



Diogo Fernandes da Costa Ramos

**DESENVOLVIMENTO PSICOSSOCIAL NA ADOLESCÊNCIA: uma revisão de
literatura**

Rio de Janeiro

2021

Diogo Fernandes da Costa Ramos

**DESENVOLVIMENTO PSICOSSOCIAL NA ADOLESCÊNCIA: Uma revisão de
literatura**

Monografia apresentada à Escola Politécnica de
Saúde Joaquim Venâncio – Fundação Oswaldo Cruz
(EPSJV-Fiocruz) como requisito parcial para
aprovação no Curso Técnico em Gerência em Saúde.

Orientador(a): Regimarina Soares Reis

Co-Orientador(a): Raquel Barbosa Moratori

Rio de Janeiro

2021

*Dedico esse trabalho a minha vó Cleide (in memoriam)
com muito amor e gratidão pelos momentos vividos juntos*

RESUMO

A adolescência é marcada por diversas transições e transformações biopsicossociais. Este trabalho teve como objeto o desenvolvimento psicossocial na adolescência. Foram estudados seus estágios, passando pela compreensão do processo de construção da identidade e da inserção da saúde mental dos adolescentes nas políticas públicas. Para isso, foi realizado estudo de abordagem qualitativa usando como método a revisão de literatura, a partir do referencial teórico de Aberastury e Knobel (1981), “Adolescência normal – um enfoque psicanalítico”; e Georges Canguilhem (2009) “O normal e o patológico”. Além disso, foi realizada a busca de artigos na Biblioteca Virtual de Saúde. Justifica-se a realização do presente trabalho pelo interesse pessoal do pesquisador em compreender o grupo social do qual participa. O trabalho contribuiu para o debate acerca da compreensão da adolescência enquanto processo de múltiplas determinações. Foi discutido no primeiro capítulo as transformações psicossociais que podem ocorrer durante a fase da adolescência, e as possíveis questões na identificação desse processo como normal ou patológico. Já no segundo capítulo, foi debatido a atenção a saúde mental dos jovens na agenda de políticas públicas, mostrando seus desafios e funcionamento na prática. Para entender a diferença entre o patológico e o normal na adolescência é necessário que seja entendido o contexto sociocultural e familiar onde o jovem está inserido, e que se considere as esperadas turbulências enfrentadas pelos adolescentes motivadas pela construção da identidade. Foi possível identificar alguns movimentos cruciais de enfrentamento da lógica manicomial no Brasil, os quais possibilitaram a discussão e a integração da saúde mental do adolescente na agenda das políticas públicas de saúde.

Palavras-chave: adolescência, saúde mental, psicossocial, políticas públicas

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	6
2 OBJETIVOS	9
3 METODOLOGIA	10
4 ESTÁGIOS DO DESENVOLVIMENTO PSICOSSOCIAL NA ADOLESCÊNCIA	11
5 ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL DO ADOLESCENTE NO ÂMBITO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS	21
CONSIDERAÇÕES FINAIS	30
REFERÊNCIAS	31

1 INTRODUÇÃO

A população adolescente no Brasil é composta por 34 milhões de pessoas, o que representa 17,9% do total dos brasileiros (IBGE, 2010). No mundo, uma em cada seis pessoas tem entre 10 e 19 anos, sendo 1,2 bilhão a população mundial de adolescentes (OPAS/OMS, 2017). Trata-se de uma parcela expressiva da população que vive a transição entre a infância e a fase adulta, período este marcado por transformações de naturezas diversas que aparecem em forma de contradições, conflitos, experimentações e ambivalência de sentimentos. Esse quadro é comumente confundido com crises e estados patológicos (ABERASTURY, KNOBEL, 1981).

Ao entrar no mundo dos adultos, os adolescentes são desafiados a se desligar de sua infância. Obviamente, este processo não é simples. Os jovens precisam cada vez mais arcar com suas próprias responsabilidades no âmbito escolar, familiar e social em geral, começando a se distanciar da situação confortável onde tinham todas suas necessidades básicas atendidas pelos pais. Algumas situações podem ainda exigir um aceleração do desligamento da infância, tais como quando o adolescente precisa começar a trabalhar para ajudar a sustentar sua família, ou então tem um filho antes de atingir a independência financeira (ABERASTURY, KNOBEL, 1981).

Em termos cronológicos, existem várias delimitações da adolescência. Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), a adolescência vai do período entre os 10 a 19 anos. Por sua vez, a Organização das Nações Unidas (ONU) considera o período de 15 a 24 anos como juventude. O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) considera o período entre os 12 aos 18 (BRASIL, 1990; OMS, 1986). Entretanto, para além de uma delimitação temporal, a adolescência pode ser entendida como um período que se caracteriza pela constante movimentação entre o conhecido (infância) e o desconhecido (vida adulta), e que implica a busca de uma nova identidade (ABERASTURY, KNOBEL, 1981).

A construção da identidade, segundo Erikson *apud* Veríssimo (1972), é um processo dinâmico de constituição de quem o sujeito será e quais serão os valores e as direções que irá seguir na vida. Trata-se de um processo sempre incompleto, por que é histórico e contextualizado nas diferentes fases do ciclo de vida (infância, adolescência, vida adulta e velhice).

O adolescente, a partir do desprendimento da sua infância, vai compreendo seu novo lugar no mundo (ABERASTURY, 1981). É assim que a nossa identidade é formada. Todas as experiências que o jovem vivenciar contribuirá para a formação do seu pensamento e a sua forma de ver o mundo, ao lidar com as novas responsabilidades e ao transitar pelo mundo adulto. Inclusive, para Maurício Knobel (1981), o meio em que o adolescente vive influencia diretamente no processo evolutivo do jovem dentro de sua adolescência.

No âmbito familiar, o adolescente vê a sua relação com os pais mudando cada vez mais, de acordo com o avanço das transformações que ocorrem nessa fase. São comuns atritos e brigas familiares, além de mudanças comportamentais nos momentos sociais. O jovem precisa deixar alguns hábitos e costumes que viveu em toda sua infância, e se adaptar a sua nova realidade. Porém, assim como é difícil para os filhos enxergarem a nova relação com seus pais, às vezes os próprios pais podem complicar essa situação, não aceitando bem o crescimento de seus filhos (KNOBEL,1981)

Pela natureza conflituosa das situações que caracterizam o desenvolvimento normal da adolescência, é comum que se confunda elementos dessa fase da vida com alterações patológicas. Knobel (1981) considera o adolescente um ser “semi patológico”, devido a toda instabilidade que acontece em sua vida. Inclusive, em seu texto, é usado o termo “normal anormalidade” para descrever os adolescentes que estão passando pelo processo de mudança. Freud *apud* Aberastury (1981), por sua vez, considera muito difícil identificar o que é normal e o que é patológico na adolescência.

Portanto, é importante contextualizar o desenvolvimento psicossocial na adolescência no âmbito da Saúde Mental, como campo de saberes e práticas que compreende mais do que a ausência de perturbações mentais, mas também o bem-estar subjetivo, a auto eficácia percebida, a autonomia, a competência, a dependência intergeracional e a auto realização do potencial intelectual e emocional da pessoa (OMS, 2002).

Metade das doenças mentais começa a partir dos 14 anos, porém a maioria não é percebida e nem cuidada. A depressão é a terceira doença mais comum entre adolescentes, e o suicídio é a terceira maior causa de morte entre pessoas de 15 a 29 anos (OPAS/OMS2018). Dessa forma, para diferenciar melhor os processos, fases e eventos durante a adolescência, é importante compreender

suas características, de modo contextualizado aos ambientes sociais do jovem que está construindo sua identidade; além de buscar entender os principais transtornos mentais que afetam adolescentes.

Então, este projeto se propõe a analisar as características da adolescência a partir do enfoque psicossocial, entendendo os seus estágios e o processo de construção de identidade que acontece nessa fase. A partir desta compreensão, se buscará identificar a diferença entre a evolução normal do adolescente e patologias mentais.

Enquanto estudante do Curso de Gerência em Saúde, desenvolvi interesse pelo tema em estudo a partir do entendimento de que a Saúde Mental na adolescência está diretamente ligada ao desenvolvimento e formação dos jovens para o mundo adulto. Comumente ouço histórias, inclusive em nossa escola, de jovens que tiveram o seu desenvolvimento acadêmico e social afetado por problemas psicológicos, e eu me reconheço nessa fase da vida e convivo com todos os conflitos citados. Além disso, eu tenho um interesse pessoal em adentrar no curso de Psicologia, e acho que o desenvolvimento deste projeto será de suma importância em minha carreira profissional, pois entendo que é relevante que eu possa ser capaz de identificar as diferenças entre o processo de desenvolvimento psicossocial natural na adolescência e possíveis alterações. Em função disso, eu sinto que fazer este projeto seria notável não só para mim, mas para o contexto escolar em que estou inserido e para toda a sociedade.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Compreender as características do desenvolvimento psicossocial na adolescência, a fim de compreender as relações entre a construção de identidade e a saúde mental.

2.2 Objetivos específicos

1. Mapear os estágios de desenvolvimento psicossocial na adolescência.
2. Descrever o processo de construção de identidade na adolescência.
3. Caracterizar a atenção da saúde mental do adolescente no âmbito das políticas de saúde.

3 METODOLOGIA

Trata-se de estudo com abordagem qualitativa. Para realizar a discussão acerca dos aspectos característicos da adolescência, com enfoque psicossocial, foram analisados os livros “Adolescência normal – um enfoque psicanalítico”, de Arminda Aberastury e Mauricio Knobel (1981), e “O normal e o patológico” de Georges Canguilhem (2009), os quais apresentaram o embasamento teórico necessário para a análise.

Para a análise da atenção à saúde mental do adolescente no âmbito das políticas públicas, foi utilizada como estratégia de pesquisa a revisão da literatura, por meio da busca na base de dados BVS-Saúde (Biblioteca Virtual de Saúde).

A pesquisa na BVS foi realizada por meio dos termos: “adolescência”, “saúde pública” e “saúde mental”. Utilizou-se como critério de inclusão das publicações o idioma em português e disponibilidade na íntegra. Desse modo inicialmente foram identificados 169 artigos, dos quais, após análise de títulos, permaneceram 10. Destes, 05 foram excluídos após a leitura dos resumos, que não tinham ligação direta com o tema do trabalho. Assim, 05 publicações compuseram a revisão de literatura realizada no capítulo 02.

A análise do material empírico buscou responder às seguintes questões: Como se caracteriza a adolescência do ponto de vista psicossocial? Como acontece a construção da identidade na adolescência? Como se organiza a atenção à saúde mental dos adolescentes no âmbito das políticas públicas?

4 ESTÁGIOS DO DESENVOLVIMENTO PSICOSSOCIAL NA ADOLESCÊNCIA

A adolescência é o período da vida onde ocorre a transição entre a infância e a vida adulta. O adolescente passa por várias mudanças físicas e psicológicas a partir da puberdade, que irão lhe acompanhar pelo resto da vida. Cada mudança, seja física ou mental, representa a perda de sua infância e a iminente chegada de um futuro que, ao mesmo tempo que é um objetivo a ser alcançado pelo jovem, lhe causa medo e angústia (ABERASTURY,1981).

O adolescente vive em um estado de alternância entre independência e dependência, pois, por mais que esteja caminhando para uma vida onde culturalmente se espera que o adulto arque com as consequências de seus atos e com as suas responsabilidades, e ainda que já esteja vivenciando algumas experiências onde assume esse papel, ainda não está totalmente preparado para a completa independência. Somente quando o jovem possuir mais maturidade, será capaz de aceitar ser “independente dentro de uma limitada dependência” (ABERASTURY,1981).

Essa ambivalência faz da adolescência um período conflituoso, confuso, onde o jovem pode se tornar um ser irascível que frequentemente entra em brigas e discussões no seu meio familiar e social. Esse desequilíbrio é comumente confundido com crises patológicas. Inclusive, o próprio adolescente pode se confundir durante esse processo. (ABERASTURY,1981).

Arminda Aberastury (1981) diz que o processo de aceitação das mudanças físicas e psicológicas que estão acontecendo no corpo do adolescente passa por três lutos: luto pelo corpo infantil, pela identidade infantil e pela relação com os pais da infância.

O luto pelo corpo infantil é necessário pois, com o avanço das mudanças corporais, e cada vez mais sendo exigido um comportamento adulto dos adolescentes, é normal que os adolescentes se sintam invadidos, e uma das saídas é se fechar em suas conquistas infantis, ainda que exista, ao mesmo tempo, uma vontade de chegar a fase adulta. O jovem se vê forçado a abandonar a sua condição de criança, pois sempre que for assim chamado, será de forma negativa, com o objetivo de diminuí-lo. Mesmo que os pais e o próprio adolescente finjam que nada aconteceu, e continuem agindo como se o jovem ainda fosse criança, o corpo infantil nunca poderá ser recuperado (ABERASTURY,1981).

O adolescente tem a sua mente ainda infantil, e um corpo que está se tornando adulto. Isso causa uma despersonalização no pensamento do adolescente, que se prende a pensamentos fantasiosos onde pode controlar tudo, como um ser onipotente. Porém, a partir do momento que esses pensamentos acontecem de forma exagerada, o jovem pode passar a confundir realidade com imaginação, e viver suas fantasias no mundo real. Isso é uma característica patológica (ABERASTURY;KNOBEL;ROSENTHAL,1981)

Ao ir perdendo suas características de criança, o adolescente vai em busca - conscientemente ou não - de uma nova identidade. O luto pela sua identidade infantil é necessário pois é cada vez mais exigido do adolescente maturidade e responsabilidade. O jovem vai moldando seus ideais, se espelhando em alguns adultos ou rejeitando ser como alguns deles. O adolescente pode agir de maneiras opostas dependendo do contexto, aparecendo como diferentes versões de si para diferentes pessoas. Por exemplo, pode demonstrar um tipo de pensamento e de atitudes perante seus pais, e agir de forma totalmente diferente com os seus amigos. Isso ocorre pelo motivo do adolescente estar construindo sua identidade, de modo que precisa lidar com várias características e referências, que podem ser conflituosas. Ele ainda não pode colocar em prática os conceitos que vai absorvendo, e nem deixar totalmente de lado os conceitos que aprendeu na infância (ABERASTURY,1981).

Ainda que o adolescente busque a independência total, teme o desconhecido. Essa mudança de personalidade leva o adolescente a um confronto frequente entre realidade e fantasia, onde tem o controle onipotente e conserta os seus erros e fracassos. A partir disso, o adolescente pode deixar de ver as pessoas de forma normal e tratá-las como objetos, a fim de seu interesse pessoal (KNOBEL;ROSENTHAL,1981).

Um movimento natural é os adolescentes procurarem e entrarem em grupos e turmas formados por outros adolescentes, e deixando as obrigações e responsabilidades com seus pais. Isso é a clássica irresponsabilidade adolescente, que age de maneira inconsequente, pois ainda não aprendeu a ter responsabilidade de seus atos (KNOBEL;ROSENTHAL,1981).

O luto pela relação com os pais da infância se torna necessário pois o relacionamento entre pais e filhos muda na adolescência. Quando criança, o jovem aceitava ser dependente de seus pais, pois entendia suas limitações. Porém, conforme avança na adolescência, o jovem vai adquirindo a independência do seu próprio pensamento, onde tem suas definições de certo e errado e os seus

próprios planos de vida. Mas ainda não alcançou a independência financeira, e portanto continua sendo dependente de seus pais.

Como já dito anteriormente, a relação entre pais e filhos na adolescência e na infância. O adolescente cada vez mais busca se tornar independente e livre, porém, isso não significa que os pais devem conceder uma liberdade excessiva ao perceber que seus filhos estão crescendo. O adolescente ainda não está pronto, e carece de uma certa dependência, e viverá essa liberdade excessiva como um abandono, o que irá dificultar ainda mais o desenvolvimento, que já é conflituoso por natureza. Muitas vezes, inclusive, essa liberdade excessiva concedida pelos pais, é uma forma de mascarar uma rejeição ao fato de que seus filhos estão crescendo e adquirindo sua própria personalidade, que é crítica e não mais passiva como outrora (ABERASTURY;KNOBEL,1981).

O estudo do desenvolvimento psicossocial na adolescência será sempre incompleto quando se ignorar a importância dos pais no processo de desenvolvimento do jovem. Os pais, resistindo ao crescimento de seus filhos, podem interferir a vivência dos lutos que o adolescente deve passar. É importante que os pais também passem por lutos, assim como os seus filhos. O luto pelo corpo infantil, pela relação infantil e pela sua identidade infantil de seu filho (ABERASTURY,1981).

Ao ver o crescimento de seus filhos, os pais encaram o envelhecimento, e não é fácil. Toda imagem que construiu junto com seu filho, de líder, irá mudar para uma relação ambivalente. As conquistas de seu filho pode ser uma oportunidade para avaliar suas conquistas e fracassos, dando-lhe a oportunidade de revisitar sua adolescência, se espelhando em seu filho. Assim, será capaz de compreendê-lo. Nesse momento, a forma que for concedida a liberdade, é importante para a conquista da independência e da maturidade do filho. (ABERASTURY,1981)

A desidealização dos pais é muito dolorosa para o jovem. O desprezo que comumente vemos adolescentes demonstrarem sobre os adultos, pode ser uma forma de defesa frente a todas as suas perdas infantis que já ocorreram, e a iminência da entrada forçada no mundo adulto. Porém, muitos pais tentam reforçar a autoridade, com medo de perder a imagem idealizada de líder, citada no parágrafo anterior. Isso, obviamente, só atrapalha e dificulta tudo. Por exemplo, é comum ver adolescentes indo ficar um tempo na casa de outros parentes depois de algum desentendimento com seus pais. Isso é uma atitude mais radical do que o desprezo citado acima, mas também pode ser visto pelo jovem como uma forma de defesa.

E, nessa situação, é comum pais aproveitarem que seus filhos ainda são dependentes economicamente do seu dinheiro, para reforçar ainda mais sua autoridade. É comum vermos adultos escreverem sobre adolescência e sobre os problemas dos jovens nessa fase. Porém, é muito difícil ver abordarem a dificuldade dos pais em aceitar a evolução dos filhos (KNOBEL,1981).

Os conflitos entre pais e filhos acontecem com grande frequência na adolescência. Por mais que seja natural, como dito anteriormente, pode prejudicar o desenvolvimento do adolescente e de sua personalidade, causando consequências. Enquanto não houver um enfoque maior na influência dos pais e responsáveis na formação do psicossocial do adolescente, iremos continuar vendo conflitos familiares e jovens se distanciando de seus pais. Por que não evitar e diminuir tais confrontos e as suas dores causadas, modificando estruturas sociais e familiares, com jovens e adultos pensando em conjunto? (KNOBEL,1981).

Maurício Knobel considera os adolescentes seres "semi patológicos" devido a sua instabilidade, e que não seria possível conseguir a estabilização da personalidade sem ter uma conduta um pouco patológica. Já Anna Freud *apud* Knobel (1981), julga ser muito difícil definir o limite entre o normal e patológico na adolescência, e acha, inclusive, que seria anormal o adolescente conseguir se manter estável durante todo o período.

Separar o normal do patológico sempre causou muita divergência entre psiquiatras na história. Para Charles Blondel, filósofo e psiquiatra Francês do final do século XIX, não é possível compreender a doença a partir do doente, pois o doente não consegue relatar autenticamente a experiência que tem com a doença. Daniel Lagache, psiquiatra e psicanalista também da França, tem uma visão parecida com a de Blondel, porém com algumas diferenças. Para ele, é justo separar as patologias em transtornos possíveis de serem compreendidos a partir do ponto de vista do doente, e os impossíveis (CANGUILHEM,1966). Porém, é importante frisar que o conceito de normalidade não é tão simples de ser definido, pois varia de acordo com o meio social onde os povos estão inseridos. Portanto, quando vemos autores definindo uma conduta como normal ou não, ele se refere à sua definição de normalidade (KNOBEL,1981).

Canguilhem diz que normalmente são os doentes que julgam se voltaram a ser normais ou não depois de curados de uma patologia. Para pessoas que planejavam seus futuros baseados em suas atividades do passado, o patológico é um estorvo do normal, pois ele impede a realização de uma ação que antes era considerada normal pelo doente. Voltar ao normal, é voltar a realizar as

ações que eram impedidas por um transtorno. Canguilhem usa como exemplo um homem que recentemente havia sofrido um acidente e machucado o seu braço em uma serra. Ele não perdeu o membro, mas teve uma atrofia em todos os músculos do braço e do antebraço, além de ter os seus movimentos limitados. É claro que em relação ao outro braço, o membro acidentado não é normal. Porém, mesmo assim, o homem fica feliz que manteve o braço e que vai poder continuar a exercer a sua profissão, ignorando as limitações de seu braço. Para esta pessoa, a sua vida voltou ao normal (CANGUILHEM,1966).

A adolescência é um período muito conflituoso, onde o adolescente irá vivenciar experiências dolorosas, nas relações familiares e sociais em geral, e agir em alguns momentos com um certo grau patológico. Porém, por mais que pareçam sofríveis todos esses desequilíbrios e instabilidades vividos na adolescência, eles são determinantes, pois é a partir da vivência e enfrentamento dessas experiências que a identidade do adolescente vai se formando (KNOBEL,1981).

Para falarmos sobre o processo de construção da identidade na adolescência, é importante entender o que é a identidade. Existem diferentes compreensões sobre o conceito de identidade. A identidade explica a consciência do meu “eu” perante outros “eus”. O reconhecimento de ser único entre as pessoas. E, assim como na visão de Carlos, várias correntes da Psicologia e da Psicanálise dizem que esse reconhecimento acontece a partir da relação com as pessoas. Sem conhecer outras pessoas, seria impossível se descobrir diferente e único. (BOCK,2001)

A primeira pessoa que o bebê se reconhece como diferente é a sua mãe. A partir do momento que o bebê sentir falta da sua mãe e ela não estiver presente, ele irá entender que sua mãe não é uma extensão do seu corpo. Com isso, a criança começa a procurar, mesmo que inconscientemente, pessoas que vão servir como modelo, onde ele irá absorvendo algumas características. Com o tempo, sua identidade irá se formando a partir das experiências vividas e tendo algumas pessoas como referência. Logo, o meio social onde o indivíduo vive, será importante na sua formação de identidade (BOCK,2001)

A questão social na formação do ser humano vem sendo debatida há muito tempo. José Bleger em seu livro “Psicologia da Conduta” (Porto Alegre, Artes Médicas, 1987) cita o “mito do homem abstrato”, como um mito filosófico que diz que cada pessoa já nasce pronta e que as características de todos deve ser analisada de maneira geral, independente do contexto onde está

inserido. Segundo esse mito, a relação com as pessoas e com o mundo não teria influência na formação dos indivíduos. Por exemplo, uma pessoa que viveu no Rio de Janeiro no ano de 1920, segundo o mito, não teria diferença para uma pessoa que viva no Rio de Janeiro atual, mesmo após 100 anos de evolução tecnológica, crescimento urbano, etc. (BOCK, 2001)

Nós, seres humanos, nascemos com os genes de nossos ancestrais, que vão formar o nosso corpo de acordo com as características da nossa espécie. Porém, é importante ressaltar que os genes vão se apresentar a partir das condições do meio vivido pelo indivíduo. Ana Bock traz um exemplo, de experiências com um tipo de peixe que possuem genes para ter uma certa cor nos olhos, mas que, ao nascerem em um ambiente diferente do seu habitat natural, possuem olhos de cor diferente. Ou seja, nós somos o resultado entre características que vieram pela herança genética deixada pelos nossos ancestrais, e pelo meio onde vivemos. (BOCK, 2001)

Somente com o que o biológico nos dá, não seria possível viver da forma como vivemos hoje. Por exemplo, nós não lemos, escrevemos, aprendemos a usar aparelhos tecnológicos, por herança biológica. Tudo isso é aprendido a partir do convívio em uma sociedade onde a geração passada já desenvolveu tudo isso, e nós nos apropriamos desse conhecimento. Para Ana Bock (2001, p.223):

Não queremos dizer com isso que o homem esteja subtraído do campo de ação das leis biológicas, mas que as modificações biológicas hereditárias não determinam o desenvolvimento sócio-histórico do homem e da humanidade: dão-lhe sustentação. As condições biológicas permitem ao homem apropriar-se da cultura e formar as capacidades e funções psíquicas.

O ser humano nasce propenso a aprender novas características já desenvolvidas por outros humanos no passado. Nós podemos aprender, por exemplo, a partir das artes e suas técnicas previamente desenvolvidas, dos esportes, da ciência, entre vários outros campos desenvolvidos pela humanidade. Para tomar posse dessa cultura desenvolvida pelos ancestrais, nós praticamos atos que vão reproduzir todo esse conhecimento. Por exemplo, para escrever, nós aprendemos a usar o lápis ou uma caneta. É mais do que simplesmente riscar um papel, nós aprendemos a realizar o movimento do manuseio do lápis a partir da nossa coordenação motora (BOCK, 2001).

Nós aprendemos a usar o celular e compreendemos as funções de seus aplicativos. Nós aprendemos a jogar futebol e, a partir da prática, desenvolvemos nossa coordenação motora com

os pés para controlar a bola. Porém, só conseguimos aprender tudo isso, se apropriando do conhecimento gerado pelos humanos do passado.

Como dito antes, nós somos o resultado da herança genética com o nosso meio social. Por isso, a identidade é mutável. O adolescente entra no mundo adulto com a sua identidade bem estruturada e isso é muito importante. Porém, no decorrer de sua vida adulta, sua identidade pode sofrer algumas alterações após conhecer pessoas novas ou viver novas experiências, por exemplo.

A identidade tem um caráter de metamorfose, estando sempre em constante mudança. Ele faz a analogia da identidade com uma foto: a foto sempre irá estar estática, escondendo a metamorfose (BOCK,2001).

A construção da identidade na adolescência vem a partir das instabilidades que podem ser vividas por eles, que podem acabar parecendo condutas patológicas em alguns casos. Porém, é importante entender que a definição do normal pode variar em relação a vários fatores sociais. Um investigador vai interpretar uma conduta como normal ou patológica a partir de suas vivências e do meio social onde está inserido. Sendo assim, para um adulto com sua personalidade estabelecida, as instabilidades que são normais no processo da adolescência não serão consideradas normais dentro do seu conceito de normalidade (KNOBEL,1981).

Esses conflitos existentes no período da adolescência são resultado da dependência infantil que ainda existe no adolescente. Para Maurício Knobel (1981, p.28).

O adolescente passa por desequilíbrios e instabilidades extremas de acordo com o que conhecemos dele. Em nosso meio cultural, mostra-nos períodos de elação, de introversão, alternando com audácia, timidez, descoordenação, urgência, desinteresse ou apatia, que se sucedem ou são concomitantes com conflitos afetivos, crises religiosas nas quais se pode oscilar do ateísmo anárquico ao misticismo fervoroso, intelectualizações e postulações filosóficas, ascetismo, condutas sexuais dirigidas para o heteroerotismo e até a homossexualidade ocasional.

É interessante analisar que tais características não são exclusivas de alguns lugares em específico, sendo possível observá-las em diferentes povos e culturas. A partir da vivência e do processo dos lutos, o adolescente vai se estabilizando, e o seu amadurecimento será menos conflituoso (KNOBEL,1981).

A partir do nascimento do indivíduo, sua personalidade começa a passar pelo processo do amadurecimento. É importante para essa discussão não ver os períodos da infância e da adolescência apenas como uma passagem para o mundo adulto. Não devemos ignorar a importância que o caminho dessa transição possui, porém, para entender melhor os adolescentes, devemos ver essa fase como um momento da vida e como as pessoas se comportam nesse período, pois a identidade está presente em todos os momentos de nossa vida. Portanto, para entendermos a formação da identidade na adolescência, devemos caracterizar a adolescência como um período da vida e não somente como uma preparação para o mundo adulto (KNOBEL,1981).

Ao sairmos da infância e entrar na adolescência, passamos por dúvidas e conflitos que nos farão entrar no mundo adulto com uma identidade bem formada e estabilizada em linhas gerais. Ao se estabilizar, se alcança o que Erikson (1956) chama de “entidade egóica¹” e Nixon (1961) chama de “autocognição”. O último define essa “autocognição” como um processo biológico, o reconhecimento de si, o entendimento que cada um possui sobre o seu próprio corpo. Esse autoconhecimento se faz presente em todas as fases da vida. É o conhecimento do seu indivíduo no mundo como um ser único, juntando o entendimento físico e biológico de cada um (KNOBEL,1981).

Knobel define o esquema corporal como “representação mental que o sujeito tem de seu próprio corpo como consequência de suas experiências em contínua evolução”. O luto pelo corpo infantil tem uma função muito importante nessa parte, pois a partir dele, o adolescente busca conhecer o seu novo corpo físico e muda o seu esquema corporal. (KNOBEL,1981)

O adolescente vai desenvolvendo um autoconceito a partir das transformações e da relação com o conceito que as outras pessoas do seu meio social possuem sobre ele. Para a psicanálise, é importante que o adolescente inclua, junto com as suas novas interações com o seu meio social, todo o seu passado que foi vivido, inclusive as partes dele que foram enfeitadas. O adolescente precisa, a partir dessa junção, estabelecer sua nova personalidade (KNOBEL,1981).

No desenvolvimento de sua identidade, é comum que os adolescentes se sintam mais confortáveis em grupos de outros adolescentes, até por estarem enfrentando turbulências semelhantes. Porém, Erikson (1956) alerta que pode acontecer de o adolescente buscar o que ele

¹ Entidade egóica: definido por Erikson (1956) como uma entidade pessoal

chamou como “identidade negativa”, ou seja, o adolescente se identificar e espelhar-se em “pessoas ruins”. Knobel traz como exemplo, grupos de adolescentes usuários de drogas, que podem passar por esse problema. Uma possível causa para esse efeito é que, se o adolescente não conseguir a identificação com alguém, pode buscar uma identidade negativa pois seria melhor ter uma personalidade negativa invés de não ter nenhuma. Costuma-se apresentar também quando o indivíduo teve dificuldade em desenvolver sua identidade de criança, que acaba se repetindo no processo da adolescência (KNOBEL,1981).

Também existe a possibilidade de o adolescente não se sentir satisfeito com a identidade que adquiriu, e querer “trocar” a sua identidade. Outro problema que também pode vir a acontecer é de o adolescente absorver traços da personalidade de alguém que já agrediu o jovem. Por fim, também existe a “pseudo-identidade”, que faria com que o adolescente escondesse a sua verdadeira identidade e agisse da forma que gostaria de ser. (KNOBEL,1981)

As “identidades transitórias” acontecem quando o adolescente atua de uma certa forma por um período de tempo, como por exemplo, fases em que o adolescente se considera adulto e se recusa a realizar atividades normais para a sua idade, buscando agir com mais seriedade. As “identidades ocasionais” são aquelas que ocorrem quando o adolescente enfrenta uma situação que não havia vivenciado antes, como por exemplo, na primeira vez em que conhece uma nova pessoa. E, por fim, as “identidades circunstanciais” são quando o adolescente, por estar no processo de formação de identidade, acaba agindo de forma diferente dependendo do lugar e do contexto em que estiver. Por exemplo, pode agir na escola, de uma forma diferente da que ele costuma agir na igreja. Esses três tipos de identidade podem ser utilizados pelos jovens ao mesmo tempo. São características da personalidade adolescente (KNOBEL,1981)

É importante também lembrar que a personalidade é construída a partir do desprendimento de pontos importantes da infância, como a relação com os pais quando o jovem ainda era criança. Durante este processo, pode existir um sentimento deprimente que vem junto com a ansiedade de preencher sua nova personalidade (KNOBEL,1981).

A adolescência é um período de mudanças, e algumas delas são definitivas. O equilíbrio que o adolescente conseguiu adquirir na infância, será perturbado nesse período da vida com a busca de uma nova identidade, fazendo com que o adolescente se sinta preso na sua infância, e, ao mesmo tempo, com o anseio de tornar-se adulto. Deverá passar pelos três lutos, que irão, aos

poucos, resolver as adversidades encontradas nessa fase da vida. Por fim, irá estabilizar novamente sua personalidade, porém já com essa sendo uma personalidade adulta. A identidade, como já previamente dito, existe desde o nascimento do indivíduo e irá o acompanhar por todas as fases da sua vida, podendo ocorrer mudanças em todas as fases. Porém, sem dúvidas, a fase onde existe maior intensidade e transformações na identidade das pessoas é na adolescência (KNOBEL,1981; BOCK,2001).

5 ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL DO ADOLESCENTE NO ÂMBITO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

É importante compreender a característica conflituosa da adolescência como um processo natural e não patológico, mas também cabe destacar que múltiplos fatores podem determinar a saúde mental do adolescente.

A adolescência adquiriu centralidade nas últimas décadas a partir do reconhecimento das consequências negativas dos problemas de saúde mental e a constatação da existência de uma menor atenção dedicada a esta faixa etária em relação às demais. Estima-se a prevalência de 20% de transtornos mentais nesse grupo. Segundo a OMS, algumas situações são consideradas prioritárias, tais como depressão, suicídio, psicoses, ansiedade, transtornos de conduta, abuso de substâncias e transtornos alimentares (BENETTE, 2007; OPAS/OMS, s.d).

Quanto maior a exposição a fatores de risco, maior a possibilidade de impacto na saúde mental de adolescentes. São considerados estressores nessa fase da vida o desejo por maior autonomia, exploração da identidade sexual, maior acesso e uso de tecnologias, influências da mídia e normas sociais nas percepções e aspirações de futuro, qualidade de vida em casa, relação com seus pares, violência (familiar, bullying, sexual) e dificuldades socioeconômicas (OPAS/OMS, s.d).

Adolescentes podem estar mais suscetíveis a problemas de saúde mental devido às suas condições de vida, estigmas, discriminação ou exclusão, além de falta de acesso a serviços e apoio de qualidade. Esse contexto inclui adolescentes que vivem em ambientes frágeis; adolescentes com doenças crônicas, transtorno do espectro autista, incapacidade intelectual ou outra condição neurológica; adolescentes grávidas, pais adolescentes ou aqueles em casamentos precoces e/ou forçados; órfãos; e adolescentes que fazem parte de minorias étnicas ou sexuais ou outros grupos discriminados (OPAS/OMS, s.d).

Nesse sentido, intervenções e políticas para promover a saúde mental de adolescentes visam fortalecer fatores de proteção, melhorar as alternativas aos comportamentos de risco, evitar a institucionalização e a medicalização excessiva, priorizar abordagens não farmacológicas e

respeitar os direitos previstos em convenções e instrumentos de direitos humanos (OPAS/OMS, s.d).

A atenção integral à saúde dos adolescentes ganha destaque nas organizações nacionais e internacionais como OPAS/OMS nos anos 70. O discurso que permeia esta questão parte inicialmente do crescimento populacional, que conta com o incremento numérico dos adolescentes, ligando este fato a mudanças sociais e consequências no futuro, em relação ao desenvolvimento do países (DE CASTRO, 2009, p.27).

As Políticas de Saúde Mental para Crianças e Adolescentes chegaram muito tardiamente ao Brasil, somente no início do século XXI. Nos primeiros 80 anos de República houve sim algumas intervenções do poder público em relação a crianças e adolescentes com patologias mentais. Porém, essas intervenções não possuíam o interesse de cuidar dos jovens e de suas patologias. O objetivo era dar uma resposta aos fatores que eram considerados incapacitantes: a pobreza e o abandono. Isso fez com que as ações tomadas pelo poder público tivessem um cunho reparatório, disciplinar, que visava o desenvolvimento de cidadãos civilizados e produtivos. Um exemplo disso foram os reformatórios e educandários, que colocavam essa ideia em prática (COUTO, 2015).

A pobreza poderia ser financeira em si, ou uma espécie de pobreza “moral”, que iria contra os princípios republicanos de buscar uma sociedade onde os moradores são produtivos para a economia. A partir dessas duas possibilidades o governo poderia ver o jovem como “menor em perigo”, isto é, que nasceu na pobreza com falta tanto de bens materiais como de atenção. E o “menor perigoso”, que é violento ou que pelo menos tenha potencial de um dia se tornar. Ambos foram considerados um “problema social gravíssimo” e que o Estado deveria tomar atitudes urgentes (COUTO, 2015).

A partir daí, o governo tinha em mente projetos de “corrigir” os jovens em vez de investir em apoio clínico ou psicossocial. Na parte da medicina, houve, na primeira metade do século XX, o movimento da higiene mental. Esse movimento usava a prevenção e a educação como métodos de atuação, e concordava com a ideia de que isolar os jovens em locais fechados, como os educandários e reformatórios citados anteriormente, seria a melhor atitude a se tomar quando os métodos preventivos não funcionassem (COUTO, 2015).

Nas questões jurídicas, foi criado o Código de Menores, no ano de 1927. A partir dele, muitos jovens foram enviados para locais como educandários e reformatórios, sendo levados de sua família para serem responsabilidade do governo, em uma tentativa de “reeducá-los”. O governo

achava que quando o jovem saía de sua família, teria mais chances de se tornar um “cidadão de bem”, a partir da educação promovida nessas instituições (COUTO, 2015).

Durante quase 80 anos, esse modelo continuou a ser implantado no Brasil, ligando patologias psicológicas existentes em jovens à pobreza. A solução costumava ser levar os jovens e os colocarem internados em instituições. Para Couto (2015)

A institucionalização de crianças no Brasil foi realizada através de instituições do campo da assistência social e filantropia, fora do sistema tradicional psiquiátrico, basicamente em educandários, reformatórios e outras instituições equivalentes. A designação dos processos de exclusão, tanto dos “menores” quanto dos “loucos”, através do uso de um mesmo mecanismo, o de institucionalização, constitui, muitas vezes, um empecilho para que as especificidades de cada situação possam ser analisadas e as consequências danosas efetivamente superadas (COUTO, 2015, p.26).

Entretanto, houve na década de 1980 uma mudança significativa na forma de como o Estado agia para cuidar dos problemas enfrentados pelas crianças e pelos adolescentes. O Estado passa a atuar buscando a proteção dos jovens, dando apoio psicológico e psiquiátrico quando fosse necessária a intervenção. A Constituição de 1988, que chegou a partir do movimento de redemocratização, mudou a forma de agir do Estado (COUTO, 2015).

A Constituição de 1988 assinala um novo modelo de atenção à saúde no país por meio da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) universal, equânime e integral. Nesse período a luta pela reforma psiquiátrica, iniciada no final dos anos 70, também foi alavancada, uma vez que reivindicava a cidadania daqueles em sofrimento psíquico, e exigia nova abordagem teórico-conceitual e técnico-assistencial. É nesse contexto que se produz uma resposta social à questão da saúde mental, até então pautada no asilo e exclusão pela lógica manicomial. Esse movimento impulsionou a elaboração da Política Nacional de Saúde Mental nos anos 1990 (DE CASTRO, 2009; BRAGA, D’OLIVEIRA, 2019). Ainda

Na perspectiva de romper com esse padrão e instituir um novo paradigma de proteção para crianças e adolescentes no país, reconhecendo-os enquanto sujeitos de direitos, registra-se a aprovação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) em 1990, importante dispositivo na redefinição da posição do Estado quanto à assistência e à elaboração de políticas públicas voltadas para este público (MACEDO, FONTENELE, DIMENSTEIN, 2018, p.01).

Em 2001 aconteceu a III Conferência Nacional de Saúde Mental (III CNSM) e a criação da Lei 10.216. Na conferência, a saúde mental das crianças e dos adolescentes foi um tema muito discutido, tendo bastante destaque. Houve, antes da III CNSM, um Seminário Nacional, onde foi discutida a forma de criar uma "política pública de saúde mental da infância e adolescência na realidade brasileira". A III CNSM aprovou propostas que vieram do Seminário de como o Estado brasileiro deveria agir para que realmente houvesse uma política de apoio psicossocial para crianças e adolescentes (COUTO, 2015).

a) a SMCA deveria se orientar pelos princípios do ECA, da Lei 10.216 e dos marcos éticos da Reforma Psiquiátrica; b) a criança e o adolescente deveriam ser considerados sujeitos psíquicos e de direitos; c) a política de SMCA deveria integrar a política geral de saúde mental, ter caráter intersetorial e orientar a construção de uma rede de cuidado, de base territorial, sensível às particularidades das crianças e adolescentes e às peculiaridades dos municípios; d) a lógica do CAPS – Centro de Atenção Psicossocial (naquele momento, regulamentado apenas para atendimento de adultos) deveria ser estendida ao cuidado de crianças e adolescentes com problemas mentais; e) a intersetorialidade deveria ser a marca distintiva e estruturante da organização da rede de cuidados em SMCA; f) as ações de cuidado deveriam se precaver contra a medicalização e institucionalização do sofrimento mental em crianças e adolescentes, que reduziam os problemas advindos da precariedade social a transtornos mentais; g) as práticas de atenção deveriam se opor à finalidade de controle e ajustamento de conduta no trato com a criança e adolescente (COUTO,2015,p.32).

Também foram definidas ações prioritárias a serem desenvolvidas pelo SUS, então foi decidido que deveriam ser:

a) criados dispositivos de atenção psicossocial para crianças e adolescentes, seguindo a lógica dos CAPS; b) incluídos na pauta da SMCA os problemas da institucionalização de crianças em abrigos da assistência social e filantrópicos, especialmente os destinados aos portadores de deficiência, com vistas à superação definitiva desse processo; c) priorizados na rede de atenção psicossocial os casos de maior gravidade e complexidade; d) realizado um mapeamento nacional sobre os serviços existentes nos diferentes setores públicos ligados à assistência de crianças e adolescentes, incluindo os filantrópicos e do judiciário, de modo a dimensionar os recursos existentes, possibilitar seu melhor aproveitamento nas redes locais e superar os descaminhos da institucionalização; e) criados mecanismos efetivos de participação, com composição intersetorial, incluindo trabalhadores, representantes da sociedade organizada, familiares e usuários para a formulação,

acompanhamento e monitoramento da política de SMCA, nos moldes de um fórum interinstitucional a ser implantado nos municípios, estados e na esfera federal do SUS (COUTO, 2015, p. 33).

Pouco tempo depois, já no começo de 2002, houve a publicação da Portaria 336/2002 com determinações específicas sobre a criação de CAPSi (Centros de Atenção Psicossocial para crianças e adolescentes). Os CAPS, até então, existiam somente para pessoas adultas. Essa portaria é muito importante, pois foi a primeira do SUS voltada para saúde mental dos adolescentes. Depois disso, houve a criação do Fórum Nacional sobre Saúde Mental de Crianças e Adolescentes, que contou com representação dos familiares e dos jovens, que ajudaram na organização e viram de perto a forma de aplicação das políticas públicas de saúde mental para crianças e adolescentes (COUTO, 2015).

A diferença de tempo entre a inauguração do primeiro CAPS e da portaria 336/2002, que institui o CAPSi, mostra a demora do Estado em especificar o atendimento psicossocial aos adolescentes e às crianças. Todavia, ainda que a consolidação da saúde mental infantojuvenil na agenda pública se deu mais tardiamente, tem sido produzidos avanços no campo das práticas e produção de conhecimento. Com a instituição dos CAPSi, pode-se dizer que a atenção à Saúde Mental das Crianças e dos Adolescentes recebeu um certo destaque (LEITAO et al, 2020; BRAGA, D'OLIVEIRA, 2019).

A tardia inclusão do tema da saúde mental dos adolescentes na agenda pública tem relação também com a especificidade do tema, que abrange “desde os “transtornos globais do desenvolvimento (como o autismo ou do espectro autista), até fenômenos de externalização (transtornos de conduta, hiperatividade), internalização (depressão, transtornos de ansiedade) e uso abusivo de substâncias”” (MACEDO, FONTENELE, DIMENSTEIN, 2018).

Pelo exposto, pode-se notar que apesar de o Ministério da Saúde ter lançado o Programa Saúde do Adolescente (PROSAD/MS) em 1989 influenciado por movimentos da OMS, e de ter havido o lançamento da Política de Saúde Mental em 1991, a formulação de uma política pública de saúde mental voltada para a criança e o adolescente só ocorreu com a criação dos CAPSi, dispositivo extra-hospitalar voltado a essa população. É nesse cenário que a saúde mental infantojuvenil entra de fato na agenda de saúde mental (DE CASTRO, 2009; MACEDO, FONTENELE e DIMENSTEIN, 2018).

A Reforma Psiquiátrica Brasileira buscava ir em direção contrária à da lógica manicomial, onde seus centros de atendimento deveriam mais do que somente “tratar” dos pacientes, e sim cuidá-los de uma maneira onde seja possível o usuário tomar suas decisões e ter uma “boa qualidade de vida”. Com a lei 10.216, o modelo antigo foi substituído por redes de atenção aos pacientes, que estavam integradas aos princípios do SUS. O CAPS, que anteriormente foi citado, teve a sua inauguração no ano de 1986, no estado de São Paulo. Trata-se de um dispositivo muito importante para o novo modelo de atenção pois, além de atender e oferecer apoio psicossocial, o CAPS deve ser capaz de juntar a saúde mental com a saúde em geral, “no intuito de suscitar um campo interdisciplinar de saberes e práticas” (LEITAO et al, 2020).

Para Couto (2015), com o CAPSi, o SUS dá um grande passo para o começo de uma rede de atenção à saúde mental para jovens no Brasil, podendo aumentar o alcance da rede e tratar das mais diversas patologias existentes dentro do âmbito de saúde mental. Os CAPSi são voltados para os casos onde há maior necessidade de apoio psicossocial, porém também tem papel importante na organização da rede de atenção psicossocial.

Além de contribuir para ampliação desses conhecimentos, o exercício do duplo mandato – terapêutico e gestor – representa a principal inovação na oferta de CAPSi pelo SUS por incorporar em um único dispositivo ações terapêuticas e gestoras das demandas territoriais, implicando de modo indissociável o território, a intersetorialidade e a rede como montagens articuladas e colaborativas para realizar o desafio de expandir o acesso e qualificar o cuidado (COUTO, 2015, p. 35)

Podemos usar como exemplo de funcionamento na prática o CAPSi de Vitória - ES. Segundo Ronchi e Avellar, eles atendem jovens de até 21 anos, e, quando o CAPSi completou um ano, já haviam sido procurados por 162 crianças e adolescentes (RONCHI; AVELLAR, 2010).

Por não ser fácil identificar a existência de patologias mentais em crianças e adolescentes, os diagnósticos feitos no CAPSi de Vitória eram feitos com bastante cautela, evitando fazer um diagnóstico somente pelo tipo de comportamento apresentado pelos jovens e dando preferência, em algumas situações, a entender o contexto familiar e sociocultural que o adolescente ou criança estava inserido. Por isso, 7,8% dos jovens que buscaram atendimento no CAPSi de Vitória ainda não tinham sido diagnosticados (RONCHI; AVELLAR, 2010).

Para Ronchi e Avellar (2010), a maioria dos profissionais que estavam trabalhando no CAPSi chegaram através de concursos públicos, e parte deles não sabiam como de fato funcionava o CAPSi. Houve ainda profissionais relatando que, apesar do CAPSi ser da área da saúde mental para crianças e adolescentes, não possuíam experiência na área.

[...] não, não conhecia, eu só sabia que atendia criança, né?, mas eu não sabia que tinha transtorno mental, e eu vim pra cá, não sabia nem do que se tratava. Não, não sabia, nem sabia como era o funcionamento de um Capsi. Não tinha nem noção (Profissional 12).
(RONCHI; AVELLAR, 2010, p. 79)

Assim, destaca-se que a criação e consolidação de uma rede de atenção à pessoa com experiência de sofrimento psíquico somente é possível conjugando o movimento na atenção psicossocial direta, mas também nos eixos da formação, da gestão e da política (BRAGA, D'OLIVEIRA, 2019).

A Portaria n.º 3.088/11, republicada em 2013, instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no SUS e nela os CAPS cumprem papel estratégico

Em suas diferentes modalidades, o CAPS é definido como um serviço territorial responsável pela ordenação da rede de cuidados dos usuários da RAPS; dentre as ações e estratégias de cuidado e de fomento de discussões, estão previstos acolhimentos, atendimentos, ações de reabilitação psicossocial, ações de articulação em rede intra e intersetoriais, dentre outras. O território, entendido como um espaço plural com diversas histórias, formas de viver e formas de habitar, constitui para sujeitos e para coletivos modos de pertencimento com múltiplos sentidos (BRAGA, D'OLIVEIRA, 2019, p. 403).

A partir da instituição da RAPS afirma-se pela legislação a articulação e integração dos diferentes pontos de atenção, e ficam definidas as estratégias e ações práticas dos serviços, incluindo os CAPSi, que opera com o reconhecimento das crianças e adolescentes como sujeitos de direitos e responsabilidades (BRAGA, D'OLIVEIRA, 2019). Sem dúvidas houve avanços em direção à ampliação e articulação de serviços buscando garantir a integralidade, longitudinalidade e a não institucionalização para a população adolescente.

Desse modo os pontos de acesso ao público infantojuvenil na RAPS, além da Atenção Primária, é realizado pela Atenção Psicossocial Especializada, com os CAPSi, mas também inclui CAPS I e II, além dos CAPS AD e AD III, que atendem adultos ou crianças e adolescentes que apresentem necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (MACEDO, FONTENELE e DIMENSTEIN, 2018, p.05).

A partir da integração de estudantes aos seus programas, da propagação de informações sobre a saúde dos jovens e de locais onde possa haver discussão sobre temas relacionados a saúde das crianças e dos adolescentes, o CAPSi ajuda na organização da rede de atenção psicossocial, formando uma relação com o paciente de modo que ele se sinta “em casa”, e possa tomar suas próprias decisões. Para ajudar a aproximar o jovem do CAPSi, algumas atividades são realizadas. Por exemplo, a ida até a casa do paciente, ou algumas oficinas onde são realizadas atividades pelo jovem (OLIVEIRA, 2014).

O apoio psicossocial deixou para trás a lógica manicomial e avançou bastante no Brasil. A Porém, é notável que a atenção psicossocial para crianças e adolescentes evoluiu de uma maneira mais “tímida” em relação a atenção psicossocial para os adultos. Isso tem muito a ver com todos os quase 80 anos de institucionalização como *modus operandi* realizado pelo governo brasileiro para cuidar de jovens com problemas mentais. Outro fator importante para ajudar a explicar esse pequeno avanço em relação ao cuidado psicossocial com os adultos é o fato de que a discussão sobre a inserção da temática da saúde mental dos jovens na política foi muito tardia (MACEDO, FONTENELE e DIMENSTEIN, 2018).

É válido destacar os esforços feitos para que a rede de atenção psicossocial cresça cada vez mais. A partir da portaria que definiu a criação da RAPS, foi determinado que os CAPSi deveriam ser construídos em locais com pelo menos 70 mil habitantes, e isso foi importante para difundir a atenção psicossocial voltada para o público infantojuvenil em locais que possuem uma população menor que a dos grandes centros urbanos, espalhando o programa pelo Brasil (MACEDO, FONTENELE, DIMENSTEIN, 2018).

Todavia, ainda há uma invisibilidade para as demandas específicas de saúde mental do adolescente, sendo esta em geral compreendida tendo como referência as estratégias de cuidado voltadas à população adulta. Pode-se dizer que em nível mundial há um vazio de políticas oficiais voltadas a esse público. Como principais desafios para a superação desse cenário estão: “falta de uma rede de serviços que integre não apenas as ações em saúde, mas no âmbito da educação, da assistência social, justiça e no campo de direitos; e o fato de que as ações em saúde mental estão predominantemente voltadas à população adulta” (MACEDO, FONTENELE, DIMENSTEIN, 2018).

Bom, pelo fato da atenção à saúde mental das crianças e dos adolescentes estarem inserido em um contexto amplo dentro da política de saúde mental e das políticas públicas de saúde no geral, os obstáculos para a sua qualificação vão além da organização dos serviços e das redes de atenção (ONOCKO-CAMPOS, 2019).

A saúde mental é uma área subfinanciada pelo SUS. Porém, o próprio SUS já é historicamente subfinanciado, havendo retrocessos e estagnação, em alguns períodos, das suas políticas implementadas, seja pelo lado do financiamento ou pelo lado dos “preceitos do modelo psicossocial”. É certo afirmar que a Portaria nº 3.588/2017, publicada durante o governo do ex-presidente Michel Temer, é um dos símbolos dos atrasos que vem acontecendo nas políticas de saúde mental. Com essa portaria, houve a volta do Hospital Dia e do método de intervenção biomédica, que outrora havia se tornado passado com a existência dos CAPS. Essa portaria também reestabeleceu na RAPS um nível secundário de atenção, por meio de equipes especializadas de saúde mental, trazendo a lógica de ambulatórios hierarquizados e desarticulados, com clara inclinação para a hegemonia das práticas biomédicas (ONOCKO-CAMPOS, 2019).

Portanto, é importante para que seja possível avançarmos nas políticas de saúde mental, é importante que a RAPS tenha distribuição regional dos serviços, qualificar os mecanismos de coordenação do cuidado entre atenção primária e CAPS, avanços na estabilidade e implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, além de política de qualificação e avaliação permanente da RAPS (ONOCKO-CAMPOS, 2019)

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir deste trabalho foi possível compreender o processo de desenvolvimento psicossocial na adolescência, assim como as mudanças comportamentais que ocorrem nessa fase da vida e que compõem a construção da identidade.

Para entender a diferença entre o patológico e o normal na adolescência é necessário que, além de uma análise comportamental, seja entendido o contexto sociocultural e familiar onde o jovem está inserido, e que se leve em consideração as esperadas turbulências enfrentadas pelos adolescentes motivadas pela construção da identidade.

A respeito da atenção à saúde mental do adolescente, foi possível identificar que houve alguns movimentos cruciais de enfrentamento da lógica manicomial no Brasil, os quais possibilitaram a discussão e a integração da saúde mental do adolescente na agenda das políticas públicas de saúde. O marco inicial de políticas específicas para o público infanto-juvenil ocorreu a partir da aprovação da Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira 10.216/2001. Desde então, houve avanços na área da saúde mental infantojuvenil, como a criação do CAPSi e da RAPS, que buscam criar uma rede de atenção onde o sujeito, além de receber atendimento psicossocial, tem garantido seus direitos de cidadania, tem a possibilidade de tomar suas decisões, sem perder a sua identidade. Houve também importantes avanços nas leis, que garantem direito e serviços para essa população. Apesar disso, são muitos os desafios a enfrentar no contexto de um sistema de saúde cronicamente subfinanciado.

Foi possível observar ainda que, a partir da metodologia de busca utilizada, há poucos artigos e textos que dissertam sobre a saúde mental das crianças e dos adolescentes, em relação a um grande número de materiais publicados sobre a saúde mental dos adultos.

Pelo exposto, entende-se que o presente trabalho contribui para a área em estudo, pois colabora lançando luz sobre um tema de crescente importância política e social, e que demanda debate permanente para um público ainda pouco visibilizado pelas políticas públicas de saúde.

REFERÊNCIAS

ABERASTURY, A. **Adolescência normal**. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1981. cap. 1, p. 13-23.

ABERASTURY, A.; KNOBEL, M. **Adolescência normal**. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1981.

BRASIL. Lei 8.069, de 13 de Julho de 1990. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Brasília: Ministério da Justiça, 1990.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009

COUTO, Maria Cristina Ventura; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Crianças e adolescentes na agenda política da saúde mental brasileira: inclusão tardia, desafios atuais. **Psicol. clin.**, Rio de Janeiro , v. 27, n. 1, p. 17-40, 2015 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652015000100002&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 01 fev. 2021.

ERIKSON, E. H.: "**The problem of ego identity**". J. Am. Psychoanal. Assn., 4, pág. 56, 1956.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico 2010** [Internet]. Brasília (DF): 2010 [acesso em 21 de outubro de 2019]. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php>

KNOBEL, M. **Adolescência normal**. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1981. cap. 2, p. 24-62.

LEITAO, Iagor Brum et al; Dez anos de um CAPSi: comparação da caracterização de usuários atendidos. **Psicol. USP**, São Paulo , v. 31, e190011, 2020 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642020000100220&lng=en&nrm=iso>. access on 24 Feb. 2021. Epub July 24, 2020. <https://doi.org/10.1590/0103-6564e190011>.

NIXON, R. E.: "An approach to the dynamics and growth in adolescence" . Psychiatry, 24, pág. 18, 1961

ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa. Saúde mental no Brasil: avanços, retrocessos e desafios. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 35, n. 11, e00156119, 2019 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2019001300501&lng=en&nrm=iso>. access on 19 Mar. 2021. Epub Oct 31, 2019. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00156119>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE . **A saúde mental pelo prisma da saúde pública**. Relatório sobre a saúde no mundo 2001: Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Genebra: OPAS/OMS, p.1-16, 2001

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Relatório Mundial da Saúde**. Saúde mental: nova concepção, nova esperança [Internet]. Brasília: Direção Geral de Saúde; 2002 [citado 2012 maio 20]. Disponível em: http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_djmessage_po.pdf

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Folha informativa – Saúde Mental dos adolescentes, 2018**. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5779:folha-informativa-saude-mental-dos-adolescentes&Itemid=839>. Acesso em: 11 de out. de 2019.

RONCHI, Juliana Peterle; AVELLAR, Luziane Zacché. Saúde mental da criança e do adolescente: a experiência do Capsi da cidade de Vitória-ES. **Psicol. teor. prat.**, São Paulo , v. 12, n. 1, p. 71-84, 2010 . Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872010000100007&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 01 fev. 2021.

VERÍSSIMO,R. **Desenvolvimento psicossocial** (Erik Erikson). Porto: Faculdade de medicina do Porto, 2002.

WHO, World Health Organization. **Young People’s Health – a Challenge for Society**. Report of a WHO Study Group on Young People and Health for All. Technical Report Series 731. Geneva: WHO, 1986.