



## Percepção de profissionais sobre os determinantes sociais da saúde mental infanto-juvenil

### *Perception of professionals on the social determinants of child and adolescent mental health*

Wanderlei Abadio de Oliveira  
*Pontifícia Universidade Católica de Campinas*

Barbara Gea  
Gilberto Hoffmann Marcon

Jaqueline Lemos de Oliveira  
Lilian Regiane de Souza Costa Dalpino  
Thalita Nicolau Freire  
Manoel Antônio dos Santos  
*Universidade de São Paulo*

#### Resumo

Crianças e adolescentes são vulneráveis a problemas de saúde mental, mas, muitas vezes, apenas questões individuais são consideradas em sua determinação. Este estudo objetivou conhecer a percepção de profissionais sobre os determinantes sociais da saúde mental infanto-juvenil. Trata-se de uma pesquisa qualitativa que contou com a participação de sete profissionais. Para coleta de dados foram realizadas entrevistas semiestruturadas que foram analisadas segundo os pressupostos da análise temática. Os participantes demonstraram compreender de forma ampliada a saúde, incorporando em sua conceituação outras questões vistas como relacionadas a estar saudável ou adoecer. Identificou-se que as condições sociais e de vida afetam a saúde mental infanto-juvenil. Na avaliação dos participantes, no exercício profissional, sempre se está “enxugando gelo”. Os achados revelam a percepção dos profissionais sobre determinantes sociais para a saúde mental de crianças e adolescentes, o que sugere a necessidade de considerar seu impacto no manejo clínico e na organização do cuidado.

**Palavras-chave:** Intervenção psicossocial; Saúde mental; Profissionais da saúde; Cuidado integral

#### Abstract

Children and adolescents are vulnerable to mental health problems, but often only individual issues are considered in their determination. This study aimed to know the perception of professionals about the social determinants of child and adolescent mental health. This is qualitative research that counted with the participation of seven professionals. For data collection, semi-structured interviews were conducted and analyzed according to the assumptions of thematic analysis. The participants showed a broad understanding of health, incorporating in its conceptualization other issues seen as related to being healthy or getting sick. It was identified that the social and living conditions affect the mental health of children and teenagers. In the participants' evaluation, the professional practice is always “drying ice”. The findings reveal the perception of professionals about social determinants for the mental health of children and adolescents, suggesting the need to consider their impact on clinical management and organization of care.

**Keywords:** Psychosocial intervention; Mental health; Health professionals; Integral care

## INTRODUÇÃO

A produção da saúde mental da população é um fenômeno complexo e multi-dimensional, permeado por inúmeras variáveis que contribuem para a promoção de desfechos favoráveis ou que facilitam as condições de adoecimento. Quando se aplica uma perspectiva desenvolvimental para análise das condições de saúde mental na infância e adolescência, as preocupações tendem a ser exacerbadas, pois as etapas do itinerário do desenvolvimento humano são consideradas como peculiares em termos de vulnerabilidade e complexidades, associadas à maturação biológica e aos desafios psicológicos que são vivenciados com maior intensidade durante as transições (García-Carrión et al., 2019).

Crianças e adolescentes com problemas emocionais e/ou comportamentais enfrentam desafios compatíveis com as tarefas das quais devem se desincumbir nos vários estágios de suas trajetórias desenvolvimentais (Pratta e Santos, 2007). Nenhuma etapa da infância ou da adolescência são, *per se*, sinônimos de sofrimento, mas alguns indivíduos vão encontrar maiores dificuldades de lidar com os eventos estressores com os quais irão se deparar ao longo de seus percursos, especialmente se não contarem com o amparo de um ambiente humano protetivo (Bronfenbrenner, 2011). A persistência das condições desfavoráveis ao desenvolvimento e a ausência de políticas públicas podem levar à cronificação de formas desajustadas de responder a esses desafios, perpetuando padrões psicopatológicos utilizados para lidar com a imprevisibilidade e instabilidade (Braga e d'Oliveira, 2019; Campos-Brustelo et al., 2010; Fukuda et al., 2012; Souza e Santos, 2009). Não por acaso as taxas de prevalência de sofrimento mental são consideradas elevadas no Brasil e no mundo (Paula et al., 2012).

A cristalização de situações vulnerabilizadoras e o agravamento do sofrimento podem se estender ao longo do ciclo vital, podendo ser ampliadas pela exposição crônica à estigmatização, discriminação, exclusão social e barreiras de acesso a serviços de cuidado efetivos (Braga e d'Oliveira, 2019; Oliveira et al., 2018). Segundo a literatura, quanto mais expostos a situações que agravam a vulnerabilidade individual, maior a suscetibilidade de crianças e adolescentes a desenvolverem problemas de saúde mental (Borba e Marin, 2018; Couto et al., 2020; García-Carrión et al., 2019). Tal perspectiva emoldura o enquadramento teórico-conceitual que fundamenta este estudo, que se propõe a analisar aspectos da saúde mental dessa população a partir do vértice dos determinantes sociais da saúde.

Os determinantes sociais podem ser definidos como fatores socioambientais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde (Bosi et al., 2014). Tal perspectiva também é coerente com o entendimento corrente de saúde mental

como estado de completo bem-estar físico, psicológico, social e espiritual no qual as pessoas encontram as condições adequadas para se desenvolverem integralmente, aprimorarem suas habilidades, enfrentarem o estresse cotidiano e, em alguma medida, colaborarem para a promoção da saúde mental da coletividade (Gaino et al., 2018). Essa definição orientou a estruturação do *WHO Mental Health Action Plan 2013-2020* (Plano de Ação em Saúde Mental da Organização Mundial da Saúde, 2013-2020), um marco na história recente da saúde pública que considerou fatores individuais, sociais, culturais, econômicos, políticos e ambientais como determinantes para a saúde ou adoecimento psíquico (World Health Organization, 2013).

Segundo Urie Bronfenbrenner (2011), a relevância dos contextos em que as pessoas existem e tocam suas vidas não pode ser ignorada na análise das condições de saúde da população. Assim, por exemplo, não é possível compreender apenas parcialmente a saúde mental como relacionada à capacidade de gerenciar pensamentos, emoções e comportamentos (Hooper e Britnell, 2012). Consequentemente, os fundamentos da Teoria Bioecológica do Desenvolvimento permitem incluir os fatores ambientais que favorecem ou prejudicam a qualidade da saúde mental das pessoas e dos grupos, desde aqueles presentes nos microsistemas (família e escola, por exemplo) até no macrosistema (políticas públicas, condições sociais), bem como a relação entre esses dois sistemas (Ashiabi e O'Neal, 2015; Barreto, 2016; Bronfenbrenner, 2011).

A legislação que regula a saúde pública reconhece que, para um enfrentamento efetivo de um assunto tão complexo, é imprescindível a articulação intersetorial, o trabalho em rede e o incentivo a práticas de promoção e prevenção em saúde mental. Nesse sentido, em resposta às lutas da reforma psiquiátrica no Brasil, para atender às novas demandas do setor foi instituída a Rede de Atenção Psicossocial - RAPS (Portaria n.º 3.088/11, republicada em 2013) (Braga e d'Oliveira, 2019). A rede está organizada a partir do entendimento de que a pessoa que vivencia algum tipo de sofrimento mental é um cidadão, ou seja, um sujeito de direitos que requer cuidados assistenciais e que está inserido em contextos que também necessitam de atenção e políticas públicas (Oliveira et al., 2018).

Essa noção inspirou a presente investigação, que mobilizou participantes que compõem a RAPS em diferentes municípios do interior do Estado de São Paulo. A construção de modos de atenção em saúde mental de crianças e adolescentes deve ser norteadada pela noção de que é preciso compreender como as relações se estabelecem na família e no contexto macrossocial específico, e também deve ancorar-se em uma análise crítica e ampliada da realidade das pessoas

que necessitam dos serviços (Braga e d'Oliveira, 2019; García-Carrión et al., 2019; Santos e Pratta, 2012; Santos et al., 2015).

Ainda que crianças e adolescentes sejam vulneráveis a problemas de saúde mental, muitas vezes os profissionais consideram apenas as questões individuais na determinação do processo saúde-doença. Inspirado nos aportes teóricos da Teoria Bioecológica do Desenvolvimento proposta por Bronfenbrenner (2011), este estudo se orientou pela seguinte questão de pesquisa: Como os profissionais da RAPS que atendem crianças e adolescentes compreendem os determinantes sociais para a saúde mental? Para responder à questão norteadora, este estudo teve por objetivo investigar a percepção de profissionais sobre os determinantes sociais da saúde mental infanto-juvenil.

## **MÉTODO**

### **Participantes**

Participaram do estudo sete profissionais que atuavam em serviços de saúde mental. O grupo de participantes foi constituído por conveniência, sendo elegíveis: 1) profissionais com vínculo formal de trabalho na saúde e assistência social, que integravam a Rede de Atenção Psicossocial; 2) que atuavam havia pelo menos um ano na assistência a crianças e adolescentes.

Os/as participantes pertenciam aos quadros de serviços públicos de diferentes municípios do Estado de São Paulo, Brasil, que tinham em comum o fato de serem vinculados a uma determinada região. Para composição da amostra de conveniência observou-se o critério de regionalização da saúde do Estado. As regiões de saúde foram implantadas com o Plano Diretor de Regionalização (PDR) de acordo com o Pacto pela Saúde de 2007. Considerando as disparidades regionais, uma região foi escolhida devido à densidade e organização de serviços de atenção à saúde mental disponíveis para crianças e adolescentes. Em seguida, foram levantados os municípios pertencentes ao Departamento Regional de Saúde (DRS) selecionado.

Para delimitação do número de participantes seguiu-se o método de recrutamento por saturação, que consiste na interrupção da coleta de dados quando não emergem novos dados ou temas nas entrevistas (Minayo, 2017). A Tabela 1 apresenta dados de caracterização do perfil de participantes, identificados por seus nomes fictícios.

Nome fictício	Sexo	Idade (anos)	Profissão	Tempo de formação (anos)	Tempo de atuação* (anos)
Alice	Feminino	43	Terapeuta Ocupacional	22	18
Bianca	Feminino	40	Psicóloga	15	8
Clarice	Feminino	27	Psicóloga	4	1
Mariana	Feminino	33	Médica Psiquiatra	11	4
Marina	Feminino	28	Assistente Social	7	6
Flora	Feminino	25	Psicóloga	1	1
Daniel	Masculino	27	Assistente Social	10	4

Nota: \*Tempo de atuação em serviços de assistência a crianças e adolescentes ou na instituição atual de trabalho.

**Tabela 1.** Caracterização sociodemográfica dos/das participantes, tempo de formação e de atuação na área de saúde mental

Participaram do estudo seis mulheres e um homem. Os/as participantes eram em sua maioria solteiros/as. Três participantes referiram ter cursado pós-graduação *lato sensu* nas áreas de Saúde Mental, uma em Psiquiatria da Infância e Adolescência, uma em Sexualidade Humana e uma em Metodologia do Ensino Superior. Os locais de trabalho dos profissionais incluíam os seguintes equipamentos de saúde e assistência social: hospital, Centro de Atendimento Psicossocial Infantil (CAPS Infantil), Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS).

### Instrumento

A entrevista semiestruturada foi utilizada como técnica de coleta de dados. Foi elaborado um roteiro constituído por duas partes. A primeira parte foi composta por dados sociodemográficos com vistas à caracterização dos participantes (nome fictício escolhido pelo próprio participante, sexo ou gênero declarado, profissão, tempo de formação e atuação profissional, especialização, entre outros). A segunda parte do roteiro continha 10 questões abertas que versavam sobre a temática de interesse da pesquisa, como por exemplo: Para você, o que é saúde mental? O que pode provocar/favorecer o surgimento de transtornos ou doenças mentais em crianças e adolescentes? Também foram utilizadas perguntas de esclarecimento (Fale-me mais sobre isso; me explique melhor como isso se deu), utilizadas de acordo com a necessidade e com o propósito de clarificar as ideias expressas pelos/as participantes. O roteiro foi submetido a um pré-teste com profissionais que não foram incluídos na amostra final, o que possibilitou ajustes em termos de adequação da linguagem e sequência das questões.

## Procedimento

As entrevistas foram realizadas entre abril e maio de 2019. Os/as potenciais participantes foram contatados/as por telefone pelos/as pesquisadores/as. Nesse contato prévio foram apresentados o objetivo, a estratégia metodológica a ser aplicada e esclarecidas eventuais dúvidas. Após aceitarem participar do estudo, foram agendadas as entrevistas. Foram realizadas cinco entrevistas presenciais no local de trabalho dos/as participantes, em salas reservadas, livres de interferência de outros profissionais. Duas entrevistas foram realizadas à distância, respeitando-se a preferência manifestada pelos/as entrevistados/as. Nesses casos, a interação se deu por intermédio do Skype® e os/as participantes receberam as mesmas informações prévias e foram solicitados/as a dar seu aceite *on-line* (gravado antes do início da entrevista e também por meio da assinatura digital no TCLE enviado com antecedência). Todas as entrevistas foram audiogravadas e transcritas na íntegra.

As entrevistas foram realizadas por cinco pesquisadores/as (BG; GHM; JLO; LRSCD; TNF), que foram devidamente treinados/as para aplicação do instrumento. O tempo médio de duração das entrevistas foi de 42 minutos. As transcrições totalizaram 79 páginas dispostas em formato A4 em documento Word, fonte Times New Roman tamanho 12, com espaçamento 1,5. Outro membro da equipe de pesquisadores revisou todas as transcrições, cotejando os áudios na íntegra com o material digitado.

## Análise de dados

A análise temática seguiu as recomendações propostas por Virginia Braun e Virginia Clarke (2006), envolvendo os seguintes passos: 1) exploração do material: inspeção e leitura exaustiva de cada transcrição em trabalho sequencial; 2) geração de códigos iniciais; e 3) busca por temas. No passo 1 as narrativas que compõem o *corpus* da pesquisa foram lidas na íntegra por dois pesquisadores que procederam, na segunda etapa, a codificação aberta dos dados. Isso significa que as falas transcritas foram lidas diversas vezes e aos conteúdos foram associadas ideias-chave a partir da pergunta-guia: “o que está sendo dito aqui?”.

Em seguida, os pesquisadores responsáveis pelo estudo (WAO; MAS) revisaram todas as transcrições para garantir que nada fosse desconsiderado, discutiram com o restante da equipe os códigos e temas iniciais, para então tomarem decisões, definindo e nomeando os temas finais, obedecendo estritamente o que é preconizado pelo método de análise de Braun e Clarke (2006). Na sequência, temas e subtemas considerados definitivos foram revisados e acordados pelos pesquisadores envolvidos na pesquisa. A Teoria Bioecológica do Desenvolvimento

to serviu o tempo todo de guia e amparou o processo de coleta e análise dos dados.

### **Considerações éticas**

Na condução deste estudo foram observadas todas as recomendações éticas da Resolução 510 de 2016, que orienta as pesquisas em Ciências Humanas e Sociais (Resolução 510, 2016). Foi obtida anuência das secretarias municipais de saúde e dos coordenadores dos serviços onde a coleta de dados aconteceu. Os profissionais participaram do estudo de forma voluntária e formalizaram seu consentimento ao firmarem Termos de Consentimento Livre e Esclarecido. Os nomes foram substituídos por nomes fictícios, escolhidos pelos/as próprios/as participantes.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Foram construídas as seguintes categorias temáticas: 1) Percepção dos profissionais a respeito dos processos de saúde/doença mental de crianças e adolescentes; 2) “Enxugando gelo” e “apagando incêndio”: percepção de barreiras potenciais dos serviços; 3) Percepções a respeito da inserção do cuidado nos micros e macrossistemas que determinam a saúde mental de crianças e adolescentes.

### **Categoria temática 1: Percepção dos profissionais a respeito dos processos de saúde/doença mental de crianças e adolescentes**

Nessa categoria foram agrupados códigos e temas que focalizam, especificamente, as concepções dos profissionais sobre saúde e doença mental, bem como a maneira como essas concepções vão se traduzindo no cotidiano em práticas e se transformando em ações desenvolvidas junto aos usuários dos serviços. As definições apresentadas para saúde ultrapassam a noção corrente de ausência de doenças e incluem outras dimensões do andar da vida, como observado nos excertos:

Saúde mental é você conseguir manter relações positivas. Eu costumo falar, principalmente no caso de crianças e adolescentes, que é ter pelo menos um amigo na vida. Eu acho que é você cuidar das suas ocupações como um todo. Então, por exemplo, focando na infância e adolescência, a criança precisa conseguir frequentar a escola, ela precisa ter uma rede social, ela precisa cuidar dos afazeres dela, cada idade com a sua complexidade. Eu acho que ela precisa aprender a cuidar de si (Alice, terapeuta ocupacional, maio 2019).

O transtorno/doença mental se dá talvez mais pela impossibilidade do que pela incapacidade da pessoa conseguir se sentir auto-realizada nas relações

que ela desenvolve no cotidiano. Então, à medida que não há possibilidade ou capacidade de conseguir desenvolver um projeto de vida que consiga trazer essa auto-realização, se instala o adoecimento. (Daniel, assistente social, entrevista pessoal, maio 2019)

Os/as participantes revelam uma compreensão ampliada de saúde, na medida em que incorporam em sua conceituação outras questões vistas como relacionadas ao processo de estar saudável ou adoecer. Estudo verificou que os profissionais que atuam no campo da saúde mental adotam uma postura epistemológica diferente ao definirem ou compreenderem essa dimensão da existência humana (Bosi et al., 2014). Em geral, essa compreensão ampliada pode se traduzir em práticas que não estão voltadas apenas para o alívio ou remoção de sintomas, mas compreendem as pessoas como seres integrais em termos de desenvolvimento e, portanto, com potencialidades, necessidades e condições de vida particulares, mas que também necessitam de serviços organizados de forma integral ou intersetorial para cuidarem de sua saúde e educação (Dimenstein et al., 2017).

Essa concepção de saúde mental é coerente com o modelo bioecológico do desenvolvimento humano, que mobiliza uma leitura das pessoas, comportamentos, fenômenos e, conseqüentemente, dos serviços a partir das interações estabelecidas com os contextos em que elas estão inseridas (Ashiabi e O'Neal, 2015). Bronfenbrenner (2011) privilegiou os aspectos saudáveis do desenvolvimento humano, concebendo-o como processo no qual a pessoa, à medida que amadurece, adquire uma clareza acerca de sua posição no meio ecológico (social, econômico, político, entre outros), sendo motivada e capaz de se envolver em relações interpessoais e assim contribuir para a reestruturação, quando necessária, dos diferentes níveis em que ocorre o desenvolvimento. Assim, ao analisar a saúde mental da população infanto-juvenil a partir dessa premissa, espera-se uma compreensão de que a saúde e os adoecimentos vão ser resultados ou vão ser afetados pela interação dessa população com os ambientes nos quais as pessoas estão inseridas (Fukuda et al., 2012).

Esse tipo de concepção de saúde mental ou adoecimento é capaz de potencializar o fazer profissional e, sobretudo, faz o trabalhador encarar o seu trabalho como uma expressão de cidadania, entendendo que os usuários têm direito aos cuidados em saúde. Além disso, os/as profissionais relataram que desenvolvem atendimentos individuais, em grupo e oficinas que favorecem a convivência institucional, mas que também têm potência para melhorar a convivência do público atendido em outros contextos. Essas ações são interpretadas como iniciativas para tornar os serviços dispositivos para a transformação de processos de

vida proximais ou distais, nos termos da Teoria Bioecológica do Desenvolvimento (Bronfenbrenner, 2011).

Por outro lado, fica claro que os/as participantes apreciam a saúde mental a partir dos óculos das suas diferentes formações e especialidades técnicas. Ora, é razoável pensar que é a partir da trajetória de formação que são construídos os pressupostos e alicerces que irão orientar a práxis profissional. Nesse sentido, nota-se que a postura teórico-prática dos/as participantes, muitas vezes, ainda fica circunscrita ao campo teórico seja da Psicologia, do Serviço Social ou da Medicina. O desafio que se impõe, nesse cenário, refere-se à busca por estratégias capazes de transcender o tensionamento de um discurso que vislumbra uma perspectiva ética e teórica de integralidade em saúde, mas que, no cotidiano assistencial, acaba se traduzindo em fazeres fragmentários que, em última instância, se organizam em torno de eixos reducionistas e patologizantes (Gaino et al., 2018), com crescente importância atribuída às bases biológicas do comportamento.

Esse aspecto é reforçado quando se leva em consideração que a decodificação dos sofrimentos que afligem crianças e adolescentes, em geral, passam pelo *filtro* perceptivo do adulto. São os pais e professores que identificam as dificuldades de ajustamento no contexto escolar, produzindo o paradigma da “criança-problema”, delineando discursivamente o cortejo de sintomas que são vistos como inadequados ou mesmo a estruturação das queixas, que podem não ser percebidas pelas próprias crianças ou adolescentes. Essa é uma lógica maciçamente centrada nas questões individuais (agressividade, irritabilidade, agitação, inquietude psicomotora, dificuldade de manter a atenção concentrada, como evidências de déficits de autoregulação e disfuncionalidade de um indivíduo), conformando um discurso cuja incidência pode ser vislumbrada em excertos de falas:

Acho que passa muito por casos que estão sofrendo com depressão ou ansiedade infantil. Pouquíssimos casos de psicose ou transtorno de conduta, pouquíssimos. Mas a maior parte é isso mesmo, ansiedade e depressão [perfil infanto-juvenil da clientela atendida]. Mas é uma criança que dá muito problema na escola, em casa, na comunidade. (Clarice, psicóloga, entrevista pessoal, maio 2019)

Essa questão de crianças agressivas, desafiadoras, algumas agitadas, com hiperatividade, algumas com tentativas de suicídio, mas, assim, em um menor número. Ansiedade tem também. E um pouquinho, mas bem menos, de psicose, mas assim, número bem menor. (Flora, psicóloga, entrevista pessoal, maio 2019)

Embora insinuem fatores contextuais, sobressai-se a ênfase nas manifestações sintomáticas e se desvela, irrefutavelmente, uma análise centrada no olhar biomédico, ainda que em alguns relatos sejam feitas certas concessões e atribuído algum reconhecimento a um insondável fator “essencialmente social” de alguns dos sofrimentos. Ou seja, mesmo que a emergência da queixa se dê reconhecidamente no âmbito dos microsistemas nos quais a população atendida se encontra inserida (“na escola, em casa, na comunidade”), na prática do cuidado muitas vezes nota-se um deslocamento para o microsistema do serviço de saúde sob a forma de individualização de tais processos, o que é potencialmente patologizante. Essa perspectiva destoia da definição de saúde mental declarada pelos/as participantes e que embute uma valorização maior das relações e das diferentes dimensões e camadas que configuram o desenvolvimento do sujeito de cuidado inserido nos serviços.

Tais limitações práticas podem ser exemplificadas pela constatação de que aspectos lúdicos não foram valorizados nas narrativas produzidas, tampouco referidos pelos/as participantes. Nesse sentido, não foi sequer levantada a necessidade de se cuidar da dimensão do “brincar” dos usuários nos serviços, seja como “linguagem” própria da criança, seja como potencial dispositivo terapêutico. As ações de saúde podem ser empobrecidas quando pautadas no que se entende ser o escopo do cuidado, como atentar para a necessidade de reorganizar hábitos de higiene e alimentação, ou atenuar desconfortos (especialmente dos cuidadores adultos) mediante a remissão dos sintomas das crianças. Negligencia-se o fato de que o desamparo vivido pela população infanto-juvenil pode ser mitigado pela possibilidade de restauração do viver criativo por meio do brincar e do gesto espontâneo (Silva et al., 2017).

Desse modo, os dados indicam que os profissionais parecem alcançar um olhar ampliado no que tange à sua concepção teórica de saúde ou adoecimento mental, porém, na passagem para a prática efetiva do cuidado, essa perspectiva muitas vezes acaba se diluindo ou se tornando estereotipada e perdendo sua potência crítica e emancipadora. No lugar das práticas libertárias instaura-se uma *práxis* patologizadora do processo saúde-doença mental. Tais barreiras práticas não deixam de ser observadas nos relatos dos profissionais e remontam a níveis de ordenação sistêmica que ultrapassam o escopo da prática individualizada dos profissionais e mesmo dos serviços. Veremos que algo análogo ao deslocamento individualizante do processo saúde-doença está presente também na leitura que os profissionais fazem de tais limitações, como no caso da forma determinista com que se entendem as dificuldades e carências sociais enfrentadas pelas famílias brasileiras, como será explorado na próxima catego-

ria, em detrimento da oferta de um cuidado realmente alinhado à compreensão ampliada de saúde ou desenvolvimento humano.

### **Categoria temática 2: “Enxugando gelo” e “apagando incêndio”: percepção de barreiras potenciais dos serviços**

Esta categoria reuniu os relatos nos quais emerge a percepção dos/as participantes de vivem uma situação de precariedade crônica nas suas condições de trabalho. Esse sentimento difuso apresenta-se como remontando às próprias condições macrosistêmicas a partir das quais emergem certos determinantes sociais da saúde mental, explicitando uma analogia a respeito de tais limitações potenciais. Relatos contundentes sobre a falta e/ou fragilidade de infraestrutura, falta de profissionais e inexistência ou ineficiência do trabalho em rede são as principais barreiras identificadas. Essa sensação de se estar contínua e constantemente subjugado por forças sociais avassaladoras, ligadas à condição de pobreza produzida pela extrema desigualdade social que caracteriza historicamente a sociedade brasileira, reflete-se em uma concepção compartilhada pelos profissionais de que, ao atuarem na atenção à saúde mental de crianças e adolescentes, estão permanentemente “enxugando gelo”, conforme enunciado por um dos relatos.

Os/as profissionais sentem que, no máximo, são convocados/as a “apagar incêndio”, quando um problema mais contundente (agudização de sintomas psíquicos, tentativa de suicídio, gravidez não planejada) irrompe no cenário, perturbando o frágil equilíbrio instalado. Mesmo mediante a percepção de bons prognósticos e/ou resultados efetivos do cuidado, a plena concreção do cuidado integral à saúde, preconizado pela visão teórica que embasa as políticas públicas, acaba radicalmente relativizada mediante aquilo que é relatado como imposição de condições sociais incontornáveis, as quais atuam na perpetuação de uma certa impotência dos serviços de saúde em atuar para além do “controle de danos” pontual.

Essa é a primeira barreira que se apresenta para os/as profissionais e ela parece configurar uma fonte perene de sofrimento, aliada a relatos de falta de perspectiva de carreira e de baixa satisfação real com seu trabalho, principalmente quando analisam que as crianças ou adolescentes atendidos estão aprisionados em realidades que não favorecem a proteção da saúde mental e a continuidade dos processos desenvolvimentais. Assim, cristalizam-se percepções de que os planos terapêuticos e os projetos “não saem do papel” ou de que as condições de trabalho não conseguem estar à altura das necessidades das pessoas atendidas, aspectos que despotencializam as ações de saúde, conforme explicitado nas falas:

Nós estamos falando de um conjunto de famílias que não têm trabalho, não têm alimento e têm que levar essa criança pra creche e não tem creche disponível, e a hora que chega na educação infantil, quando consegue, né, e quando chega no ensino fundamental, imagina quantos abusos essa criança ou esse adolescente já sofreu, num modelo de sociedade que não permite esse processo de constituição do sujeito em bases menos sofridas. (Daniel, assistente social, entrevista pessoal, maio 2019)

No caso de criança, a escola manda para a saúde porque ela está tendo problema de comportamento. Mas a questão é que a gente fica apagando incêndio. Não dá para fazer um trabalho preventivo. Chegam casos já graves, aí a gente não consegue ter muito tempo para os casos que precisam de atendimento, mas que ainda não surtaram de vez. (Clarice, psicóloga, entrevista pessoal, maio 2019)

No final eu não consegui fechar o atendimento dele [menino de seis anos com queixa de TDAH]. Ele acabou abandonando. Eu precisei mudar meu horário e a mãe precisou passar por uma cirurgia, ficou um tempo sem vir. Quando ela quis retornar, eu não podia o horário em que ela podia, e ela não conseguiu se organizar. Não é o que a gente sonha quando a gente se forma. (Alice, terapeuta ocupacional, entrevista pessoal, maio 2019)

Perpassando as falas dos/as participantes, encontramos o sentido de um choque de realidade, um descompasso entre o alcance integral do olhar teórico e a fragmentação dos sistemas efetivos de cuidado. Como trabalhar nessa faixa estreita de realidade, quando o que se enxerga é uma margem tão exígua de possibilidades, bem distante do “que a gente sonha quando a gente se forma”? Como lidar com o desencanto, a frustração diária de conviver com as mazelas de um contexto social no qual a maioria da população está condenada a não ter seus direitos fundamentais à saúde, educação, habitação e segurança pública minimamente garantidos? Como conviver com as contradições de um sistema em que as questões institucionais ou de organização dos serviços se sobrepõem às necessidades dos usuários? Como atuar na certeza de que as crianças e adolescentes retornam diuturnamente para contextos que os adoecem, para lares e comunidades que não são promotores de saúde ou desenvolvimento? Observa-se aqui uma sobrecarga de sentidos que advém da diferença entre o que seria visto como funcionamento ideal dos serviços (preconizado pela teoria e pelas diretrizes legais) e seu efetivo alcance, enquanto microssistema situado em uma realidade mais ampla que, muitas vezes, escapa à dimensão do serviço estruturado.

De acordo com a literatura, existe uma dimensão emocional envolvida no trabalho em saúde mental a qual acaba guardando relação com as questões políticas, institucionais ou mesmo com a maneira como os serviços estão organizados

(Simões et al., 2013). Essa dimensão emocional explica os sentimentos manifestados pelos/as participantes deste estudo, que reportaram que se sentem incapazes de oferecer respostas eficazes para os problemas das crianças e adolescentes acolhidos nos serviços de Atenção Psicossocial. Por outro lado, é preciso refletir se todo o problema repousa unicamente na crônica falta de recursos ou insuficiência organizacional dos serviços, que impediria que os profissionais possam desenvolver estratégias mais criativas e inovadoras de cuidado, sendo essas conectadas à singularidade de cada pessoa, mas também aos contextos mais amplos de produção das subjetividades.

Além das iniquidades sociais, política e institucionalmente os/as participantes apontaram as lacunas existentes nos serviços, embora o movimento da desinstitucionalização, que marcou a reforma psiquiátrica no país e orientou a organização do cuidado nas últimas décadas, esteja consolidado nos discursos e nas leis como política de Estado. Nesse sentido, avaliaram que um grave problema dos serviços é a falta de profissionais, como exemplificado no seguinte excerto:

Quem vem coordenar os grupos é uma monitora social, que é contratada terceirizada, porque a gente infelizmente não tem recursos humanos para estar fazendo isso e, assim, tudo é conversado entre eu e ela. (Marina, assistente social, entrevista pessoal, maio 2019)

Os/as participantes ecoam uma noção amplamente difundida de que um dos maiores problemas dos serviços de saúde e da educação é o número insuficiente de profissionais face ao volume crescente da demanda. Essa concepção tem sido amplamente criticada pela literatura (Dimenstein et al., 2017). Faltam profissionais, como sempre faltarão, pois em saúde lidamos com o binômio “demandas complexas” e “recursos finitos”. Assim, esse discurso do déficit do número de técnicos é falacioso e acaba sendo encobridor, na medida em que não há um questionamento sobre os modelos de atendimento que são privilegiados pelos profissionais, da qualificação em termos de educação continuada, da ausência de supervisão técnica, da parca articulação intersetorial, entre outras limitações. Quando forneceram exemplos, os/as participantes distinguiram apenas os atendimentos individuais e não focalizaram ações coletivas, interseccionais, que podem ser empreendidas. Tal aspecto revela que, diante das barreiras vivenciadas, os/as profissionais parecem se defender ancorando-se no discurso teórico ou no empirismo (falta de recursos e de profissionais, exiguidade dos horários...). Isso pode assumir uma função defensiva na medida em que desmobiliza e retira vigor de ações criativas e potencialmente transformadoras, que seriam mais condizentes com a realidade limitada dos serviços.

Quando os profissionais estão inseridos nos serviços básicos de atenção à saúde ou da assistência social, outra questão se apresenta, uma vez que acabam con-

vivendo com realidades de risco que excedem o alcance do serviço e impactam no desenvolvimento das suas atividades laborativas. Por exemplo, a assistente social que trabalha em um Centro de Referência de Assistência Social relatou já ter tido sua vida ameaçada e isso evidentemente constitui um fator limitador para o trabalho. Então, para enfrentar a sensação permanente de intimidação e insegurança pessoal, às vezes é melhor se resignar em fazer um “trabalho de fachada”, segundo suas palavras, do que entrar em confronto com traficantes e outros perigos oriundos da comunidade em que o/a profissional está inserido/a.

Diante de tais percepções de desamparo social estrutural, o trabalho em rede aparece para os/as participantes como alternativa para minimizar o sofrimento provocado pelo exercício profissional em condições tão árduas. Assim, quando confrontados com os limites individuais ou institucionais, podem acionar colegas em outros serviços. Porém, nota-se que isso ainda acontece de forma personalista, ou seja, as conexões das redes não são estabelecidas pelas vias institucionais, mas pelos próprios profissionais. Um dos efeitos limitantes desse modelo é o de que, quando o profissional se retira do serviço por alguma razão, rompe-se o vínculo com uma das pontas da rede. A ausência de uma articulação mais ativa da rede de laços profissionais também se apresenta como uma dificuldade para a efetivação das redes de cuidado.

A desarticulação ou inexistência da rede socioassistencial é entendida como uma falha concernente ao trabalho intersetorial e fruto da falta de articulação entre os serviços. Essa desarticulação ou inexistência da rede promove consequências negativas tanto para a atuação dos profissionais quanto para a efetivação de um trabalho de alta qualidade, pois em um serviço muitas vezes se desencadeia um processo por meio de um atendimento e consequente encaminhamento para outro equipamento, porém o cuidado acaba sendo descontinuado (Macêdo et al., 2018).

Já a estruturação da RAPS, em específico, foi abordada predominantemente sob um olhar crítico pelos/as participantes, enfatizando as suas limitações em termos de implementação do que está projetado pela política pública. Essa questão assinala novamente a tensão existente entre teoria e prática, que ocupa um lugar central nas falas dos/as participantes:

Eu acho que a RAPS, quando ela existe – não é muito o caso do meu município, mas quando ela está estruturada, eu acho que ela beneficia muito as crianças, os adolescentes. Porque, voltando lá atrás, o meu conceito de saúde mental passa por várias áreas da nossa vida, então é importante essa rede de cuidado. Se uma criança vem para atendimento, não é só uma criança que está em jogo, é uma família, uma comunidade, a interação na

escola, tudo isso está envolvido. (Clarice, psicóloga, entrevista pessoal, maio 2019)

A estruturação RAPS vai ao encontro da definição de saúde que os/as participantes apresentaram na primeira categoria deste estudo, como mencionado pela participante Clarice. Esse tipo de rede possui capacidade e capilaridade para ampliar a necessidade de articulação intersetorial entre os serviços, o que pode minimizar o sentimento de estar meramente *enxugando gelo*, pois eles/as podem garantir às crianças e adolescentes um cuidado contínuo e integral (Silva et al., 2018). Quando o sentimento de desalento é persistente e duradouro, amplia-se o desconforto dos/as participantes em prejuízo de sua auto-eficácia. A partir dos dados analisados, nota-se que a discussão sobre a intersectorialidade e a rede de cuidados ainda é incipiente, o que dificulta a percepção de que é possível incluir, quando se avalia um caso de uma criança ou adolescente em sofrimento, acesso a setores como esporte, cultura, ciência e tecnologia, que são essenciais para a produção da saúde mental (Silva et al., 2018).

### **Categoria 3: Percepções a respeito da inserção do cuidado nos micros e macrossistemas que determinam a saúde mental de crianças e adolescentes**

Foram incluídos nessa categoria relatos que assinalam a percepção dos profissionais a respeito dos fatores sistêmicos determinantes para o adoecimento infanto-juvenil. Para além de buscar identificar motivações e causalidades atribuídas teoricamente, essa categoria trabalha com a compreensão sobre os determinantes e como aspectos ecológicos podem contribuir para a saúde ou adoecimento, compreendendo-se o serviço de saúde como microssistema em sua relação dinâmica com outras organizações das quais o público atendido é igualmente participante. O contexto familiar apareceu como microssistema mais importante para o desfecho *saúde ou falta de saúde mental* de crianças e adolescentes.

Alguns termos comuns utilizados pelos/as participantes foram “transgeracionalidade” e “falta de continência”, para indicarem que os processos familiares ultrapassam as “causas” individuais percebidas nos próprios membros do grupo e que, em alguns casos, não há suporte adequado para as dificuldades que crianças e adolescentes apresentam em seu processo de desenvolvimento. A partir do modelo dos determinantes sociais de saúde, pode-se conjecturar que os/as participantes compreendem que aquilo que não se revolve em uma geração tende a ser transmitido para a próxima, perpetuando um movimento cíclico que torna remota qualquer possibilidade consistente de transformação. Além disso, situações de múltiplas violências, vividas tanto dentro como fora de casa, estilos parentais confusos ou autoritários e interações negativas foram per-

cebidos como elementos intimamente entrelaçados ao microsistema família, capazes de afetar emoções e comportamentos de crianças e adolescentes.

Fica muito forte essa questão de dinâmicas familiares que favorecem esse adoecimento, eventos impactantes, traumáticos na família. Para mim tem mais a ver com essa questão da dinâmica familiar disfuncional [o adoecimento mental]. Eu vejo também que o que implica nessas dinâmicas familiares são pais que também estão adoecidos. (Bianca, psicóloga, entrevista pessoal, maio 2019)

Eu penso que a gente tem que entender como é que as relações se dão naquela família ou naquele contexto, assim, na vida daquela pessoa. (Flora, psicóloga, entrevista pessoal, maio 2019)

Para a Teoria Bioecológica, os processos proximais, caracterizados pelas relações significativas, duráveis e dinâmicas entre pessoas e seu ambiente imediato, são essenciais para o desenvolvimento e a produção da saúde (Bronfenbrenner, 2011). No caso das crianças e dos adolescentes, esses processos proximais são tipicamente constituídos pelas interações com as figuras parentais, figuras de cuidado e outros membros das famílias. Nesse sentido, já resta documentada a importância dos processos proximais no microsistema família para a promoção da saúde mental de crianças e adolescentes (Ashiabi e O'Neal, 2015; Bernales et al., 2018; Vicente et al., 2015).

Contudo, embora reconheçam que o contexto familiar é de vital importância para os desfechos em saúde mental de modo geral, foram encontrados alguns reducionismos nas narrativas dos/as participantes. Por exemplo, quando avaliavam que uma criança tem problemas porque a mãe não se cuidou suficientemente durante a gravidez. Nesse sentido, é preciso compreender que, muitas vezes, não existem condições estruturais que favoreçam o cuidado familiar positivo ou mesmo interações mais saudáveis. Além disso, as deficiências das estruturas de suporte se referem às condições materiais de vida e à ausência de políticas públicas capazes de sustentar as diferentes dimensões da vida humana (Bronfenbrenner, 2011). No entanto, ainda persiste uma tendência de cunho moralista de responsabilizar a família – em particular as mães – pelos infortúnios que atravessam os processos desenvolvimentais dos filhos, levando a desfechos desfavoráveis.

A escola foi outro microsistema mencionado com frequência pelos/as participantes, marcadamente por um discurso que não a considera como aliada no cuidado ou como componente das redes socioassistenciais de crianças e adolescentes. Sabe-se que a escola padece de vários problemas, mas raramente se analisa esse microsistema a partir da lógica dos determinantes sociais. Por que a escola está no estado como a encontramos hoje? Como se chegou a esse esta-

do de coisas? Como e pelo que os professores estão sofrendo? Além disso, como um complexo sistema de forças, organizadas em arranjos estruturais, o aparelho educacional pode também promover ativamente as condições que desembocarão no fracasso escolar, em dificuldades de aprendizagem, em sofrimento e adoecimento mental. As escolas também podem não funcionar como deveriam por servirem apenas para se manter o *status quo* pressuposto pela lógica capitalista, segundo opina um/a participante.

Reconhecidamente, a educação vivida nas instituições escolares é um fator que pode (ou não) contribuir para fortalecer a autoestima e impulsionar a esperança no futuro, aspectos que compõem a saúde mental. Mas o domínio escolar envolve dinâmicas relacionais específicas e únicas que, quando negativas, podem favorecer o adoecimento de crianças e adolescentes, pois tendem a individualizar o fracasso, responsabilizando o próprio aluno que “falhou” na internalização das regras disciplinares e nas interações sociais básicas (Cid et al., 2019; Silva et al., 2015). Ao mesmo tempo, a escola pode se tornar um espaço pouco tolerante para a manifestação do pensamento divergente e de comportamentos que destoam do esperado. Assim, quando processos de desenvolvimento “atípico” desafiam a imposição do padrão de normalidade reverenciado como ideal universal e os corpos dissidentes se mostram refratários à docilização, imediatamente se identifica perturbação, agitação ou comportamentos ininteligíveis, e se busca capturar as diferenças por meio de categorias diagnósticas que possam justificar medidas coercitivas, como a exclusão, a medicalização do sofrimento para controle do que é considerado um desvio, problema de desenvolvimento ou de conduta (Cid et al., 2019; Silva et al., 2019).

No que se refere às questões macrossistêmicas (políticas públicas, sistemas de crenças, entre outras), relacionadas ao modo de (re)produção da vida capitalista, identificou-se nas entrevistas que elas compõem com maior força aspectos que promovem sofrimento mental em crianças e adolescentes, segundo os/as participantes. Essas questões se referem a fatores diversos que vão além do indivíduo, sendo importantes no contexto de saúde mental, tais como a exposição a drogas, prostituição, infração às leis e comunidade violenta. Não necessariamente as crianças e adolescentes vivenciam diretamente essas questões, mas estão imersos nessa realidade que reproduz disparidades e, portanto, sofrem seus impactos, como destacado nos relatos.

E essa mãe tem uma questão também de sofrimento e vulnerabilidade muito grande, assim, envolvimento com prostituição, mora numa área muito vulnerável, nesse sentido de drogadição e tudo o mais. (Clarice, psicóloga, entrevista pessoal, maio 2019)

Nós estamos falando de um modelo de sociedade, e aí eu estou partindo da realidade concreta na qual eu atuo, que primeiro propõe o prazer a qualquer custo, propõe a possibilidade de uma vida sem dor. Então, essa vida sem dor e sem sofrimento e esse prazer a qualquer custo têm um preço, porque nós vivemos numa sociedade totalmente mercantil, as relações são mercantilizadas. Então, ao mesmo tempo que é uma sociedade que propõe isso, não oportuniza que isso se realize. (Daniel, assistente social, entrevista pessoal, maio 2019)

Em outras palavras, as experiências sociais macrosistêmicas podem sobrecarregar as relações familiares e tornar mais árdua a missão socializadora da família, promovendo uma cadeia de transmissão transgeracional de traumas e conflitos que não puderam ser solucionados nas gerações dos antepassados, favorecendo assim a perpetuação de experiências negativas e, conseqüentemente, sem muitas perspectivas de criar/recriar desfechos novos que sejam fortalecedores para a saúde mental e o desenvolvimento saudável (Lund et al., 2018). Isso se reflete na percepção de que os serviços que compõem a RAPS voltada à criança e ao adolescente vão se convertendo em desaguadouro de problemas sociais ou institucionais que extrapolam sua missão social. Tal realidade faz com que os/as profissionais percebam uma baixa relevância de seu trabalho, uma vez que, após a intervenção que realizam, o usuário volta para sua casa, cenário dos relacionamentos abusivos que vivenciam, na estrutura de gênero opressiva em que as mulheres não encontram possibilidades de emancipação e outras condições limitantes, como o não acesso a oportunidades de trabalho remunerado e moradia digna.

Essa realidade adversa pode maximizar o sofrimento e determinar o adoecimento em termos de saúde mental. Os relatos dos/as profissionais dão conta de que nem sempre é possível abarcá-la nos cuidados oferecidos nos serviços. Segundo a literatura, os serviços e as políticas públicas são, rotineiramente, convocados ao enfrentamento dos agravantes sociais à saúde e a responder questionamentos como o apresentado no relatório final da Comissão sobre os determinantes sociais da Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2008 e por Crick Lund et al. (2008): Por que cuidar das pessoas apenas para enviá-las de volta às condições materiais de vida que as tornaram doentes? Os/as participantes deste estudo parecem estar aprisionados nessa questão e ainda não conseguem equacioná-la a contento quando são confrontados com ela em sua prática profissional nos diferentes níveis de atenção em que atuam e dentro dos limites de sua formação profissional específica.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Este estudo qualitativo se propôs a investigar a percepção de profissionais sobre os determinantes sociais da saúde mental infanto-juvenil. Verificou-se que os/as participantes, de maneira geral, se apropriaram de compreensões ampliadas de saúde mental, voltadas a um cuidado integralizado e não atreladas exclusivamente à ausência de agravos. Por outro lado, a real possibilidade de efetivação de tais cuidados apresenta-se constantemente tensionada, contraposta a relatos sobre limitações estruturais que atuam de forma prejudicial tanto a nível do serviço de saúde em si, quanto nos outros microssistemas dos quais a população atendida participa. Os/as participantes manifestaram frustrações em seu exercício profissional, na medida em que não identificam possibilidades exequíveis de emancipação ou melhora nos/as usuários/as que são os destinatários de suas ações de cuidado. Esse sentimento de esvaziamento da potência vital de seus recursos profissionais é estendido para as diversas situações de trabalho e impacta a percepção que eles/elas têm dos determinantes de saúde ou adoecimento mental de crianças e adolescentes. Verificou-se nas narrativas que a família e a escola, em continuidade e associação com fatores macrosociais problemáticos, são as dimensões mais relevantes a serem consideradas.

Os dados evidenciam a importância de se fortalecerem estratégias de atenção à saúde mental capazes de sopesar os determinantes sociais que podem contribuir com o aumento das demandas e a exacerbação do sofrimento de crianças e adolescentes. Contudo, essa constatação não deve se converter em justificativa para a culpabilização de pais, famílias e escolas. O que os resultados deste estudo evidenciam é a necessidade de inclusão de variáveis políticas, econômicas e sociais para entender o que promove e o que fragiliza a saúde mental de indivíduos que se encontram em processo de desenvolvimento. Ficou claro que o sofrimento vivenciado guarda relação estreita com recursos escassos, políticas que não são efetivadas, exposição a violências de múltiplas ordens e o sentimento de desamparo que não assola apenas os/as usuários/as, mas também os/as profissionais. Além disso, os achados fornecem pistas que podem favorecer a articulação de estratégias de apoio e continência emocional aos profissionais, de modo a protegê-los da desesperança e retirá-los do lugar de impotência em que muitas vezes se encontram. Esse lugar, no âmbito deste estudo, foi metaforizado em duas imagens complementares: “enxugando gelo” e “apagando incêndio”.

Por fim, destaca-se que os resultados deste estudo estão sujeitos a limitações. Primeiramente, o número de participantes, embora seja coerente com a estratégia de saturação e o paradigma qualitativista. A inclusão apenas de profissionais também pode ter limitado a abrangência dos dados obtidos. Estudos que

incluam maior número de informantes e com a inserção de outros atores sociais que participam do cenário da RAPS poderiam gerar categorias/temas importantes para a discussão. Em segundo lugar, os achados são qualitativos e exploratórios, reforçando a importância de gerar outras pesquisas com diferentes delineamentos metodológicos, para que novas facetas do fenômeno investigado possam ser iluminadas, propiciando eventuais descobertas que podem ser discutidas sob outras perspectivas. O estudo também não explorou a questão da satisfação individual dos/as profissionais no trabalho, embora tenha emergido como resultado uma tendência ao desgaste e à despotencialização do trabalhador. À luz dessas limitações, sugere-se o desenvolvimento de outros estudos, com diferentes delineamentos, para abordar como os determinantes sociais da saúde mental são compreendidos por profissionais da área ou da população geral.

## REFERÊNCIAS

- Ashiabi, Godwin & O'Neal, Keri (2015). Child social development in context: an examination of some propositions in Bronfenbrenner's Bioecological Theory. *Sage Open*, 5(2). <https://doi.org/10.1177/2158244015590840>
- Barreto, André de Carvalho (2016). Paradigma sistêmico no desenvolvimento humano e familiar: a Teoria Bioecológica de Urie Bronfenbrenner. *Psicologia em Revista*, 22(2), 275-293. <https://doi.org/10.5752/P.1678-9523.2016V22N2P275>
- Bernales, Margarita; Cabieses, Báltica; McIntyre, Ana María; Chepo, Macarena; Flaño, Javiera & Obach, Alexandra (2018). Determinantes sociales de la salud de niños migrantes internacionales en Chile: evidencia cualitativa. *Salud Pública de México*, 60(5), 566-578. <https://doi.org/10.21149/9033>
- Borba, Bruna Mainardi Rosso & Marin, Angela Helena (2018). Indicators of emotional and behavioral problems in adolescents: evaluation among multiple informants. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 28, e2825. <https://doi.org/10.1590/1982-4327e2825>
- Bosi, Maria Lucia Magalhães; Melo, Anna Karyne da Silva; Carvalho, Liliane Brandão; Ximenes, Veronica Morais & Godoy, Maria Gabriela Curubeto (2014). Social determinants for health (mental): evaluating a non-governmental experience from the perspective of actors involved. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 17(Suppl 2), 126-135. <https://doi.org/10.1590/1809-4503201400060011>
- Braga, Claudia Pellegrini & d'Oliveira, Ana Flávia Pires Lucas (2019). Políticas públicas na atenção à saúde mental de crianças e adolescentes: percurso histórico e caminhos de participação. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(2), 401-410. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018242.30582016>
- Braun, Virginia & Clarke, Virginia (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>

- Bronfenbrenner, Urie (2011). *A ecologia do desenvolvimento humano: tornando os seres humanos mais humanos* (A. Carvalho-Barreto, Trad.). Artes Médicas.
- Campos-Brustelo, Tatiane Neme; Bravo, Fernanda Feliciano & Santos, Manoel Antônio dos (2010). Contando e encantando histórias de vida em um centro de atenção psicossocial. *SMAD, Revista Eletrônica de Saúde Mental Álcool e Drogas*, 6(1), 1-11.
- Cid, Maria Fernanda Barboza; Squassoni, Carolina Elisabeth; Gasparini, Danieli Amanda & Fernandes, Luiza Helena de Oliveira (2019). Saúde mental infantil e contexto escolar: as percepções dos educadores. *Pro-Posições*, 30, e20170093. <https://doi.org/10.1590/1980-6248-2017-0093>
- Couto, Isabela Sousa Lemos; Rocha, Marina Monzani da; Botelho, Ana Cristina; Souza, Claudia Luísa Sena Gomes de; Oliveira, Dagoberto Bonavides de & Oliveira, Irismar Reis de (2020). Prevalence of behavioral problems in adolescents in social vulnerability: assessment from a parental perspective. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 30, e3039. <https://doi.org/10.1590/1982-4327e3039>
- Dimenstein, Magda; Siqueira, Kamila; Macedo, João Paulo; Leite, Jader & Dantas, Candida (2017). Determinação social da saúde mental: contribuições à psicologia no cuidado territorial. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 69(2), 72-87.
- Fukuda, Cláudia Cristina; Garcia, Karolyne Araújo & Amparo, Deise Matos do (2012). Concepções de saúde mental a partir da análise do desenho de adolescentes. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 17(2), 207-214. <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2012000200003>
- Gaino, Loraine Vivian; Souza, Jacqueline de; Cirineu, Cleber Tiago & Tulimosky, Talissa Daniele (2018). O conceito de saúde mental para profissionais de saúde: um estudo transversal e qualitativo. *Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas*, 14(2), 108-116. <https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2018.149449>
- García-Carrión, Rocío; Villarejo-Carballido, Beatriz & Villardón-Gallego, Lourdes (2019). Children and adolescents mental health: a systematic review of interaction-based interventions in schools and communities. *Frontiers in Psychology*, 10, 918. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00918>
- Hooper, Lisa M. & Britnell, Heather Brandt (2012). Mental health research in K-12 schools: translating a systems approach to university-school partnerships. *Journal of Counseling & Development*, 90(1), 81-90. <https://doi.org/10.1111/j.1556-6676.2012.00011.x>
- Lund, Crick; Brooke-Sumner, Carrie; Baingana, Florence; Baron, Emily Claire; Breuer, Erica; Chandra, Prabha; Haushofer, Johannes; Herrman, Helen; Jordans, Mark; Kieling, Christian; Medina-Mora, Maria Elena; Morgan, Ellen; Omigbodun, Olayinka; Tol, Wietse; Patel, Vikram & Saxena, Shekhar (2018). Social determinants of mental disorders and the Sustainable Development Goals: a systematic review of reviews. *The Lancet. Psychiatry*, 5(4), 357-369. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30060-9](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30060-9)
- Macêdo, Orlando Júnior Viana; Lima, Clarissa Maria Paulino Duarte; Brito, Francisco Henrique Sousa de; Souza, Josefa Nandara Pereira de; Sousa, Noélia Kally Marinho de; Sousa, Samara Pereira de & Dias, Stefania Germano (2018). Atuação dos profissionais de psicologia nos CRAS do interior da Paraíba. *Trends in Psychology*, 26(2), 1083-1097. <https://doi.org/10.9788/tp2018.2-20pt>

- Minayo, Maria Cecília de Souza (2017). Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. *Revista Pesquisa Qualitativa*, 5(7), 1-12.
- Oliveira, Thaís Thomé Seni da Silva; Fabrici, Elisabetta Pascolo & Santos, Manoel Antônio dos (2018). Estrutura e funcionamento de uma equipe de saúde mental de Trieste na perspectiva de seus integrantes: um estudo qualitativo. *Psicologia em Pesquisa*, 12(2), 24-35. <https://doi.org/10.24879/2018001200200139>
- Paula, Cristiane S.; Lauridsen-Ribeiro, Edith; Wissow, Lawrence; Bordin, Isabel A. S. & Evans-Lacko, Sara (2012). How to improve the mental health care of children and adolescents in Brazil: actions needed in the public sector. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 34(3), 334-351. <https://doi.org/10.1016/j.rbp.2012.04.001>
- Pratta, Elisângela Maria Machado & Santos, Manoel Antônio dos (2007). Família e adolescência: a influência do contexto familiar no desenvolvimento psicológico de seus membros. *Psicologia em Estudo (Maringá)*, 12(2), 247-256. <https://doi.org/10.1590/S1413-73722007000200005>
- Resolução nº 510, 2016. Conselho Nacional de Saúde.
- Santos, Manoel Antônio dos & Pratta, Elisângela Maria Machado (2012). Adolescência e uso de drogas à luz da psicanálise: sofrimento e êxtase na passagem. *Tempo Psicanalítico*, 44(1), 167-182.
- Santos, Manoel Antônio dos; Scatena, Liliana; Ferriani, Maria das Graças Carvalho & Peres, Rodrigo Sanches (2015). Grupo operativo com adolescentes em um núcleo da assistência social: a questão da identidade de gênero. *Vínculo*, 12(1), 51-58.
- Silva, Eloína Ariana Ribeiro Damasceno; Araújo, Maria Iracema de Sousa; Ribeiro, Marcelo Silva de Souza & Pereira, Melina de Carvalho (2017). O olhar de crianças do CAPSi sobre as relações do cuidar e do brincar. *Trends in Psychology*, 25(4), 1637-1651. <https://doi.org/10.9788/tp2017.4-08>
- Silva, Gabriel Veloso da; Soares, Jéssica Bezerra; Sousa, Juliana Coêlho de & Kusano, Leila Akemi Evangelista (2019). Promoção de saúde mental para adolescente em uma escola de ensino médio: um relato de experiência. *Revista do NUFEN*, 11(2), 133-148. <https://doi.org/10.26823>
- Silva, Jaqueline Ferreira da; Cid, Maria Fernanda Barboza & Matsukura, Thelma Simões (2018). Psychosocial teenage attention: the perception of CAPSij professionals. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 26(2), 329-343. <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoao1081>
- Silva, Jorge Luiz da; Oliveira, Wanderlei Abadio de; Sampaio, Juliane Messias Cordeiro; Farias, Marilurdes S.; Alencastro, Lidiane C. S. & Silva, Marta Angélica Iossi (2015). How do you feel? Students' emotions after practicing bullying. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 17(4), 1-9. <https://doi.org/10.5216/ree.v17i4.32735>
- Simões, Cristiane Helena Dias; Fernandes, Rafael Aiello & Aiello-Vaisberg, Tania Maria José (2013). O profissional de saúde mental na reforma psiquiátrica. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 30(2), 275-282. <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2013000200014>
- Souza, Laura Vilela & Santos, Manoel Antônio dos (2009). Grupo terapêutico para jovens com fobia social. *Journal of Human Growth and Development*, 19(2), 669-280.

Vicente, Jéssica Batistela; Higarashi, Ieda Harumi & Furtado, Maria Cândida de Carvalho (2015). Transtorno mental na infância: configurações familiares e suas relações sociais. *Escola Anna Nery*, 19(1), 107-114.  
<https://doi.org/10.5935/1414-8145.20150015>

World Health Organization (2013). *Comprehensive Mental Health Action Plan 2013-2020*. Autor. [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA66/A66\\_R8-en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_R8-en.pdf)



#### WANDERLEI ABADIO DE OLIVEIRA

Psicólogo (UNIUBE), Doutor e Pós-Doutor pela Universidade de São Paulo (USP). Professor permanente do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas). Bolsista Produtividade em Pesquisa CNPq.  
[wanderleio@hotmail.com](mailto:wanderleio@hotmail.com)  
<http://orcid.org/0000-0002-3146-8197>

#### BARBARA GEA

Psicóloga (FFCLRP/USP) e Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto - FFCLRP/USP.  
[barbara.gea@gmail.com](mailto:barbara.gea@gmail.com)  
<https://orcid.org/0000-0002-8135-1683>

#### GILBERTO HOFFMANN MARCON

Psicólogo (FFCLRP/USP), Mestre e Doutorando do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto - FFCLRP/USP.  
[ghmarcon@gmail.com](mailto:ghmarcon@gmail.com)  
<https://orcid.org/0000-0002-4589-463X>

#### JAQUELINE LEMOS DE OLIVEIRA

Enfermeira (EERP/USP) e Doutoranda do Programa de Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP/USP).  
[jaquelemos@usp.br](mailto:jaquelemos@usp.br)  
<https://orcid.org/0000-0003-3699-0280>

#### LILIAN REGIANE DE SOUZA COSTA DALPINO

Psicóloga (FFCLRP/USP), Mestre e Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto - FFCLRP/USP.

[liliancostapsico@gmail.com](mailto:liliancostapsico@gmail.com)

<https://orcid.org/0000-0002-5163-878X>

#### THALITA NICOLAU FREIRE

Psicóloga (UFSCar) e Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto - FFCLRP/USP.

[thalitanicolau@usp.br](mailto:thalitanicolau@usp.br)

<https://orcid.org/0000-0002-1904-4156>

#### MANOEL ANTÔNIO DOS SANTOS

Psicólogo, Mestre, Doutor e Livre Docente pela Universidade de São Paulo (USP). Professor Titular da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (FFCLRP-USP). Bolsista Produtividade em Pesquisa CNPq.

[masantos@ffclrp.usp.br](mailto:masantos@ffclrp.usp.br)

<http://orcid.org/0000-0001-8214-7767>

#### FORMATO DE CITACIÓN

Oliveira, Wanderlei Abadio de; Gea, Barabara; Marcon, Gilberto Hoffmann; Oliveira, Jaqueline Lemos de; Dalpino, Lilian Regiane de Souza Costa; Freire, Thalita Nicolau & Santos, Manoel Antônio dos (2022). Percepção de profissionais sobre os determinantes sociais da saúde mental infanto-juvenil. *Quaderns de Psicologia*, 24(1), e1654. <https://doi.org/10.5565/rev/qpsicologia.1654>

#### HISTORIA EDITORIAL

Recibido: 04-07-2020

1ª revisión: 29-04-2021

2ª revisión: 12-05-2021

Aceptado: 22-01-2022

Publicado: 26-04-2022