



UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS
CURSO DE PSICOLOGIA

LAYRA MARIANE DE SOUSA CARVALHO

**O CUIDADO AO ADOLESCENTE NA ATENÇÃO BÁSICA:
ARTICULAÇÃO ENTRE SAÚDE, PSICOLOGIA E EDUCAÇÃO**

Volta Redonda

2018

LAYRA MARIANE DE SOUSA CARVALHO

**O CUIDADO AO ADOLESCENTE NA ATENÇÃO BÁSICA:
ARTICULAÇÃO ENTRE SAÚDE, PSICOLOGIA E EDUCAÇÃO**

**Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado no Curso de Graduação em
Psicologia do Instituto de Ciências
Humanas e Sociais da Universidade Federal
Fluminense como requisito parcial para
obtenção do grau de Bacharel em
Psicologia.**

**Orientador: Prof. Dr. Ricardo Sparapan
Pena**

Volta Redonda

2018

TERMO DE APROVAÇÃO

LAYRA MARIANE DE SOUSA CARVALHO

O CUIDADO AO ADOLESCENTE NA ATENÇÃO BÁSICA: ARTICULAÇÃO ENTRE SAÚDE, PSICOLOGIA E EDUCAÇÃO

Monografia aprovada pela Banca Examinadora do Curso de Psicologia da Universidade Federal Fluminense – UFF

Volta Redonda, ____ de _____ de _____.

BANCA EXAMINADORA

**Professor Doutor Ricardo Sparapan Pena – Universidade Federal Fluminense –
Orientador**

Professora Doutora Nancy Lamenza Sholl da Silva – Universidade Federal Fluminense

Professor Doutor Roberto de Oliveira Preu – Universidade Federal Fluminense

Ficha catalográfica automática - SDC/BAVR

C331c Carvalho, Layra Mariane de Sousa
O cuidado ao adolescente na Atenção Básica: articulações
entre Saúde, Psicologia e Educação / Layra Mariane de Sousa
Carvalho ; Ricardo Sparapan Pena, orientador. Volta Redonda,
2018.
36 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia)-
Universidade Federal Fluminense, Instituto de Ciências
Humanas e Sociais, Volta Redonda, 2018.

1. Saúde Coletiva. 2. Psicologia. 3. Educação. 4.
Atenção Primária à Saúde. 5. Produção intelectual. I.
Título II. Sparapan Pena, Ricardo, orientador. III.
Universidade Federal Fluminense. Instituto de Ciências
Humanas e Sociais. Departamento de Psicologia.

CDD -

Á minha mãe, Carmen.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha mãe, minha maior incentivadora, que sempre esteve ao meu lado me encorajando a continuar, que batalhou a vida toda para que eu pudesse estar aqui nesse momento. Sou grata a minha família por acreditarem e estarem sempre ao meu lado quando precisei. Agradeço especialmente, ao meu professor Ricardo Sparapan Pena, que me ensinou a amar e defender o SUS, obrigada por ter me acolhido e feito me sentir à vontade em um ambiente que muitas vezes pareceu distante de mim e de onde eu venho.

Agradeço a todos os meus amigos por estarem sempre presentes, trazendo alegria e leveza nessa jornada. Agradeço em especial algumas pessoas que estiverem comigo quando eu mais precisei na graduação, oferecendo apoio e afeto, à Letícia Spínola, minha primeira parceira de turma por todas as vezes que eu pensei em desistir no começo do curso, me dizendo: “não amiga, você vai conseguir, eu te ajudo!”. Íris e Edyara, por me acompanharem dentro e fora da universidade, oferecendo apoio, textos e muitas histórias. A Letícia Cotrin por doar seu tempo me auxiliando na construção desse trabalho, obrigada por todo auxílio necessário. Agradeço a minha grande amiga Ajamilla, por dividir anos de amizade, por estar sempre ao meu lado e lembrando “um dia de cada vez”. Amo todos vocês!

RESUMO

O presente estudo aborda a problemática do cuidado em saúde para o público infanto-juvenil, apontando diretrizes para o trabalho realizado na Atenção Primária. Neste sentido, foi realizada uma revisão bibliográfica, cujo resultado apresenta as principais ações em saúde para o acolhimento e acompanhamento desses sujeitos dotados de direitos e que muitas vezes são negligenciados por falta de informação preparo das equipes de saúde. Compreendendo a falta de diretrizes específicas para o cuidado em saúde mental para essa faixa etária entre 12 e 18 anos, foram analisadas as possibilidades e desafios de uma clínica ampliada e compartilhada para o atendimento integral dessa população específica, pois, acredita-se que a articulação de uma rede intersetorial e efetiva de atenção poderá contribuir para redução de agravos e prejuízos na vida adulta.

Palavras-chave: Saúde Coletiva; Psicologia; Educação; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

This study addresses the health care problem for children and adolescents, pointing out guidelines for the work performed in primary care. In this sense, a bibliographic review was carried out, the result of which presents the main health actions for the reception and follow-up of those subjects with rights and who are often neglected due to lack of information preparation of the health clubs. Understanding the lack of specific guidelines for mental health care for this age group between 12 and 18 years, we analyzed the possibilities and challenges of an expanded and shared clinic for the integral care of this specific population, since it is believed that the articulation of an intersectoral and effective network of attention may contribute to the reduction of injuries and losses in adult life.

Keywords: Public Health; Psychology; Education; Primary Health Care.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	p. 10
1.1 Excertos sobre a psicologia, saúde e educação no Brasil	p. 11
1.2 Breve abordagem sobre a experiência na relação entre UBSF e escola	p. 13
1.3 Aspectos metodológicos	p. 15
2. AÇÕES EM SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE NO SUS/APS	p. 17
2.1 Atenção Primária Saúde/Atenção Básica à saúde no Brasil	p. 17
2.2 A produção do cuidado em rede ao adolescente na aps	p. 18
2.3 Políticas de Saúde mental à criança e adolescente no SUS	p. 20
3. SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA	p. 26
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS SOBRE O ADOLESCER E A ATENÇÃO BÁSICA	p. 31
REFERÊNCIAS	p. 33

1. INTRODUÇÃO

Este trabalho consiste em uma revisão bibliográfica sobre a atenção à saúde mental de adolescentes na Atenção Básica (AB)/Sistema Único de Saúde (SUS), acompanhada de algumas reflexões produzidas em uma experiência de estágio supervisionado em psicologia, junto a uma Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF), conjuntamente com uma escola de ensino fundamental, ambas situadas no mesmo território. Com base no trabalho realizado nessas duas instituições, percebeu-se a importância da adolescência enquanto etapa constitutiva do sujeito, principalmente quando nos deparamos com adolescentes em situação de vulnerabilidade social, exposição à violência e negligenciados pela família e pelo estado, o que fere a legislação que garante o cuidado ao desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social de crianças e adolescentes, em condições de liberdade e de dignidade (Brasil, 1990).

De acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), considera-se adolescente a pessoa entre 12 e 18 anos de idade, levando-se em conta que está em processo de desenvolvimento, e, sendo assim, existem especificidades e necessidades que precisam ser respeitadas. Deste modo, para que a saúde como direito seja ofertada, exige-se o contínuo fortalecimento de um modelo que seja referência aos usuários dos serviços, buscando que o cuidado seja feito de forma integral e compartilhado, pactuado e articulado em rede, considerando o sujeito e sua relação com o território físico e vivencial.

A experiência de estágio realizada na UBSF foi o que verdadeiramente motivou a escrita deste Trabalho de Conclusão de Curso voltado a este tema, onde observamos a dificuldade de integrar as práticas de cuidado ofertadas pela UBSF às demandas que se apresentavam na escola. As questões que emergiram da vivência com adolescentes no espaço escolar pouco encontraram acolhimento nas agendas tanto dos educadores como dos profissionais de saúde. Assim, que escuta foi possível produzir para este problema? Seria possível reproduzir o modelo de atenção tradicional da psicologia a esta questão?

1.1 EXCERTOS SOBRE PSICOLOGIA, SAÚDE E EDUCAÇÃO NO BRASIL

Estudos sobre a articulação entre educação e aspectos comportamentais que, posteriormente, tornaram-se objetos da psicologia, são antigos, datados do período pré-colonial, quando a educação era papel fundamental para possíveis mudanças de comportamento. Ao longo do tempo, a escola utilizou diferentes modos de atuar, conforme a sociedade demandasse formação específica dos seus membros, destinando suas ações para parte privilegiada da sociedade, atendendo a interesses das classes dominantes (Antunes, 2008).

Ao estudar obras produzidas no período colonial, no âmbito da filosofia, moral, educação e medicina, entre outras, identifica temas como: aprendizagem, desenvolvimento, função da família, motivação, papel dos jogos, controle e manipulação do comportamento, formação da personalidade, educação dos indígenas e da mulher, entre outros temas que, mais tarde, tornaram-se objetos de estudo ou campos de ação da psicologia (Antunes, 2008).

Neste momento, portanto, segundo Antunes (2011) conferia-se à educação o papel de transformar as tendências inatas, reconhecendo o papel do ambiente. As escolas nesse contexto serviam como dispositivos de saneamento físico e moral, com intuito de normalizar o comportamento dos alunos segundo uma prática higienista (Antunes, 2011).

Entretanto, no início do século XX, houve mudanças significativas quanto à disposição da sociedade e das visões políticas, uma vez que nesse momento disparou um pensamento liberal em busca de modernidade rumo ao processo de industrialização no país. Para tanto, essas mudanças influenciaram o próprio sujeito, o qual deveria apropriar-se das novas formas de mundo, segundo um modelo produtivista que implicou em novas relações de trabalho (Antunes, 2011; Cunha; Bortoloti, 2003).

A Psicologia Escolar segundo uma perspectiva clínica em ascensão, por sua vez, baseava-se num modelo médico que fundamentava um atendimento clínico individual, além de basear-se em interpretações patologizantes, o que tirava o foco das relações sociais e pedagógicas que se constituíam no interior da escola, sobrepondo a elas questões individualizantes. Percebe-se, a partir disso, que as relações entre a Psicologia e a Educação careciam de um olhar que colocasse como no centro das discussões as relações sociais, e não questões individuais (Antunes, 2008/2011). Segundo Antunes (2011, apud Patto, p.26), “o

fracasso escolar não era o resultado de condições intrínsecas à criança, mas produzidos pelas e nas relações escolares”.

Contudo, na atualidade, os jovens se deparam com a realidade que ainda os colocam em situação de vulnerabilidade em relação ao seu futuro, promessas de boa inserção em bons empregos não são mais garantia, mesmo com a tentativa e esforço para se manterem como estudantes. A falta de oportunidades desmotiva os jovens a se manterem na escola, aumentando a evasão escolar (Soares, 2015).

Compreendendo esse recorte social onde o jovem periférico se encontra, é possível perceber como essa classe se torna alvo de preconceitos e, por consequência, excluída dos espaços de tomada de decisão.

Convertidos em núcleo da questão social e da insegurança, estes jovens se veem cristalizando todas as ameaças da sociedade e personificando as figuras de quem devemos proteger-nos. Jovens que, aliados dos modernos processos de inserção pelo trabalho a partir do desmonte da promessa de futuro e proteção, colocam em questão a própria ideia moderna de juventude (Soares, 2015, p. 196).

Cabe a nós pensarmos os caminhos que a psicologia precisa percorrer em conjunto com a educação para que seja possível desconstruir a imagem de uma escola excludente, para que ela possa servir como dispositivo de capacitação, e formação de uma sociedade crítica e participativa. Além disso, sendo contraponto a essa ideia de meritocracia, que faz com que fenômenos coletivos, como evasão e fracasso escolar sejam atribuição de um indivíduo particular e não como construções sociais.

Pensando sobre a problemática da construção de espaços de escuta e atenção às demandas produzidas na relação entre educação e saúde, nos perguntamos como a intervenção operada pelo estágio nos traria algum caminho contrário ao que observamos. De acordo com Patto (1999), a psicologia junto à educação, no primeiro momento, não tem uma contribuição verdadeiramente positiva. Ela colaborou para construção de uma escola excludente, implantando uma clínica pura, praticada dentro dos consultórios particulares, não sendo viável dentro do contexto escolar.

Nesta mesma linha, de acordo com Dazzani (2010), as teorias do desenvolvimento e concepções sobre a infância e normalidade criam expectativas de que alunos se adaptem às exigências e padrões da escola, sociedade ou normalidade que estão demasiadamente marcadas por demandas sociais e econômicas específicas, como por exemplo, valores morais, certas imagens de felicidade, consumo, etc.

Quando se apresentam sujeitos que fogem do modelo exigido dentro da instituição escolar, são lançados discursos que os responsabilizam individualmente pela não adequação aos parâmetros pré-estabelecidos do que seria um aluno adequado, tirando a responsabilidade do Estado e da escola, os quais não oferecem ações para inclusão desses alunos que sofrem severa desigualdade e compactuam com o discurso falacioso da meritocracia, como se o desempenho escolar estivesse desconectado do seu contexto social e de todas as dificuldades que o jovem pobre, que frequenta a escola pública, enfrenta (Dazzani, 2010).

Se, em consonância com as autoras, podemos dizer que a escola se coloca como um espaço pouco atento às demandas dos adolescentes, as observações realizadas no estágio confirmam esta impressão. Em nossa experiência singular, a demanda que chega até a UBSF, em relação a esses jovens, vem em busca de uma solução para as mais variadas formas de patologização da vida como Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), Transtorno Opositivo-Desafiador (TOD), Dislexia, entre outros.

1.2 BREVE ABORDAGEM SOBRE A EXPERIÊNCIA NA RELAÇÃO ENTRE UBSF E ESCOLA

Sem o propósito de nos alongarmos sobre o que fizemos nesta experiência de estágio, com a aposta de construir um trabalho na parceria entre saúde e escola, sentimos necessidade de colocar que também vimos que, no território em questão, não existe um espaço social que acolha os aspectos relacionados à vida afetiva e à sexualidade dos adolescentes. Para além de palestras que visam à transmissão de conhecimentos, bem trabalhadas nas escolas, faltou-nos a potencialidade do debate, da abertura de um espaço para que os jovens possam refletir e falar sobre suas angústias e seus medos. Ao facilitar o acesso dos jovens à UBSF, buscamos um acesso à problemática do adolescer por via da saúde, e não da doença, fazendo valer a promoção da saúde, buscando desenvolver a autonomia dessa população, sua capacidade de tomar decisões, e refletir sobre seus conflitos.

Assim, em parceria com a equipe de saúde da família da UBSF, foi proposto a criação de um grupo com adolescentes na escola, com intuito de acolher e trabalhar

experiências de vida, educação, criação de vínculo, e que pudesse escutar as demandas de saúde dentro do ambiente escolar, convocando a participação dos educadores que estivessem dispostos a contribuir com o trabalho. Como dispositivo facilitador deste esse grupo, foram usadas músicas de *rap* escolhidas pelos alunos e, a partir do conteúdo das letras, abrimos o debate sobre diferentes temas apontados pelo coletivo. Conforme o grupo foi se formando, os estudantes criaram suas próprias músicas e demonstram interesse em apresentá-las para todo o coletivo da escola. Além dessas criações musicais que falavam sobre suas experiências de vida, surgiram demandas difíceis de serem acolhidas no contexto escolar e desta forma, surgiram impedimentos para a continuidade do grupo. Com o fim do grupo, findou-se também a possibilidade de direcionar tais demandas dos alunos à UBSF, assim como também o estreitamento das parcerias de trabalho entre os profissionais da saúde e da educação. Conforme dito acima, se as demandas tiveram pouca acolhida da escola, na UBSF também enfrentamos o mesmo problema.

Entendendo que a adolescência é um período caracterizado por mudanças, podemos e devemos explicitar a necessidade de estruturas e ações intersetoriais que deem suporte para o seu desenvolvimento integral, trabalhando a prevenção, por exemplo, à infecção por doenças sexualmente transmissíveis, à gravidez precoce, ao uso abusivo de álcool e outras drogas, aos acidentes e às diferentes formas de violência (Brasil, 2005).

Deste modo, considerando a vulnerabilidade do território onde aconteceu o estágio, foi necessário estabelecer uma entrada na escola que possivelmente fosse aceita pelos alunos, conhecendo e respeitando as preferências pessoais. Estava explícita a carência de informações e comprovou-se a necessidade do cuidado para que o adolescente tenha conhecimento sobre a saúde e seu próprio desenvolvimento, e o quanto a falta deste saber pode ser prejudicial à sua vida. Era (é e sempre será) necessário o cuidado para que ele conheça o seu limite e o limite do outro, para que possa, assim, compreender, por exemplo, o que é violência e as várias formas pelas quais ela atravessa nosso cotidiano.

Como forma de trabalhar essa vulnerabilidade, presente no processo de adolecer, apontamos que é indispensável a qualificação de profissionais, na singularidade deste trabalho, especificamente da Atenção Básica (AB), pois é uma política de cuidado em saúde que abrange todo o território, lado a lado com a comunidade. Enfatizando, por exemplo, o

trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), é possível que se dê visibilidade às nuances que compõem a vida no território. Fazer um acompanhamento longitudinal da problemática dos adolescentes, neste caso, é fortalecer vínculos com a população.

Portanto, para trabalhar com essa faixa etária na AB é preciso sair da passividade de dentro dos consultórios, sendo fundamental a ampliação da clínica (Campos, 2013), não apoiado somente no modelo biomédico, deslocando o foco da intervenção na doença para o contexto de produção da mesma.

1.3 ASPECTOS METODOLÓGICOS

Até este momento trouxemos um breve panorama da experiência de estágio. O intuito é apenas apresentar o problema que experimentamos no território: a escassez de espaços e ofertas de atenção às questões afetivas e referentes à violência e à sexualidade da população adolescente neste território. Construído o problema, nosso objetivo com esta escrita é refletir sobre as possibilidades de cuidado ao adolescente na Atenção Básica à Saúde (AB), compreendendo seu papel na constituição de vínculo com esta a população, tendo em vista as especificidades que o público jovem enfrenta nessa etapa da vida. Pretendemos, também, promover articulações entre saúde e educação, compreendendo as possíveis interferências da psicologia nessas articulações.

Produzimos, para tanto, um trabalho de pesquisa bibliográfica sobre as experiências de cuidado à saúde dos adolescentes na AB, buscando uma breve interlocução com a prática de estágio que ocorreu na parceria entre a escola e a UBSF, em um território de grande vulnerabilidade socioeconômica. Esta revisão de literatura trabalhou com capítulos de livros, textos de documentos institucionais e artigos científicos encontrados nas bases de dados apontadas pelo Scielo, e também constantes da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Todos os textos serviram para relacionar as práticas de cuidado com os adolescentes às análises que pudemos construir sobre a atuação das políticas públicas neste âmbito.

Foram utilizados, então, 7 capítulos de livros, cujas leituras se deram pelo processo de estágio, e utilizados 16 artigos, sendo que o critério de busca se constituiu a partir de textos publicados em revistas científicas brasileiras, das áreas de saúde e educação, sem recorte específico de tempo de publicação. Também foram utilizadas 2 teses de doutorado, além dos 9 documentos institucionais como portarias e cadernos do Ministério da Saúde.

2. AÇÕES EM SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE NO SUS/APS

2.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA SAÚDE/ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE NO BRASIL

Segundo consta na Portaria GM/MS nº 3088, de 23 de dezembro de 2011, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), consiste em uma rede de cuidados com a finalidade de sustentar um novo modelo de atenção em saúde mental. A RAPS é implementada através da “*criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas*” (Brasil, 2011). A partir de um atendimento integral, coparticipativo e humanizado, realizado por meio de ações em saúde, articuladas aos diversos pontos da rede, no território é possível a prática de uma clínica ampliada, pautada no sujeito e em suas demandas.

Desse modo, a RAPS estrutura-se por meio de sete pontos de cuidado, quais sejam: Atenção Básica; Atenção Especializada; Urgência e Emergência; Atenção Residencial de caráter transitório; Atenção Hospitalar; Estratégias de Desinstitucionalização e Reabilitação Psicossocial e Geração de Renda, compostos por serviços que os caracterizam e permitem que estes campos funcionem de forma integrada na rede (Brasil, 2011).

No campo da saúde pública brasileira, como aponta Dimenstein (2009) a APS tem como sua característica mais importante, ser a porta de entrada no sistema de cuidado à saúde. Além disso, sua ação torna-se privilegiada em virtude de estar inserida no território e poder ofertar cuidados contínuos à população. Para melhor compreensão, é necessário considerar a saúde como um conjunto de variados fatores, como a organização da produção da sociedade e também todas as desigualdades nela presentes, como alimentação, habitação, educação, lazer e acesso aos serviços de saúde, não podemos nos orientar apenas da ausência de doença. No exercício profissional, o trabalhador em saúde deve se atentar e considerar o contexto histórico-cultural daquela determinada população. Esse trabalho é realizado através das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e cabe a elas conhecer e trabalhar apontando para a resolutividade dos problemas de maior incidência no território do usuário (Brasil, 2017).

A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (Brasil, 2012a, p. 19).

Segundo a Portaria N°. 3.124 de 28 de dezembro de 2012¹, faz parte do nosso trabalho de promover cuidado em saúde, pensarmos como a AB se configura neste contexto e auxilia as ações de cuidado pensadas pela RAPS, visando o respeito aos sujeitos, a garantia de seus direitos ao ofertar serviços humanizados, de forma a garantir a equidade, rompendo estigmas e preconceitos, e promovendo estratégias de cuidado, redução de danos, possibilitando a autonomia desse sujeito com ênfase nos serviços de base territorial e inseridos nas próprias comunidades (Brasil, 2012b).

Tal campo se desenvolve com o mais alto grau de descentralização e competência, buscando aproximar-se da vida e do cotidiano das pessoas, “*se orientando pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, do cuidado contínuo, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social*” (Brasil, 2011), considerando o sujeito em sua singularidade biopsicossocial. Desse modo, a oferta de cuidado é realizada pelos profissionais de saúde em diálogo com a comunidade e os sujeitos, promovendo acolhimento, fortalecimento de vínculos entre usuários, famílias e trabalhadores, ofertando cuidado e possibilidades de potencialização de vida.

2.2 A PRODUÇÃO DO CUIDADO EM REDE AO ADOLESCENTE NA APS

Considerando os avanços postulados pela Reforma Psiquiátrica, pode-se constatar que o atual modelo de atenção em “*saúde mental tem como foco a ampliação e a qualificação do cuidado às pessoas com transtornos mentais nos serviços, com base no território*” (Brasil, 2009 p 36). Isso é sustentado a partir de uma nova perspectiva a respeito da concepção de cuidado, e precisa acontecer com o objetivo de oferecer ao paciente a possibilidade do exercício de plena cidadania e favorecendo a construção de autonomia em seu próprio

¹ Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3124_28_12_2012.html.

território, fortalecendo a sua rede cultural e social. Desta forma, é muito importante que sempre haja a formação de rede entre a Saúde Mental e a Atenção Primária à Saúde (Brasil, 2009).

Assim, o trabalho articulado entre Saúde Mental e Saúde da Família vai de encontro com a responsabilidade em relação à produção de saúde, além de ser um potencializador do cuidado e uma garantia de efetividade dos princípios do SUS, especialmente considerando que casos diretamente relacionados à saúde mental, tais como os de sofrimento psíquico, têm influência direta na diminuição da qualidade de vida de uma população, além de que cotidianamente as equipes de saúde da família se deparam com esse tipo de casos (Brasil, 2009).

É preciso, portanto, viabilizar estratégias de ampliação do acesso ao cuidado em saúde mental e, a principal delas, é a priorização de ações desse tipo dentro da Atenção Primária à Saúde, qualificando-a para o tratamento de tais casos. Para tanto, é proposto *“um trabalho compartilhado de suporte às equipes de SF por meio do desenvolvimento do apoio matricial em saúde mental pelos profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)”* (Brasil, 2009, p 39).

Para o cuidado voltado ao público infanto-juvenil, o dispositivo da saúde mental é o Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi), serviço territorial com finalidade de atender casos de maior complexidade, composto por equipes multiprofissionais, atendendo crianças e adolescentes, ofertando diferentes níveis de cuidado e abordagens. O serviço também é direcionado aos familiares dos usuários em regimes diferenciados de atenção (Couto; Duarte; Delgado, 2008). Apesar da estratégia dos Centros de Atenção Psicossocial, muitos municípios brasileiros não se enquadram no critério do número de habitantes para implantação desse dispositivo, e mesmo os que se enquadram nesse critério necessitam de outras ações voltadas para o desafio de atender a demanda de saúde mental dentro da rede de saúde pública (Brasil, 2002).

Por fim, deve ser destacada a necessidade de haver uma eficaz articulação da APS com a rede de serviços de Saúde Mental, buscando sempre integrar o NASF e o CAPS no território *“com organização de espaços coletivos de trocas, discussões de casos, construções de projetos terapêuticos, intervenções conjuntas entre as diferentes equipes, tendo como foco a singularidade de cada situação de saúde mental”* (Brasil, 2009, p. 46).

2.3 POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL À CRIANÇA E ADOLESCENTE NO SUS

A Constituição Federal de 1988 (CF, 1988) estabelece a saúde como um direito de todos e dever do Estado, e deve ser garantido através de políticas sociais e econômicas que assegurem a redução de risco de doenças, através da criação do SUS, buscando acesso universal e igualitário. Esse direito ao acesso a saúde é fortificado pelo Estatuto da Criança e Adolescente, como no seu Art.11², afirmando o acesso integral às linhas de cuidado voltadas à saúde da criança e do adolescente (Reis, Delfini, 2012).

A atenção voltada à saúde mental de crianças e adolescentes e seu reconhecimento como uma questão de saúde pública integrante das ações do Sistema Único de Saúde (SUS) é recente e tem sido considerada como um dos principais desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. O movimento da Reforma Sanitária, sedimentada com construção do SUS, e o reconhecimento da criança e do adolescente como sujeitos de direitos e responsabilidades pela promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), de 1990, redefiniram a posição do Estado em relação à assistência e à elaboração de políticas públicas voltadas a tal população (Reis & Delfini, 2012, p. 357).

A assistência à saúde para o público jovem é primordial para compreendermos aspectos biológicos, psicossociais, estes que são inseridos no seu contexto social, familiar, cultural e, assim, apostar em ações estratégicas voltadas para o território. Portanto, para atender de maneira satisfatória esses jovens é preciso que seja realizado um acolhimento eficaz em um ambiente humanizado, de responsabilização, criação de vínculos. Para que posteriormente, junto à equipe multidisciplinar, seja criado um projeto terapêutico singular que possibilite o fortalecimento da sua autonomia na produção do seu cuidado.

É necessário destacar que a vulnerabilidade deve ser considerada como resultado da interação de conjunto de variáveis que determina a maior ou a menor capacidade de os sujeitos se protegerem de um agravo, de um constrangimento, adoecimento ou situação de risco (Brasil, 2010, p. 78).

Contudo, como afirmam Couto, Duarte e Delgado (2008), existe uma discrepância entre a necessidade de cuidado em saúde mental para o público infanto-juvenil e a oferta de serviços aptos para responder a essa demanda, embora esse cenário seja recorrente em diferentes nações. Portanto, é ainda mais preocupante nos países em desenvolvimento.

O reconhecimento de uma dívida histórica por parte da saúde mental pública para com esta população [de crianças e adolescentes], aliado à constatação de uma

² Texto compilado disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8069.htm.

dispersão da assistência por diferentes setores públicos, principalmente os da assistência social, educação, saúde geral, justiça e direitos, fez da intersetorialidade um ponto de partida para implantação e gestão da saúde mental infantil, invertendo o processo comum a outras políticas públicas nacionais que chegam a ela depois de terem percorrido alguns caminhos e avaliado a pouca efetividade dos resultados alcançados (Couto; Delgado, 2010, [S.N.]³ citado por Brasil, 2014, p. 25).

De acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente, o jovem tem todos os direitos humanos, civis e sociais garantidos por lei na Constituição. Devendo, este, ser respeitado como sujeito de direitos, tendo sua liberdade e dignidade protegida e fortalecida através de formulação e execução de políticas públicas. Além disso, a destinação de recursos públicos para as áreas que exercem cuidado e proteção à infância e adolescência deve ser privilegiada (Brasil, 1990).

O Ministério da Saúde, não apresenta uma proposta exclusiva para saúde mental de crianças e adolescentes, senão o Centro de Apoio Psicossocial Infantil CAPSi, que atende casos mais severos, como transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas. Desta forma, no Brasil a saúde mental infanto-juvenil esta, nos dias de hoje, incorporado à Política Nacional de Saúde Mental do SUS, de acordo com as diretrizes definidas pela Lei nº. 410.216, de 6 de abril de 2001 (Brasil, 2001).

Em âmbito internacional, vem surgindo novos olhares sobre a saúde mental infanto-juvenil, de acordo com Couto, Duarte e Delgado (2008), vem sendo reiterada a necessidade de uma maior articulação entre os serviços oferecido na rede, dos mais aos menos especializados, principalmente aos de base comunitária e intersetorial, apoiando a efetividades do cuidado em saúde.

A intersetorialidade transcende a área da saúde, e tem como princípio a articulação de saberes e experiências de planejamento, realização e avaliação almejando o desenvolvimento social, a fim de diminuir a exclusão social (Junqueira, 1997). Nesse contexto, Programa Saúde na Escola (PSE) é instituído em 2007, como política intersetorial da saúde e educação e tem como objetivo ampliar o acesso da comunidade escolar aos serviços de saúde e contribuir com a formação integral dos estudantes, com ações de promoção, prevenção e atenção à saúde. É importante ressaltar que essa ação unindo saúde e educação precisa ser horizontalizada e

³ Disponível em: www.nuppsam.org/page16.php.

integrada aos conteúdos programáticos do currículo escolar e não desarticulada as intervenções que são efetuadas no ambiente escolar.

Ainda, conforme relatório da Organização Mundial da Saúde (2001), durante a adolescência é comum iniciar o aparecimento de sintomas relacionados a transtornos mentais, ao mesmo tempo em que a atenção conferida à saúde mental dos jovens é insuficiente. Este fato evidencia-se pela escassez de pesquisas envolvendo a saúde mental na adolescência, especialmente em interface com a educação (Robaert & Schonardie, 2017, p. 196).

A educação deve ser um processo de transformação social, ocupando um lugar inquestionável, na constituição do sujeito e a sociedade a sua volta. Passar pela escola é um fato quase natural e determinado a todos, pelo menos em algum momento da vida, a maioria já esteve em contato com esta instituição, que de acordo com Augusto (2011), depois da família, com seus castigos e zelos, a escola é um lugar privilegiado do governo das crianças e jovens, com a sua cultura do castigo tem como objetivo transformar jovens arteiros em adultos ordeiros, governando seu corpo e docilizando seu comportamento, portanto, a disciplina sendo consequência de corpos adaptados ao ambiente escolar e posteriormente úteis economicamente, deixou marcas na memória dos alunos de escolas tradicionais, e estes constroem uma relação pouco satisfatória e saudável dentro desse contexto.

A experiência no âmbito da saúde interligada a educação permitiu observar muitas questões relacionada a promoção em saúde infanto-juvenil e suas próprias questões, como por exemplo o uso de drogas e a violência entre os alunos. No entanto, como aponta Augusto (2011), as escolas fecham os olhos para o uso recorrente de medicamentos prescritos, por base nos diagnósticos a partir do rendimento escolar e trabalham a violência de forma repressiva, deixando de fora a sua autocrítica, sem analisar os fluxos que as produzem.

Não está mais em jogo expurgar esses demônios do convívio escolar e expulsá-los da escola. Ao contrário, há uma política voltada para criar dispositivos capazes de mantê-los próximos, à vista, monitorados e, de preferência, funcionando a favor do indispensável papel da escola como espaço de convivência da comunidade. (Augusto, 2011, p. 129).

Para que a educação dê conta de toda sua pluralidade, que é colocada em um único espaço físico é preciso ter o apoio de diferentes atores interligados ao propósito de levar educação de qualidade, pautada pela ética e também estabelecer pontos de apoio nos demais serviços que compõe o seu território de atuação, sendo a UBS, um ponto importante para esse suporte, pelo fato de poder oferecer acesso ordenado a toda rede de saúde e poder fazer

acompanhamento longitudinal de acordo com cada demanda, tomando para si a responsabilidade de cuidar integralmente da população do seu território.

Com o objetivo de superar esta delegação silenciosa e os problemas assistenciais que lhe são inerentes, existem hoje ações em direção à implantação de uma política de saúde mental para infância e adolescência como um plano específico, integrado à política geral de saúde mental do SUS. A principal finalidade desta política é a construção de uma rede de cuidados capaz de responder com efetividade às necessidades de crianças e adolescentes. Duas ações principais estão em curso nos últimos anos: 1) a implantação pelo SUS de novos serviços de saúde mental para crianças e adolescentes, os Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSi); e 2) a construção de estratégias para articulação intersetorial da saúde mental com setores historicamente envolvidos na assistência à infância e adolescência: saúde geral, educação, assistência social, justiça e direitos. (Couto, Duarte & Delgado, 2008, p. 391).

Por outro lado, sabe-se que apesar de todos os avanços de políticas públicas voltadas para saúde pública, ainda há que se caminhar no sentido de incluir ações direcionadas para saúde do adolescente e serviços que consigam estabelecer rede, fortalecendo o trabalho realizado no território, construindo consenso nos próprios trabalhadores da saúde o fato de que algumas práticas podem ser adotadas para potencializar estilos de vida mais saudáveis, cuidando do bem-estar físico e mental dos indivíduos. De acordo com Prates, Garcia & Moreno (2013), o incentivo as práticas que podem ser consideradas saudáveis possuem valor relativo em cada caso, mas podem ser eficazes na maioria dos casos e para que essa proposta seja possível, é necessário que a equipe esteja afinada para o mesmo propósito, a equipe de Agentes Comunitários é essencial para o mapeamento do território, sabendo quais ofertas são oferecidas no bairro, quais as suas carências e pontos de potência.

Mesmo considerando os avanços metodológicos ocorridos na última década em relação às estratégias de definição e avaliação da severidade nas patologias mentais infantis e juvenis, grande parte dos países carece de estudos rigorosos e abrangentes sobre o tema. Pesquisas epidemiológicas consistentes, que considerem a especificidade de fatores regionais/culturais na proteção ou risco à saúde mental de crianças e jovens, ainda constituem um desafio a ser enfrentado em diversos países do mundo. (Couto, Duarte & Delgado, 2008, p.391).

Conseqüentemente, o atendimento realizado nas UBS, sendo atento ao usuário e ofertando acompanhamento e resolutividade, pode diminuir o número de encaminhamentos para serviços especializados, facilitando o acesso para casos mais urgentes. Conforme traz Prates, Garcia & Moreno (2013), a Atenção básica, pode acolher e se responsabilizar por casos de menor complexidade e estabilizados, criando vínculo com a família e ofertando apoio para o cuidado realizado em casa.

A partir da experiência de estágio supervisionado, realizado na Atenção básica, nota-se que é necessária a capacitação dos profissionais frente a questões de saúde mental, sensibilizar o olhar das equipes que lidam diariamente com jovens nas mais variadas formas de experimentar a vida e o corpo e que têm direito ao tratamento adequado para cada demanda que se apresentar, sem qualquer tipo de julgamento e preconceitos pessoais, a ética profissional precisa ser seguida e acima de tudo respeitada.

Hoje, observamos um prolongamento dessa etapa da vida, evidenciado pela precocidade da puberdade, por um maior tempo de escolarização e uma entrada tardia no mercado de trabalho. Inserindo-se num período longo, de grande crescimento e desenvolvimento, a clientela adolescente que procura os serviços de saúde é muito variada, não homogênea e impõe ações específicas que podem gerar conflitos bioéticos, éticos e legais (Taquette, Vilhena, Silva, Vale, 2005, p.171).

O atendimento a adolescentes precisa respeitar sua autonomia e direito de escolha sobre a forma que deseja ser atendido, se sente confortável na presença dos seus responsáveis ou não, os princípios éticos no cuidado para essa população se referem a confidencialidade, privacidade e ao sigilo e deixar isso exposto no primeiro momento, para que não haja constrangimentos (Taquette, Vilhena, Silva, Vale, 2005). Na abordagem com adolescentes a confiabilidade é também, um dispositivo que auxilia na adesão ao tratamento, incentivando a responsabilização e cuidado de si, no entanto, é necessário esclarecer sobre o rompimento do sigilo, em casos que esse jovem coloque a sua vida ou a de outrem em risco (Costa & Bigras, 2007).

Além disso, busca-se também uma boa relação com a família desse adolescente, demonstrando respeito e atenção ao círculo familiar, pois, é nesse cenário que pode desencadear ações positivas para o tratamento e acompanhamento do caso, conhecer o contexto em que o jovem está inserido e quais os fatores de risco e de proteção estão enlaçados no cotidiano dessa família. Sendo assim, é importante acolher também essas famílias que precisam de orientações para que a relação com o adolescente que está passando por algum determinado conflito, seja pacífica e compreensiva, favorecendo ambiente seguro para o desenvolvimento físico, mental e social desse sujeito.

Nesse sentido, há necessidade de se conscientizar os profissionais para que eles consigam identificar situações de negligência ou qualquer outro modo de violência, sem que esta seja naturalizada pelo contexto familiar, conforme Coelho & Franzin (2014) a violência pode ser toda ação que causa danos a saúde e desenvolvimento do sujeito, caracterizada por

maus tratos, privação de liberdade ou violência psicológica que pode se manifestar com agressões verbais e humilhações, não fica restrita apenas a violação do corpo, como abusos e violência física. Assim, a intervenção em situações de risco é dever do setor público, a violência na infância e adolescência é considerada um preocupante problema social e saúde pública, a violação dos direitos humanos causa desdobramentos sociais e emocionais, o que repercute efeitos em toda sociedade.

3. SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA

Diariamente chega até a Unidade Básica de Saúde, uma demanda importante de saúde mental, com expectativa de que os profissionais daquele serviço possam oferecer resposta rápida e eficaz ao seu sofrimento, porém, uma série de questões dificultam o acolhimento e tratamento do usuário. Segundo Onocko Campos & Gama (2008), a falta de preparo técnico do profissional, a precariedade das condições de trabalho e falta de investimento dos gestores, fazem com que a demanda de saúde mental, não seja acolhida ou tenha uma escuta qualificada e, na maioria das vezes, seja tratada apenas com medicação. Isto implica, em grande parte, que o usuário do serviço seja tratado apenas com medicação, de modo a subtrair seu direito de acesso à uma clínica integral que o considere nos variados aspectos que constituem seu sofrimento.

Para Souza (2012), a organização do trabalho em rede é fundamental para o aperfeiçoamento do SUS, por dispor de diferentes realidades, pois, quando o arranjo desse trabalho é bem feito, o usuário tem a potência de diferentes tecnologias a serviço do seu cuidado integral, garantindo seu direito como cidadão. Com este arranjo, o olhar para o usuário passa a se dar de forma integral, entendendo-o como sujeito integrado a um meio. Busca-se, assim, não limitar o tratamento apenas à medicação, trazendo à cena mecanismos de cuidado que englobem o bem-estar não apenas físico, mas também, psíquico e social deste usuário. Proporciona-se a este, portanto, novos modos de vida para além do tratamento medicamentoso. Para isso, os serviços de saúde mental, quanto às ações realizadas na atenção básica, pressupõem e apostam num estreitamento nas relações entre vários setores da saúde e sociedade, uma vez que se constituem como práticas diferenciadas. Estas buscam integrar uma rede de relações que superem o campo da saúde, como um espaço puramente ambulatorial e prescritivo, e passem a elaborar a construção de relações sociais que produzam novos olhares sobre a complexidade do processo de saúde (Souza, 2012).

Neste sentido, como aponta Onocko Campos e Gama (2008), desde 2001 vem aumentando a preocupação do Ministério da Saúde, em relação à Saúde Mental e à Atenção Básica, promovendo debates, oficinas e participação de congressos a fim de estreitar as alianças de cuidado entre os serviços. Em novembro de 2003, houve a edição de uma Circular

Conjunta da Coordenação de Saúde Mental e Coordenação de Gestão da Atenção Básica, nº01/03, denominada “*Saúde Mental na Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários – Inclusão das ações de Saúde Mental na Atenção Básica*” (Onocko Campos e Gama, 2008).

A criação desse documento acima descrito trouxe um importante dispositivo que desempenha papel fundamental para organizar ações de saúde mental na atenção básica. Trata-se do apoio matricial, ferramenta indispensável para humanização da atenção e gestão em saúde pela Política Nacional de Humanização (Brasil, 2004). O apoio matricial propõe ações que permitem as equipes de referência trabalhar juntamente com outros profissionais, de modo transdisciplinar e voltado para o cuidado de cada usuário de maneira singular, apoiando assistencialmente e dando suporte técnico-pedagógico às equipes de referência. De acordo com Onocko Campos e Gama (2008), o Apoio Matricial além de apostar no acolhimento, estabelecimento de vínculos, pode ser um dispositivo que combate a lógica do encaminhamento, por via da responsabilização compartilhada dos casos.

O Apoio Matricial se constitui como ferramenta central nas propostas do Nasf, as quais contam com equipes de referência que devem ser responsáveis por um determinado número de pacientes de acordo com o território que é destinado a elas. Trata-se de uma ferramenta que prioriza uma responsabilidade pelos pacientes enquanto pessoas, em detrimento de procedimentos ou atividades como são comumente realizadas nas organizações, nas quais a responsabilidade é circunscrita a níveis quantitativos (Brasil, 2009).

O Apoio Matricial, realizado a partir das equipes de referência, não se define somente a esta perspectiva de responsabilidade, uma vez que foca-se também “*na distribuição de poderes que se quer na organização*” (Brasil, 2009, p. 11). Isto é, a equipe também é definida como uma coordenação, uma gerência a qual deve enfrentar os modelos tradicionais que fragmentam a atenção e instituem chefias que se dividem em corporações.

Para que a inclusão das ações de saúde mental na atenção básica possa se constituir num dispositivo eficaz mediante o estabelecimento de uma rede de recursos e de suporte (escolas, creches, espaços de lazer, possibilidade de inserção em algum tipo de trabalho, melhores condições de moradia etc.), realizar treinamento, supervisão e capacitação dos profissionais da atenção básica para uma escuta qualificada, atenta e cuidadosa em relação ao sofrimento do outro, além de noções para melhor lidarem com a doença mental (ações num momento de crise, de maior dificuldade, entre outras), sem as quais seria difícil imaginar a atenção básica como sendo um dispositivo eficaz no campo da Atenção Psicossocial (Souza, 2012, p. 103).

As Equipes Referência da Saúde da Família, por sua vez, não se enquadram nesse modelo, uma vez que buscam um cuidado interdisciplinar, o qual pressupõe uma interdependência dos profissionais de saúde. Estes devem ter um resultado final amparado por uma troca de saberes e, além do mais, que foquem no indivíduo nos seus diversos aspectos. Dentro deste contexto, a responsabilidade da equipe não é estritamente ligada a números, tal como nos modelos tradicionais, uma vez que pensa o indivíduo de forma integral (Brasil, 2009).

Com a criação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NAFS), as equipes na atenção básica ganham suporte para o atendimento das demandas do território e apoio na articulação com outros serviços de referência. Contam, por exemplo, com o Centro de Atenção Psicossociais (CAPS), ambulatórios, centro de convivência (CRAS), entre outros dispositivos existentes na rede, objetivando o acompanhamento longitudinal (Onocko Campos e Gama, 2008). Estes, quando se organizam de modo articulado, produzem um acompanhamento longitudinal dos usuários do serviço. Isto é, o tratamento não se resume a um único atendimento.

De acordo com Onocko Campos e Figueiredo (2009), a demanda referente a saúde mental é crescente no Programa Saúde da Família (PSF). Os transtornos leves, em sua maioria manifestos sob forma de sintomas somáticos, queixas de depressão, transtorno de ansiedade, acessos de pânico – muitas vezes relacionados a problemas sociais e familiares –, bem como o excesso do uso de psicotrópicos, são exemplos relevantes destas demandas que se dirigem ao serviço. No entanto,

Para além destes transtornos, são diversos os problemas advindos das faltas concretas na vida, geradas pela ordem socioeconômica vigente. A miséria em que se encontra a maior parte da população brasileira, sobretudo na periferia das grandes cidades, se traduz em condições de existência favoráveis às dificuldades afetivas, emocionais e relacionais. (Figueiredo & Campos, 2009, p. 143-149).

Portanto, a dinâmica de uma Unidade Básica de Saúde precisa estar relacionada, sobretudo, com o território onde ela está inserida. Pois, deve-se considerar que os bairros periféricos sofrem com muita desigualdade, sendo a relação entre população e o Estado, marcada por constante falta de assistência. Neste sentido, a sensação de abandono dessa população pode agravar a situação de seu sofrimento.

Por exemplo, uma pessoa que já não vê tanto valor na vida e não mais se importa se o cigarro potencializa sua doença cardíaca; ou o paciente com câncer que não encontra resistência para enfrentar a doença. Esses casos poderiam se beneficiar com

a ampliação da clínica das equipes do PSF (Figueiredo & Campos, 2008, apud Campos, 2003).

Vemos, então, como é necessária a atuação da equipe do Programa Saúde da Família nesse ponto de cuidado e construção de vínculo com a população. Pois esse programa se insere na comunidade através das visitas domiciliares dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e outros profissionais da equipe, promovendo ações de saúde. Mas, para, além disso, servem como mediadores entre os serviços de saúde e comunidade, de modo a promover o aumento da cobertura da atenção à saúde, com ações preventivas. Isto demonstra o acolhimento do serviço em relação às pessoas, pois não agem de forma passiva até que a demanda chegue para intervir (Dimenstein; Lima; Macedo, 2013).

No campo da Atenção a Crianças e Adolescentes, a Rede de Apoio Psicossocial (RAPS), está organizada nos seguintes componentes: Atenção Básica; Atenção Psicossocial Estratégica (Centros de Atenção Psicossocial, em diferentes modalidades); Atenção de Urgência e Emergência; Atenção Residencial de Caráter Transitório; Atenção Hospitalar. Para que ações em saúde sejam eficazes com esse público, especificamente para os adolescentes, elas precisam ir além de uma simples transmissão de conhecimento. Devem consistir, então, em uma ação muito maior, que precisa ser desenvolvida ao longo do trabalho no território conhecendo outros atores que possam atuar no fortalecimento de vínculo entre os jovens e o serviço saúde, bem como, constituir um olhar atento às demandas que chegam até os serviços.

Ainda a respeito do fazer saúde mental infanto-juvenil, segundo Amstalden, Hoffmann, Monteiro (2010) os serviços de saúde precisam apropriar-se de uma função social que está para além de um fazer puramente técnico, é preciso acolher, pois todo sujeito que procura atendimento precisa ser ouvido e receber uma resposta. Para isso, o profissional que recebeu o usuário dentro do serviço precisa assumir o tratamento dentro do próprio serviço e, caso precise encaminha-lo, que seja de maneira assistida e implicada, discutindo o caso com a equipe sem deixar o sujeito fora do que foi pensado para o tratamento dele. Em vista disso, ressaltando a importância de um fazer integral, o cuidado deve ir para além de intervenções terapêuticas que se restringem ao serviço, é importante promover o acesso a outros serviços e possibilidades dentro do território. Buscando, assim, construir uma rede de cuidado de maneira singular, considerando, no caso do público jovem, estar em contato com as escolas,

estimular espaços de lazer e cultura, trabalhar o protagonismo e autonomia desse público específico.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS SOBRE O ADOLESCER E A ATENÇÃO BÁSICA

Verificou-se que ao longo dos anos houve várias mudanças nas políticas de Saúde Mental no país, como consequência da Reforma Psiquiátrica e dos movimentos da Luta Antimanicomial. Entretanto, a partir da pesquisa aos referenciais teóricos, artigos e pesquisas acadêmicas pesquisadas e também legislações do Ministério da Saúde, observa-se que a Política de Saúde Mental está mais voltada para o público adulto, encontra-se poucas ações voltadas para os jovens. Portanto, muita coisa ainda precisa avançar para que o cuidado infanto-juvenil seja de fato integral, hoje a principal estratégia são os Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSi), que de acordo com a legislação, são para casos severos e persistentes.

O reconhecimento das diretrizes importantes para o funcionamento da Atenção básica não nos isenta do que te fato acontece nesses espaços, no que diz respeito a falta de comunicação com Saúde Mental e o seu modo de fazer

Dessa forma, fortalecer a rede de atenção à saúde mental com base comunitária, localizada no território de atuação diária, busca a emancipação das pessoas em todos os níveis de cuidado, dos mais severos aos que demandam menos complexidade de atenção. É exclusivamente a partir dessa rede, não somente de um única instituição que trabalha solitariamente, que é possível uma maior abrangência de cuidado e aproximação da atenção primária com os serviços especializados em saúde mental em níveis mais severos, fazendo valer a manutenção das conquistas obtidas através da Reforma Psiquiátrica, atuando nos mais diversos espaços de convivência.

Visando compreender a baixa adesão ao tratamento de adolescentes, impasses com questões éticas para o atendimento dessa população, que por falta de informação as equipes de saúde podem formar barreiras para construção de vínculo quando não respeitam o princípio da confiabilidade e sigilo, não informando aos jovens que eles têm o direito ao atendimento individual, sem a presença ou autorização dos responsáveis.

Além disso, podemos observar através estudos encontrados sobre essa temática, que as escolas têm papel importante para promoção a saúde e juntamente com outros atores do território pode fortalecer as ações voltadas para fortalecimento da rede, contribuindo com seu

conhecimento sobre o cotidiano dos estudantes. Contudo, é evidente a necessidade de apropriação dos profissionais de psicologia à escola, uma vez que geralmente os problemas pedagógicos estão direcionados somente aos alunos, a partir de uma perspectiva individualizante dos mesmos. Deste modo, as relações sociais intraescolares que também são constitutivas dessas questões ficam à margem de questionamentos.

O encontro com diversos autores especialistas, que já estudaram essa questão, permitiu analisar, perceber que existe esse déficit em ações de cuidado em saúde mental para adolescentes, foi visto que o trabalho em rede intersetorial precisa ser fortalecido, intervenções no território, que estimule o protagonismo desses sujeitos frente as questões relativas a cidadania e promoção a saúde e cuidado de si. Nota-se que a adolescência é uma fase da vida que merece investimentos em saúde, que atores do próprio território podem atuar de forma mais ativa para o empoderamento da juventude.

Assim, com esse estudo, não se esgota todas as reflexões e questões possíveis a cerca desse tema, não a pretensão de trazer respostas aos diversos questionamentos levantados sobre o campo de atuação do psicólogo na atenção primária a saúde, esperando apenas a possibilidade de colaborar com novos tensionamentos para o campo de estudo sobre a temática de adolescência, saúde mental e educação.

REFERÊNCIAS

ANTUNES, M.A.M. Psicologia e educação no Brasil: uma análise histórica. In: AZZI, R. G.; Gianfaldoni M. H. T. A. (Orgs.). **Psicologia e Educação**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011. p. 9-27.

ANTUNES, M.A.M. Psicologia Escolar e Educacional: história, compromissos e perspectivas. **Psicologia Escolar e Educacional**, Campinas, v. 12, n. 2, dec. 2008.

AUGUSTO, A. Governando crianças e jovens: escola, drogas e violência. **Revista Verve**. Uberlândia: Faculdade Federal de Uberlândia. Fev. 2011.

AMSTALDEN, A.L.F.; HOFFMANN, M.C.C.L.; MONTEIRO, T.P.M. **A política de saúde mental infanto-juvenil: seus percursos e desafios**. In: LAURIDSEN RIBEIRO, E.P.P.; TANAKA, O.Y. (Org.). **Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS**. São Paulo: HUCITEC, 2010. p. 33-45.

BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília-DF: **Presidência da República**, 1990.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização**. Humaniza SUS: equipe de referência e apoio matricial. Brasília, DF. 2004. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/equipe_referencia.pdf.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. **Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas**. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

_____. Ministério da Saúde. Diretrizes do Nasf: Núcleo de Apoio a Saúde da Família. **Cadernos de Atenção Básica - n.27**. Brasília-DF, 2009. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_diretrizes_nasf.pdf.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Departamento de Atenção Básica. Brasília- DF: MS, 2012a. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012b**. Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às equipes de Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências. Brasília – DF: 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3124_28_12_2012.html

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Cadernos de Atenção Básica – Saúde Mental**. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

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

_____. Ministério da Justiça e da Cidadania. Secretaria Nacional de políticas sobre Drogas. **Estratégias de Redução de Danos: da Atenção Primária à Secundária**. Brasília - DF, 2017.

CAMPOS, R.O.; GAMA, C. Saúde mental na atenção básica. In: CAMPOS, G.W.S.; GUERRERO, A.V.P. (Orgs.). **Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada**. São Paulo: Hucitec, 2008. p. 221-246.

COELHO, F.J.; FRANZIN, L.C.S. Violência Doméstica Infanto-Juvenil: Importância deste conhecimento pelo profissional da saúde. **Revista Uningá**, Vol. 20 n. 2, pp.104 – 108 (Out-Dez., 2014).

COSTA, M.C.O.; BIGRAS, M. Mecanismos pessoais e coletivos de proteção e promoção da qualidade de vida para a infância e adolescência. **Ciênc. saúde coletiva**, vol.12 no. 5 Rio de Janeiro Sept./Oct. 2007.

COUTO, M.C.V.; DELGADO, P.G.G. Intersetorialidade: uma exigência da clínica com crianças na Atenção Psicossocial. In E. Lauridsen-Ribeiro & O. Y. Tanaka (Org.). **Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS**. São Paulo: Hucitec, 2010, p. 271-79.

COUTO, M.C.V.; DUARTE, C.S.; DELGADO, P.G.G. A saúde mental infantil na Saúde Pública brasileira: situação atual e desafios. **Rev. Bras. Psiquiatr.** [online]. 2008, vol.30, n.4, pp.384-389. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v30n4/a15v30n4.pdf>.

CUNHA, M.V.; & BORTOLOTI, K.F. Anísio Teixeira e a Psicologia: o valor da mensuração. **Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos**, v. 94, n. 236, jan./abr. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S217666812013000100003&script=sci_abstract&tlng=p

DAZZANI, M.V.M. A Psicologia Escolar e a Educação Inclusiva: Uma Leitura Crítica. **Psicologia Ciência e Profissão**, Bahia, 2010.

DIMENSTEIN, M., et al. **O apoio matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental**. Saúde soc.[online]. 2009, vol.18, n.1, p. 63-74.

DIMENSTEIN, M., LIMA, A. I.; MACEDO, J. P. Integralidade em saúde mental: Coordenação e continuidade de cuidados na Atenção Primária. In: PAULON, S; NEVES, R. (Orgs.), **Saúde Mental na Atenção Básica: A territorialização do cuidado**. Porto Alegre: RS: Sulina, 2013, p. 39-60.

FIGUEIREDO, M.D. & CAMPOS, R.O. **Saúde Mental e Atenção Básica à Saúde: o apoio matricial na construção de uma rede multicêntrica**. Saúde em debate, Rio de Janeiro, v. 32. n. 78/79/80, p. 143-149. Jan/dez. 2008.

FIGUEIREDO, M.D.; CAMPOS, R.O. **Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado?** Ciênc. saúde coletiva [online]. 2009, vol.14, n.1, pp.129-138. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000100018>

JUNQUEIRA, L.A.P. Novas formas de gestão na saúde: descentralização e intersetorialidade. **Saúde soc.** vol.6 n° 2 São Paulo Aug./Dec. 1997.

LAURIDSEN, E.P.P.; TANAKA, O.Y. Morbidade referida e busca de ajuda nos transtornos mentais na infância e adolescência. **Revista de Saúde Pública**, v. 33, nº 6, Faculdade de Saúde Pública (USP), dez. 1999, p. 586-592.

PATTO, M.H.S. **A produção do fracasso escolar. Histórias de submissão e rebeldia**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

PRATES, M. M. L.; GARCIA, V.G; MORENO, D.M.F.C. **Equipe de apoio e a construção coletiva do trabalho em Saúde Mental junto à Estratégia de Saúde da Família: espaço de discussão e de cuidado** (2013). Disponível em: https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S010412902013000200031&script=sci_arttext&tlng=em.

REIS, A.O.A.; DELFINI, P.S.S. Articulação entre serviços públicos de saúde nos cuidados voltados à saúde mental infanto-juvenil. **Cad. Saúde Pública [online]**. 2012, vol.28, n.2, pp.357-366. ISSN 0102 311X. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000200014>.

ROBAERT, D. & SCHONARDIE, E. (2017). Educação e Práticas para a Promoção de Saúde Mental na Adolescência. **Revista Contexto & Educação**, 32(103), 191-212. <https://doi.org/10.21527/2179-1309.2017.103.191-212>.

SOARES, A.B. **Entre participação e dinâmicas de controle: a construção cultural da juventude na contemporaneidade**. Tese (Doutorado). Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2015.

SOUZA, B.P. Orientação à queixa escolar: Considerando a dimensão social. **Psicologia Ciência Profissão**, v. 26, São Paulo, 2006.

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.

TAQUETE, S.R.; VILHENA, M.M; SILVA, M.M., VALE, M.P. Conflitos éticos no atendimento à saúde de adolescentes. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 21 (6): 1717-1725, nov.- dez. 2005.