
ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO ESTADO DE MINAS GERAIS
Especialização em políticas de saúde mental e atenção psicossocial

Shirlen da Conceição Leite Dupim

ENTRE PEDRADAS E POSSIBILIDADES: TECENDO REDES DE PROTEÇÃO E
CUIDADO EM SAÚDE MENTAL DE ADOLESCENTES SOB O OLHAR DE UMA
ASSISTENTE SOCIAL

Belo Horizonte

2025

Shirlen da Conceição Leite Dupim

ENTRE PEDRADAS E POSSIBILIDADES: TECENDO REDES DE PROTEÇÃO E
CUIDADO EM SAÚDE MENTAL DE ADOLESCENTES SOB O OLHAR DE UMA
ASSISTENTE SOCIAL

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais
como requisito parcial para obtenção do título de
Especialista em Políticas de Saúde Mental e Atenção
Psicossocial.

Orientadora: Me. Priscilla Victoria Rodrigues

Belo Horizonte

2025

D934e

Dupim, Shirlen da Conceição Leite.

Entre pedradas e possibilidades: tecendo redes de proteção e cuidado em Saúde Mental de adolescentes sob o olhar de uma assistente social. / Shirlen da Conceição Leite Dupim. - Belo Horizonte: ESP-MG, 2025.

34 f.

Orientador(a): Priscilla Victoria Rodrigues.

Monografia (Especialização) em Políticas de Saúde Mental e Atenção Psicossocial.

Inclui bibliografia.

1. Saúde Mental. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Adolescência. 4. Atenção Psicossocial. I. Rodrigues, Priscilla Victoria. II. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. III. Título.

NLM WS 462

ATA DE APRESENTAÇÃO DE TCC

Curso de Especialização lato sensu em Políticas De Saúde Mental E Atenção Psicossocial
Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais

Aos 11 dias do mês de junho de 2025, o Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) da aluna **Shirlen da Conceição Leite Dupim**, intitulado **"ENTRE PEDRADAS E POSSIBILIDADES: TECENDO REDES DE PROTEÇÃO E CUIDADO EM SAÚDE MENTAL DE ADOLESCENTES SOB O OLHAR DE UMA ASSISTENTE SOCIAL"** foi avaliado pela banca composta por: Priscilla Victória Rodrigues Fraga (Orientadora), Júnia de Fátima Paixão (Avaliadora) e Alessandra Rios de Faria (Avaliadora), sendo considerado APROVADO, obtendo Nota/Conceito 98/A.

Reformulações:

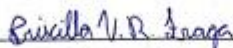
☒ Não sugeridas.

☐ Sugeridas – Conceito A e B.

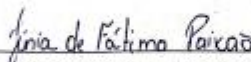
☐ Exigidas para entrega em versão final – Conceito C.

Observações:

Belo Horizonte, 11 de junho de 2025.



Priscilla Victória Rodrigues Fraga – Orientadora



Júnia de Fátima Paixão – Avaliadora



Alessandra Rios de Faria - Avaliadora

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus e a Nossa Senhora do Carmo, pilares da minha fé, que me sustentam e iluminam diariamente e por me conceder saúde, para viver plenamente a cada instante.

Ao meu marido, Wilson Dupim, meu companheiro de vida, de sonhos e de lutas, agradeço por sempre me apoiar, por sonhar junto comigo e, principalmente, por não permitir que eu desistisse.

Aos meus pais, em especial à minha mãe, que esteve ao meu lado em todos os momentos, na palavra, no silêncio e nas orações, minha eterna gratidão. Obrigada por me ensinar a amar, a ter esperança, a nunca desistir e a acreditar que o impossível é apenas uma questão de fé.

Às minhas filhas amadas, Sofia Dupim e Sara Dupim, agradeço por existirem. Obrigada por serem quem são e por iluminarem minha vida com suas presenças doces e inspiradoras.

À minha querida amiga, Júnia Paixão, psicóloga, colega de trabalho e de caminhada na luta antimanicomial e pelo cuidado em liberdade na saúde mental. Registro minha mais profunda gratidão. Seu apoio, generosidade e confiança, foram fundamentais para o meu crescimento pessoal e profissional. Obrigada por acreditar em mim, mesmo quando eu mesma duvidava.

À Gisele Dória, psicóloga e referência para mim no cuidado em saúde mental. Deixo meu sincero agradecimento. Com você aprendi muito sobre o SUS e sobre a Atenção Primária à Saúde. Obrigada por enxergar o melhor em mim e me incentivar a seguir em frente.

À minha orientadora, Priscilla Victória Rodrigues, minha gratidão por sua paciência, generosidade e pela condução segura e acolhedora durante todo o processo de construção deste trabalho.

À Escola de Saúde Pública de Minas Gerais (ESPMG) e a todos os professores e professoras que compartilharam seus conhecimentos com dedicação e entusiasmo, meu muito obrigada. Foi um privilégio fazer parte desta instituição. Aos colegas do curso, que compartilharam tantas vivências e possibilidades.

Ao trio de amigas que a ESPMG me presenteou: Brenda, Jaqueline e Cleidiane. Obrigada por tudo, pelos perrengues enfrentados, pelas alegrias partilhadas e por todo o companheirismo ao longo dessa jornada. Nosso quarteto sempre terá um lugar especial no meu coração.

“Quem anda no trilho
É trem de ferro.
Sou água que corre entre pedras,
Liberdade caça jeito.”
(Manoel de Barros).

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo refletir sobre a oferta de cuidado em saúde mental de adolescentes na Atenção Primária à Saúde (APS) a partir do relato de experiência, de uma assistente social do Núcleo Ampliado à Saúde da Família (NASF) em um município do Vale do Jequitinhonha/MG. O estudo utiliza abordagem qualitativa, com base na análise crítica busca refletir sobre as práticas e desafios enfrentados no cotidiano da atuação profissional no acompanhamento de duas adolescentes em sofrimento mental. O estudo evidencia desafios como a ausência de serviços especializados, a fragmentação da rede de atenção psicossocial, o estigma social, a medicalização excessiva e a escassez de políticas públicas inclusivas voltadas para adolescentes em situação de vulnerabilidade. Apesar dos desafios, também são identificadas as possibilidades de cuidado e de articulação de rede voltadas para o cuidado em liberdade, o fortalecimento de vínculos comunitários e a articulação intersetorial. Por fim, ressalta-se a importância da APS como ordenadora do cuidado, da educação permanente dos profissionais de saúde para qualificação do cuidado, da construção de estratégias que considerem a singularidade dos sujeitos em sofrimento mental, a promoção de sua inclusão social, autonomia e cidadania. Assim, este estudo contribui para o debate sobre o cuidado em saúde mental de adolescentes na atenção psicossocial e os desafios de políticas públicas que garantam acesso efetivo a serviços de saúde mental, esporte, cultura, lazer e educação.

Palavras-chave: Saúde Mental. Atenção Primária à Saúde. Adolescência. Atenção Psicossocial.

ABSTRACT

This work aims to reflect on the provision of mental health care for adolescents in Primary Health Care (PHC) based on the experience report of a social worker from the Family Health Support Center (NASF) in a municipality in the Jequitinhonha Valley, Minas Gerais, Brazil. The study adopts a qualitative approach and, through critical analysis, seeks to reflect on the practices and challenges faced in the daily professional practice while accompanying two adolescent girls experiencing mental distress. The study highlights challenges such as the lack of specialized services, fragmentation of the psychosocial care network, social stigma, excessive medicalization, and the shortage of inclusive public policies aimed at adolescents in vulnerable situations. Despite these challenges, the study also identifies possibilities for care and network articulation focused on care in freedom, the strengthening of community bonds, and intersectoral coordination. Finally, it emphasizes the importance of PHC as the coordinator of care, the ongoing education of health professionals to qualify care, and the development of strategies that consider the uniqueness of individuals in mental distress, promoting their social inclusion, autonomy, and citizenship. Thus, this study contributes to the debate on adolescent mental health care within psychosocial care and the challenges of public policies that ensure effective access to mental health services, sports, culture, leisure, and education.

Keywords: Mental Health. Primary Health Care. Adolescence. Psychosocial Care. Social Worker.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APAE	Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
APS	Atenção Primária à Saúde
BPC	Benefício da Prestação Continuada
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSAD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Infanto Juvenil
CEPAI	Centro Psíquico de Adolescência e de Infância
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CRAS	Centro de Referência da Assistência Social
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
eMULTI	Equipe Multiprofissional
ESF	Estratégia Saúde da Família
ESP-MG	Escola de Saúde Pública de Minas Gerais
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas
NASF	Núcleo Ampliado à Saúde da Família
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RPB	Reforma Psiquiátrica Brasileira
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

Sumário

1. INTRODUÇÃO.....	8
2. OBJETIVOS.....	13
2.1 Objetivo geral	13
2.2 Objetivos específicos.....	13
3. JUSTIFICATIVA.....	14
4. METODOLOGIA.....	15
5. DESENVOLVIMENTO.....	16
5.1 A chegada das adolescentes.....	16
5.2 A Primeira visita domiciliar	17
5.3 A construção do PTS	20
5.4 A consulta com o Psiquiatra em outro Município pelo Consórcio de Saúde	21
5.5 Articulações da rede intersetorial	25
5.6 Arranjos finais em rede	27
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	29
7. REFERÊNCIAS	32

1. INTRODUÇÃO

O município do contexto do relato está localizado no Vale do Jequitinhonha, há aproximadamente 400 quilômetros da capital Mineira, Belo Horizonte, no estado de Minas Gerais. Geograficamente, integra a bacia do Vale do Paraúna, que é afluente do Rio das Velhas, afluente do Rio São Francisco. De acordo com os dados mais recentes do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população estimada no ano de 2024 era de aproximadamente 12.000 habitantes (IBGE, 2022).

Em relação à composição do Sistema Único de Saúde (SUS) no município, por meio de consulta aos dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), apresenta uma estrutura de saúde baseada na cobertura integral da Atenção Primária à Saúde (APS), com seis equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) (CNES, 2024). A atuação da APS, sendo a primeira porta de entrada do SUS é fundamental na organização do cuidado à saúde no município, sendo que estas equipes, multiprofissionais, têm como principal objetivo promover a saúde e prevenir doenças, oferecendo uma atenção contínua e integral à população (Brasil, 2005).

O município conta com um hospital local de pequeno porte, instituição filantrópica, credenciado ao SUS que realiza atendimentos de urgência e emergência, além de internações para avaliações clínicas e cirurgias de pequeno e médio porte, e, quando não há estrutura para atendimento das situações de saúde mais complexas, os usuários são encaminhados para o município vizinho, inserido na Rede de Atenção à Saúde (RAS) da macrorregião do Jequitinhonha.

A APS é a principal porta de entrada para o SUS, sendo o primeiro ponto de contato com os usuários que necessitam de cuidados em saúde mental e tem um papel central no acolhimento e direcionamento dos usuários, uma vez que, neste ponto do cuidado, as ações são desenvolvidas em um território geograficamente conhecido, possibilitando às equipes, uma proximidade para conhecer a realidade vivenciada, a história dessas pessoas, seus laços sociais, bem como outros contextos de vida (Brasil, 2017). A APS busca-se promover um cuidado integral que considera a totalidade da vida do indivíduo, possibilitando o acesso aos direitos dos mesmos, bem como a articulação com a rede socioassistencial e um cuidado em liberdade (Brasil, 2005).

Avanços foram conquistados ao longo da história e da luta antimanicomial no Brasil, entre eles, a aprovação da Lei federal Nº 10.216 de 2001, que dispõe sobre os direitos das

peessoas em sofrimento mental, bem como a Portaria Nº 3088, de 23 de dezembro de 2011 que Institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS, configurando-se como uma rede integral de serviços de cuidado e apoio a usuários em sofrimento psíquico (Brasil, 2001a, 2001b, 2011).

O entendimento da história, dos fatos e fenômenos sociais é fundamental para revelar as contradições e influências presentes ao longo da evolução humana. O conceito da loucura como uma doença, assim como a psiquiatria enquanto campo médico especializado, é relativamente recente, com cerca de 200 anos de existência. Foi a partir do século XVIII que a humanidade passou a adotar uma nova forma de entender a si mesma e a sua condição existencial (Bezerra, 1995).

Embora a loucura tenha sempre existido, assim como espaços dedicados ao tratamento dos chamados "loucos" como templos, casas e outras instituições, a instituição psiquiátrica como conhecemos hoje, surgiu no século XVIII. Esse modelo surgiu a partir da teoria eugênica, que via os hospitais como locais de contenção de pessoas com comportamentos indesejáveis, como opositores políticos, prostitutas, homossexuais, mendigos, e até mesmo pessoas sem documentos, com foco na exclusão social através de um modelo biomédico (Arbex, 2013; Foucault, 1978).

Em contrapartida, na década de 1980, iniciou-se no Brasil a atual política de saúde mental, que foi moldada por meio da mobilização de usuários, familiares e profissionais de saúde, com o objetivo de transformar as condições dos manicômios, onde mais de 100 mil pessoas com transtornos mentais viviam (Brasil, 2010). Esse movimento se consolidou nas últimas décadas, com a atuação do Movimento Social da Luta Antimanicomial e a Reforma Psiquiátrica, que visam transformar a forma de cuidado e gestão da saúde mental no país (Brasil, 2013).

Na mesma década, algumas cidades começaram a implementar de forma progressiva o processo de desinstitucionalização, bem como a criação de serviços substitutivo, entre eles os de atenção psicossocial para reintegrar as pessoas com transtornos mentais aos seus territórios e promover sua cidadania, indo além do simples controle de sintomas (Brasil, 2013). A desinstitucionalização pode ser compreendida, como um processo de construção permanente de uma multiplicidade de serviços e circuitos que buscam superar os vícios dos saberes completos e das instituições totalitárias, para produzir trocas sociais e subjetividades novas e plurais (Amarante, 2007, p. 120).

Nos últimos anos, o campo da saúde mental no Brasil tem se consolidado como uma área que busca superar o modelo biomédico, hospitalocêntrico e medicamentoso, adotando um novo saber-fazer mais humanizado (Lucchese et al., 2009). Nesse contexto, surgiram os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), como alternativas aos manicômios, com a missão de acolher pessoas com transtornos mentais, promover sua reintegração social e familiar, e com apoio em sua busca pela autonomia. O objetivo principal dos CAPS é inserir os usuários em um ambiente social e culturalmente concreto, o que significa que sua atenção vai além do âmbito do SUS, exigindo também uma mudança na sociedade para que ela se abra à sua diversidade (Brasil, 2004).

Os princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) estão pautados no controle social, na participação ativa dos movimentos sociais e dos usuários, visando a melhoria na qualidade da oferta de serviços prestados à população. Em consonância com a Constituição de 1988, que foi um marco legal para ampliação dos direitos sociais, e reconhece a saúde como um direito social, por isso o Estado deve garantir que este direito seja exercido de forma que alcance todos os cidadãos. Esse direito constitucional está em consonância, com a RPB na luta antimanicomial, compartilhando princípios de liberdade, autonomia, cuidado em liberdade e cidadania (Brasil, 1988).

Para Coutinho (2000) “A cidadania não é dada aos indivíduos de uma vez para sempre, não é algo que vem de cima para baixo, mas é resultado de uma luta permanente, travada quase sempre a partir de baixo, das classes subalternas, implicando um processo histórico de longa duração” (p. 42).

A organização do cuidado, os conceitos de rede e território são essenciais, para articular ações que fortaleçam a reforma psiquiátrica, a rede de atenção à saúde mental do SUS e define-se assim como de base comunitária. Portanto, é um fundamento para a construção desta rede, a presença de um movimento permanente, direcionado para os outros espaços da cidade, em busca da emancipação das pessoas com transtornos mentais (Brasil, 2005).

Desta forma, para consolidação da reforma psiquiátrica e avanços na luta antimanicomial, o cuidado no território é essencial e o desenvolvimento da estratégia saúde da família é um marco importante dentro do SUS, dessa trajetória, uma vez que as equipes estão inseridas dentro da comunidade, tendo proximidade e contato com as famílias, sendo um recurso estratégico para ações de prevenção de doenças, promoção da saúde e atenção psicossocial (Brasil, 2013).

O município do relato não possui CAPS em seu território, por isso os usuários com transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles com transtornos decorrentes do uso de substâncias psicoativas, são encaminhados para o CAPS II¹ no município de referência, distante aproximadamente 40 quilômetros. Destaca-se que na região não há CAPSi (Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil), desta forma, as crianças e adolescentes que necessitam deste cuidado são atendidas nas APS ou no centro de especialidades médicas, entretanto não há uma expertise específica no campo da infância e adolescência.

A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) é responsável pela organização e garantia do acesso da população ao transporte para os serviços de saúde no município de referência. Isso assegura que os usuários possam receber o atendimento adequado em casos que demandam tratamentos especializados. Cabe ressaltar que até 2021, o município contava com o apoio do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) tipo 2, que contribuía para ampliar a oferta de serviços de saúde mental dentro da Atenção Básica (CNES, 2024).

O NASF atua de forma multiprofissional e tem como objetivo realizar apoio matricial, aumentando a resolutividade das equipes de APS, ampliando sua abrangência e escopo de ações. Em minha prática profissional percebo o NASF como um importante serviço na articulação de cuidado das pessoas em sofrimento mental no território, contribuindo no matriciamento, sensibilizando e provocando os demais atores a compreender as demandas de saúde mental dos usuários, envolvendo diversos profissionais da APS nas ações de promoção da saúde. Diversas vezes a equipe NASF do município se envolveu em ações para apresentar a lógica de cuidado em saúde mental em liberdade, respeitando a autonomia do sujeito, combatendo estigmas, e, contribuindo também em mobilização no território quando necessário.

Essa construção colaborativa do NASF junto a rede contribui com a elaboração de projetos terapêuticos, a formação continuada, as intervenções no território, as ações interdisciplinares, as iniciativas de prevenção e promoção, além das reflexões coletivas sobre o processo de trabalho, considerados como elementos fundamentais para o fortalecimento das práticas de saúde e bem-estar (Bispo Júnior; Almeida, 2023).

Neste intuito, a implementação de ações de prevenção e promoção da saúde, por exemplo, não se limita apenas a evitar doenças, mas também a fortalecer vínculos e garantir condições de vida mais dignas. Por meio da educação permanente e da reflexão constante

¹CAPS II: Atende principalmente pessoas adultas em intenso sofrimento psíquico devido a transtornos mentais graves e persistentes. Incluindo aqueles relacionados ao uso decorrente de álcool e outras drogas.

sobre o processo de trabalho, busca-se aprimorar as práticas cotidianas, sempre com o objetivo de garantir resultados mais efetivos.

Os atendimentos e intervenções das Equipes Multiprofissionais (eMULTI) em situações mais complexas possibilitam um cuidado compartilhado que leva em consideração as subjetividades dos indivíduos, das famílias e a diversidade dos territórios. Essa abordagem oferece a oportunidade de dialogar com a comunidade sobre o adoecimento mental, bem como sobre os estigmas e preconceitos associados a essa temática, conforme preconizado pelas diretrizes do programa. As diversas atividades realizadas pelo NASF atendem a diferentes faixas etárias e ocorrem em vários espaços da comunidade, como academias de saúde, escolas, praças e igrejas, promovendo maior interação e fortalecendo os vínculos com a população.

Durante minha trajetória profissional com atuação no NASF houve um acompanhamento em específico que me provocou reflexões importantes sobre minha atuação profissional como assistente social na RAPS. Entre as idas e vindas do acompanhamento refleti sobre a qualidade do cuidado ofertado, e, a necessidade da educação permanente em saúde aos profissionais.

Naquele momento eu acompanhava duas adolescentes em sofrimento mental, irmãs, aqui nomeadas como Beija-flor e Andorinha². A escolha dos nomes considerou que assim como os pássaros voam livres, é fundamental que as adolescentes em sofrimento mental tenham a oportunidade de vivenciar o cuidado em liberdade, inspirados no voo dos pássaros, onde o cuidado não se torne uma prisão, mas sim um suporte que permita o voo livre rumo ao bem-estar, à cidadania, ao lazer e aos direitos. Elas estavam expostas a uma série de violações de direitos que agravavam ainda mais o seu sofrimento. Além dos desafios internos relacionados à política pública de saúde, estavam presentes as mazelas da vida, como a violência, os estigmas sociais, as desigualdades e o abandono escolar. Além disso, o estigma associado a problemas de saúde mental leva ao isolamento social e à discriminação, dificultando a busca por ajuda e o acesso a um cuidado adequado.

Diante disso, vi despertar um desejo por aprofundar meus conhecimentos e aprimorar meu olhar como assistente social no campo da saúde mental. Atualmente, durante a Especialização em Política de Saúde Mental e Atenção Psicossocial na Escola de Saúde Pública de Minas Gerais (ESP/MG), tenho como objetivo em meu trabalho de conclusão de curso desenvolver um relato de experiência a partir da minha trajetória enquanto assistente

²Nomes fictícios

social no NASF, no cuidado a uma família com duas adolescentes em sofrimento mental, considerando suas singularidades e particularidades.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Refletir sobre a oferta de cuidado e atuação profissional a partir de um relato de experiência de acompanhamento em saúde mental de uma família.

2.2 Objetivos específicos

- a. Elaborar a escrita do relato sobre a trajetória de acompanhamento relatado;
- b. Analisar a experiência vivenciada a partir da literatura científica.

3. JUSTIFICATIVA

A escolha do tema perpassa pelo meu cotidiano profissional, as demandas apresentadas, e o desafio do cuidado em saúde mental dentro da lógica da atenção psicossocial, em detrimento do manicômio, se posicionando na luta antimanicomial, dentro dos desmontes das políticas públicas, das expressões da questão social, na contemporaneidade.

Espera-se que o trabalho possa contribuir e sensibilizar profissionais da RAPS e na Atenção Primária à Saúde para uma atuação ética, crítica e comprometida com o cuidado em liberdade para as pessoas em sofrimento mental. Busca-se com o relato estimular reflexões sobre alternativas ao modelo tradicional centrado na medicalização, defendendo práticas que valorizem liberdade, dignidade e respeito. Ao compartilhar experiências interdisciplinares e a construção de projetos terapêuticos singulares, pretende-se inspirar ações centradas no usuário, bem como a importância do diálogo com a rede de atenção e a valorização do território e dos vínculos.

Acredito que a reflexão a partir da experiência de atuação profissional pode contribuir para um olhar mais apurado, baseado na singularidade dos usuários, na viabilização dos direitos, de forma clara e coesa, apesar dos entraves vivenciados durante o processo e possa levar reflexões a outros atores que atuam na oferta de cuidado em saúde mental na RAPS.

4. METODOLOGIA

Entendemos por metodologia, o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade. Esta pesquisa é de natureza qualitativa, caracterizando-se como um relato de experiência, que pode contribuir com a discussão, a reflexão, a troca e a proposição de ideias para a melhora do cuidado em saúde, a partir da vivência enquanto assistente social na APS. O estudo busca refletir sobre as práticas e desafios enfrentados no cotidiano da atuação profissional, visando compreender as dinâmicas de trabalho e a interação com os usuários na APS.

De acordo com Minayo (2002), a pesquisa qualitativa é um método que se concentra no nível relacional e subjetivo da realidade social. Ela é abordada por meio dos valores, atitudes, crenças, motivos, significados, universo e história dos atores sociais (Minayo, 2002).

Para Gil (2002), na pesquisa qualitativa o pesquisador procura conhecer as experiências sociais dos sujeitos e isso exige dele uma grande disponibilidade e um verdadeiro interesse em sentir a experiência da pesquisa, e refletir, enquanto profissional (Gil, 2002). Neste sentido, a pesquisa qualitativa supre as necessidades propostas nesta pesquisa, porque serão compartilhadas as experiências e reflexões da pesquisadora, enquanto assistente social, no contexto da atenção primária à saúde. O relato será apresentado de maneira crítica, com o objetivo de realizar uma análise sobre os limites e possibilidades vivenciados na oferta do cuidado em saúde mental de uma família acompanhada pelo NASF a partir da perspectiva de uma assistente social.

5. DESENVOLVIMENTO

5.1 A chegada das adolescentes

Comecei a atuar como assistente social juntamente de uma psicóloga, que para mim era referência de militância na Saúde mental e luta antimanicomial no meu município. Em uma manhã, na SMS onde o NASF estava localizado, havia uma salinha bem pequena com uma mesa, duas cadeiras, um armário e um computador. Realizamos a reunião de equipe, e a minha colega relatou o caso que precisávamos acompanhar e realizar intervenção. Eram necessárias intervenções diretas do NASF nas demandas encaminhadas pelas equipes da ESF. O grupo familiar em questão era composto por mãe com suas duas filhas adolescentes, recém-chegadas na cidade em busca de um novo começo.

O que motivou o encaminhamento da família para intervenção do NASF foi à identificação de transtorno mental com importante complexidade, e por tratar-se de duas irmãs adolescentes, que se tornaram o centro de uma grande comoção na cidade. Percebo que a invisibilidade de adolescentes nas políticas públicas é uma questão que persiste, apesar dos avanços em políticas públicas voltadas para essa faixa etária.

Segundo o Fundo das Nações Unidas para a Infância, ainda faltam oportunidades para que adolescentes se manifestem e também para garantir que sua palavra e opinião sejam levadas em consideração de fato na avaliação das políticas públicas e dos programas de educação, saúde, esporte e lazer, convivência familiar e comunitária implementados para garantir seu desenvolvimento (UNICEF, 2019).

As adolescentes se reuniam para jogar pedras nos prédios públicos, na igreja, na Câmara dos Vereadores, na Unidade Básica de Saúde (UBS) e em uma escola. Tínhamos a impressão de que elas quisessem desafiar as instituições, que, ainda não conseguiam descobrir o porquê de tais atos, parecia não ser apenas uma questão comportamental, mas um pedido por ajuda que ninguém sabia como interpretar. Enquanto a mais nova tirava os chinelos dos pés e calçava-as nas pequenas mãos, a irmã mais velha soltava um sorriso, a cena se tornava quase um ritual de antecipação, as pessoas podiam sentir no ar que as pedras estavam prestes a voar. O comércio local também não escapou, com vidraças quebradas. O ato não parava por aí; passavam trotes telefônicos para a polícia militar, sempre de um orelhão antigo, azul, bem vibrante, que ficava localizado em frente aos prédios dos correios. A população, assustada, começou a se mobilizar, o comércio local se viu afetado e com os comerciantes se perguntando como proteger seus estabelecimentos, cobrando respostas imediatas da política de saúde, para reprimir aqueles comportamentos.

É importante destacar que a infância e a adolescência foram historicamente construídas, de forma que, até o Século XVIII, não havia nenhum comprometimento em termos de direitos e políticas públicas de assistência a essa população e muito menos com aqueles que apresentavam sofrimento psíquico (Ayres, 2004). Somente em meados do século XX, no cenário internacional, surgiram avanços recentes, como a Declaração Universal dos Direitos da Criança, na década de 1950. Posteriormente, em 1989, a Convenção sobre os Direitos da Criança consolidou a ideia de que, devido à imaturidade física e mental, as crianças necessitam de políticas especiais de proteção e cuidados diferenciados, incluindo medidas legais que asseguram sua segurança tanto antes quanto após o nascimento (UNICEF, 1959).

A Constituição Federal de 1988, em seu artigo 227, estabelece que a proteção de crianças e adolescentes seja um dever compartilhado entre a família, o Estado e a sociedade (Brasil, 1988). Complementando essa diretriz, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), promulgado em 1990, define crianças e adolescentes como sujeitos de plenos direitos, reforçando a importância de garantir sua dignidade e desenvolvimento integral (Brasil, 1990). Os adolescentes enfrentam uma fase crucial de desenvolvimento, repleta de desafios emocionais e sociais. A adolescência é uma etapa do ciclo vital caracterizada pela transição da infância para a fase adulta, durante a qual os indivíduos experimentam transformações físicas, sexuais e cognitivas. Esses processos acontecem no contexto composto pela família, pelos amigos, pela sociedade, e por cenários políticos e econômicos, além das influências culturais.

Contudo, aqueles que vivenciam transtornos mentais podem trazer maiores desafios para as políticas públicas. Esses desafios se intensificam nos momentos de crise ou quando manifestam comportamentos de enfrentamento, que podem culminar em atos de violência. Percebo que ainda hoje, essa complexidade permanece apesar dos avanços, com as reuniões de rede e outras tímidas iniciativas para o protagonismo dos mesmos e cuidados.

5.2 A Primeira visita domiciliar

No dia marcado para a primeira visita à residência das adolescentes, preparei-me com cuidado, eu compreendia que no decorrer do processo eu precisaria ter uma delicadeza, empatia, e tratava-se de um processo em construção. Coloquei em uma pasta de plástico, um diário de campo e o estatuto da criança e do adolescente e fui. Eu sabia que teríamos desafios, dentro do meu percurso na Atenção Primária, tratava-se de uma das intervenções mais

complexas e desafiadoras que iríamos realizar, pelo contexto na comunidade e a realidade social vivenciada pelo grupo familiar, a ansiedade pairava no ar.

A visita às adolescentes ocorreu em um dia nublado, sem sol, numa manhã, em um bairro caracterizado por se tratar de uma região com alta vulnerabilidade social. A rua onde as meninas residiam apresentava acesso precário, falta de pavimentação, além de uma lama vermelha e escorregadia que dificultava a mobilidade, sobretudo em períodos chuvosos. No final da via, havia uma cratera, representando um ponto de risco para a circulação de veículos e pedestres. Esse tipo de infraestrutura comprometida é comum em locais considerados de risco geológico, como a presença de "lapeiro", que são grandes formações rochosas que tornam a região ainda mais vulnerável.

Elas residiam com a mãe que também possui transtornos mentais, o padrasto, que não se encontrava na residência e fazia uso prejudicial de álcool, um irmãozinho bebê, inclusive, quando chegamos à residência ela estava se preparando para dar banho no neném. Era uma casa de aluguel e apesar de estar situada em um local de difícil acesso, havia um alto custo de aluguel, uma vez que as áreas com infraestrutura deficiente tendem a ter aluguéis mais caros devido à dificuldade de acesso e à falta de alternativas próximas. Esse é um reflexo da falta de políticas públicas voltadas para a melhoria das condições de moradia e acessibilidade para populações em áreas vulneráveis.

O ambiente era muito limpo e organizado, simples, acolhedor, refletindo a luta diária da família. A atmosfera era tensa, a adolescente mais jovem (Beija-Flor, 13 anos), franzina, negra, sentada no sofá, com olhos arregalados, verdes, bem bonitos, com uma maquiagem, sombra verde e batom de um vermelho, ambos em tom bem intenso, e um blush rosa que cobria toda a bochecha. O cabelo amarrado bem forte para trás, fazia uma tração no couro cabeludo que fiquei pensando se doía e incomodava. A irmã mais velha (Andorinha, 16 anos), também negra, baixinha, robusta, estava de pé em um canto da sala, pálida, com um short jeans e um top verde, de cabeça baixa e de vez em quando, esboçava uns sorrisos, que para mim, naquele momento, pareciam sem sentido. Ambas visivelmente nervosas, silenciosas e não esboçaram nenhum movimento de hostilidade à nossa presença.

A mãe, uma mulher negra, com um olhar desconfiado, não sabia ler nem escrever, o que dificultava o acesso a informações e a se conectar plenamente com o mundo ao seu redor. Enfrentava dificuldades de comunicação, especialmente devido à gagueira, que a torna hesitante ao falar, criando barreiras entre ela e a comunidade. Ao nos receber, demonstrou resistência em aceitar nossa intervenção, expressando descrédito e indiferença de que o

“tratamento” poderia ajudar às filhas, apesar de entender razoavelmente, os riscos a que elas estavam expostas e os prejuízos nas atividades escolares, pois as adolescentes não estavam frequentando a escola, e em paralelo havia situações de conflitos dentro da comunidade.

A avó materna que residia em uma casa de frente com a família, também estava na residência e segundo informações coletadas anteriormente, não aceitava bem a intervenção da equipe de saúde. Havia uma crença de que as meninas estariam “possuídas por espíritos” e que elas deveriam apanhar para interromper esses comportamentos. É importante ressaltar que o que consideramos como transtornos mentais, são definições derivadas pela influência cultural e pelos valores sociais, e não apenas por fatores biológicos, conforme estabelece Pessoa e colaboradores (2022). Esses transtornos ainda são vistos de forma bastante negativa na sociedade contemporânea representando um processo profundamente estigmatizante, ou seja, um traço que foge da norma e gera a desaprovação social de indivíduos ou grupos, com base em estereótipos, preconceitos, discriminação e restrição de oportunidades (Pessoa et al., 2022).

Também estavam na residência outros membros da família, os tios maternos, que estavam sentados em torno de uma mesa improvisada, na entrada da casa, jogando baralho. Iniciamos a visita com um diálogo aberto, buscando estabelecer um vínculo de confiança que permitisse à mãe expressar suas crenças e temores. Durante esse processo, observei a dinâmica familiar, tentando compreender como cada membro da família se relacionava com as adolescentes, que poderiam ser colaboradoras ou mediadoras no cuidado. Esse foi um momento delicado, no qual procuramos respeitar a perspectiva da mãe, ao mesmo tempo em que apresentamos a importância do cuidado em saúde mental para as adolescentes e o acesso aos seus direitos.

Em determinado momento, tentei abordar o ECA, mas percebi que essa abordagem não fazia sentido naquele contexto, me arrependi e recuei. Assim, decidi adotar uma comunicação mais simples, explicando que o adoecimento pode ser desafiador, para ela, como mãe solo, negra, de adolescentes também negras, na sobrecarga de tarefas domésticas e o cansaço, além das visitas seguidas do conselho tutelar, das cobranças constantes, da recente gestação e do processo de amamentação, que traziam uma complexidade grande para aquela mãe. Explicamos que enquanto profissionais de saúde, nosso papel não era impor, mas sim elaborar juntas estratégias de cuidado para suas filhas, que estavam passando por uma situação de violência e também expondo outras pessoas ao risco.

No entanto, é importante destacar que, no imaginário popular, os problemas relacionados à saúde mental são frequentemente envolvidos por estigmas. Na comunidade as adolescentes eram taxadas como "as loucas jogadoras de pedras", o que gerava medo, tanto na população quanto entre os próprios profissionais da saúde.

Esse estigma, profundamente enraizado, reflete o preconceito de que indivíduos com transtornos mentais são perigosos e imprevisíveis, alimentando o medo e a exclusão social. Goffman (1891) apud Leão e Lussi, (2021) definem o estigma como uma discrepância entre a identidade social real de uma pessoa, ou seja, aquilo que ela é de fato, e a identidade social virtual, que é o caráter atribuído a ela pelos outros, com base nas expectativas de como ela deve ser. Nesse sentido, o estigma não se refere apenas a atributos físicos, psíquicos, morais, de raça ou religião, mas sim à linguagem de relações que define e limita a maneira como os indivíduos são percebidos e tratados pela sociedade.

Esse processo de estigmatização fazia com que as adolescentes se sentissem isoladas, menosprezadas e humilhadas, contribuindo para o aumento do sofrimento e da exclusão social. Depois desse diálogo que eu e a psicóloga estabelecemos com a mãe, ela nos disse: “Eu não vou nessa consulta, mas permito que vocês levem minhas filhas para esse atendimento, na responsabilidade de vocês duas”.

5.3 A construção do PTS

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) inicial tratava-se de um plano de cuidado personalizado, desenvolvido de forma coletiva, que envolvia a participação ativa do usuário, da equipe de saúde e da família. O objetivo é atender às necessidades específicas do usuário, considerando seu contexto social, psicológico e emocional, além de buscar promover a sua autonomia e qualidade de vida (Brasil, 2005). No sentido de iniciar a construção de PTS junto às adolescentes, havíamos agendado uma consulta com o psiquiatra a partir de um consórcio regional para Beija-Flor, que possuía um diagnóstico prévio, era contemplada com o Benefício da Prestação Continuada (BPC) e deveria fazer uso de uma medicação psiquiátrica, mas não estava fazendo uso. A irmã, Andorinha, havia sido avaliada pelo médico da ESF de referência que havia prescrito uma medicação, mas sem adesão, Beija Flor e a Andorinha já haviam sido acolhidas pela psicologia da Equipe NASF.

A consulta com a psiquiatria estava agendada antecipadamente por uma marcação pela SMS exclusivamente para Beija-Flor, porém, a pedido da psicóloga, Andorinha também poderia ser atendida, aproveitando os vínculos informais que ela mantinha com o profissional.

Esse fato evidenciou a dificuldade de acesso dos adolescentes ao atendimento médico em saúde mental, além de destacar a ausência de um CAPS infanto-juvenil na região. A ausência desse equipamento de saúde na região é uma questão crítica, pois dificulta o atendimento especializado e a continuidade do cuidado psicossocial para essa faixa etária, conforme apontado por autores que discutem a importância da ampliação de serviços de saúde mental no atendimento ao público jovem (Moreira; Bosi, 2019).

5.4 A consulta com o Psiquiatra em outro Município pelo Consórcio de Saúde

Decidimos acompanhar as adolescentes em uma consulta agendada em outro município que compõe o consórcio intermunicipal de saúde, cerca de 40 quilômetros de distância para avaliação psiquiátrica. Utilizamos o mesmo transporte que realizamos a visita domiciliar, vimos que aquela era a oportunidade de início de um cuidado, e elas entraram no carro, tranquilas. Enquanto aguardávamos o atendimento, em um momento que fui atender ao telefone e a outra profissional se dirigiu ao banheiro, as adolescentes aproveitaram a brecha e fugiram do local, escondendo-se atrás da caixa d'água de abastecimento nas proximidades. Ao percebermos a ausência das irmãs, mobilizamos imediatamente a rede de apoio, acionando o Conselho Tutelar e a Polícia Militar para auxiliar nas buscas, devido à nossa preocupação com o bem-estar da Beija-Flor e da Andorinha, sob nossos cuidados. Estávamos apreensivas e nos dedicamos a localizá-las o mais rápido possível. Após um período de angústia e incerteza, elas apareceram, saindo de trás da caixa d'água, rindo e comentando sobre como estavam se escondendo, se divertindo e observando a agitação que haviam causado.

Nesse momento, a Andorinha declarou: "A ideia foi de Beija-Flor". Esse comportamento, que mesclava um tom de desafio e despreocupação, nos deixou perplexas e preocupadas com a falta de percepção das consequências de suas ações, considerando também que elas eram adolescentes, fase da vida marcada por intensas transformações emocionais e comportamentais, como evidenciado por Erikson (1997) apud Bock (2007).

Esse fato evidenciou para nós a necessidade de um acompanhamento mais profundo e a implementação de estratégias de intervenção que pudessem abordar não apenas as questões de saúde mental, mas também os comportamentos desafiadores e a construção de um vínculo de confiança entre as adolescentes e os profissionais. O estabelecimento dessa relação de confiança é fundamental para o sucesso do cuidado e para a eficácia das intervenções, conforme destacam autores sobre o cuidado em saúde mental infanto-juvenil (Brasil, 2010).

Elas foram atendidas no ambulatório de psiquiatria e iniciaram tratamento medicamentoso. Apesar da intervenção, ambas ainda demonstravam após um tempo, comportamentos de enfrentamento, que indicavam a necessidade de um acompanhamento mais próximo e estratégias de suporte, como: monitorar a adesão ao tratamento medicamentoso, tentar identificar atores para um suporte social, algum membro familiar e na comunidade, no território e na escola, que pudessem compartilhar o cuidado.

Observei que a expectativa, por parte do conselho tutelar, da comunidade, de outros órgãos públicos, era em torno da medicalização daquelas adolescentes, que tomando remédio, resolveriam tudo. A expectativa era centrada no modelo biomédico, focado em medicamentos e consultas, mas negligenciando aspectos essenciais da saúde mental, como inclusão em atividades lúdicas, considerando que as atividades que existiam no município (aulas de música e atividades esportivas) não interessavam as meninas. Com o passar do tempo fui observando que elas gostavam de maquiagem, de ouvir músicas de forró, no entanto naquele momento não havia essas opções para elas. Meses depois foram inseridas aulas de dança para a população da cidade, mas eram aulas de axé que também não interessavam a elas. Para, além disso, naquele momento não me atentei que poderia tentar articular um curso de auto maquiagem dentro da rede para inseri-las. Essa falta de pertencimento e envolvimento nas atividades contribuía para a sensação de isolamento e dificuldade em se verem como parte da comunidade.

Aliado a isso, havia uma grande pressão da comunidade, dos comerciantes, dos vereadores, para que esses episódios taxados como depredação deixassem de ocorrer, exigindo uma resposta da gestão em saúde, da equipe da UBS de referência, bem como do NASF. A articulação intersetorial é uma estratégia essencial para garantir um cuidado integral e eficaz na saúde mental de adolescentes com transtornos mentais. No contexto da atenção psicossocial, foi realizada uma reunião com representantes da rede de apoio, incluindo o Conselho Tutelar, a escola e a Polícia Militar, com o intuito de compartilhar informações, alinhar estratégias de suporte e criar um plano de ação conjunto. Essa aproximação visava integrar esforços entre os diferentes setores, de modo a garantir um acompanhamento contínuo e mais eficaz para as adolescentes em situação de vulnerabilidade. Buscamos integrar esforços entre os diferentes setores para garantir um acompanhamento mais eficaz e contínuo. Dentro dessa estratégia, incluía-se a sensibilização da escola para o retorno das adolescentes. A equipe escolar foi orientada sobre o adoecimento mental e as necessidades específicas das adolescentes, com o objetivo de promover um ambiente mais acolhedor e

inclusivo, para que, ao retornarem à instituição, as jovens se sentissem mais apoiadas e compreendidas.

Tentamos também realizar o encaminhamento das adolescentes para o CAPS de referência, mas não tivemos acesso. Neste contexto, recebemos o encaminhamento de outra adolescente (17 anos), do mesmo grupo familiar (tia das meninas), que vou denominar de Sempre Viva³. A escolha do nome considerou ser uma flor típica do cerrado, região de onde a família se originou, lembrando-se de uma flor que ao mesmo tempo se mostra resistente e frágil. A Sempre Viva estava em sofrimento mental e com necessidades decorrentes do uso prejudicial de drogas, ela foi acolhida pela equipe do NASF e atendida pelo médico da ESF de referência. Foram realizadas tentativas de acolhimento e encaminhamento da mesma para o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas (CAPSAD) e CAPS II de referência da região, entretanto, por se tratar de uma adolescente, obtivemos a resposta negativa das duas unidades.

Essa negativa evidencia as barreiras no acesso ao direito básico à saúde mental e trazem prejuízos no cuidado, violações de direitos, bem como identifica uma falha da política pública. Diante disso, continuamos as tentativas de articulação com os atores da rede intersetorial, para garantir o cuidado em saúde mental das adolescentes.

Diante do entrave e das dificuldades enfrentadas, realizamos contato com o Centro Psíquico de Adolescência e de Infância (CEPAI) em Belo Horizonte/MG, que atualmente funciona sob a lógica de um CAPSi para acolhimento das três adolescentes: Beija-Flor com 13 anos, Andorinha com 16 anos e Sempre-Viva com 17 anos. Foi discutido o caso com a profissional que estava no acolhimento e diante da complexidade, dos desafios enfrentados e dos gargalos, que a rede de atenção psicossocial estava apresentando, o acesso foi disponibilizado.

Na tarde desta sexta-feira, na sala de reuniões da SMS, articulamos a logística de transporte até o CEPAI em Belo Horizonte/MG das adolescentes que acompanhávamos. Havíamos articulado com o Conselho Tutelar na comunidade, mas, o estigma de adoecimento mental e da suposta periculosidade das pessoas em sofrimento mental ainda permaneciam e os profissionais relataram “medo das meninas”. O clima entre a equipe NASF e a família era de empatia e comprometimento, mas foi abruptamente interrompido, quando a mãe chegou visivelmente abalada. Ela entrou na sala, narrando, com muita dificuldade, o que havia ocorrido, o nervosismo acentuou a gagueira. Sua filha, já fragilizada e em conflito com a

³Nome fictício

polícia, havia sido agredida, e agora o sangue escorria de sua boca. A sala se tornou um espaço de angústia e preocupação. Após a mãe desabafar, saí da sala, movida por um impulso de urgência, para encontrar a Andorinha. Ao chegar ao corredor, avistei-a encostada na parede, a postura fragilizada e o olhar perdido, o riso sem sentido, os dentes sujos de sangue. Aquela cena me comoveu profundamente. Como mulher, mãe e profissional de saúde, senti um nó na garganta, foi difícil conter o choro, e a indignação ao testemunhar o sofrimento daquela menina.

Aquele momento transcendia minha atuação profissional. Eu via uma jovem vulnerável, uma filha que poderia ser minha e imaginei o peso da dor que ela carregava. Senti-me impelida a oferecer apoio. Sabia que não era apenas uma questão de cuidar de uma usuária, mas de reconhecer a humanidade daquela adolescente e o impacto do sistema e as violações em sua vida. Com empatia, me aproximei e tentei transmitir um pouco de conforto, ciente de que o caminho para a recuperação seria longo e cheio de desafios, mas que, naquele momento, o mais importante era mostrar que ela não estava sozinha. Decidi, e me coloquei à disposição para acompanhar as meninas para acolhimento na instituição, com o desejo de um cuidado com um olhar psicossocial. Assim, humanizar em saúde é resgatar o respeito à vida humana, levando-se em conta as circunstâncias sociais, éticas, educacionais e psíquicas presentes em todo relacionamento humano, resgatando também a importância dos aspectos emocionais, indissociáveis dos aspectos físicos na intervenção em saúde (Brasil, 2001b, p. 33).

Para garantir a consulta no CEPAI foi articulado o transporte, disponibilizado pela gestão e informado toda a logística para as adolescentes e sua mãe. Ao sair da cidade no interior, às 03h30min horas da manhã, uma mistura de ansiedade e preocupação nos acompanhava. O destino era Belo Horizonte/MG, a 4 horas de distância, para uma instituição onde elas seriam acolhidas pela equipe multiprofissional. Minha impressão era que a viagem foi muito longa, marcada por reflexões. Lembrei-me das histórias de cada uma delas, as lutas diárias, os desafios enfrentados e a importância de um ambiente seguro e acolhedor. Em minha mente, pesava a responsabilidade de ser um elo entre elas e os demais profissionais de saúde.

Ao chegarmos à instituição, passamos pela recepção, para procedimentos burocráticos e fomos para um pátio interno, no final de um corredor, onde havia vários bancos, e neles vários adolescentes estavam sentados juntos com seus familiares, aguardando atendimento. Sentei-me em um dos bancos e as meninas logo sentaram ao meu lado, silenciosas. Durante

toda a viagem tentei estabelecer um diálogo com elas, mas respondiam com monossílabos. Depois de um tempo, fui recebida por uma assistente social, logo de início, com um sorriso no rosto e um alegre “bom dia”, com quem pude fazer a narrativa. Depois houve o acolhimento e escuta pela médica psiquiátrica, que era a preceptora dos residentes de psiquiatria naquele serviço e desde o primeiro momento acolheu as adolescentes, pensando em um cuidado integral e articulação com a rede do município, encaminhou memorando, relatórios, com o objetivo de nos apoiar na articulação da rede, para os órgãos, para um cuidado e responsabilidades compartilhadas. Ficou estabelecido, que as adolescentes seriam avaliadas no ambulatório, mensalmente naquele serviço.

5.5 Articulações da rede intersetorial

Nesse período, conseguimos a concessão do BPC para Andorinha o que contribuiu para a dignidade e um pouco de autonomia para a mesma. Voltamos a nos reunir com a escola para avaliar a possibilidade do retorno. Andorinha cursava o sexto ano do ensino fundamental e de acordo com a diretora, não apresentava comportamento desafiador no ambiente escolar e realizava as atividades propostas, porém dizia: “Não quero voltar para a escola”. Já Beija-Flor, frequentava anteriormente a Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) do município, mas por questões de dificuldade de aprendizagem, dinâmica e vínculos familiares fragilizados, onde a família tinha dificuldades de compreensão a acerca da necessidade da rotina escolar e a importância da garantia do direito à educação, Beija-Flor até frequentou os anos letivos iniciais do percurso escolar, mas não conseguiu aprender a ler ou escrever. Desse modo, não poderia mais permanecer na Instituição, devendo ser matriculada em outra escola, o que ela recusava veementemente.

Pensando em um cuidado, neste momento, articulamos dentro do município com a diretoria da APAE, do Centro de Referência da Assistência Social (CRAS), do Conselho Tutelar, a possibilidade dela frequentar a instituição semanalmente, pois era um local em que se sentia cuidada, alegre, gostava de estar e participava de atividades. Começamos a realizar reuniões regulares com a ESF, a gestão da SMS, juntamente com o Conselho Tutelar para discutir o progresso e ajustar o plano de cuidado conforme necessário. Conseguimos estabelecer um canal de comunicação entre a Agente Comunitária de Saúde (ACS) e a família das adolescentes, em conjunto com a equipe da ESF pensando em um cuidado compartilhado.

Sobre a dificuldade de acesso e inclusão de atividades construídas com esse público, para promoção da saúde dos adolescentes na Atenção Básica à Saúde, especialmente aqueles

que vivenciam situações de adoecimento mental, expostos à violência, ganham maior visibilidade quando causam problemas ou se envolvem em situações críticas.

Muitas vezes, as opções de oficinas e atividades propostas pela rede não são atrativas para os adolescentes, além disso, muitos profissionais demonstram resistência em acolher adolescentes, além da dificuldade de manejo diante de comportamentos de deboche ou afronta, o que pode ser relativamente comum nesta faixa etária.

Essa dinâmica cria um ambiente em que os adolescentes que mais necessitam de apoio são os que menos o recebem. A integração de políticas públicas sustentáveis no setor esportivo é essencial para promover o bem-estar coletivo e desempenha um papel fundamental na sociedade, contribuindo para a saúde pública, a inclusão social e o desenvolvimento comunitário, o que reforça a importância de políticas que apoiem esses objetivos (Machado, 2024). No entanto, a falta de iniciativas que considerem as especificidades e potencialidades desses meninos e meninas, resulta em uma exclusão ainda maior.

Outro ponto importante que merece ser considerado é a evasão escolar, que se torna uma realidade para muitos adolescentes. De acordo com dados do IBGE, a evasão escolar impacta de maneira desproporcional os adolescentes em condições de vulnerabilidade social (IBGE, 2024). A ausência de programas sociais no município, como o Menor Aprendiz, que poderiam proporcionar oportunidades de formação e acesso ao mercado de trabalho, agrava ainda mais a realidade vivenciada. É necessário também iniciativas para mais acesso ao lazer, ao esporte e à cultura.

É fundamental promover uma decisão conjunta e reavaliar as formas de intervenção, sempre com foco no cuidado integral desses adolescentes. Lucchese et al (2009) apontam que o campo da saúde mental na APS tem como desafio trabalhar com usuários em sofrimento psíquico e seu mundo real, de forma que esse cuidado é complexo, pois há um atravessamento entre o território geográfico e o território existencial. Eles apontam ainda que esse cuidado se revela complexo, uma vez que há uma intersecção entre o território geográfico e o território existencial (Lucchese et al., 2009).

É fundamental, portanto, compreender e habitar os mundos construídos por indivíduos que vivenciam experiências diversas. Sendo necessário embasamento teórico, e formação continuada, o que não é sempre proporcionado. Quando necessitam intervir, diante de situações complexas, os profissionais, ao serem exigidos a se envolver e a se aproximar de novas tecnologias leves de cuidado sob sua responsabilidade, frequentemente se sentem

despreparados. Essa situação é marcada pelo medo e pela estranheza em relação ao desconhecido, resultantes da falta de afinidade com o campo da saúde mental, que até então se mostrava distante de suas práticas e formações profissionais (Lucchese et al., 2009).

5.6 Arranjos finais em rede

Em resposta a essas questões, toda a rede foi convocada para uma reunião com o promotor da infância e da adolescência. Essa reunião foi marcada por um tom duro, enfatizando a responsabilidade compartilhada no cuidado, em consonância com as políticas de saúde mental voltadas para crianças e adolescentes. Foi apontada a necessidade de um trabalho colaborativo e integrado, essencial para a efetividade das intervenções e os planos de cuidado. Diante das dificuldades e lacunas existentes na rede de cuidado em saúde mental, a equipe do NASF, em colaboração com a ESF de referência, se reuniu novamente para repensar novas formas de intervenção e aprimorar o plano de cuidado no PTS.

Foi realizada uma reunião com a Polícia Militar, com o principal objetivo de sensibilizar os policiais sobre o adoecimento e o quadro de saúde mental das meninas, garantindo que a abordagem fosse pautada no cuidado e não resultasse em violência institucional. Ademais, a intenção foi estabelecer uma parceria entre a Polícia Militar e a equipe de saúde, de forma que o acompanhamento das adolescentes fosse realizado de maneira integral e humanizada, e que quando a instituição fosse acionada, fizesse contato com a equipe de saúde que acompanhava as adolescentes.

Nesse contexto, realizamos uma nova reavaliação no CEPAI em Belo Horizonte/MG, que ainda operava como um hospital psiquiátrico (atualmente funciona como um CAPSi). A equipe multiprofissional que acolheu as adolescentes demonstrou grande parceria, contribuindo significativamente para a articulação da rede de cuidados (articulação através de relatórios, e-mail, telefone) e promovendo um ambiente que valorizava a voz das adolescentes, assim como a equipe da APS, mesmo estando em outra cidade. Com o tempo, o contato das adolescentes com a instituição evoluiu para atendimento ambulatorial com atendimento psiquiátrico e suporte “às meninas”, como ficaram conhecidas na cidade. A APS manteve sua diretriz, atuando como ordenadora desse cuidado, apoiada pelo NASF. Essa abordagem colaborativa refletiu a importância da integração entre diferentes níveis de atenção à saúde, mostrando uma contradição, pois fomos acolhidos dentro de uma instituição, de outro território e que não estava inserido no desenho da RAPS no território de origem, mas se

efetivou como um arranjo assistencial necessário para atender às necessidades de Beija-Flor e Andorinha.

A articulação da rede de saúde mental na Atenção Primária à Saúde para o cuidado das adolescentes Beija-flor e Andorinha foi estruturada conforme o contexto local, com a participação da ESF de referência. Nesse processo, foi feito um acordo para o acompanhamento do uso de medicação, no qual se implementou um sistema de entrega diária dos medicamentos na unidade de saúde, com a presença das adolescentes e de sua mãe, que compareciam duas vezes ao dia, garantindo que ambas tomassem os remédios de maneira correta. A equipe de saúde estabeleceu um diálogo com a Polícia Militar para sensibilizar os policiais sobre a importância de abordagens cuidadosas e humanizadas com pessoas em sofrimento mental, visando evitar episódios de violência institucional. Essa parceria tem se mantido até hoje, mesmo com as mudanças no comando da corporação na cidade.

Com o objetivo de promover a autonomia do grupo familiar, incentivou-se a adolescente Andorinha, que já sabia ler, a assumir um papel ativo no cuidado de sua irmã, fortalecendo sua confiança e autonomia. Durante os finais de semana e feriados, a medicação foi disponibilizada em envelopes identificados com identificações de fácil entendimento, utilizando símbolos lúdicos, como o sol para a manhã, um prato para o almoço e a lua para a noite, facilitando a compreensão da família sobre o uso dos medicamentos.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diversos desafios foram enfrentados na promoção de um cuidado efetivo e humanizado, sendo que as dificuldades na articulação da rede de serviços, a fragmentação dessa rede e a falta de comunicação e colaboração entre os diferentes setores dificultaram o acesso ao cuidado contínuo e integral. Além disso, o caso em questão envolveu situações de violência institucional, tanto por parte da força policial quanto por familiares, o que se somou às dificuldades em sensibilizar a equipe sobre o sofrimento mental e as situações de risco em que as adolescentes estavam expostas. A invisibilidade do sofrimento mental das adolescentes, assim como a ausência de um suporte mínimo necessário para que os adolescentes pudessem se desenvolver, com projetos de vida e como sujeitos de direitos, também se configuraram como obstáculos. As condições de vida e subsistência da família, como acesso precário ao trabalho e a rendimentos, insegurança alimentar, baixa escolaridade, representam desafios importantes que também impactam a saúde mental e podem contribuir para o adoecimento.

Outro desafio enfrentado foi a ausência de um CAPSi na região, o que dificulta uma oferta de cuidados voltados para populações de crianças e adolescentes com necessidades de cuidado em saúde mental. No relato do caso específico, tivemos que articular com uma rede de um território localizado a mais de 400 quilômetros de distância, o que foi bastante desgastante tanto para a equipe quanto para as adolescentes, que já estavam vulnerabilizadas devido aos adoecimentos e às dificuldades que enfrentavam. Apesar de haver possibilidades de cuidado no território via a equipe NASF e UBS, entre outros, o tratamento em uma unidade CAPSi para atendimento de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico decorrente de problemas mentais graves e persistentes, possui um grande diferencial, sendo um serviço pensado a partir da realidade das infâncias e adolescências.

Adicionalmente, enfrentamos diversos desafios dentro da APS ao tentar articular a rede para a inclusão das adolescentes em atividades de esporte, lazer e cultura. A promoção de um cuidado que valorize as potencialidades desses adolescentes é essencial para o desenvolvimento de suas habilidades. É importante que suas vozes sejam ouvidas quanto às atividades que gostariam de participar, no entanto, o que se observa é que esses adolescentes frequentemente são desacreditados, o que reflete a necessidade de construir espaços de escuta ativa, diálogo e participação social, especialmente com aqueles que vivenciam sofrimento mental. O objetivo deve ser buscar alternativas assertivas para a inclusão dos mesmos,

levando em consideração seus desejos e necessidades, ampliando as ofertas de atividades e possibilidades de socialização no município.

Outra reflexão permitida através da experiência foi à mobilização da rede em busca da criação de oportunidades para discussões e reflexões sobre saúde mental, por meio do acompanhamento de casos em parceria com a rede. Ademais, a priorização do apoio matricial como metodologia de trabalho na APS, como uma ação que pode expandir as estratégias e práticas de cuidado compartilhado, que vão além das abordagens hospitalocêntricas e manicomiais, que se restringem ao uso de medicamentos e ao confinamento de indivíduos com transtornos mentais. O objetivo precisa ser a promoção do cuidado integral e humanizado, que considere as necessidades e potencialidades dos sujeitos, favorecendo sua inclusão social e a construção de redes de apoio que se mobilizem pela cidadania com valorização das potencialidades dos sujeitos, que respeitem sua autonomia e promovam dignidade.

Além disso, é fundamental trabalhar com ações de educação permanente, com o intuito de superar ou minimizar o estigma associado ao adoecimento mental, aos comportamentos desafiadores e aos contextos sociais de violação, que contribuem para a exclusão desses adolescentes. A criação de um ambiente mais acolhedor é crucial para que se sintam valorizados e integrados à comunidade.

A dificuldade em inserir esses adolescentes, acompanhados pela ESF, em atividades desejadas, como futebol ou aulas de música, é um reflexo das barreiras sociais e institucionais que enfrentam. Frequentemente, as oportunidades são direcionadas apenas para aqueles jovens mais obedientes, que cumprem regras, ou que, de alguma forma, possuem maior proteção social. Nesse contexto, é essencial promover políticas públicas e iniciativas municipais que garantam a inclusão desses jovens em atividades de sua escolha, além de oferecer suporte educacional, oportunidades de lazer e trabalho. A superação do estigma e a criação de um ambiente mais acolhedor são passos fundamentais para garantir que esses adolescentes possam desenvolver seu potencial e se tornarem cidadãos plenos.

Em relação à rede intersetorial, é evidente a carência de escuta ativa dos profissionais da assistência social e saúde, bem como, um poder excessivo do conselho tutelar e a falta de conhecimento sobre as políticas de saúde mental voltada para crianças e adolescentes. Além disso, a resistência à inserção e permanência dos adolescentes nas atividades propostas, somada a divergências de opinião e a ênfase excessiva no uso de medicações, agrava a situação. Os processos de trabalho enfrentam desafios significativos, especialmente em

relação à tomada de decisões, que muitas vezes ocorrem sem o devido conhecimento das ações dos outros setores.

Diante desse cenário, é essencial refletir sobre estratégias que promovam uma maior aproximação dos profissionais com o campo da saúde mental, com o objetivo de qualificar o cuidado prestado, ouvir genuinamente os adolescentes e potencializar suas habilidades, garantindo um cuidado mais integrado e efetivo.

7. REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. Saúde Mental e Atenção Psicossocial. **Temas em Saúde**, p. 120, 2007.

ARBEX, D. Holocausto brasileiro. **São Paulo: Geração Editorial**, p. 233, 2013.

AYRES, J. R. DE C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 13, p. 16–29, 2004.

BEZERRA, B. J. R. **Saúde mental ou psiquiatria**. Anais do 4º Encontro de Pesquisadores em Saúde Mental e 3º Encontro de Especialistas em Enfermagem Psiquiátrica. **Anais...** Em: ANAIS DO 4º ENCONTRO DE PESQUISADORES EM SAÚDE MENTAL E 3º ENCONTRO DE ESPECIALISTAS EM ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA. Ribeirão Preto, SP: Rev. latino-am.enfermagem, 1995. Acesso em: 17 mar. 2025

BISPO JÚNIOR, J. P.; ALMEIDA, E. R. DE. Equipes multiprofissionais (eMulti): potencialidades e desafios para a ampliação da atenção primária à saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 39, n. 10, 13 nov. 2023.

BOCK, A. M. B. A adolescência como construção social: estudo sobre livros destinados a pais e educadores. **Psicologia Escolar e Educacional**, v. 11, p. 63–76, jun. 2007.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Presidência da República Casa Civil. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 17 mar. 2025.

BRASIL. **LEI Nº 8.069, DE 13 DE JULHO DE 1990**. Presidência da República Casa Civil. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm>. Acesso em: 19 mar. 2025.

BRASIL. **Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS**. Presidência da República Casa Civil. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/acoes-e-programas/humanizaus#:~:text=A%20Pol%C3%ADtica%20Nacional%20de%20Humaniza%C3%A7%C3%A3o,entre%20gestores%2C%20trabalhadores%20e%20usu%C3%A1rios.>>. Acesso em: 17 mar. 2025a.

BRASIL. **LEI Nº 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001**. Presidência da República Casa Civil. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm>. Acesso em: 17 mar. 2025b.

BRASIL. **Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial**. Secretaria de Atenção à Saúde. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em: 17 mar. 2025.

BRASIL. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Presidência da República Casa Civil. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf>. Acesso em: 17 mar. 2025.

BRASIL. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. 1. ed. Cadernos de Atenção Básica, n. 27: Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. **PORTARIA Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017**. Presidência da República Casa Civil. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>. Acesso em: 17 mar. 2025.

BRASIL. **PORTARIA Nº 3.088, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2011**. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 17 mar. 2025.

BRASIL. **Cadernos de Atenção Básica, nº 34: saúde mental**. 1. ed. Brasília, DF: Ms, 2013. v. 1

CNES. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)**. Disponível em: <<https://datasus.saude.gov.br/cnes-estabelecimentos/>>. Acesso em: 17 mar. 2025.

COUTINHO, C. N. Cidadania e Modernidade. **Perspectivas**, v. 22, n. Perspectivas: São Paulo, p. 41–59, 2000.

FOUCAULT, M. História da Loucura na Idade Clássica. n. Perspectiva: São Paulo, p. 608, 1978.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

IBGE. **Cidades e Estados | IBGE**. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/mg/gouveia.html>>. Acesso em: 17 mar. 2025.

IBGE. **Síntese de Indicadores Sociais | IBGE**. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9221-sintese-de-indicadores-sociais.html>>. Acesso em: 21 mar. 2025.

LEÃO, A.; LUSSI, I. A. DE O. Estigmatização: consequências e possibilidades de enfrentamento em Centros de Convivência e Cooperativas. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 25, 19 mar. 2021.

LUCCHESI, R. et al. Saúde mental no Programa Saúde da Família: caminhos e impasses de uma trajetória necessária. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 9, 1 set. 2009.

MACHADO, M. A. D. R. Política Pública no Esporte: Rumo à Sustentabilidade Social e ao Bem-estar Coletivo. **Revista Contemporânea**, v. 4, n. 5, 23 maio 2024.

MINAYO, M. C. DE S. **Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade**. 21. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2002.

MOREIRA, D. D. J.; BOSI, M. L. M. Qualidade do cuidado na Rede de Atenção Psicossocial: experiências de usuários no Nordeste do Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Tema Livre. v. 29 (2), n. Rio de Janeiro, p. 22, 16 set. 2019.

PESSOA, L. et al. O estigma sobre as doenças mentais e seu impacto no tratamento psiquiátrico. **Revista PsicoFAE: Pluralidades em Saúde Mental**, v. 11, n. 2, p. 11–21, 2022.

UNICEF. **Declaração Universal dos Direitos da Criança**. Disponível em: <<https://www.unicef.org/brazil/media/22026/file/declaracao-dos-direitos-da-crianca-1959.pdf>>. Acesso em: 28 abr. 2025.

UNICEF. **30 anos da convenção sobre os direitos da criança: avanços e desafios para meninas e meninos no Brasil**. Brasília, DF: Unicef, 2019. v. 1