesejáveis se tornaram demandas da saúde mental e são categorizadas em um diagnóstico (Chaves; Caliman, 2017). Pavani, Wetzel e Olschowsky (2021) levantam questionamentos sobre as práticas clínicas normativas da psiquiatria, ressaltando a atribuição de rótulos que não consideram as outras explicações para o sofrimento dos adolescentes. Diagnosticar transtornos mentais de forma tão rápida e numerosa pode retroceder os avanços da desinstitucionalização e da reforma psiquiátrica na infância e adolescência, especialmente quando manifestações normais da adolescência são rotuladas como problemas de saúde mental (Pavani; Wetzel; Olschowsky, 2021). Além disso, o viés tendencioso da patologização dos adolescentes tende a culpabilizar as pessoas pelos problemas estruturais associados às condições precárias e às privações em que estão inseridas. Vale ainda ponderar que, como desdobramento dessa prática, também há o aumento das internações psiquiátricas que, com frequência, são consideradas a principal forma de cuidado em saúde mental para a população infantojuvenil (Martins; Silveira, 2019).

5.2 O LUGAR DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE PARA O ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL

As Unidades de Acolhimento descreveram como componentes da Rede de Atenção à Saúde dos adolescentes: a Unidade Básica de Saúde; o Centro de Atenção Psicossocial Infantil; o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência; a Unidade de Pronto Atendimento e o Programa Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente. Nas Unidades de Acolhimento, todos os adolescentes inicialmente acolhidos são encaminhados para as Unidades Básicas de Saúde. No entanto, existe o entendimento de que nesses dispositivos só são realizados atendimento de saúde física, como atendimento odontológico, consultas de rotina e requisição de exames. Quanto à assistência à saúde mental, o CAPS é utilizado para casos de transtornos mentais e uso de substâncias. Existem expectativas dos trabalhadores quanto aos procedimentos do CAPS, como um maior número de atendimento individualizado e maior número de leitos de internação. A comunicação entre as unidades e o CAPS foi

colocada como um desafio, e as intervenções em saúde mental realizadas no dispositivo são questionadas pelos trabalhadores.

É necessário revisitar as noções da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e suas articulações para o cuidado em saúde a fim de entender como as Unidades de Acolhimento deveriam estar integradas a ela e quais dinâmicas estão sendo desenvolvidas nesse contexto.

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) é destinada para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 2011).

O objetivo da Rede de Atenção foi promover a integração do cuidado por meio de uma rede de serviços com base territorial, abrangendo os diversos níveis e pontos de atenção do SUS com o intuito de superar o modelo de atenção excludente e os serviços asilares (Brasil, 2011). A implementação da RAPS preconiza o papel central atribuído à Atenção Básica à Saúde e sua operação em rede, focando mais na desinstitucionalização e menos em serviços especializados (Fernandes *et al.*, 2022). Considerando a multidimensionalidade do cuidado em saúde mental e a lógica da atenção Psicossocial, a Rede e o território são os constituintes essenciais para esse cuidado. Através da Rede, organiza-se o cuidado singular e coletivo, articulando os diversos saberes dos dispositivos e, sobretudo, das relações, trocas e vivências que ocorrem no território. É nos territórios que ocorrem as produções de vida, as formas de criar sentido, as múltiplas formas de existência, as trocas e a produção de outras redes que fazem sentido para os sujeitos. Portanto, não é possível pensar em um cuidado em saúde mental que seja restrito a dispositivos de saúde ou a serviços especializados. O cuidado e a produção de vida, dentro dessa concepção, emergem de um processo vivo e dinâmico, alimentado pelas trocas e vivências que ocorrem além das redes formais de serviços de saúde, advindo das diversas possibilidades de vida que os sujeitos e suas diversas realidades oferecem (Merhy *et al.*, 2014; 2019).

Os resultados da pesquisa mostraram uma concepção dos trabalhadores de que a Atenção Primária em Saúde não faria parte da Rede de cuidados de saúde mental, uma vez que, durante as entrevistas, a APS foi mencionada apenas para atendimentos de saúde física. Outros estudos também destacam o distanciamento da Atenção Básica em questões relacionadas à saúde mental de adolescentes, sendo o

CAPS infantojuvenil a principal porta de entrada, ao invés da Atenção Básica. Esse distanciamento acaba por refletir uma relação fragilizada entre os dispositivos da RAPS, caracterizada por poucas ações integradas e intersetoriais e um elevado número de encaminhamentos entre os diferentes níveis de atenção (Silva *et al.*, 2018; Silva, 2019). Uma pesquisa desenvolvida em um Serviço Regionalizado de Saúde Mental no Estado do Paraná também demonstra a fragilidade no compartilhamento de responsabilidade na rede, principalmente com a atenção primária (Santos, 2023). Em decorrência disso, o cuidado acaba não seguindo a lógica da atenção psicossocial e da territorialização ao focar-se nos serviços especializados.

O que ocorre é que a maioria dos dispositivos ainda desenvolve seus trabalhos de forma isolada, sem primarem pelo princípio da integralidade e intersetorialidade (Machado; Ricci, 2020). Amarante e Torre (2018) também destacam como uma das dificuldades no funcionamento da RAPS é a desarticulação da Atenção Básica dentro da rede que, com frequência, não acolhe e não cuida das demandas em saúde mental. Ainda existe a lacuna por mais estudos que englobem os diferentes pontos da RAPS, em especial a Atenção Básica à Saúde, como ordenadora do cuidado e ponto estratégico na rede de cuidado em saúde mental (Silva *et al.*, 2018; Fernandes; Taño; Matsukura, 2021; 2022).

A pesquisa mostrou uma conformação da Rede em que o cuidado nas Unidades de Acolhimento está mais centralizado na atenção especializada, sobretudo nos CAPS e na atenção hospitalar especializada, com pouca articulação entre serviços descentralizados e territoriais. No entanto, vale ressaltar que a Atenção Primária à Saúde é essencial no cuidado em saúde mental e desempenha um papel crucial na RAPS, além de ter a corresponsabilidade de realizar ações voltadas para a promoção da saúde mental, prevenção e cuidado nas situações de sofrimento psíquico. Adicionalmente, a APS oferece suporte e acolhimento para pessoas que enfrentam problemas decorrentes do uso de álcool e substâncias psicoativas, dentro da perspectiva da Redução de Danos. Também é preciso pontuar que os transtornos mentais menores podem ser cuidados dentro da APS, sem a necessidade de encaminhar para outro nível de atenção (Brasil, 2011).

Outra questão que emergiu nas narrativas foram as expectativas das Unidades em relação ao CAPSi. Há um entendimento dos trabalhadores de que estes seriam o dispositivo central na atenção em saúde mental, responsáveis por toda a atenção em saúde nessa área. Também surgiram questionamentos sobre a forma de cuidado

realizada pelo CAPS, como na questão de que deveria haver mais atendimentos individuais e mais indicações de internações em saúde mental. Essas expectativas demandavam condutas mais institucionais e hospitalocêntricas.

Sobre a questão da centralidade da atenção em saúde mental nos serviços do CAPS, ela também é evidenciada em outros estudos que demonstram a primazia do dispositivo como o único responsável por todas as demandas de saúde mental (Hoffman; Santos; Mota, 2008; Fernandes; Matsukura, 2016; Fernandes *et al.*, 2020). Essa centralização pode sugerir uma desarticulação das ações na RAPS, com os CAPSi atuando como porta de entrada, concentrando a responsabilidade da saúde mental, mantendo, nesse sentido, uma lógica de atuação mais parecida com a ambulatorial, como já preconizado no modelo de atenção anterior. Os serviços podem estar atuando de forma muito individualizada e, dessa forma, centralizando as ações em saúde mental (Fernandes *et al.*, 2020). No entanto, essa centralização não dialoga com a integralidade e intersetorialidade necessárias para o Sistema Único de Assistência Social desenvolver suas ações e proteger esses jovens, os quais precisam da colaboração entre diferentes setores para terem seus cuidados e direitos garantidos (Brasil, 2011).

A outra expectativa que se manifestou foi relacionada à internação, especialmente em casos de abuso de substâncias, nas quais se espera que o CAPS faça mais indicações para internação. A internação foi colocada pelos trabalhadores como a principal forma de tratamento nesses casos. Esse entendimento de que existem poucas internações por parte do CAPS poderia refletir no fato de que o dispositivo está se valendo dos pressupostos da Atenção Psicossocial, segundo os quais o foco do cuidado deve ser retirado da patologia e institucionalização das pessoas em hospitais psiquiátricos (Amarante; Torre, 2018).

Porém, existem algumas contradições nos achados da pesquisa. Apesar de destacado pelos trabalhadores que existe pouca indicação de internação por parte do CAPS – pois, de acordo com eles, o dispositivo se vale de princípios da Reforma Psiquiátrica, como a compreensão do cuidado pautado em liberdade e um número de internações, princípios esses que são colocados como pontos ideológicos dos serviços e dos trabalhadores de saúde – ainda houve relatos frequentes de internações em hospitais psiquiátricos. Isso sugere que, apesar da afirmação de que há poucas recomendações para internações, a realidade parece ser diferente, com os CAPSi contribuindo para essas expectativas dos serviços de acolhimento.

Em menor quantidade, foi relatado o uso dos leitos do CAPS. Isso sugere uma incongruência: por um lado, durante momentos de crise, os leitos do CAPS são pouco utilizados, por outro, há uso de leitos em serviços especializados por um período prolongado. Uma outra questão é a Unidade de Estabilização Psiquiátrica (UEP), a UEP é um serviço específico para urgência e emergência psiquiátrica em crises, localizado em Curitiba. O serviço é utilizado para os momentos de crise dos usuários. Ficam perceptíveis os desafios para assegurar o desenvolvimento do modelo de atenção psicossocial, com a criação de um serviço especializado similar a um pronto socorro psiquiátrico e o uso de leitos em hospitais psiquiátricos, pois, nesse caso, acabam sendo preconizados os serviços especializados que se afastam do modelo de cuidado psicossocial, em detrimento de serviços territoriais em Rede (Nunes; Guimarães; Sampaio, 2016).

Os trabalhadores também pontuaram outra questão com o CAPSi, segundo a qual ocorre pouco diálogo e encontro entre os serviços para discutir sobre o cuidado desses jovens. Apenas uma Unidade relatou uma ocasião em que a equipe do dispositivo foi até o local. A intersetorialidade entre esses dispositivos é essencial para o cuidado desses jovens, principalmente ao pensar em questões relacionadas ao sofrimento psíquico e à violação de direitos. Dessa forma, a articulação entre os serviços é primordial para melhor corresponsabilidade e construção de saberes e recursos que visem acolher de forma efetiva esse adolescente nas demandas ocasionadas pelo acolhimento (Machado; Ricci, 2020).

Para oferecer cuidado e proteção integral aos jovens, é essencial que os serviços de assistência social dialoguem mais e construam suas estratégias de forma articulada, tanto entre si quanto com outros setores e arranjos do território. Visando garantir direitos às crianças e aos adolescentes, a construção de redes e a intersetorialidade são metodologias e posturas éticas cruciais para a atenção psicossocial. A prática da intersetorialidade é fundamental para os serviços de saúde mental e um método eficaz para a gestão e o planejamento do cuidado. Além disso, seria importante que o CAPSi se envolvesse mais com o território, conhecendo as Unidades de Acolhimento para entender melhor as conjunturas e particularidades que permeiam a vida desses adolescentes (Brasil, 2014a).

Os discursos também mencionaram outros dispositivos como parte da Rede, como o SAMU e a UPA, utilizados em situações de emergência e em crises de saúde mental, além da Guarda Municipal (GM), que presta auxílio em algumas situações de

crise e agressividade. A Portaria da RAPS descreve, de fato, o SAMU e a UPA como dispositivos constituintes da mesma na Atenção de Urgência e Emergência (Brasil, 2011; 2017). Porém, a GM ser utilizada durante momentos de crise pode ser uma prática a ser repensada pelo fato de seus agentes não possuírem formação específica para lidar com essas questões. Sabe-se que existem serviços mais apropriados para responder a crises de saúde mental como o SAMU, as UPAS e próprio CAPSi, além de essa prática poder reforçar o estigma de que esses jovens seriam perigosos e necessitariam da segurança para serem contidos.

Ao pensar em Rede na Atenção à saúde mental infantojuvenil, é preciso abordar as particularidades da mesma e, assim, contextualizar como elas refletem no cuidado do público infantojuvenil. A lacuna histórica de atenção pública para as crianças e adolescentes com sofrimento psíquico, como também a ausência de diretrizes políticas para instituir o cuidado nessa área foram supridas por muitos anos por instituições de caráter asilar, em sua maioria privada ou filantrópica, com intuito de manter a ordem social (Brasil, 2005). O desenvolvimento de uma rede e de um arcabouço teórico para o cuidado do público infantojuvenil ocorreu em um momento de mudanças paradigmáticas na população adulta. Dessa forma, as experiências e o conhecimento adquiridos pela Reforma Psiquiátrica passaram a ser a base para a construção do campo de assistência em saúde mental infantojuvenil. A defasagem ainda persiste, com um número significativamente menor de estudos e documentos do Ministério da Saúde sobre saúde mental infantojuvenil, o que cria um grande hiato nessa consolidação em comparação à atenção voltada para a população adulta (Taño; Matsukura, 2015; Fernandes *et al.*, 2020). Um fato importante é a ausência de uma política específica para a saúde mental infantojuvenil, sendo que os documentos "Caminhos para uma política de saúde mental infantojuvenil", de 2005, e "Atenção Psicossocial a Crianças e Adolescentes no SUS: Tecendo Redes para Garantir Direitos", de 2014, são os principais a tratarem da temática (Brasil 2005; 2014a).

A intersectorialidade é de suma importância no cuidado em saúde para o público infantojuvenil. Dessa forma, o trabalho em conjunto da Rede de Atenção à Saúde e das Unidades de Acolhimento deve existir para cuidar desses jovens em acolhimento. Porém, o que se verifica é que não há, do ponto de vista institucional, tal movimento e nem uma política pública para que se integre esses setores, o que torna perceptível a desestruturação de trabalho da Rede em Curitiba. Diferente, por exemplo, dos adolescentes privados de liberdade que contam com uma política e com ferramentas

específicas para eles, como é o caso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei (PNAISARI), a qual busca construir as diretrizes para operacionalizar e cuidar desses adolescentes também em situação de vulnerabilidade (Brasil, 2014b).

Pensando no cuidado e no acesso universal à saúde desses adolescentes em situação de vulnerabilidade e com direitos violados, o SUS deve implementar políticas específicas para esses indivíduos e organizar as redes de atenção à saúde que atendam às suas necessidades. As políticas precisam ser desenvolvidas levando em conta as diferenças e vulnerabilidades nos contextos sociais, com o objetivo de reduzir as desigualdades e garantir oportunidades de vida mais equânimes (Brasil, 2017). Há, portanto, a necessidade de desenvolvimento de políticas que instrumentalizem a Assistência Social, com a premência de uma política que contemple as crianças e os jovens em situação de acolhimento e que ofereça suporte e recursos para que as Unidades de Acolhimento possam estar mais bem integradas à Rede e caminhem no intuito de oferecer mais integralidade a esses jovens (Aith; Scalco, 2015).

Consolidando os achados da pesquisa, existem algumas fragilidades e pontos de ruptura na Rede. Primeiramente, pensando em uma perspectiva de território e cuidado integral, as Unidades de Acolhimento são dispositivos fundamentais para a RAPS, ao passo que estas são dispositivos de cuidado e garantia de direitos em contextos de vulnerabilidade. As Unidades de Acolhimento, assim como os dispositivos de saúde, se valem das mesmas ferramentas como a integralidade e o acolhimento. No entanto, os achados da pesquisa demonstraram que os dispositivos ainda estão pouco integrados entre si, com a APS muito focada em uma perspectiva biológica, falhas na comunicação entre os elos, centralidade em serviços especializados e expectativas ainda por internação, além de um maior enfoque em diagnóstico. Apesar dos avanços alcançados na saúde mental infantojuvenil, persistem muitos desafios a serem superados para impulsionar o cuidado a esses sujeitos, ainda existindo como obstáculo a persistência do modelo biomédico e hospitalocêntrico no campo da saúde mental. A expectativa por internação é reflexo dessas formas de cuidado que ainda estão presentes (Fernandes; Taño; Matsukura, 2021). A prática de internação e segregação das pessoas com transtorno mental e uso abusivo de substâncias psicoativas ainda está presente nos diversos setores da sociedade, como na política, na gestão dos serviços, nas instituições pertencentes à saúde e à assistência social. Os discursos que demandam segregação para, assim,

tratar o indivíduo ainda estão capilarizados na sociedade e refletem em práticas de exclusão (Pitta, 2011).

5.3 E O SOFRIMENTO, O QUE FAZEMOS COM ELE NO ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL?

Os adolescentes nas Unidades de Acolhimento frequentemente chegam com diagnósticos psiquiátricos e fazem uso de medicação. A identificação de problemas de saúde mental ocorre tanto pelo histórico prévio quanto pelo comportamento observado, como automutilação, uso abusivo de substâncias, agressividade e ideação suicida. O uso severo de substâncias é comum e apresenta desafios significativos, dificultando o estabelecimento de vínculo, a adesão ao tratamento e aumentando a evasão. As equipes encaminham esses adolescentes ao CAPS, mas muitos deles se afastam do serviço nessa situação. O manejo em saúde mental inclui encaminhamento para o CAPSi, a administração de medicação prescrita e o estabelecimento de vínculo e diálogo. Em situações de crise, os profissionais buscam conversar e acalmar os adolescentes e, se necessário, acionam serviços como o CAPS, o SAMU ou a Guarda Municipal.

Após as considerações realizadas ao longo da discussão e considerando a importância de se pensar formas de promover saúde e cuidado para os jovens em acolhimento, é fundamental retomar a pergunta de pesquisa – que busca compreender como os profissionais lidam com as crises e o sofrimento psíquico dos adolescentes em Unidades de Acolhimento Institucional – além de iniciar a discussão sobre as formas de manejo levantadas e realizadas por esses profissionais.

Durante os discursos, alguns trabalhadores enfatizaram o vínculo como uma das formas de manejo em saúde mental. Segundo eles, seria possível estabelecer contato e proximidade através do estabelecimento de uma relação de vínculo e diálogo com os jovens. Inclusive, foi destacada a importância do vínculo durante as crises em saúde mental ao ser enfatizado que o diálogo ajudava o jovem nesses momentos. Contudo, há dificuldades na construção do manejo e do vínculo, pois os profissionais relatam a falta de preparo e capacitação, além da ausência de políticas públicas que os instrumentalizem. Também verificou-se um hiato entre as Unidades e a RAPS, e entre as Unidades e a própria FAS. Apesar de iniciativas para estabelecer

esse diálogo e vínculo existirem, sua efetivação é dificultada pela inércia institucional e pela escassez de recursos disponíveis para esse manejo.

Em uma revisão sistemática sobre educadores sociais em abrigos destinados a crianças e adolescentes, os profissionais também frisaram a importância do vínculo no trabalho, citando que, muitas vezes, os vínculos afetivos eram construídos, mas com a ressalva de que existia dificuldade quando esses eram rompidos devido à adoção ou ao retorno da criança à família de origem, o que gerava sentimentos de sofrimento, ansiedade e tristeza nos cuidadores. Apesar disso, os profissionais reconheciam a importância dos vínculos para o desenvolvimento das crianças e a necessidade de estratégias para ajudar tanto cuidadores quanto crianças a lidarem com os efeitos negativos do rompimento (Ito; Azevedo, 2021). A literatura também enfatiza a figura do educador social como, em geral, a figura que mais constrói vínculos e aquele que é mais procurado pelos jovens, sobretudo para diálogo, momentos de conflito e crises (Elage *et al.*, 2011; Penna *et al.*, 2021). Da mesma forma, nesta pesquisa foi relatado o maior contato dos adolescentes com os educadores sociais e, por isso, a maior propensão da construção de vínculo com esses trabalhadores, além de estarem mais presentes no momento de crise desses jovens.

Embora seja preciso frisar que haja muitas evidências de mudanças e melhorias nas condições de acolhimento – como a busca pelo atendimento integral e mais individualizada, prezando por um menor número de jovens, buscando construção de vínculos significativos e a garantia de direitos (Siqueira; Delaglio, 2006) –, ainda existem algumas questões sobre o manejo em saúde mental que precisam ser pontuadas. A pesquisa demonstrou que o manejo ainda é baseado no encaminhamento para o CAPSi, na administração de medicações e, frequentemente, realizado a partir de regras institucionais. O uso de medicamentos será abordado posteriormente para que, a partir de agora, seja pontuada a utilização de regras institucionais no acolhimento. Em relação às regras institucionais, vale resgatar alguns conceitos, como o de Instituições Totais e de institucionalização. Goffman, em seu livro "Manicômios, prisões e conventos" (1987), apresenta o conceito de Instituição Total descrevendo-a como um local de residência ou trabalho que abriga um grande número de pessoas em situações análogas, temporariamente à margem da sociedade, em um regime de internação. Os indivíduos nessas instituições apresentam características similares, como o fato de terem uma vida formalmente administrada pelos dirigentes

do local. O caráter total da instituição se revela por meio de barreiras restritivas às relações sociais externas e pelas restrições à saída, seja por obstáculos físicos ou por meio de ordens e regras estabelecidas. (Goffman, 1987).

As Unidades de Acolhimento desempenham um papel multifacetado para os adolescentes ao servirem como local de moradia, abrangerem também aspectos correccionais, educativos e exercerem alguma forma de controle sobre os adolescentes. No acolhimento estão vários adolescentes em situações semelhantes, visto que são tutelados pelo Estado, estão fora do âmbito familiar e, na maioria das vezes, da sua comunidade e do seu território.

Os relatos demonstraram que os jovens têm dificuldade em seguir as orientações, o que resulta em diversas situações de confronto. Apesar de os trabalhadores afirmarem que há bastante diálogo nas Unidades, as regras são estabelecidas de forma padronizada e inflexível, o que dificulta a adaptação às necessidades individuais dos jovens e às particularidades de cada caso. Goffman aborda ainda que, quando os indivíduos entram nessas instituições, ocorre um processo que resulta na perda da individualidade devido às características e às formas de controle e de funcionamento existentes. Isso seria uma forma de "mortificação" do sujeito: em primeiro lugar, pela restrição do contato com o mundo externo, o que pode acarretar uma ruptura com os papéis anteriores desempenhados, e também pela padronização dos internos (Goffman, 1987). Fazendo um paralelo com Goffman nas Unidades de Acolhimento, o jovem se afasta da sua residência e do seu território habitual, rompendo com a rotina preestabelecida, assim como com os laços e conexões prévios. A padronização nas instituições é principalmente realizada através das regras e da disciplina, que são essenciais para manter o controle e o funcionamento adequado. Nesta pesquisa, verificou-se que os trabalhadores formulam as regras sem a participação dos adolescentes e sua aplicação é geral, sem considerar critérios de individualidade. Goffman mostra que, quando o sujeito ingressa em uma Instituição, o início do processo é marcado por questionamentos em relação às regras estabelecidas, o que parece ocorrer nas UAI pesquisadas, pois os adolescentes buscam contemplar sua individualidade através do questionamento a essas regras e também pelo fato de não segui-las em diversas situações (Goffman, 1987).

Epifanio e Gonçalves (2017), em uma revisão sobre artigos de crianças em acolhimento e as orientações do ECA, destacam que as Unidades ainda apresentam

algumas características de Instituições Totais, como a padronização das regras que, muitas vezes, são utilizadas para exercer controle e atender aos objetivos oficiais da instituição, o baixo poder de decisão das crianças e o isolamento das Unidades em relação ao mundo externo. Porém, as autoras também ressaltam a potencialidade das Unidades em se configurarem como uma rede de suporte para essas crianças, destacando a importância da capacitação dos profissionais para esse fim e da conscientização das crianças sobre seus direitos e sua autonomia (Epifanio e Gonçalves, 2017).

Ao relacionar os achados da presente pesquisa com um estudo realizado em UAI's na cidade do Rio de Janeiro algumas semelhanças foram observadas. Nesse estudo, assim como nos achados da pesquisa atual, as regras estabelecidas também foram fonte de conflitos frequentes entre os acolhidos e os trabalhadores, visto que eram estabelecidas pelas equipes de trabalhadores, sem haver pactuação com os adolescentes. Assim, os adolescentes relataram encontrar dificuldades em seguir as regras, pois não participaram da sua construção, e em permanecer dentro nas Unidades pois, fora delas, desfrutavam de mais liberdade (Lemos *et al.*, 2014). A Normativa Técnica para Acolhimento preconiza a necessidade de elaboração conjunta das regras entre os profissionais responsáveis e os acolhidos a fim de promover a adaptação e acolhimento para os jovens (CONANDA, 2009).

Outro elemento presente nas narrativas da pesquisa mencionada são as restrições nas saídas dos adolescentes devido às regras estabelecidas. A temática de fugas e evasões foi muito reiterada, o que pode indicar a redução do contato com o meio externo. Essa limitação foi justificada pela necessidade de evitar que os adolescentes saiam para consumir substâncias ou para garantir que os profissionais saibam onde os adolescentes se encontram.

Sobre a temática da evasão, Lemos *et al.* (2014) buscaram analisar os significados desse fenômeno, que é colocado pelas pesquisadoras como uma experiência individual, logo, suas causas e significados não podem ser generalizadas. Na pesquisa, a evasão foi frequentemente colocada pelos profissionais como um dos maiores desafios no acolhimento. A evasão foi considerada pelos trabalhadores como algo ruim e nocivo, enquanto que, para os adolescentes, ela representava liberdade e uma forma de escapar das muitas regras impostas (Lemos *et al.*, 2014).

Relacionando esse estudo com o atual, verifica-se que, em ambos, a evasão foi considerada um fator impeditivo para o acolhimento, implicado ao acesso às ruas

e ao uso de substâncias. Além disso, em ambas as pesquisas, as regras foram estabelecidas sem diálogo com os adolescentes. No entanto, na presente pesquisa, não foram ouvidas as opiniões dos adolescentes para saber, efetivamente, a sua perspectiva, o que seria muito importante para entender melhor o fenômeno. A falta de diálogo e a construção conjunta das regras sobre as saídas das Unidades podem ser alguns dos fatores que não propiciam que o adolescente se sinta acolhido, resultando em evasão.

O manejo está articulado com a institucionalização, marcada por regras padronizadas e dificuldades em promover diálogo e participação dos jovens nas decisões que os afetam. Sobre o manejo em saúde mental, ficou perceptível que ele ainda é centrado nos encaminhamentos, geralmente para CAPS, e com ênfase na medicalização. Inclusive, o encaminhamento para o CAPS e a administração de medicamentos prescritos foram citados de forma explícita como forma de manejo.

Conforme abordado na categoria da Rede de Atenção à Saúde, sobre a centralidade do CAPS, é preciso retomar que a RAPS se propõe a novas formas de atenção às crianças e aos adolescentes em sofrimento psíquico, com a construção de novos pontos de atenção que esteja além dos CAPSij, enfatizando a importância da Atenção Básica na gestão do cuidado. Além disso, cabe enfatizar que o cuidado transcende os dispositivos de saúde e os serviços especializados em saúde mental, estando presente nas ações nos territórios e comunidades, bem como na construção de redes e na mobilização intersetorial (Brasil 2011; 2014a; Taño; Matsukura, 2019).

Taño e Matsukura (2019) destacam a importância de adotar práticas e abordagens de cuidado que não sejam centralizadas no modelo psiquiátrico e patologizante, evitando, assim, a tendência de concentração em serviços especializados e a lógica dos encaminhamentos para esses serviços. O cuidado e as necessidades desses jovens em acolhimento não são de responsabilidade exclusiva de um único serviço, e não deve ser limitado ao CAPS ou a outra instituição. As práticas devem abordar as necessidades complexas desses jovens, por meio da articulação entre diferentes serviços, setores e, sobretudo, do apoio oferecido pelo território. Isso implica desenvolver estratégias de cuidado e criar oportunidades para promover a saúde, os direitos e a cidadania desses jovens (Taño; Matsukura, 2019).

Outro resultado que surgiu durante as entrevistas foi a declaração dos trabalhadores sobre sentirem-se sobrecarregados emocionalmente devido à falta de apoio institucional e à natureza exigente do trabalho. Além da escassez de recursos

humanos, já que a presença dos adolescentes com problemas em saúde mental demanda mais tempo e trabalho dos profissionais. A falta de capacitação específica para lidar com situações de crise em saúde mental resulta em manejo baseado na experiência individual dos profissionais. A maioria dos entrevistados destacou o desgaste emocional crescente que tem enfrentado no exercício de suas funções.

Uma pesquisa realizada na cidade do Rio de Janeiro com trabalhadores de Unidades de Acolhimento destinadas a adolescentes com transtornos mentais ou neurológicos apresentou achados parecidos. Os trabalhadores relataram estarem exaustos e em sofrimento psíquico, questionando a adequação do número definido na norma técnica, que prevê um educador para cada dez adolescentes, considerado insuficiente. Além disso, os profissionais apontaram a falta de capacitação para lidar com questões de saúde mental, muitos dos quais lidavam com situações críticas com base apenas em sua experiência e nas demandas cotidianas (Moraes *et al.*, 2012). Outro estudo sobre o trabalho de Educadores Sociais em Unidades de Acolhimento para jovens também ressalta a importância da formação, capacitação e do desenvolvimento de ferramentas em relação a questões de saúde, além de apontar a relevância disso para um melhor cuidado individualizado dentro das Unidades (Penna *et al.*, 2021).

Os trabalhadores desta pesquisa mencionaram um projeto institucional que a Fundação de Assistência Social oferecia há alguns anos, o "Cuidando do Cuidador". Segundo eles, era oferecido um espaço para os trabalhadores das Unidades se reunirem a fim de conversar sobre o dia a dia, compartilhar angústias relacionadas ao trabalho e trocar experiências. O objetivo era ajudar os trabalhadores a entenderem melhor seus processos e promover seu bem-estar, contribuindo, também, para a melhoria da qualidade do ambiente de trabalho.

Uma hipótese para tal sofrimento pode ser levantada devido aos relatos de ausência de um trabalho integrado à Rede de Atenção Psicossocial. Iniciativas coordenadas entre a FAS e a própria Rede de Atenção à Saúde poderiam oferecer suporte e instrumentalizá-los nessas situações para um melhor entendimento das demandas de saúde mental e, por conseguinte, para pensar em ferramentas de cuidado e manejo para esses adolescentes. Nesse sentido, deveria ser pensada alguma estratégia de escuta e acolhimento a esses profissionais que são peças elementares em todo processo do acolhimento, pois são eles que, de forma efetiva,

realizam o acolhimento e a proteção integral preconizados nas diretrizes (Moraes *et al.*, 2012).

Ito e Azevedo (2021) demonstram como a estrutura e os processos de trabalho nas Unidades de Acolhimento podem criar condições adversas – que podem representar riscos para a saúde mental dos profissionais – em virtude do despreparo para exercer suas funções. Os autores recomendam a importância de espaços para reuniões de equipe e diálogos regulares para discutir os desafios do ambiente de trabalho, visando reduzir a tensão e o desgaste emocional dos cuidadores. Nesse contexto, cuidar da saúde mental dos profissionais é crucial para garantir melhores condições de trabalho que promovam a saúde e o bem-estar desses trabalhadores e, por conseguinte, melhorar o cuidado aos jovens (Ito; Azevedo, 2021).

5.3.1 O LUGAR DA MEDICAÇÃO NAS UNIDADES DE ACOLHIMENTO

A pesquisa revelou que a maioria dos adolescentes faz uso de medicação psicotrópica, o que, de acordo com os trabalhadores, está relacionado aos diagnósticos que esses adolescentes recebem. Os trabalhadores relataram o grande uso de medicação que ocorre nas Unidades e citaram a sua administração como uma das formas de manejo em saúde mental, considerada umas das principais formas de tratamento nas Unidades.

Sobre a medicalização, existe um processo atual que cresce exponencialmente, no qual as subjetividades humanas são submetidas a uma lógica biomédica que patologiza e reduz a diversidade das experiências humanas a categorias diagnósticas. Isso se concretiza com um reducionismo ao processo de sofrimento psíquico a aspectos fisiológicos, em virtude de processos químicos (Sanchez; Amarante, 2014)

Reduzida a vida ao substrato biológico, o futuro fica irreversivelmente determinado desde o início; fica preparado o terreno para a medicalização e seu ideário de que os problemas sociais seriam consequência de dificuldades de origem e solução no campo médico (Surjus, Moyses, 2019, p.28)

Existe, portanto, uma redução da complexidade dos processos intrínsecos ao sofrimento psíquico e todas as suas singularidades, os quais vão muito além de categorias e encaixes diagnósticos de classificações de sinais e sintomas. No enfoque

biomédico e da medicação, não há valorização das singularidades e nuances que estão atravessando o processo de adoecimento e sofrimento psíquico, os quais se originam dos diversos contextos que permeiam a vida desse sujeito (Sanchez; Amarante, 2014; Surjus; Moyses, 2019).

O fenômeno da medicalização provém de um contexto mais amplo, alinhado a fatores como a lógica neoliberal de mercado, que não serão abordados aqui. A medicação é, atualmente, colocada como o principal recurso de tratamento dos transtornos mentais e tem sua importância reconhecida por ajudar na validação do diagnóstico, de modo que os dois estão interligados. A explicação bioquímica das doenças tende a excluir a dimensão histórica do sujeito, deixando de lado a complexidade de sua trajetória de vida e as influências sociais, culturais e psicológicas (Guarido, 2007). Frente a uma crescente expansão das categorias diagnósticas na saúde mental, indicando uma tendência à apropriação do sofrimento psíquico através de uma perspectiva medicalizadora, os fatos do cotidiano, as experiências e alguns sofrimentos que são inerentes à própria existência do ser humano são facilmente categorizados como sintomas das doenças mentais (Sanchez; Amarante, 2014).

O modelo de saúde mental centrado na lógica doença-cura ainda não foi superado e se utiliza de estratégias que focam, principalmente, na supressão dos sintomas, por conseguinte, enfatizam tratamentos medicamentosos. Esse modelo tende a ser hospitalocêntrico, com ações para adaptar os indivíduos considerados “desajustados” e “problemáticos”. Assim, a medicação é principal resposta para esses “problemas”, ignorando outras dinâmicas instituintes que podem estar presentes nos relatos de dificuldades e conflitos (Yasui; Costa-Rosa, 2008).

No entanto, o que é preciso considerar são as formas singulares pelas quais os adolescentes respondem ao acolhimento, e as questões sociais mais amplas que estão imbricadas nesse processo. Essas questões, frequentemente medicalizadas e categorizadas no campo da saúde, têm raízes em problemas estruturais maiores (Sanchez; Amarante, 2014). Fazendo um paralelo com a institucionalização, que tinha um viés de correção social, ainda é possível verificar resquícios dessa abordagem, regularmente associados ao paradigma psiquiátrico, que tende a transformar problemas sociais em patologias (Taño; Matsukura, 2014; 2019; Joia; Oliveira; Vicentin, 2016). Muitos desses jovens vêm de famílias que enfrentam situações de pobreza extrema, marginalização e exclusão social, provenientes de territórios marcados pela violência, abuso de substâncias psicoativas e diversos outros fatores

que impedem sua permanência na família e prolongam seu tempo de acolhimento (Surjus; Moyses, 2019).

Os discursos indicam que a maioria dos adolescentes faz uso de medicamentos e sofre com problemas de saúde mental. Cabe questionar, diante disso, o quanto as experiências, subjetividades e expressões de vida desses jovens – que estão passando por uma transição de suas casas para um ambiente de acolhimento – são devidamente consideradas. Muitos deles enfrentaram privações e violações de direitos. Nesse sentido, é relevante questionar até que ponto esses contextos são considerados e quanta importância é atribuída a questões de saúde quando, na verdade, elas estão relacionadas a problemas sociais e questões de vulnerabilidade mais amplas (Gama; Campos; Ferrer, 2014).

O que precisa ser considerado é o fato de que esses acontecimentos e eventos estão sendo reduzidos ao diagnóstico e sendo medicalizados sem a devida reflexão de como envolvem fatores além da saúde, marcados pela subjetividade do processo, acarretando, também, a negação dos aspectos de sofrimento e de experiências inerentes à vida (Sanchez; Amarante, 2014).

5.4 REFLEXÕES SOBRE AS LEIS E AS PRÁTICAS DAS UNIDADES DE ACOLHIMENTO

As Unidades de Acolhimento Institucional configuram uma das modalidades de proteção das políticas públicas para o público infantojuvenil, embora tenham um caráter de brevidade e excepcionalidade (Brasil, 1990). Ocorre que a maioria das políticas públicas apresenta características de flexibilidade entre a letra da lei e a sua execução, o que pode gerar uma discrepância entre as normas estabelecidas e as práticas adotadas nos dispositivos (Bronzo; Rezende; Guimarães, 2022).

Nesse contexto, vale relacionar o tema da pesquisa com uma teoria que dialoga com os achados, a “Burocracia de Nível de Rua”. Essa teoria destaca a assimetria entre as intenções expressas nas políticas formais e a implementação prática das políticas no nível operacional. Isso ocorre devido ao poder discricionário dos prestadores de serviços de utilidade pública que, ao lidarem com o conteúdo das leis e políticas, encontram margens de atuação permitindo que o burocrata implemente e promova alterações na política original (Enap, 2019).

Essa distância diz respeito a contingências da implementação, explicadas, em grande parte, pelas decisões tomadas por uma cadeia de implementadores no contexto político, institucional e econômico em que operam (Lotta, 2012, p.5).

Devido a discricionariedade, há autonomia na prestação de serviços, sendo esses os dois conceitos centrais no processo. Em virtude da complexidade dos locais e das necessidades das pessoas, surgem demandas específicas e, dessa maneira, abre-se uma margem de atuação que pode ser necessária dados os cenários distintos. A autonomia é importante para contemplar as diversas realidades, porém, a literatura traz vários conflitos sobre a legitimidade dessas ações dos trabalhadores. Essa perspectiva, contudo, não será abordada neste trabalho, o qual pretende dar enfoque ao critério de discricionariedade e suas implicações (Lotta, 2012; Enap, 2019).

Os burocratas de nível de rua são os agentes responsáveis por conceder acesso a benefícios e programas, desempenhando funções essenciais na implementação das políticas públicas. Nesse contexto, os sujeitos desta pesquisa, trabalhadores das UAI, se enquadram como burocratas de nível de rua (Enap, 2019; Lotta, 2018). As Unidades de Acolhimento são parte integrante da Política de Assistência Social, e essa política tem como característica uma considerável margem de discricionariedade no que diz respeito à prestação de serviços. Existe um alto grau de incerteza sobre os meios e os fins, destacando-se as ações dos implementadores, com fortes elementos de subjetividade, especialmente aqueles que operam no nível de rua, responsáveis por interpretar e transformar as normativas em práticas efetivas. A proteção social preconizada na política visa reconstruir os vínculos dos adolescentes com a família e a comunidade, defender os direitos violados e garantir a proteção integral. No entanto, na prática, há poucos substratos e referências sobre como, de fato, deve-se executar essas ações e o que seria necessário para concretizá-las. Essa lacuna pode dificultar a implementação eficaz das políticas (Bronzo; Costa; Flávia, 2022).

Considerando que o cuidado e o manejo em saúde mental nas Unidades de Acolhimento são componentes essenciais para a concretização da proteção integral, é fundamental que haja uma maior clareza e capacitação, provenientes das políticas e instituições, para superar as lacunas existentes e, assim, prover o cuidado e a proteção adequados a esses jovens. Relacionando com a saúde mental e a RAPS,

percebe-se que tanto a Assistência Social quanto a Saúde possuem ferramentas e concepções teóricas muito similares para oferecer cuidado e proteção aos adolescentes, baseando-se nos mesmos princípios. Assim, faz-se necessário que esses setores se articulem mais para trabalhar em rede e realizar, de forma conjunta a, concretude desses objetivos.

Quando pensamos no adolescente em acolhimento, é manifesto que ele está permeado por essa burocracia durante todo o processo. Inicialmente, ele é acompanhado pelos serviços de Assistência Social, como o Conselho Tutelar e os serviços jurídicos, que, de acordo com a lei e com critérios envolvendo discricionariedade e interpretações dessa lei, vão decidir se esse jovem será destinatário dessa política de acolhimento (Bronzo; Rezende; Guimarães, 2022). Existem algumas hipóteses para explicar a assimetria entre a lei e sua aplicação, como escolhas individuais que são atreladas aos valores e às referências do trabalhador, as regras e os fatores organizacionais da instituição, sistemas políticos ou, ainda, a falta de clareza sobre sua aplicação para garantir a proteção integral desses adolescentes (Lotta, 2012). Frequentemente, as diretrizes legais não estão detalhadas de maneira prática de forma a dar substratos mais práticos de atuação, ou estão descritas de um modo padronizado que não contempla as individualidades e particularidades dos sujeitos e locais. Outro fator que pode contribuir para essa falta de clareza é a carência de apoio institucional e matriciamento para as equipes, além da ausência de articulação com os demais setores. Fica o questionamento de que forma alinhar as políticas e a sua execução, levando em conta o papel fundamental dos trabalhadores das Unidades de Acolhimento, já que são eles, efetivamente, que procedem pela entrega de direitos. Existe uma real necessidade de mais estudos e aprofundamento nessa área para compreender melhor as dinâmicas envolvidas (Lotta, 2012; Bonelli *et al.*, 2019; Bronzo; Rezende; Guimarães, 2022).

Outro fator sobre as políticas de direitos das crianças e dos adolescentes é o fato de que seja preciso considerar as diferenças culturais, sociais e econômicas dos territórios partindo do entendimento de que os adolescentes não podem ser vistos apenas como categorias gerais em um período da vida, mas como indivíduos que vivem realidades únicas e dinâmicas. Além disso, um elemento significativo é a ausência dos jovens nos espaços de diálogo e construção. A falta de participação dos adolescentes em estudos, debates e formulação de políticas não só limita a compreensão das necessidades específicas desses sujeitos, como também dificulta

a construção de soluções que sejam efetivamente adaptadas às suas realidades e aos seus desafios. Inclusive, isso se impôs como fator limitante deste estudo, que não pôde contar com a participação dos jovens na escuta, o que traria suas perspectivas e mais ferramentas para pensar na sua saúde mental. É preciso pensar em estratégias conjuntas para a promoção da saúde mental, produção de vida e na elaboração de políticas e mecanismos de proteção. Os jovens devem estar presentes em espaços de participação em todas as partes do território, pois, quem melhor para pensar na saúde e no bem-estar do que aqueles diretamente envolvidos no processo? Esse diálogo é fundamental para entender melhor esses processos, em vez de continuar abordando-os a partir de uma perspectiva do adulto, como na maioria das pesquisas que faz um estudo *sobre* os adolescentes e não *com* os adolescentes (Castro, 2007; 2023).

Além disso, é crucial que haja uma melhor articulação entre Assistência Social, Saúde e os demais setores para garantir uma melhor aplicação das políticas. Santos e Marques (2020) destacam a importância da articulação das Unidades de Acolhimento no desenvolvimento de uma rede de serviços capaz de atender às necessidades de saúde mental de crianças e adolescentes. A intersecção entre a saúde mental e a questão social é inegável, de forma que a assistência social deve atuar em articulações na rede de saúde mental para promover a cidadania e a inclusão social dos usuários, com a abordagem intersetorial e interdisciplinar visando garantir um atendimento integral e eficaz (Scheffer; Silva, 2014).

A intersetorialidade não deve ser encarada como uma iniciativa individual das equipes, trata-se de uma demanda que parte de decisões institucionais e políticas nos níveis de gestão e planejamento que visam superar o desafio da cultura da setorização. Através da articulação entre diferentes setores para abordar questões complexas de saúde, é possível promover a corresponsabilidade visando a promoção da saúde, qualidade de vida, garantia de cidadania e autonomia para esses jovens. A intersetorialidade, portanto, é essencial para uma implementação mais eficaz das diretrizes de proteção aos adolescentes em situação de vulnerabilidade, principalmente em um país marcado por contextos socioeconômicos de desigualdade e privação, os quais acarretam rupturas de vínculos e violações de direitos desses jovens (Brasil, 2010; Wanderley; Martinelli; Paz, 2020).

6 CONSIDERAÇÕES

A análise das práticas e manejos desta pesquisa ressalta a complexidade do cuidado em saúde mental oferecido aos adolescentes em acolhimento, que se encontram em situação de vulnerabilidade. Ao refletir sobre qual o lugar do sofrimento psíquico no acolhimento, o desejo de separação dos adolescentes pela perspectiva do diagnóstico está na contramão das diretrizes do Estatuto da Criança e Adolescente e do próprio Acolhimento. A predominância da medicalização e o encaminhamento a serviços especializados como forma de manejo emergiu nas narrativas, o que pode simplificar os processos complexos do sofrimento, reduzindo as experiências a categorias diagnósticas, em detrimento da compreensão mais ampla dos contextos que permeiam os adolescentes em acolhimento.

Diversas semelhanças são encontradas entre a Atenção Psicossocial e o Acolhimento, que se valem dos mesmos princípios e com objetivos muito próximos, ao primarem por garantia de direitos e integralidade, através de conceitos como autonomia, cidadania e produção de vida dos adolescentes acolhidos. As expectativas do acolhimento, entretanto, demonstram um desejo por um maior número de internação, psicoterapia, além de uma compreensão medicalizada do cuidado, focada nos diagnósticos e nos serviços especializados. Compreender o sofrimento desses adolescentes requer considerar aspectos para além do diagnóstico, contemplando as condições de vida e estruturais, os vínculos sociais e com o território, e as violações de direitos que permeiam suas vidas. Partindo desses pressupostos o manejo nas Unidades de acolhimento precisa estar mais alinhado ao vínculo e no atendimento individualizado a esses jovens.

Partindo dos princípios da Atenção Psicossocial, é importante ressaltar que as Unidades são locais de cuidado em saúde mental. No entanto, há a necessidade de uma melhor articulação dessas unidades com a Rede de Atenção à Saúde. A Rede de cuidados precisa estar mais próxima dos serviços de base territorial, intersetoriais e das diversas potencialidades do território, o que contribuiria para um cuidado mais integral aos jovens. Outro aspecto a ser considerado é o sofrimento relatado pelos trabalhadores, que mostram pouca reflexão sobre seu próprio trabalho e sobre como lidar com esses jovens. Esse cenário é agravado por políticas que carecem de clareza e consistência na oferta de proteção integral a esses adolescentes, além da falta de

apoio institucional, como educação permanente e matriciamento para esses trabalhadores, que poderiam auxiliar no manejo e acolhimento desses jovens.

REFERÊNCIAS

ABERASTURY, A.; KNOBEL, M. **Adolescência Normal**. Porto Alegre: Artmed, 1981.

AITH, F.; SCALCO, N. Direito à saúde de pessoas em condição de vulnerabilidade em centros urbanos. **Revista USP**, São Paulo, n. 107, p. 43-54, out./dez. 2015. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/revusp/article/view/115112>>. Acesso em: 08 fev. 2024.

ALVARES, A. de M.; LOBATO, G. R. Um estudo exploratório da incidência de sintomas depressivos em crianças e adolescentes em Acolhimento Institucional. **Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto, n.1, v. 21, jun. 2013. Disponível em: <<https://www.ciespi.org.br/site/collections/document/2794>>. Acesso em: 10 fev. 2024.

AMARANTE, P.; TORRE, E. H. G. “De volta à cidade, sr. cidadão!” - reforma psiquiátrica e participação social: do isolamento institucional ao movimento antimanicomial. **Revista de Administração Pública (RAP)**, Rio de Janeiro, n. 52, v. 6, nov./dez. 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0034-761220170130>>. Acesso em: 02 fev. 2024.

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

AMIN, S. **Global History: A View from the South**. Editora: Pambazuka Press, 2011.

ARANTES, E. M. de M. De “criança infeliz” a “menor irregular”: vicissitudes na arte de governar a infância. **Mnemosine**, v. 1, n. 0, p. 162-164, 2004. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/mnemosine/article/view/41351/pdf_20>. Acesso em: 02 fev. 2024.

ASSIS, S. G. de S.; FARIAS, L. O. P. (org.). **Levantamento nacional das e crianças adolescentes em serviço de acolhimento**. São Paulo: Hucitec, 2013.

AYRES, J. R. C. M.; CARVALHO, Y. M.; NASSER, M. A.; MENDES, V. M.; FIORONI, L. N.; SALTÃO, R. M.; et al. Caminhos da Integralidade na atenção primária à Saúde: recursos conceituais e instrumentos práticos para a educação permanente da equipe – Adolescência e Juventude. Centro de Saúde Escola Samuel B. Pessoa, Departamento de Medicina Preventiva-FMUSP, 2012. Disponível em: https://fm.usp.br/cseb/conteudo/cseb_152_Caminhos%20da%20Integralidade%20-%20adolesc%C3%Aancia%20e%20juventude.pdf . Acesso em: 06 fev. 2024.

BERBERIAN, T. P. Serviço Social e avaliações de negligência: debates no campo da ética profissional. **Serviço Social & Sociedade**, n. 121, p. 48–65, jan./mar. 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0101-6628.013>>. Acesso em: 16 set. 2023.

BLOWER, A.; ADDO, A.; HODGSON, J.; LAMINGTON, L.; TOWLSON, K. Mental health of 'Looked After' children: a needs assessment. **Clinical Child Psychology and Psychiatry**, n. 9, p. 117-129, 2004. Disponível em: <<https://doi.org/10.1177/1359104504039176>>. Acesso em: 02 fev. 2024.

BOCK, A. M. B. A adolescência como construção social: estudo sobre livros destinados a pais e educadores. **Psicologia Escolar e Educacional**, n. 11, v. 1, p. 63-76, jun. 2007. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/pee/a/LJkZzRzQ5YgbmhcnkKzVq3x/>>. Acesso em: 12 set. 2024.

BONELLI, F.; FERNANDES, A. S. A.; COELHO, D. B.; PALMEIRA, J. D. S. (2019). A atuação dos burocratas de nível de rua na implementação de políticas públicas no Brasil: uma proposta de análise expandida. **Cadernos EBAPE.BR**, v. 17 (spe), p. 800-816. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1679-395177561>>. Acesso em: 05 abr. 2024.

BOTELHO, A. P.; MORAES, M. C. M. B.; LEITE, L. C. Violências e riscos psicossociais: narrativas de adolescentes abrigados em Unidades de Acolhimento do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 1, p. 7-16, jan. 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232014201.18112013>>. Acesso em: 08 set. 2023.

BRAGA, C. P.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L. Políticas públicas na atenção à saúde mental de crianças e adolescentes: percurso histórico e caminhos de participação. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 2, p. 401-410, 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/g8DhKGKM65b36RLJdDHqhLP/>>. Acesso em: 12 set. 2023.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS n. 466, de 12 de dezembro de 2012. **Diário Oficial da União**, n. 12, 13 jun. 2013, Seção 2, p. 59.

BRASIL. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (Conanda); Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS). Resolução Conjunta n. 1, de 18 de junho de 2009. Aprova o documento Orientações Técnicas: Serviços de Acolhimento para Crianças e Adolescentes. **Diário Oficial da União**, n. 124, 2 jul. 2009.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidente da República, [2016]. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 3 jul. 2023. Brasília, DF, 2009b.

BRASIL. Lei n.º 12.010, de 3 de agosto de 2009. Dispõe sobre a adoção e altera a Lei n.º 8.069, de 13 de julho de 1990, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2007-2010/2009/lei/l12010.htm>. Acesso em: agosto 2023. Brasília, DF, 2009b.

BRASIL. Lei n. 13.509, de 22 de novembro de 2017. Dispõe sobre adoção e altera a Lei 8.069, de 13 de Julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei n. 5.452, de 01

de Maio de 1943, e a Lei 10.406, de 10 de janeiro de 2002 (Código Civil). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2017a.

BRASIL. *Lei nº 6.697, de 10 de outubro de 1979*. Dispõe sobre o Código de Menores de 1979. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 10 out. 1979. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6697.htm. Acesso em: 16 jun. 2023.

BRASIL. Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 16 jul. 1990.

BRASIL. Lei Orgânica n. 8.742, de 7 de Dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 8 dez. 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde, Conselho Nacional do Ministério Público. **Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a. 60p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Brasília: Ministério da Saúde, 2017c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 3.588, de 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação n. 3 e n. 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 248, Seção 1, p. 169, 22 dez. 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, (Caderno HumanizaSUS, v. 5), 2015, 548 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil: recomendações: de 2005 a 2012**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Proteger e cuidar da saúde de adolescentes na atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017b, 234 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil**. 2. ed. rev. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Portaria SAPS n. 45, de 31 de julho de 2023. Institui Câmara Técnica Assessora para subsidiar a elaboração da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde dos

Adolescentes e Jovens. **Diário Oficial da União**, Brasília, ed. 146, seção 1, p. 94, 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Política Nacional de Assistência Social - PNAS/2004: Norma Operacional Básica - NOB/SUAS**. Brasília: MDS, 2005a.

BRASIL. Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, 23 dez. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.082, de 23 de maio de 2014. Redefine as diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória (PNAISARI). **Diário Oficial da União**: 26 maio 2014c.

BRASIL. Decreto nº 17.943-A, de 12 de outubro de 1927. **Código de Menores**. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 12 out. 1927.

BRONZO, C.; REZENDE COSTA, E. C.; GUIMARÃES, F. A Burocracia de Nível de Rua na Implementação do Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF): Percepções e Traduções de Normativas nas Políticas Públicas. **Administração Pública e Gestão Social**, Viçosa, v. 14, n. 2, 2022. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=351570330006>>. Acesso em: 01 fev.2024.

BUSS, P. Uma introdução ao conceito de promoção de saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (org.). **Promoção de saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p. 19-42.

CADERNOS BRASILEIROS DE TERAPIA OCUPACIONAL. São Carlos, v. 25, n. 2, p. 373-386, 2017, ISSN 2526-8910. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.4322/0104-4931.ctoAR0736>>. Acesso em: 02 fev.2024.

CALCING, J.; BENETTI, S. P. DA C. Caracterização da Saúde Mental em Crianças e Adolescentes em Acolhimento Institucional. **Psico**, v. 45, n. 4, p. 559, 23 dez. 2014. Disponível em: <<https://revistaseletronicas.pucrs.br/revistapsico/article/view/13629>>. Acesso em: 10 jul.2023.

CASTRO, L. R. Why global? Children and childhood from a decolonial perspective. **Childhood**, v. 27, n. 1, p. 48-62, 2020.

CASTRO, L. R. de. A politização (necessária) do campo da infância e da adolescência. **Revista Psicologia Política**, São Paulo, v. 7, n. 14, dez. 2007. ISSN 2175-1390. Disponível em: <

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2007000200005>. Acesso em: 10 fev. 2024.

CASTRO, L. R. de. Descolonização e direitos da criança: uma introdução. **O Social em Questão**, ano XXVI, n. 56, mai./ago. 2023. DOI: 10.17771/PUCRio.OSQ.62276. Disponível em: < <https://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/62276/62276.PDF> > Acesso em: 02 fev. 2024.

CASTRO, L. R. de. (org.). **Infâncias do sul global: experiências, pesquisa e teoria desde a Argentina e o Brasil**. Salvador: EDUFBA, 2021. 547 p.

CAVALCANTE, L. I. C.; MAGALHAES, C. M. C.; PONTES, F. A. R. Institucionalização precoce e prolongada de crianças: discutindo aspectos decisivos para o desenvolvimento. **Aletheia**, v. 25, p. 20-34, 2007. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/pe/a/xkWzVtCWSzrmDbtrYDgrv9f/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 10 set. 2023.

CECCON, R. F.; GARCIA-JR., C. A. S.; DALLMANN, J. M. A.; PORTES, V. de M. . **Narrativas em Saúde Coletiva: memória, método e discurso**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2022.

CHAVES, F. A. M.; CALIMAN, L. V. Entre Saúde Mental e a Escola: a Gestão Autônoma da Medicação. **Revista Polis e Psique**, Vitória, v. 7, n. 3, p. 136-160, 2017. Disponível em: <<https://seer.ufrgs.br/index.php/PolisePsique/article/view/75328>>. Acesso em: 10 set. 2023.

CONCEIÇÃO, M. J.; NUNES, M. M. C. A. Transtornos mentais e o acolhimento institucional de adolescentes: desafios e reflexões sobre esta prática. In: SILVA, A. B.; SOUZA, C. D. (Orgs.). Políticas públicas, educação e diversidade: uma compreensão científica do real. São Paulo: **Editora Exemplo**, 2020. p. 123-145. DOI: 10.37885/200901556.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Destituição do poder familiar e adoção de crianças**. Brasília: CNJ, 2022.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. Sistema Nacional de Adoção e Acolhimento: Paineis de acompanhamento. Disponível em: <<https://paineisanalytics.cnj.jus.br/single/?appid=ccd72056-8999-4434-b913-f74b5b5b31a2&sheet=4f1d9435-00b1-4c8c-beb7-8ed9dba4e45a&opt=currsel&select=clearal>>. Acesso em: 10 set. 2023.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Resolução n. 289/2019**. Dispõe sobre a implantação e funcionamento do Sistema Nacional de Adoção e Acolhimento – SNA e dá outras providências. Brasília: CNJ, 2019.

COUTINHO, L. G. A adolescência na contemporaneidade: ideal cultural ou sintoma social. **Pulsional, Revista de psicanálise**, ano 17, n. 181, p. 13-19, mar. 2005.

COUTO, M. C. V.; DELGADO, P. P. G. Crianças e adolescentes na agenda política da saúde mental brasileira: inclusão tardia, desafios atuais. **Psicologia Clínica**, v. 27 n. 1, p. 17-40, 2015. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/pc/a/R SQnbmxPbbjDDcKKTdWSm3s/abstract/?lang=pt>>.

Acesso em: 10 set. 2023.

DELL'AGLIO, D. D. **O processo de coping, institucionalização e eventos de vida em crianças e adolescentes**. Tese (Doutorado em Psicologia do Desenvolvimento) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2000.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. (org.). Handbook of qualitative research. **Thousand Oaks**, Sage Publications, 1994.

DIGIÁCOMO, M. J.; DIGIÁCOMO, I. A. **Estatuto da criança e do adolescente anotado e interpretado**. 7ª edição. Curitiba: Ministério Público do Estado do Paraná. Centro de Apoio Operacional das Promotorias da Criança e do Adolescente, 2017.

ELAGE, B.; GÓES, M.; FIKS, M.; GENTILE, R. **Formação de profissionais em serviços de acolhimento**. 2. ed. São Paulo, 2011.

EPIFÂNIO, T. P.; GONÇALVES, M. V. Crianças como sujeitos de direitos: uma revisão de literatura sobre crianças em situação de acolhimento institucional. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, v. 25, n. 2, 2017. DOI: 10.4322/0104-4931.ctoAR0736. Disponível em:

<<https://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/1403>>. Acesso em: 02 abr.2024.

FERNANDES, A. D. S. A.; MATSUKURA, T. S.; LUSSI, I. A. de O.; FERIGATO, S. H.; MORATO, G. G. Reflexões sobre a atenção psicossocial no campo da saúde mental infantojuvenil. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 28, n. 2, p. 725-40, abr. 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoARF1870>>.

Acesso em: 02 abr.2024.

FERNANDES, A. D. S. A.; TANO, B. L.; MATSUKURA, T. S. O cuidado em saúde mental infantojuvenil na atenção básica à saúde: singularidades territoriais. **Saúde Mental de Crianças e Adolescentes e Atenção Psicossocial**. São Paulo: Manole, 2021. p. 204-222.

FERNANDES, A. D. S. A.; Tãno, B. L.; CID, M. F. B.; MATSUKURA, T. S. (2022). A saúde mental infantojuvenil na atenção básica à saúde: da concepção às perspectivas para o cuidado. **Cadernos Brasileiros De Terapia Ocupacional**, v. 30. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/2526-8910.ctoAO23473102>>. Acesso em: 02 abr.2024.

FERNANDES, A. D. S. A.; MATSUKURA, T. S. Adolescentes inseridos em um CAPSi: alcances e limites deste dispositivo na saúde mental infantojuvenil. **Temas em psicologia**. Ribeirão Preto, v. 24, n. 3, 2016, p. 977-90. Disponível em: <<https://doi.org/10.9788/TP2016.3-11>>. Acesso em: 04 abr.2024.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, Fortaleza: LCR, v. 24, n. 1, 2008, p. 17-27. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100003>>. Acesso em: 06 fev. 2024.

FORD, T.; VOSTANIS, P.; MELTZER, H.; GOODMAN, R. Psychiatric disorder among British children looked after by local authorities: Comparison with children living in private households. **British Journal of Psychiatry**, v. 190, n. 4, p. 319-325, 2007. Disponível em: <<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.106.025023>>. Acesso em: 20 ago. 2023.

GADAMER, H.-G. **Hermenêutica em retrospectiva**. Petrópolis: Editora Vozes, 2007.

GADAMER, H.-G. **Verdade e método**. Tradução: Flávio Paulo Meurer. Petrópolis: Editora Vozes, 1997.

GALHARDI, C. C.; MATSUKURA, T. S. O cotidiano de adolescentes em um centro de atenção psicossocial de álcool e outras drogas: realidades e desafios. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 3, 2018, p. 1-12. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/QPxPwKFy9bky6hcTwHyCdXC/?lang=pt>>. Acesso em: 14 fev. 2024.

GAMA, C. A. P. da., CAMPOS, R. T. O.; FERRER, A. L. Saúde mental e vulnerabilidade social: a direção do tratamento. **Revista Latinoamericana De Psicopatologia Fundamental**, v. 17, n. 1, 2014, p. 69-84. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1415-47142014000100006>>. Acesso em: 02 nov. 2023.

GAMA, Fabiana Lozano. **A assistência em saúde mental às adolescentes em privação de liberdade no Estado do Rio de Janeiro**. 2017. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2017.

GOFFMAN, E. (1987). **Manicômios, prisões e conventos**. 2. ed. São Paulo: Perspectiva.

GONÇALVES, L. P. da C. M. **O impacto da vida em Instituição: narrativas e significados em crianças vítimas e maus tratos**. Monografia (Licenciatura em Psicologia Clínica) – Universidade Fernando Pessoa, Porto, 2008. Disponível em: <<https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/810/2/Monografia.pdf>>. Acesso em: 20 jul. 2023.

GONZÁLEZ-GARCÍA, C. *et al.* Changes in mental health of children and young people in residential care: outcomes and associated factors. **Psychosocial Intervention**, Madrid, v. 32, n. 1, jan. 2023. Disponível em: <https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-05592023000100002>. Acesso em: 10 ago. 2023.

GONZÁLEZ-GARCÍA, C.; BRAVO, A.; ARRUABARRENA, I.; MARTÍN, E.; SANTOS, I.; DEL VALLE, J. F. Emotional and behavioral problems of children in residential

care: Screening detection and referrals to mental health services. **Children and Youth Services Review**, v. 73, p. 100-106, 2017. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0190740916305382>. Acesso em: 10 ago. 2023.

GUARIDO, R. A medicalização do sofrimento psíquico: considerações sobre o discurso psiquiátrico e seus efeitos na Educação. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 33, n. 1, p. 151-161, jan./abr. 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ep/a/mJ9399tTm597mJXRgPhVNkf/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 abr. 2024.

HALPERN, E. E.; LEITE, L. M. C.; MORAES, M. C. M. B. Seleção, capacitação e formação da equipe de profissionais dos abrigos: o hiato entre o prescrito e o real. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 13, n. 1, p. 91-113, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/XGzpmM8WPq4ht7JMJmCbnrk/>. Acesso em: 10 jun. 2024.

HOFFMANN, M. C. C. L.; SANTOS, D. N.; MOTA, E. L. A. Caracterização dos usuários e dos serviços prestados por Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 3, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000300017>. Acesso em: 02 abr. 2024.

ITO, S. I.; AZEVÊDO, A. V. dos S. Educadores sociais em abrigos destinados a crianças e adolescentes: revisão sistemática. **Contextos Clínicos**, v. 14, n. 1. ISSN 1983-3482, 2021. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-34822021000100014. Acesso em: 02 abr.

JOIA, J. H.; OLIVEIRA, A.; VICENTIN, M. C. G. O que as trajetórias de atenção a crianças e adolescentes que fazem uso de drogas nos ensinam sobre o cuidado em rede? In: LAURIDSEN-RIBEIRO, E.; LYKOUROPOULOS, C. B. (Org.). **O Capsi e o desafio da gestão em Rede**. São Paulo: Hucitec, 2016, p. 265-279.

JUNIOR, N. K.; MELLO, B. B. (2020). A noção de infância e adolescência: inflexões decoloniais sobre os direitos de crianças e adolescentes na América Latina. **Revista Brasileira De História & Ciências Sociais**, 12(24), 284–312. <https://doi.org/10.14295/rbhcs.v12i24.11899>. Acesso em: 15 abr. 2024.

LEITE, L. C. **Meninos de rua: a infância excluída no Brasil**. Wanderley Laconte (coord.). São Paulo: Atual, 2001.

LEMOS, A. *et al.* Evasão nas Unidades de Acolhimento: discutindo seus significados. **Psicologia & Sociedade**, v. 26, n. 3, p. 594-602, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psoc/a/dBjn3NzhTPRtBkFW3gtCr8w/>. Acesso em: 04 set. 2023.

LIEBEL, M. ¿Niños sin niñez? **Contra la conquista poscolonial de las infancias del Sur global**. Millcayac - **Revista Digital de Ciencias Sociales**, v. 3, n. 5, p. 245–272, 2016. Disponível em: <https://revistas.uncu.edu.ar/ojs3/index.php/millca-digital/article/view/770>. Acesso em: 17 abr. 2024.

LIPSKY, M. **Burocracia de nível de rua: dilemas do indivíduo nos serviços públicos**. Tradução: Arthur Eduardo Moura da Cunha. Brasília: Enap, 2019.

LOPEZ, S. B.; MOREIRA, M. C. N. Quando uma proposição não se converte em política?: O caso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens - PNAISAJ. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 1179-1186, 2013. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/ksTHhwtZRsc9Z7CKynZgrRQ/?lang=pt>>. Acesso em: 17 abr.2024.

LOTTA, G. O papel das burocracias do nível da rua na implementação de políticas públicas: entre o controle e a discricionariedade. In: FARIA, C. A (org). **Implementação de Políticas Públicas: Teoria e Prática**. Belo Horizonte: Editora PUC Minas, 2012. Disponível em: <<https://perguntasaopo.wordpress.com/wp-content/uploads/2014/06/pend-08-gabriela-s-lotta-2-revisado-2.pdf>>. Acesso em: 08 set. 2024.

MACHADO, A. P.; RICCI, E. C. A intersetorialidade na saúde mental infantojuvenil: articulações entre um CAPSI e Unidades de Acolhimento. **Revista de Psicologia da UNESP**, v. 19, n. spe, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.5935/1984-9044.20200019>>. Acesso em: 04 abr. 2024.

MARTINS, R. W. A.; SILVEIRA, L. Internações de crianças e adolescentes usuárias de drogas: um desafio para o campo da saúde mental infantojuvenil. **Episteme Transversalis**, v. 10, n. 1, p. 213-27, 2019. Disponível em: <<http://revista.ugb.edu.br/ojs302/index.php/episteme/article/view/1306>>. Acesso em: 23 abr. 2024.

MARTINS, P. O.; TRINDADE, Z. A.; ALMEIDA, A. M. O. O Ter e o Ser: Representações Sociais da Adolescência entre Adolescentes de Inserção Urbana e Rural. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 16, n. 3, p. 555–568, 2003. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/prc/a/YQ8v3FqPDqPykCXRM4XTR8N/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 23 abr. 2024.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M.; SANTOS, M. L. de M.; BERTUSSI, D. C.; BADUY, R. S. Rede Básica, campo de forças e micropolítica: implicações para a gestão e cuidado em saúde. **Saúde em Debate**, v. 43, n. 6, p. 70-83, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042019S606>>. Acesso em: 15 abr.2024.

MERHY, E. E.; GOMES, P. C.; SILVA, E.; SANTOS, M.; CRUZ, K.; FRANCO, T. Redes vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do conhecimento em saúde. In: E. E. Merhy *et al.* (Org.). **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes**. Livro 1. Rio de Janeiro: Hexis, 2014. p. 31-42.

MINAYO, M. C. de S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**. São Paulo, v. 5, n. 7, p. 1-12, abr.

2017. Disponível em: <<https://editora.sepq.org.br/index.php/rpq/article/view/82>>. Acesso em: 14 set. 2023.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8. ed. São Paulo: Hucitec/Rio de Janeiro: Abrasco, 2004.

MINAYO, M. C. de S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2002.

MORAES, M. C. M. B.; LEMOS, A. A.; ALVES, D. G.; HALPERN, E. E.; LEITE, L. C. Saúde mental de cuidadores de abrigos para adolescentes com transtornos psiquiátricos ou neurológicos. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 10, n. 3, p. 507-25, nov. 2012. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1981-77462012000300009>>. Acesso em: 01 jan. 2024.

NUCCI, G. de S. **Estatuto da Criança e do Adolescente comentado: em busca da Constituição Federal das crianças e dos adolescentes**. Rio de Janeiro: Forense, 2014.

NUNES, J. M. S.; GUIMARÃES, J. M. X.; SAMPAIO, J. J. C. A produção do cuidado em saúde mental: avanços e desafios à implantação do modelo de atenção psicossocial territorial. **Revista de Saúde Pública**, v. 50, n. 8, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-73312016000400008>>. Acesso em: 01 jan. 2024.

OLIVEIRA, A. da C. Colonialidade, infâncias e juventudes. **InSURgência: revista de direitos e movimentos sociais**, Brasília, v. 9, n. 2, p. 89-114, jul./dez. Disponível em: <2023.<https://periodicos.unb.br/index.php/insurgencia/article/view/50253>>. Acesso em: 05 jan. 2024.

PARREIRA, S. M. C. P.; JUSTO, J. S. A criança abrigada: Considerações acerca do sentido da filiação. **Revista Psicologia e Estudo**, v. 10, p. 175-180, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pe/a/xkWzVtCWSzrmDbtrYDgrv9f/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 05 jan. 2024.

PAVANI, F. M.; WETZEL, C.; OLSCHOWSKY, A. A clínica no Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil: na adolescência, o diagnóstico se escreve a lápis. **Saúde em debate**, v. 45, n. 128, p. 118-29, jan. 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-1104202112809>>. Acesso em: 10 abr.2024.

PENNA, L. H. G.; GUEDES, C. R.; RIBEIRO, R.; PEREIRA, A. L. de F.; RIBEIRO, L. V.; CARINHANHA, J. I.; SILVA, M. M. da.; PEREIRA, V. dos S.; VASCONCELOS, S.; TEIXEIRA, S. V. B. O profissional educador social no cotidiano de adolescentes de unidade de acolhimento institucional: uma revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 17, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.33448/rsd-v10i17.24690>>. Acesso em: 10 abr.2024.

PEREZ, J. R. R.; PASSONE, E. F. Políticas sociais de atendimento às crianças e aos adolescentes no Brasil. **Cadernos de Pesquisa**, [s.l.], v. 40, n. 140, p. 649-673, maio 2010. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0100-15742010000200017>>. Acesso em: 10 abr.2024.

PINHEIRO, A.; CAMPELO, A. A.; VALENTE, J. (org.). **Guia de acolhimento familiar: o serviço de acolhimento em família acolhedora: caderno 1**. São Paulo: Instituto Fazendo História, 2022.

PINHEIRO, P. S.; PINTO, R. P (orgs.). **Acesso aos direitos sociais: infância, saúde, educação, trabalho**. Série justiça e desenvolvimento/IFP-FCC. São Paulo: Contexto, 2010.

PITTA, A. M. F. Um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Instituições, Atores e Políticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 12, p. 4579-4589, 2011.
Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/JnBHtt8Q8NNHFHbVw5ww5mC/>>.
Acesso em: 10 abr.2024.

QUIJANO, A. **Colonialidade do poder, eurocentrismo e América Latina**. Buenos Aires: CLACSO, 2005. Disponível em: < https://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/sur-sur/20100624103322/12_Quijano.pdf>. Acesso em: 10 abr.2024.

REDE NACIONAL DE PESQUISAS EM SAÚDE MENTAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES. **Contribuições para o avanço da Atenção Psicossocial para Crianças e Adolescentes**. Documento Técnico apresentado ao Departamento de Saúde Mental e Enfrentamento ao Abuso de Álcool e outras Drogas do Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: <www.nuppsam.org>. Acesso em: 10 abr.2024.

REVISTA BRASILEIRA DE HISTÓRIA & CIÊNCIAS SOCIAIS. [S. l.], v. 12, n. 24, jul./dez. 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.14295/rbhcs.v12i24.11899>>. Acesso em: 08 nov. 2023.

RIBEIRO, D. S.; RIBEIRO, F. M. L.; DESLANDES, S. F. Discursos sobre as demandas de saúde mental de jovens cumprindo medida de internação no Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 10, p. 3837-3846, out. 2019.
Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/csc/a/pFqypKptVthfpDgMnfBktsq/>>. Acesso em: 08 nov. 2023.

RICOEUR, P. **Interpretação e ideologias**. Hilton Japiassu (org.). Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1990.

RICOEUR, P. **O conflito das interpretações: ensaios de hermenêutica**. Rio de Janeiro: Imago, 1978.

RIZZINI, I.; CORONA, R. F.; COLLINS, T. M.; KRISHNAMURTHY, S.; NEUMANN, M. M. Perspectivas internacionais sobre decolonialidade e direitos da criança. **O Social em Questão**, ano XXVI, n. 56, mai./ago. 2023. DOI: 10.17771/PUCRio.OSQ.62275. Disponível em: < <https://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/62275/62275.PDF>>. Acesso em: 14 fev. 2024.

RIZZINI, I.; NEUMANN, M. M.; CISNEROS, A. Estudos contemporâneos sobre a infância e paradigmas de direitos. Reflexões com base nas vozes de crianças e adolescentes em situação de rua no Rio de Janeiro. **O social em Questão**, ano XX, n. 21, 2009. Disponível em: < <http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/v10n21a05.pdf>>. Acesso em: 14 fev. 2024.

RIZZINI, Irene; PILOTTI, Francisco. **A arte de governar crianças: a história das políticas sociais, da legislação e da assistência à infância no Brasil**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

RIZZINI, I.; RIZZINI, Irma. **A Institucionalização de crianças no Brasil: percurso histórico e Desafios do Presente**. Rio de Janeiro: Editora PUC-Rio/São Paulo: Loyola, 2004.

SANCHES, V. N. L.; AMARANTE, P. D. de C. Estudo sobre o processo de medicalização de crianças no campo da saúde mental. **Saúde em Debate**, v. 38, n. 102, p. 506-514, 2014. ISSN 0103-1104. Disponível em: <<https://doi.org/10.5935/0103-1104.20140047>>. Acesso em: 04 nov. 2023.

SANTOS, A. de F.; MARQUES, H. O assistente social em unidades de acolhimento institucional infantojuvenil: desafios e possibilidades. **Mimesis**, Bauru, v. 41, n. 2, p. 135-152, 2020. Disponível em: <<https://revistas.unisagrado.edu.br/index.php/mimesis/article/view/42>>. Acesso em: 04 nov. 2023.

SANTOS, C. C. **Análise de um serviço integrado de atenção em saúde mental no Estado do Paraná: Percepções e práticas**. Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2023.

SÃO PAULO (Estado). Linha de Cuidado para a Saúde na Adolescência e Juventude para o Sistema Único de Saúde no Estado de São Paulo. 2021. Disponível em: <<http://www.saudeadolescentesejovens.net.br/>>. Acesso em: 02 fev. 2024.

SCHEFFER, G.; SILVA, L. G. Saúde mental, intersectorialidade e questão social: um estudo na ótica dos sujeitos. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 118, p. 366-393, abr./jun. 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sssoc/a/hmm93SyZXS8DrjnxFwgYCFh/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 07 nov. 2023.

SCHMID, M.; GOLDBECK, L.; NUETZEL, J.; FEGERT, J. M. Prevalence of mental disorders among adolescents in German youth welfare institutions. **Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health**, v. 2, n. 1, 2008. Disponível em: <<https://doi.org/10.1186/1753-2000-2-2>>. Acesso em: 04 nov. 2023.

SENNA, S. R. C. M.; DESSEN, M. A. Contribuições das teorias do desenvolvimento humano para a concepção contemporânea da adolescência. **Psicologia: Teoria E Pesquisa**, v. 28, n. 1, p. 101–108, 2012. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-37722012000100013>>. Acesso em: 10 nov. 2023.

SIDI, P. de M.; CONTE, E. A hermenêutica como possibilidade metodológica à pesquisa em educação. **Revista ibero-americana de estudos em educação**, v. 12, n. 4, p. 1942-1954, dez. 2017. Disponível em: <https://periodicos.fclar.unesp.br/iberoamericana/article/view/9270>. Acesso em: 15 set. 2023.

SILVA, C. Y. G. da.; MOTTA, I. F. da. A perspectiva de futuro no contexto da adolescência em acolhimento institucional. **Natureza humana**, São Paulo, v. 22, n. 2, jul./dez. 2020. ISSN 1517-2430. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-24302020000200013. Acesso em: 20 set. 2023.

SILVA, E. R. A. (coord.). **O direito à convivência familiar e comunitária: os abrigos para crianças e adolescentes no Brasil**. Brasília: IPEA/CONANDA, 2004.

SILVA, J. F. da.; MATSUKURA, T. S.; FERIGATO, S. H.; CID, M. F. B. Adolescência e saúde mental: a perspectiva de profissionais da Atenção Básica em Saúde. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 23, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.180630>. Acesso em: 04 dez. 2023.

SILVA, J. F. da.; CID, M. F. B.; MATSUKURA, T. S. Atenção psicossocial de adolescentes: a percepção de profissionais de um CAPSi. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, São Carlos, v. 26, n. 2, p. 329-343, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO1081>. Acesso em: 04 dez. 2023.

SIQUEIRA, A. C.; DELL'AGLIO, D. D. Crianças e Adolescentes Institucionalizados: Desempenho Escolar, Satisfação de vida e rede de apoio social. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 26, n. 3, p. 407-415, jul./set. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ptp/a/BWD4kKG3WZ7M3KMQq8ShXjJ/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 04 jul. 2023.

SIQUEIRA, A. C.; DELL'AGLIO, D. D. O impacto da institucionalização na infância e na adolescência: uma revisão de literatura. **Psicologia & Sociedade**, v. 18, n. 1, p. 71-80, jan./abr. 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psoc/a/Bn9x93pDbChZvrGwTvghPLn/#ModalHowcite>. Acesso em: 04 jul. 2023.

SISTEMA NACIONAL DE ADOÇÃO E ACOLHIMENTO. **Painel de acolhimento**. CNJ, 2023. Disponível em: <https://paineisanalytics.cnj.ius.br/single/?appid=ccd72056-8999-4434-b913-f74b5b5b31a2&sheet=4f1d9435-00b1-4c8c-beb7-8ed9dba4e45a&opt=currsel&select=clearall>. Acesso em: 25 set. 2023.

SOALHEIRO, N. I.; MOTA, F. S. Medicalização da vida: doença, transtornos e saúde mental. **Revista Polis e Psique**, v. 4, n. 2, p. 65-85, 2014. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/PolisePsique/article/view/49807>. Acesso em: 04 abr. 2024.

SOUZA, A. C. **Estratégias de inclusão da saúde mental na Atenção Básica no Rio de Janeiro: um movimento das marés**. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2012. 156f.

SOUZA, C. de.; SILVA, D. N. H. Adolescência em debate: contribuições teóricas à luz da perspectiva histórico-cultural. **Psicologia Em Estudo**, v. 23, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.4025/psicolestud.v23.e35751>>. Acesso em: 04 abr. 2024.

SURJUS, L. T. de L. e S.; MOYSÉS, M. A. A. (org.). **Saúde mental infantojuvenil: territórios, políticas e clínicas de resistência**. Santos: Unifesp/Abrasme, 2019.

TÃNO, B. L.; MATSUKURA, T. S. Intersetorialidade e cuidado em saúde mental: experiências dos CAPSij da Região Sudeste do Brasil. **Physis: Revista De Saúde Coletiva**, v. 29, n. 1, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-73312019290108>>. Acesso em: 05 jan.2024.

TÃNO, B. L.; MATSUKURA, T. S. Compreensões e expectativas de educadores sobre saúde mental de crianças e adolescentes. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 12, n. 31, p. 166-192, 2020. ISSN 1984-2147. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/69758>>. Acesso em: 05 jan.2024.

TÃNO, B. L.; MATSUKURA, T. S. Saúde mental infantojuvenil e desafios do campo: reflexões a partir do percurso histórico. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, São Carlos, v. 23, n. 2, p. 439-447, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.4322/0104-4931.ctoAR0479>. ISSN 0104-4931>. Acesso em: 05 jan.2024.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, n. 3, p. 507-514. 2005. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0034-89102005000300025>>. Acesso em: 12 ago. 2023.

UNICEF. (2011). **The State of the World's Children 2011: Adolescence - An Age of Opportunity**. Nova Iorque: UNICEF.

UNICEF. **30 anos da Convenção sobre os Direitos da Criança: avanços e desafios para meninas e meninos no Brasil**. Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). São Paulo: UNICEF, 2019.

VIEIRA, A. M.; RIVERA, D. P. B. A Hermenêutica no Campo Organizacional: duas possibilidades interpretativas. **Revista Brasileira de Gestão de Negócios**, São Paulo, v 14, n. 44, p. 261-273, jul./set, 2012. ISSN 1806- 4892. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbgn/a/TnnfdgczM7vgTby8jX5x6cR/>>. Acesso em: 12 ago. 2023.

WANDERLEY, M. B.; MARTINELLI, M. L.; DA PAZ, R. D. O. Intersetorialidade nas Políticas Públicas. **Serviço Social & Sociedade**, v. 137, p. 7-13, jan. 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0101-6628.198>>. Acesso em: 05 jan.2024

YASUI, S.; COSTA-ROSA, A. A Estratégia Atenção Psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de Saúde Mental. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 32, n.

78/79/80, p. 27-37. jan. 2008. Disponível em: <
<https://www.redalyc.org/pdf/4063/406341773003.pdf>>. Acesso em: 22 fev.2024

YASUI, S.; LUZIO, C. A.; AMARANTE, P. Atenção psicossocial e atenção básica: a vida como ela é no território. **Revista Polis e Psique**, v. 8, n. 1, p. 173-190, 2018. Disponível em: < <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpps/v8n1/v8n1a11.pdf>>. Acesso em: 22 fev.2024

APÊNDICE A – ROTEIRO DA ENTREVISTA

Perguntas disparadoras para os **Gestores** de Unidades de Acolhimento Institucional

Nome:

Gênero:

Cor:

Idade:

Função:

Tempo na Fundação de Ação Social:

Tempo de serviço nessa Unidade de Acolhimento Institucional:

1.Você poderia nos contar como é o seu dia a dia no trabalho?

2.Como é a dinâmica de vocês com os adolescentes que possuem algum problema mental? Como vocês identificam que um adolescente possui algum problema de saúde mental?

3.O que acontece, por exemplo, se um adolescente fica agitado? Acontece algo assim?

4.O que acontece, por exemplo se um adolescente fala que pensa em se matar? Aconteceu algo assim?

5.E a equipe? Como costuma agir quando isso acontece? Quando um adolescente o procura ou procura algum membro da equipe chorando ou relatando que não suporta mais estar ali, como você e/ou a equipe costuma reagir?

6.A quem você e a equipe pedem ajuda quando essas situações acontecem? Como é a relação das Unidades de Acolhimento com a Rede de atenção à saúde?

7.Como é a atenção à saúde mental desses adolescentes?

8.O que é feito para lidar com esses problemas de saúde mental na Unidade?

9.E sobre os adolescentes que usam medicamentos psiquiátricos, como isso é feito na Unidade?

10.Como você, enquanto gestor(a), acredita que a equipe deve se organizar para atender a essas demandas?

11.Há algo mais que você queira falar?

Perguntas disparadoras para os **Trabalhadores** das Unidades de Acolhimento Institucional

1.Você poderia nos contar como é o seu dia a dia no trabalho?

2.Como é a dinâmica de vocês com os adolescentes que possuem algum problema mental? Como vocês identificam que um adolescente possui algum problema de saúde mental?

3.Como vocês se organizam para lidar com estas demandas?

4.O que acontece, por exemplo, se um adolescente fica agitado? Acontece algo assim?

5.O que acontece, por exemplo se um adolescente fala que pensa em se matar? Aconteceu algo assim?

5.E a equipe? Como costuma agir quando isso acontece? Quando um adolescente o procura ou procura algum membro da equipe chorando ou relatando que não suporta mais estar ali, como você e/ou a equipe costuma reagir?

6.A quem você e a equipe pedem ajuda quando essas situações acontecem? Como é a relação das Unidades de Acolhimento com a Rede de atenção à saúde?

7.Como é a atenção à saúde mental desses adolescentes?

8.O que é feito para lidar com esses problemas de saúde mental na Unidade?

9.E sobre os adolescentes que usam medicamentos psiquiátricos, como isso é feito na Unidade?

10.E você como se sente ou como fica em relação a tudo isso?

11.Há algo mais que você queira falar?