

## Compreensão e manejo do sofrimento psíquico em Unidades de Acolhimento Institucional para adolescentes

*Understanding and management of psychological suffering in institutional care units for adolescents*

Raphaela Carvalho<sup>1</sup>, Sabrina Stefanello<sup>1</sup>, Acácia Mayra Pereira de Lima<sup>1</sup>, Deivisson Vianna Dantas dos Santos<sup>1</sup>

DOI: 10.1590/2358-28982026E110384P

**RESUMO** O acolhimento institucional destina-se a adolescentes com direitos ameaçados ou violados, mas pode acentuar vulnerabilidades, incluindo manifestações de sofrimento psíquico, aqui compreendido em sentido amplo, não restrito a diagnósticos. Esta pesquisa, de cunho qualitativo e hermenêutico, baseou-se em entrevistas com 14 trabalhadores do Sistema Único de Assistência Social (Suas) e visou investigar o manejo das crises e do sofrimento psíquico de adolescentes em acolhimento institucional. Os trabalhadores expressaram o desejo de separar adolescentes em sofrimento psíquico – compreensão atrelada ao diagnóstico – e os usuários de substâncias para outros serviços que não fossem as unidades de acolhimento do Suas. Os resultados indicaram dificuldades no manejo das crises, compreensão medicalizada do cuidado, dependência de serviços especializados e tensionamento entre as regras e as necessidades dos jovens como geradores de sofrimento. Os achados contrastam com as diretrizes do acolhimento, que preveem cuidado integral e atenção à saúde mental nas próprias unidades do Suas.

**PALAVRAS-CHAVE** Adolescente. Saúde mental. Acolhimento.

**ABSTRACT** *Brazilian youth centers are intended for adolescents whose rights are threatened or violated, but it can exacerbate vulnerabilities, including manifestations of psychological distress. This qualitative and hermeneutical research, based on interviews with 14 workers from Brazilian Unified Social Assistance System (SUAS) and aimed to investigate the management of crises and psychological distress of adolescents in institutional care. The workers expressed a desire to separate adolescents with mental health problems – an understanding linked to diagnosis – and substance users to services other than the care units of SUAS. The results indicated difficulties in crisis management, medicalization of care, dependence on specialized services, and tension between rules and the needs of young people as generators of suffering. The findings contrast with the SUAS guidelines for institutional care, which provide comprehensive care and integral attention to mental health within the SUAS units themselves.*

**KEYWORDS** *Adolescent. Mental health. Institutional care.*

<sup>1</sup> Universidade Federal do Paraná (UFPR) – Curitiba (PR), Brasil.  
deivianna@gmail.com



## Introdução

Existem diversas definições do período que abrange a adolescência. O Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) delimita entre 10 e 19 anos<sup>1</sup>, enquanto o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) estabelece de 12 a 18 anos<sup>2</sup>. No entanto, essa fase deve ser abordada além da definição da idade, pois se trata de um fenômeno complexo que envolve a transição da infância para a vida adulta<sup>3</sup>, marcado por transformações biológicas, psicológicas e sociais. Isso exige uma abordagem que considere fatores como raça, condição econômica, experiências, território, educação e gênero<sup>4,5</sup>.

Do ponto de vista jurídico, a Constituição Federal de 1988<sup>6</sup> e o ECA<sup>2</sup> transformaram a concepção da adolescência ao reconhecer os adolescentes como sujeitos de direito, com proteção e desenvolvimento integral assegurados. Entretanto, apesar das garantias legais, ainda ocorrem violações desses direitos por parte da sociedade, do Estado ou da própria família. Nessas situações, o ECA prevê medidas de proteção, incluindo o acolhimento institucional, para garantir cuidado e proteção àqueles impossibilitados de permanecer com suas famílias<sup>2</sup>.

O acolhimento institucional, parte do Sistema Único de Assistência Social (Suas), articula serviços e recursos para atender os jovens em situação de vulnerabilidade e de grave violação de direitos. Baseado na brevidade e excepcionalidade, é adotado apenas quando se esgotam as alternativas de permanência familiar e comunitária, priorizando a reintegração e o fortalecimento de vínculos existentes<sup>2,6,7</sup>. O afastamento só ocorre em casos de risco grave à saúde física ou psíquica, pois a retirada do seio familiar pode repercutir negativamente no seu desenvolvimento biopsicossocial<sup>8</sup>.

Nesse contexto, torna-se essencial dialogar com a Política de Assistência Social e com as normativas que estruturam o Suas, responsáveis por orientar a organização e as atribuições das unidades de acolhimento. Essas diretrizes

definem o acolhimento como serviço de proteção social especial, voltado à garantia de direitos, ao fortalecimento de vínculos e ao atendimento qualificado por equipes multiprofissionais<sup>8,9</sup>. Nesses espaços, o educador social desempenha papel fundamental ao mediar o cotidiano, promover direitos e apoiar processos de desenvolvimento e reintegração social, articulando-se às equipes e às normativas do Suas para um cuidado que contempla as dimensões psicossociais e individuais dos jovens<sup>8,9</sup>.

Estima-se que aproximadamente 30 mil crianças e adolescentes estejam em acolhimento<sup>10</sup>, sendo a negligência, os conflitos familiares, o abandono e o abuso de substâncias fatores que contribuem para essa realidade<sup>11</sup>. A vulnerabilidade social e econômica não deve ser motivo para acolhimento, conforme expresso em lei, que estabelece que a falta de recursos não justifica a retirada dos jovens de suas famílias, sendo necessário, nesses casos, políticas redistributivas e de proteção estatal<sup>2,12</sup>. Contudo, a linha entre desigualdade e negligência é tênue, sendo que a negligência está diretamente relacionada à violação dos direitos fundamentais<sup>12</sup>. Muitas situações são classificadas como negligência sem avaliação adequada das condições das famílias, que frequentemente enfrentam extrema pobreza, uso de substâncias, subempregos, violência e enfraquecimento dos laços comunitários. Nesse contexto, é essencial refletir sobre a miséria e as ações do Estado para garantir proteção integral<sup>11,13</sup>.

No Brasil, há escassez de estudos sobre os impactos do acolhimento no sofrimento psíquico dos adolescentes e seus fatores de risco, cenário semelhante ao de países como Alemanha, Espanha e Reino Unido. Por mais que exista uma diversidade de termos relacionados com o sofrimento mental desse público, o termo sofrimento psíquico possui uma amplitude maior do que os tradicionais diagnósticos psiquiátricos e é menos medicalizador, uma vez que reconhece o sofrimento humano em sua complexidade, sem reduzi-lo a um mero

diagnóstico<sup>14</sup>. Neste sentido, algumas pesquisas evidenciam alto índice de sofrimento psíquico nos jovens acolhidos, além da necessidade de aprimorar a rede de saúde mental, em articulação com a assistência social<sup>15-19</sup>. Eventos traumáticos aumentam o risco de sofrimento psíquico no público infantojuvenil<sup>12,20,21</sup>, com prevalência significativa de ideação suicida entre adolescentes institucionalizados<sup>22</sup>.

É evidente, portanto, a necessidade de novas pesquisas para compreender como elementos organizacionais e práticas de cuidado se estabelecem dentro das unidades de acolhimento, visando fornecer subsídios para as políticas públicas na direção de reconhecer os adolescentes como sujeitos de direitos e com necessidades específicas. O objetivo deste estudo foi investigar como se organiza o cuidado em saúde mental de adolescentes em acolhimento institucional por parte dos trabalhadores e das trabalhadoras dessas unidades.

## Material e métodos

Trata-se de pesquisa qualitativa, oriunda de uma dissertação de mestrado em saúde coletiva, realizada em quatro Unidades de Acolhimento Institucional estatais de Curitiba, vinculadas à Fundação de Ação Social (FAS) – autarquia gestora do Suas do município – e integrantes da rede de assistência social, oferecendo uma visão representativa das práticas locais. Optou-se por tentar o recrutamento de todas as unidades de acolhimento estatais por serem de gestão própria do município e que, por possuírem equipes de servidores públicos, teriam práticas e processos de trabalho mais estáveis. Das cinco instituições inicialmente elegíveis, uma não respondeu às tratativas de contato e foi excluída, resultando na composição final do campo.

Participaram do estudo os trabalhadores dessas unidades, incluindo gestores, educadores sociais e equipe técnica (assistente social e psicólogo), todos com mais de 18 anos e pelo menos seis meses de atuação. Os resultados

baseiam-se em 14 entrevistas em profundidade com trabalhadores, realizadas com questões disparadoras sobre dados de identificação, rotina profissional, identificação dos problemas em saúde mental, manejo de crises, uso de medicação e encaminhamentos para a rede de saúde.

A pesquisa adota a hermenêutica gadameriana para analisar as narrativas sobre o manejo em saúde mental nas unidades de acolhimento. A interpretação busca compreender como essas experiências revelam formas de viver e contribuem para a construção coletiva da subjetividade<sup>23</sup>. As entrevistas foram analisadas por leituras sucessivas, com codificação temática sistemática em planilha Excel®, possibilitando a construção das categorias analíticas. A triangulação dos dados ocorreu por validação com outro pesquisador do grupo, envolvendo desde a interpretação conjunta até a construção da compreensão compartilhada das informações<sup>24</sup>. O sentido das falas foi mantido como originalmente transcrito da voz dos participantes, tomando-se o cuidado de não incorrer em excessos interpretativos, seguindo, assim, o preceito hermenêutico de buscar o significado mediante os fenômenos emanados dos discursos.

Para Gadamer, a compreensão é um processo histórico e não linear, marcado pelo círculo hermenêutico e interação entre intérprete e texto, em que a experiência do pesquisador contribui para a ampliação dos sentidos. A fusão de horizontes deu-se a partir do reconhecimento das pré-compreensões dos pesquisadores com as narrativas dos trabalhadores, permitindo a construção de sentidos emergentes do confronto entre expectativas iniciais e os discursos, sem pretensão de neutralidade<sup>24</sup>. Por fim, o processo interpretativo subsequente foi realizado pelo coletivo de pesquisadores, relacionando como os dados articulam-se com os princípios e conceitos próprios da atenção psicossocial compreendendo-a como um processo que apresenta diferentes modalidades de cuidado, centrado na pessoa, e não essencialmente no diagnóstico<sup>25</sup>.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Paraná (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética – CAAE nº 53139821.7.0000.0102 e Parecer nº 5.920.474). O estudo cumpriu os princípios éticos estabelecidos pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos<sup>26</sup>.

## Resultados

Os 14 trabalhadores e trabalhadoras entrevistados(as) eram todos(as) servidores(as) do Suas da cidade estavam, em média, havia mais de 4 anos em seus locais de trabalho atuais (*quadro 1*).

Quadro 1. Caracterização dos trabalhadores entrevistados nas unidades de acolhimento do município de Curitiba, Paraná (n = 14)

Trabalhador(a)	Cor	Ocupação	Gênero
Entrevistado 1	Branca	Psicóloga	F
Entrevistado 2	Parda	Educadora Social	F
Entrevistado 3	Branca	Coordenação	F
Entrevistado 4	Branca	Psicóloga	F
Entrevistado 5	Negra	Coordenação	F
Entrevistado 6	Branca	Educadora Social	F
Entrevistado 7	Negra	Educador Social	M
Entrevistado 8	Branco	Coordenação	M
Entrevistado 9	Parda	Educadora Social	F
Entrevistado 10	Branca	Educadora Social	M
Entrevistado 11	Branca	Coordenação	F
Entrevistado 12	Parda	Educadora Social	F
Entrevistado 13	Pardo	Educador Social	M
Entrevistado 14	Branco	Educador Social	M

Fonte: elaboração própria, 2025.

F - feminino; M - masculino.

Dessas entrevistas, emergiram duas grandes categorias agrupadas por similaridade:

1. Concepções e o lugar da saúde mental nas unidades de acolhimento;
2. A identificação e o manejo do sofrimento psíquico.

### Concepções e o lugar da saúde mental nas unidades de acolhimento

Essa categoria aborda as concepções dos participantes sobre o trabalho, o acolhimento e como se compreende a saúde mental dos adolescentes nas unidades de acolhimento. Os trabalhadores relatam que as unidades de acolhimento não seriam o lugar ideal para os adolescentes com problemas em saúde mental,

destacando a necessidade de que seja desenvolvido um novo equipamento do Suas, voltado especificamente para atender adolescentes que fazem uso de álcool ou substâncias e daqueles com transtornos mentais. Segundo os participantes, as Unidades não são adequadas para esse perfil de adolescentes, já que esse público requereria uma abordagem especializada e um ambiente com profissionais da saúde, como enfermeiros e psicólogos.

*Olha, eu acredito que tinha que separar os serviços (E1).*

*Eu acho que se houvesse pelo menos um lugarzinho pra eles [adolescentes com alguma questão de saúde mental], eu acho que para nós aliviava bastante sabe (E2).*

*A questão da política antimanicomial, é legal, eu concordo e acho maravilhoso, mas tem pessoas que precisariam de algum espaço mais adequado, que não é aqui (E8).*

Outro ponto destacado é a compreensão de que o manejo de ‘casos de saúde mental’ não é atribuição da assistência social nem está previsto nos descritivos dos cargos e das funções a serem desenvolvidos nela. Por isso, muitos acreditam que esse tipo de demanda não deveria ser atendido nas unidades. Os relatos enfatizaram que, ao iniciar o trabalho na unidade e durante o período em que lá trabalham, não há nenhum suporte institucional, capacitação ou treinamento relacionado com temas de saúde mental. Isso inclui, por exemplo, a ausência de orientações para lidar com as situações de crises. Dessa forma, cada profissional desenvolve sua própria abordagem de manejo individual por meio do aprendizado e da prática adquiridos durante seu trabalho nas unidades.

*Na verdade, isso não é nem nossa função, por edital de concurso mesmo. Assim, a gente não tem treinamento, não é nossa função lidar com saúde mental. Não é a nossa função fazer o manejo,*

*nem de medicação dos adolescentes. Então eu acho que faz falta ter um profissional da área de saúde dentro das unidades de acolhimento para acolherem esse perfil (E3).*

*E aí a gente tem que atender demanda de coisas que não são nossas. Já teve um caso de uma menina que estava internada em um hospital por causa de um surto e a equipe de lá nos ligou. Queriam que resolvêssemos! Eu falei: - Meu Deus, se ela está internada, é para isso! E vocês estão ligando para nós? É sério isso? (E10).*

Também foi relatado que, em algumas situações, os adolescentes utilizam seus diagnósticos como uma forma de manipulação e barganha com as equipes. Por exemplo, em um caso, uma jovem estava em crise, mas os sintomas cessaram logo depois de ameaçarem retirarem o seu celular. Os trabalhadores têm a mesma compreensão quanto à manifestação de automutilação por parte dos adolescentes, que é entendida como uma tentativa de chamar a atenção.

Reconhecem, todavia, que o próprio processo de acolhimento é gerador de sofrimento e apontado como inerentemente traumático. Contam que todos os casos que aportam às unidades são relacionados com alguma violação dos direitos básicos de crianças e adolescentes e que o seguimento de psicólogos, psiquiatras e demais profissionais da saúde mental não é suficiente em muitas situações. Relatam, entretanto, que o trauma não se restringe apenas aos elementos externos que levaram o adolescente a ser institucionalizado, mas também ao processo de adaptação às regras das unidades. Os entrevistados relatam que existe dificuldade por parte dos adolescentes aderirem às normas e às atividades, como a frequência escolar e a necessidade de autorização para sair das unidades. Alguns trabalhadores julgam que a dificuldade em ‘seguir regras’ é um dos problemas principais desses adolescentes, vendo-os como incapazes de seguir as regras familiares e esta como uma das razões que geraram o acolhimento institucional.

*A grande maioria acaba parando aqui porque não sabia lidar com regra, com o limite na casa. Aí quando você vem para as unidades de acolhimento tem mais regra e limite ainda. Aqui é muito diferente de uma casa onde convive-se com os pais. Aqui a gente tem que lidar com um conjunto de jovens, então tem muito mais regra e muito mais limite do que numa casa (E4).*

A questão gera frequentes embates entre adolescentes e trabalhadores, pois as diversas fugas que ocorrem nas unidades são creditadas à incapacidade desse público em seguir as regras estabelecidas. Relatam que, em algumas unidades, tal conjunto de regras são elaboradas exclusivamente pelas equipes e repassadas para os jovens, mas, em outras unidades, há momentos, geralmente anuais, em que os adolescentes são chamados para participar de sua elaboração.

### **A identificação e o manejo do sofrimento psíquico**

Os trabalhadores relataram que, ao chegarem nas unidades de acolhimento, a maioria dos adolescentes já possuíam diagnóstico de transtorno mental e faziam uso de medicamentos. Para os casos em que o diagnóstico era incerto, a identificação de um possível transtorno ocorria por meio do histórico prévio dos adolescentes. Quando não havia um diagnóstico formalizado por um serviço de saúde, a equipe observava comportamentos como automutilação, uso abusivo de substâncias, agressividade e ideação suicida, que podem indicar a presença de um transtorno mental durante o período de acolhimento institucional.

*A maior parte tem um transtorno, mas nem todos têm um diagnóstico fechado. Porque na adolescência ainda está muito aberta, o CID às vezes não está fechado né? Alguns não têm CID [Classificação Internacional de Doenças]. Mas é muito difícil ter aqueles que não usam medicação. São poucos os que não usam medicamentos (E1).*

Um elemento que, segundo eles, auxiliava nessa identificação era o estabelecimento de um vínculo com os adolescentes. Por meio do estabelecimento de uma relação de vínculo e diálogo com os jovens, os profissionais relataram que conseguem desenvolver maior contato e proximidade com os adolescentes. Nas situações de crise, tentativas de fuga ou surtos, os trabalhadores estabelecem diálogo com os adolescentes em busca de acalmá-los e mantê-los na unidade. Geralmente, o diálogo é conduzido pelo educador social ou por outro profissional com maior vínculo, sendo aqui destacada a figura do educador devido à sua maior convivência com os adolescentes. Contudo, em casos mais acentuados, por exemplo, quando o adolescente está em risco pessoal – como automutilação ou que representa risco para outros –, é acionado o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu).

*A gente tenta junto com os educadores sociais, que têm maior vínculo, tentar acalmar a situação e caso não seja possível, a gente pede o apoio do Samu (E8).*

O uso de substâncias psicoativas é frequentemente mencionado como um dos principais problemas que eles têm que manejar. Segundo os entrevistados, a maioria dos adolescentes acolhidos faz ou já fez uso de alguma substância; e exatamente por isso essa questão torna-se um dos maiores desafios encontrados nas unidades. Ademais, atribuem às substâncias psicoativas a dificuldade em estabelecer vínculos com o seu público, pois falam que a substância ganha centralidade na dinâmica dos adolescentes que a acham muito difícil de substituir. Relacionam o fenômeno da ‘dependência química’ às dificuldades no processo de acolhimento, na adesão ao tratamento e ao elevado número de evasões.

*São os meninos mais complicados [aqueles com uso de substância psicoativa]. Eles têm muita dificuldade na adesão ao acolhimento, embora toda a equipe trabalhe na orientação, no*

*encaminhamento, mostrando o que seria mais adequado. Estes são meninos muito arredios, têm dificuldade de permanecer na unidade, mesmo sendo orientados. Então eles saem sem autorização, permanecem às vezes diversos dias em local incerto e não informado. Então são casos bem complicados que a gente tem muita dificuldade para que eles tenham aderência ao acolhimento institucional (E8).*

Contam que são muito rigorosos nesse quesito, pois o uso de substâncias não é permitido dentro das unidades, e frequentemente acionam a Guarda Municipal para lidar com essas situações. A Guarda Municipal é acionada com frequência em momentos críticos, como desacatos, ameaças, agressividade ou violência. Além disso, outra situação em que a guarda é chamada é nas evasões das unidades, quando frequentemente pulam o muro.

*Deixamos claro que nós temos o apoio da Guarda Municipal. É o que diz a Constituição: criança não fuma, adolescente não bebe! Nenhum tipo de droga. Esses casos encaminhamos para delegacia do adolescente e o autuamos, se assim a gente entender que é o caso. Não com o intuito de punir, mas com o intuito de preservar a vida (E14).*

Nas situações em que os adolescentes são diagnosticados com algum transtorno mental, as equipes oferecem atendimento no Centro de Atenção Psicossocial (Caps), e uma medida universal para todos esses adolescentes é a prescrição de medicamentos. Entretanto, relatam que esses jovens são os que mais tendem a se afastar do dispositivo. Informam que as equipes das unidades de acolhimento tentam conversar e explicar a importância do acompanhamento nos serviços de saúde. Relatam também que, mesmo diante da menor suspeita de algum transtorno mental, encaminham o adolescente ao Caps até para se respaldarem legalmente.

*A gente recebe a menina e, assim, independente, a gente tem mandado todas elas para acolhimento*

*no Caps. Porque eu prefiro ter uma alta do Caps, ou Caps me dizer que a menina não precisa de atendimento psicológico, do que depois a Vara vir me pressionar do porquê que a menina não foi encaminhada (E3).*

Alguns relatos expressaram discordância em relação aos procedimentos adotados pelo Caps, observando que o serviço, com frequência, minimiza as questões levadas pelas unidades, uma vez que não estão dentro delas. A discordância ocorre em situações em que os trabalhadores consideram que seriam casos de internação e o Caps, por sua vez, não encaminha o adolescente para tal serviço. Em todas as entrevistas, o Caps, o Hospital e o Samu aparecem como equipamentos principais a serem articulados para esses adolescentes, sendo que as equipes da atenção primária quase nunca são mencionadas ou acionadas.

## Discussão

### O lugar do jovem em sofrimento psíquico no acolhimento institucional

O cuidado de adolescentes em situação de vulnerabilidade, especialmente os que perderam vínculos ao serem acolhidos, apresenta desafios semelhantes aos enfrentados por aqueles em sofrimento psíquico. As Políticas de Acolhimento Institucional e de Saúde Mental convergem na busca por superar o modelo institucionalizante, promovendo ações articuladas com o território, com enfoque na autonomia, cidadania e proteção integral<sup>7,27,28</sup>.

A evolução dos direitos das crianças e dos adolescentes impulsionou mudanças nos abrigos, priorizando novas formas de acolhimento alinhadas à proteção integral. As unidades de acolhimento devem acolher poucos adolescentes para considerar suas singularidades, fortalecer vínculos afetivos e reduzir impactos negativos. Devem se assemelhar a uma residência no território, tanto na estrutura

física quanto no funcionamento, mantendo laços com a comunidade e minimizando a institucionalização. O acolhimento deve ser um último recurso, e a equipe deve preparar o retorno à família sempre que possível<sup>2,8,29</sup>.

Os resultados mostram, entretanto, que a intenção expressa nas narrativas dos participantes, de criar um novo dispositivo que separasse os adolescentes pela perspectiva do diagnóstico, remete a uma lógica próxima da manicomial, por segregar os adolescentes com base na psicopatologia e sintomatologia. A proposta de separação dos adolescentes com base em diagnósticos afasta-se de uma lógica inclusiva e aproxima-se de práticas segregadoras, em contraste com a Reforma Psiquiátrica Brasileira, que desloca o cuidado do modelo biomédico hospitalar para a atenção psicossocial de base territorial<sup>28</sup>. Em consonância com essa expectativa de criação de um novo dispositivo, os trabalhadores relataram que a saúde mental não seria responsabilidade da assistência social. Contudo, pensando a partir das perspectivas da atenção psicossocial e do acolhimento, o cuidado em saúde mental não se limita a espaços ou dispositivos específicos, sendo transversal, capilarizado nos territórios, equipamentos e relações, e não confinado a muros institucionais<sup>30</sup>. O cuidado integral e territorial é alinhado às políticas do acolhimento, que priorizam atenção integral aos adolescentes. Assim, em casos de sofrimento mental ou uso de substâncias, o cuidado deve ser garantido dentro das unidades de acolhimento, articulando-se à Rede de Atenção Psicossocial (Raps) e promovendo capacitação contínua dos trabalhadores<sup>8</sup>.

O Suas e o ECA compartilham de preceitos da Reforma, buscando romper com a institucionalização, historicamente representada por orfanatos e abrigos, que eram caracterizados por controle rigoroso, isolamento e enfraquecimento de vínculos comunitários<sup>7</sup>. O avanço se deu a partir das sucessivas conquistas de que o cuidado pode ser realizado em liberdade, incorporando conceitos que transcendam a cura e a supressão de sintomas, fortalecendo a autonomia dos

jovens por meio de oportunidades no território e da intersetorialidade<sup>30</sup>. Dessa forma, as políticas de acolhimento e a atenção psicossocial compartilham estratégias e potencialidades territoriais para um cuidado integrado<sup>27</sup>.

Os trabalhadores destacaram a falta de um diagnóstico como um desafio, entretanto, conforme Amarante e Torre<sup>31</sup>, a busca por uma classificação em um diagnóstico reflete uma tentativa de explicar os fenômenos. Amarante<sup>27</sup> ressalta que a saúde mental envolve múltiplos significados, que extrapolam a categorização diagnóstica. Logo, quando os trabalhadores têm expectativa em uma categorização e um encaixe em diagnósticos, eles reduzem as possibilidades de existência e subjetividade que esses jovens podem apresentar<sup>27,30,32</sup>. Na atenção psicossocial, a abordagem prima em considerar perspectivas além do diagnóstico, levando em conta condições de vida, privações de direitos e trajetórias que os levaram ao acolhimento – além de compreender o impacto da institucionalização e as causas de sofrimento psíquico associadas a esses processos<sup>27,30,32</sup>.

A centralidade no diagnóstico acompanha o crescimento dos diagnósticos psiquiátricos para o público infantojuvenil. Dificuldades de aprendizagem, vivências escolares distintas e comportamentos considerados indesejáveis passaram a resultar em diagnósticos<sup>33</sup>. Além disso, as práticas clínicas predominantes atribuem rótulos que não consideram outras explicações para o sofrimento<sup>34</sup>. Essa reflexão também é reforçada pelo movimento dos trabalhadores de sempre encaminhar os adolescentes para o Caps, muitas vezes, independentemente de alguma sintomatologia expressa, a fim de se resguardarem legalmente. A excessiva atribuição de diagnósticos pode comprometer os avanços da desinstitucionalização e da Reforma Psiquiátrica Brasileira, especialmente ao patologizar experiências típicas da adolescência<sup>34</sup>. Esse viés tende a responsabilizar os jovens por problemas estruturais decorrentes de privações, além de contribuir para o aumento das internações psiquiátricas, muitas vezes tratadas como

a principal estratégia de cuidado em saúde mental<sup>35</sup>.

Um ponto importante é a lacuna existente no debate sobre os princípios da atenção psicossocial dentro da assistência social, especialmente nas unidades de acolhimento. A reforma psiquiátrica ainda é vista por esse público como um movimento que retirou serviços, ao invés de ampliar estratégias de direitos. Essa compreensão distorcida é reforçada pela noção de que é necessário ‘separar para tratar’, de que a internação é um recurso que deve ser usado com frequência e de que são os sujeitos que precisam ser corrigidos, e não a sociedade a sua volta. A separação arbitrária das políticas – Suas e Sistema Único de Saúde (SUS) – dificulta a compreensão de que os adolescentes e os territórios não estão submissos a essa demarcação e que, na realidade, o cidadão é um sujeito integral de direitos<sup>31</sup>.

### **E o sofrimento, o que fazemos com ele no acolhimento institucional?**

Durante as entrevistas, os trabalhadores indicaram que, com frequência, fiavam-se nas regras institucionais rígidas para o manejo das crises e das inadequações nas unidades. Em paralelo, aparecem o apoio das equipes de saúde (Samu e Caps), a administração medicamentosa e a construção de vínculo e diálogo com estratégias bem-sucedidas para esse manejo. Os participantes também apontaram dificuldades na construção do vínculo, associadas à falta de preparo e à insuficiência estrutural das equipes. Estudos em Unidades de Acolhimento Institucional destacam a importância do vínculo no desenvolvimento durante o acolhimento<sup>36</sup> e apontam o educador social como o profissional que mais constrói vínculos e é mais procurado pelos jovens, especialmente em situações de conflito e crise<sup>37</sup>. Essas pesquisas corroboram a manifestação dos entrevistados de que são exatamente os educadores sociais quem mantêm maior contato e, portanto, vínculo com os adolescentes.

O uso do expediente de regras institucionais como mecanismo de controle travestido de um viés terapêutico não é recente. Goffman<sup>38</sup> nos trouxe o conceito de Instituição Total, em que a padronização, por meio das regras e da disciplina, é essencial para manter o controle e o funcionamento institucional. As unidades de acolhimento assumem, assim, um papel multifacetado, funcionando como moradia, espaço educativo e instância de controle, abrigando adolescentes sob tutela do Estado e afastados do convívio familiar e territorial. São diversas modalidades de convívio concentradas em uma só. Os relatos indicam dificuldades dos jovens em seguir orientações institucionais, resultando em situações recorrentes de confronto. Embora os trabalhadores enfatizem o diálogo, as regras são estabelecidas de forma padronizada, dificultando a adaptação às necessidades individuais<sup>38</sup>. Fazendo um paralelo com Goffman, nas unidades, o jovem se afasta da sua residência e do seu território, rompendo rotinas, laços e conexões prévias.

Nesta pesquisa, verificou-se que os trabalhadores formulam as regras sem a participação dos adolescentes e que sua aplicação é geral, sem considerar critérios de individualidade. Esse achado se aproxima de outro estudo realizado em unidades de acolhimento, no qual as normas, definidas exclusivamente pelas equipes, geravam conflitos e dificuldades de adesão, justamente pela ausência dos adolescentes em sua construção<sup>39</sup>. Em contraponto, a Normativa Técnica para o Acolhimento Institucional enfatiza a elaboração coletiva das regras como estratégia para promover um ambiente mais acolhedor<sup>8</sup>. Uma revisão da literatura aponta que, embora essas unidades ainda apresentem traços de Instituições Totais, elas também possuem potencial como rede de suporte, destacando a importância da capacitação dos profissionais e no fortalecimento da autonomia e do conhecimento de direitos por parte dos acolhidos, mostrando o acúmulo histórico relativo de ganho de direitos, já que essas unidades também são identificadas como elemento de proteção para esses jovens<sup>40</sup>.

A dificuldade de territorialização do cuidado também se expressa no entendimento de que a atenção em saúde mental deve ser realizada em equipamentos especializados, com Caps e hospitais. Contudo, a Raps propõe ampliar os pontos de cuidado para além dos serviços especializados, fortalecendo a atenção primária, o território e a articulação intersetorial<sup>41,42</sup>. Nessa perspectiva, o cuidado ultrapassa os dispositivos especializados e se constrói nos espaços comunitários. Taño e Matsukura<sup>42</sup> defendem práticas que superem o modelo psiquiátrico e patologizante, destacando o apoio territorial e as ações intersetoriais como essenciais para atender às necessidades complexas dos adolescentes, promovendo saúde, direitos e cidadania. Apesar dessas premissas, as Unidades Básicas de Saúde não são compreendidas como espaços possíveis de atenção à saúde mental por parte desses trabalhadores.

Outro ponto destacado pelos trabalhadores foi que a maioria dos adolescentes dessas unidades fazia uso de medicação psicotrópica. A literatura corrobora esse resultado ao apontar um processo crescente de medicalização, no qual as subjetividades são reduzidas a diagnósticos dentro de uma lógica biomédica, resultando no reducionismo do sofrimento psíquico<sup>32</sup>. Esse modelo prioriza a medicação, desconsiderando as nuances do adoecimento e a influência dos contextos de vida. Ademais, exclui a dimensão histórica do sujeito, ignorando fatores sociais, culturais e psicológicos. Com a expansão dos diagnósticos, há uma tendência à medicalização do sofrimento humano, transformando experiências em sintomas de transtornos<sup>32,43</sup>.

A medicação é vista como o principal recurso de tratamento dos transtornos mentais e ajuda na validação do diagnóstico, de modo que os dois estão interligados. A adolescência é patologizada quando seus comportamentos são dissociados dos seus contextos de vida, resultando na medicalização e no enquadramento de desvios como transtornos mentais. Essa abordagem ignora fatores contextuais, a complexidade da experiência juvenil,

desconsiderando fatores que extrapolam o campo da saúde, a dimensão subjetiva do sofrimento, dos processos vulnerabilizadores e da adolescência<sup>32,34</sup>.

## Considerações finais

A análise das práticas e manejos desta pesquisa ressalta a complexidade do cuidado em saúde mental aos adolescentes em acolhimento, marcados por múltiplas vulnerabilidades. Ao refletir sobre qual é o lugar do sofrimento psíquico no acolhimento, o desejo de separação dos adolescentes pela perspectiva do diagnóstico pelas equipes das unidades de acolhimento se sobrepõe ao desejo da aceitação e inclusão. Dessa forma, apesar dos avanços inscritos no Estatuto da Criança e Adolescente, na política atual de acolhimento institucional e da atenção psicossocial, precisa-se avançar para que a letra das normativas se reflita nas práticas reais de cuidado.

Compreender o sofrimento desses jovens exige considerar aspectos além do diagnóstico, como suas condições de vida, vínculos sociais e as violações de direitos que atravessam suas histórias. O manejo nas unidades de acolhimento reflete as contradições atuais da nossa própria sociedade, em que identificamos avanços de unidades territoriais que pautam cuidado no vínculo e em unidades menores que convivem com anseios pela separação, pela correção rápida de comportamento e baixo limiar ao rompimento de regras. Tais movimentos podem reduzir o sofrimento a diagnósticos, sem considerar os contextos amplos que afetam os adolescentes.

A ausência de estratégias de formação e discussão contínua dessas temáticas se reflete em certo descompasso entre os princípios vigentes e o tipo de cuidado praticado. Recorre-se a regras comportamentais e medicamentos como instrumento frequente de manejo das crises na ausência de outras possibilidades e carência estrutural. Assim, traços de uma instituição total, medicalizadora e que recorre

às forças de segurança aparecem no mesmo cenário de equipamentos que tentam a reabilitação e a articulação do cuidado com outros equipamentos. Tais elementos alertam todos e todas os formuladores de políticas públicas, que os conceitos de cuidado integral, em liberdade, centrado na pessoa e da atenção psicossocial ainda estão em disputa. Estratégias que visem à democratização e à reatualização dessas discussões são necessárias, respeitando suas realidades sociais e pessoais no processo de trabalho dessas unidades.

Por fim, a atenção psicossocial, ao reconhecer os adolescentes como sujeitos de direitos e atores sociais, valoriza seus saberes e experiências. As práticas de acolhimento e atenção

psicossocial compartilham objetivos comuns, voltados à garantia de direitos, autonomia e cidadania dos adolescentes. Contudo, as expectativas de acolhimento ainda refletem o desejo de internação e uma visão medicalizada do cuidado e nos serviços especializados.

## Contribuições de autoria

Carvalho R (0009-0000-4692-0687)\*, Stefanello S (0000-0002-9299-0405)\*, Lima AMP (0000-0003-4015-3768)\* e Santos DVD (0000-0002-1198-1890)\* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

## Referências

1. Fundo das Nações Unidas para a Infância. 30 anos da Convenção sobre os Direitos da Criança: avanços e desafios para meninas e meninos no Brasil [Internet]. São Paulo: Unicef; 2019 [acesso em 2025 dez 17]. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/media/6276/file/30-anos-da-convencao-sobre-os-direitos-da-crianca.pdf>
2. Presidência da República (BR). Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF. 1990 jul 16; Edição 135; Seção I:13563.
3. Coutinho LGA. A adolescência na contemporaneidade: ideal cultural ou sintoma social. Pulsional Rev Psicanálise [Internet]. 2005 [acesso em 2025 dez 17];17(181):13-9. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/porta/resource/pt/lil-477071>
4. Ayres JRCM, Carvalho YM, Nasser MA, et al. Caminhos da integralidade na atenção primária à saúde: recursos conceituais e instrumentos práticos para a educação permanente da equipe [Internet]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Departamento de Medicina Preventiva; 2012 [acesso em 2025 dez 17]. Disponível em: [https://fm.usp.br/cseb/conteudo/cseb\\_152\\_Caminhos%20da%20Integralidade%20-%20adolesc%C3%Aancia%20e%20juventude.pdf](https://fm.usp.br/cseb/conteudo/cseb_152_Caminhos%20da%20Integralidade%20-%20adolesc%C3%Aancia%20e%20juventude.pdf)
5. São Paulo (Estado). Linha de Cuidado para a Saúde na Adolescência e Juventude para o Sistema Único de Saúde no Estado de São Paulo [Internet]. São Paulo: LCA&J; 2021 [acesso em 2025 dez 17]. Disponível em: <http://www.saudeadolescentesjovens.net.br/>
6. Presidência da República (BR). [Constituição 1988]. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 [Internet]. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF. 1988 out 5; Seção 1:1.

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

7. Assis SGSS, Farias LOP, organizadores. Levantamento nacional das crianças e adolescentes em serviço de acolhimento. São Paulo: Hucitec; 2013. 368 p.
8. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (BR); Conselho Nacional de Assistência Social. Resolução Conjunta nº 1, de 18 de junho de 2009. Aprova o documento Orientações Técnicas: Serviços de Acolhimento para Crianças e Adolescentes. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2009 jul 2; Edição 124; Seção I:93.
9. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (BR). Política Nacional de Assistência Social – PNAS/2004. Brasília, DF: Secretaria de Desenvolvimento Social; 2005. 178 p.
10. Conselho Nacional de Justiça (BR) [Internet]. [local desconhecido]: CNJ; 2026. Sistema Nacional de Adoção e Acolhimento – Painel de acompanhamento; 2025 [atualizado em 2026 fev 13; acesso em 2025 dez 17]. Disponível em: <https://paineisanalytics.cnj.jus.br/single/?appid=ccd72056-8999-4434-b913-f74b5b5b31a2&sheet=4fld9435-00b1-4c8c-beb7-8ed9dba4e45a&opt=currsel&select=clearall>.
11. Conselho Nacional de Justiça (BR). Destituição do poder familiar e adoção de crianças [internet]. Brasília, DF: CNJ; 2022 [acesso em 2025 dez 17]. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2022/04/eixo3-primeira-infancia-sumario-executivo-final.pdf>
12. Calcing J, Benetti SPCC. Caracterização da saúde mental em crianças e adolescentes em acolhimento institucional. *Psico*. 2014;45(4):559. DOI: <https://doi.org/10.15448/1980-8623.2014.4.13629>
13. Berberian TP. Serviço Social e avaliações de negligência: debates no campo da ética profissional. *Serv Soc Soc*. 2015;121:48-65. DOI: <https://doi.org/10.1590/0101-6628.013>
14. Guarido R. A medicalização do sofrimento psíquico: considerações sobre o discurso psiquiátrico e seus efeitos na Educação. *Educ Pesqui*. 2007;33(1):151-61. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1517-9702200700010001>
15. Ford T, Vostanis P, Meltzer H, et al. Psychiatric disorder among British children looked after by local authorities: Comparison with children living in private households. *Br J Psychiatry*. 2007;190(4):319-25. DOI: <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.106.025023>
16. Fernandes ADSA, Matsukura TS. Adolescentes inseridos em um CAPSi: alcances e limites deste dispositivo na saúde mental infantojuvenil. *Temas Psicol*. 2016;24(3):977-90. DOI: <https://doi.org/10.9788/TP2016.3-11>
17. Galhardi CC, Matsukura TS. O cotidiano de adolescentes em um Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas: realidades e desafios. *Cad Saúde Pública*. 2018;34(3):e00150816. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00150816>
18. Silva JF, Matsukura TS, Ferigato SH, et al. Adolescência e saúde mental: a perspectiva de profissionais da Atenção Básica em Saúde. *Interface (Botucatu)*. 2019;23:e18063. DOI: <https://doi.org/10.1590/Interface.180630>
19. González-García C, Vassiliadis E, Moreno-Manso JM, et al. Changes in mental health of children and young people in residential care: outcomes and associated factors. *Psychosoc Interv*. 2023;32(1):11-9. DOI: <https://doi.org/10.5093/pi2022a16>
20. Parreira SMC, Justo JS. A criança abrigada: considerações acerca do sentido da filiação. *Rev Psicologia Estudo*. 2005;10:175-80. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-73722005000200003>
21. Cavalcante LIC, Magalhães CMC, Pontes FAR. Institucionalização precoce e prolongada de crianças: discutindo aspectos decisivos para o desenvolvimento. *Aletheia [Internet]*. 2007 [acesso em 2025 dez 17];25:20-34. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-03942007000100003&lng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942007000100003&lng=pt)
22. Ferreira AP, Santos DS, Wermelinger ED. Perspectivas e desafios do cuidado em saúde mental de adolescentes em regime socioeducativo: um estudo de caso. *Saúde Debate*. 2024;48(143):e8949. DOI: <https://doi.org/10.1590/2358-289820241438949P>

23. Vieira AM, Rivera DPB. A Hermenêutica no campo organizacional: duas possibilidades interpretativistas de pesquisa. *Rev Bras Gest Neg.* 2012;14(44):261-73. DOI: <https://doi.org/10.7819/rbgn.v14i44.906>
24. Gadamer H-G. *Verdade e método: Traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica* 3ª ed. Petrópolis: Editora Vozes; 1997.
25. Oliveira E, Szapiro A. Porque a Reforma Psiquiátrica é possível. *Saude Debate.* 2020;44(Esp 3):15-20. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E302>
26. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº 466, de 12 dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos e revoga as Resoluções CNS nºs. 196/96, 303/2000 e 404/2008. *Diário Oficial da União, Brasília, DF.* 2013 jun 13; Edição 112, Seção I:59-62.
27. Conceição MJ, Nunes MMCA. Transtornos mentais e o acolhimento institucional de adolescentes: desafios e reflexões sobre esta prática. In: Almeida F, organizador. *Políticas públicas, educação e diversidade: uma compreensão científica do real.* Guarujá, SP: Científica Digital; 2020. p. 1060-1071.
28. Amarante P. *Saúde mental e atenção psicossocial.* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007.
29. Siqueira AC, Dell'Aglio DD. O impacto da institucionalização na infância e na adolescência: uma revisão de literatura. *Psicol Soc.* 2006;18(1):71-80. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-71822006000100010>
30. Yasui S, Luzio CA, Amarante P. Atenção psicossocial e atenção básica: a vida como ela é no território. *Rev Polis Psique.* 2018;8(1):173-90. DOI: <https://doi.org/10.22456/2238-152X.80426>
31. Amarante P, Torre EHG. "Back to the city, Mr. citizen!" — psychiatric reform and social participation: from institutional isolation to the anti-asylum movement. *Rev Adm Pública.* 2018;52(6):1217-37. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-761220170130>
32. Sanchez VNL, Amarante PDC. Estudo sobre o processo de medicalização de crianças no campo da saúde mental. *Saúde Debate.* 2014;38(102):506-14. DOI: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.20140047>
33. Chaves FAM, Caliman LV. Entre saúde mental e a escola: a gestão autônoma da medicação. *Rev Polis Psique.* 2017;7(3):136-60. DOI: <https://doi.org/10.22456/2238-152X.75328>
34. Pavani FM, Wetzel C, Olschowsky A. Clinics at Psychosocial Care Center for Children and Adolescents: diagnoses on adolescence is written in pencil. *Saúde Debate.* 2021;45(128):118-29. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202112809>
35. Martins RWA, Silveira L. Internações de crianças e adolescentes usuárias de drogas: um desafio para o campo da saúde mental infantojuvenil. *Rev Epistem Transversalis [Internet].* 2019 [acesso em 2025 dez 17];10(1):213-27. Disponível em: <http://revista.ugb.edu.br/ojs302/index.php/episteme/article/view/1306>
36. Ito SI, Azevêdo AVS. Educadores Sociais em Abrigos Destinados a Crianças e Adolescentes: revisão sistemática. *Contextos Clínic [Internet].* 2021 [acesso em 2025 dez 17];14(1):276-303. Disponível em: [https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-34822021000100014](https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-34822021000100014)
37. Penna LHG, Guedes CR, Ribeiro R, et al. O profissional educador social no cotidiano de adolescentes de unidade de acolhimento institucional: uma revisão integrativa. *Res Soc Develop.* 2021;10(17):e239101724690. DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i17.24690>
38. Goffman E. *Manicômios, prisões e conventos.* 2ª ed. São Paulo: Perspectiva; 1987.
39. Lemos A, Moraes MCMB, Alves DG, et al. Evasão nas unidades de acolhimento: discutindo seus significados. *Psicol Soc.* 2014;26(3):594-602. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-71822014000300008>
40. Epifânio TP, Gonçalves MV. Crianças como sujeitos de direitos: uma revisão de literatura sobre crianças em situação de acolhimento institucional. *Cad*

Bras Ter Ocup. 2017;25(2):373-86. DOI: <https://doi.org/10.4322/0104-4931.ctoAR0736>

41. Ministério da Saúde (BR); Conselho Nacional do Ministério Público. Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2014. 60 p.

42. Tãno BL, Matsukura TS. Intersetorialidade e cuidado em saúde mental: experiências dos CAPSij da Região Sudeste do Brasil. *Physis*. 2019;29(1):e290108. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312019290108>

43. Surjus LTLS, Moysés MAA, organizadores. Saúde mental infantojuvenil: territórios, políticas e clínicas de resistência. Santos: Unifesp/Abrasme; 2019.

---

Recebido em 23/03/2025

Aprovado em 27/12/2025

Conflito de interesses: inexistente

Disponibilidade de dados: os dados de pesquisa estão contidos no próprio manuscrito

Suporte financeiro: não houve

**Editor responsável:** Marcelo Moreira Rasga, Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Estratégia Fiocruz para a Agenda (EFA2030), Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7851702065010431>, Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-3356-7153>, e-mail: [rasgamoreira@gmail.com](mailto:rasgamoreira@gmail.com)