

Adolescências e suas trajetórias na Atenção Básica à Saúde

Adolescences and their trajectories in Primary Health Care

Thaís de Campos Meneses^{1*}

RESUMO

A atenção básica tem conseguido proporcionar aos adolescentes em sofrimento mental, promoção, prevenção, proteção da saúde, realizar a redução de danos – ou redução de vulnerabilidades -, o cuidado integrado, resolutividade, com um acompanhamento longitudinal, e todos demais princípios e diretrizes de cuidado que se propõe à Atenção Básica? É o que pretendemos problematizar nesse artigo, considerando a adolescência como uma fase da vida em que o sujeito passa a buscar formas de se separar de seus pais, buscar novas referências e novos ideais, como sendo, segundo Lacadée (2011), “mais delicada das transições”. Mesmo com todo avanço na legislação e nos direitos dos adolescents, vemos adolescentes expostos diversas violações, como a exposição a violências, abandonos, trajetórias de vidas nas ruas, trabalho infantil, abuso de álcool e drogas, gravidez precoce, abandono escolar, más condições de moradia, exclusão social e barreiras culturais.

Palavras-chave: Adolescência; Atenção Básica à Saúde; Violações de direitos;

ABSTRACT

Has primary care managed to provide adolescents in mental distress with health promotion, prevention, protection, harm reduction - or vulnerability reduction -, integrated care, resoluteness, with a longitudinal follow-up, and all the other principles and care guidelines proposed for primary care? This is what we intend to problematize in this article, considering adolescence as a phase of life in which the subject begins to seek ways to separate from their parents, seek new references and new ideals, as being, according to Lacadée (2011), "the most delicate of transitions". Even with all the advances in legislation and adolescent rights, we see adolescents exposed to various violations, such as exposure to violence, abandonment, life on the streets, child labor, alcohol and drug abuse, early pregnancy, school dropout, poor housing conditions, social exclusion and cultural barriers.

Keywords: Adolescence; Primary Health Care; rights violations;

¹ Instituição de afiliação 1. Prefeitura de Belo Horizonte
*E-mail: thaismenesespsi@gmail.com

INTRODUÇÃO

O presente texto pretende questionar as trajetórias dos adolescentes na rede de atenção básica à saúde. Será que a atenção básica tem conseguido proporcionar aos adolescentes em sofrimento mental, promoção, prevenção, proteção da saúde, realizar a redução de danos – ou redução de vulnerabilidades -, o cuidado integrado, resolutividade, com um acompanhamento longitudinal, e todos demais princípios e diretrizes de cuidado que se propõe à Atenção Básica?

A adolescência é uma fase da vida em que o sujeito passa a buscar formas de se separar de seus pais, buscar novas referências e novos ideais. Lacadée (2011) se refere à adolescência como a “mais delicada das transições”. O sujeito adolescente passa a ter uma dificuldade em continuar se posicionando no mesmo discurso de antes, uma vez que não se percebe da mesma forma que anteriormente, quando criança.

Ferreira (2016), nos lembra que a adolescência é um “momento de despertar”. O que acarreta nesse despertar é o encontro com o real, que pode levar o sujeito a mudar, a construir um sintoma, atuar, ou até desencadear uma psicose. “São momentos delicados de ruptura, de contradição, de silêncio onde a infância, a adolescência e a loucura se tocam e se margeiam ao ponto de conduzirem o sujeito, em alguns casos mais graves, a certas rupturas do laço social”. (PRESTES, 2021, p.2)

Passos et al (2014) refletem sobre a situação de grande precariedade dos laços sociais e afetivos e em que medida isso pode inscrever o adolescente num fora de lugar permanente para e na rede pública. Para tentar entender a questão, iniciamos com uma breve discussão sobre a saúde pública e o lugar que o adolescente tem ocupado nesta política.

O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O SUS (Sistema Único de Saúde) é o sistema público de saúde do Brasil, um sistema que proporciona acesso universal, igualitário e gratuito à saúde, sem nenhuma discriminação. A Constituição Federal de 1988, em seu artigo 196º, diz que a saúde é dever do Estado e direito de todos, sendo garantida a partir de políticas sociais e econômicas, que visam a redução de riscos de doenças e outros agravos. No artigo 198º

da Constituição, vemos que são diretrizes da saúde pública: Descentralização, Atendimento Integral e Participação da Comunidade.

Já a Lei nº 8080/90, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, nos lembra que são objetivos do SUS: a identificação e divulgação de fatores condicionantes e determinantes da saúde; a assistência aos usuários a partir de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e; formulação de políticas de saúde.

Ainda segundo a Lei 8080, são princípios do SUS:

- I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- VIII - participação da comunidade;
- IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:
 - a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
 - b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;
- X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
- XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
- XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e
- XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos. (BRASIL, 1990, p. 4).

A Lei 8080/90, artigo 3º, traz como fatores determinantes e condicionantes da saúde, entre outros: “[...] a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; [...]”. Acrescenta ainda que “Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social” (BRASIL, 1990, p.1).

Sobre um dos níveis de complexidade do sistema de saúde, a Atenção Básica, em sua Política Nacional (Portaria nº 2436/17), vemos que ela é o conjunto de ações realizados em territórios vivos, onde as equipes atuam de forma individual, familiar e coletiva. A atenção Básica é a principal porta de entrada da Rede de Atenção à Saúde e suas ações são: promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos, cuidado integrado e gestão qualificada, vigilância em saúde, sempre realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido.

Segundo o artigo 3º da Portaria nº 2436/17, são diretrizes a serem operacionalizados na Atenção Básica: “Regionalização e Hierarquização; Territorialização; População Adscrita; Cuidado centrado na pessoa; Resolutividade; Longitudinalidade do cuidado; Coordenação do cuidado; Ordenação da rede; e Participação da comunidade” (BRASIL, 2017, p. 2)

Ao que diz respeito aos adolescentes, percebemos que muitas vezes estas dificuldades em implantar de fato essas diretrizes, uma vez que há grande ausência dos adolescentes nos centros de saúde (atenção básica).

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), há no Brasil uma população de aproximadamente 32.602.483 adolescentes², “[...] sendo que até o primeiro quadrimestre de 2021 haviam 20.059.587 cadastrados na Atenção Primária. Atualmente, cerca de quatro em cada dez adolescentes não estão vinculados às equipes de saúde” (BRASIL, 2021, p.1).

A SAÚDE DOS ADOLESCENTES E SEUS DESAFIOS

Por meio da Portaria nº 980/1989, o Ministério da Saúde estabeleceu o Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD), o qual objetivava ofertar assistência e proteção aos menores, em especial àqueles que estivessem em situação de vulnerabilidade social.

Em 13 de julho de 1990 é estabelecido o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), instituído como Lei n. 8.069, legislação que dispõe sobre a proteção integral à criança e ao adolescente, que está de acordo com o princípio de Integralidade do SUS.

² O Ministério da Saúde segue a orientação da Organização Mundial de Saúde e considera adolescentes aqueles sujeitos com idade entre 10 a 19 anos.

Já em 1993 foram publicadas e divulgadas as primeiras Normas de Atenção à Saúde Integral do Adolescente. Essas normativas foram destinadas aos profissionais que atendem aos adolescentes - indivíduos na faixa etária de 10 a 19 anos -, no nível primário da atenção em saúde. “Visa [...] orientar e dar suporte técnico às decisões tomadas na porta de entrada do Sistema Único de Saúde procurando, de modo direto e simples, definir, justificar e selecionar tecnologias, padronizar procedimentos e normalizar condutas”. (BRASIL, 1993, p. 5)

Nessa época, em Belo Horizonte é criado o Arte da Saúde – Ateliê de Cidadania, que se inicia com a expectativa de uma nova resposta da saúde mental à crescente demanda por encaminhamentos de crianças e adolescentes às escolas especiais e a tratamentos psiquiátricos ou neurológicos, buscando interromper o processo de segregação e exclusão destas crianças e adolescentes a partir de oficinas de arte desenvolvidas no território.

A partir daí vemos surgir no plano nacional o “Programa Saúde na Escola” (PSE), pelo Decreto Presidencial nº 6.286 (2007), a “Caderneta de Saúde do Adolescente” (formalizada por meio da Portaria do Ministério da Saúde Nº 3.147, de 2009), as “Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde” (2010), o “Protocolo de Atenção Integral à Saúde do Adolescente” (2015), a “Política de Atenção Integral à Saúde dos Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória – PNAISARI – (2002), e, em Belo Horizonte, o “Plano Operativo Municipal de Atenção Integral à Saúde do Adolescente em Conflito com a Lei” (2009).

Além disso, a rede de atenção à saúde do adolescente de Belo Horizonte, está presente também junto aos Centros de Saúde, onde encontramos equipes multiprofissionais do Núcleo de Apoio à Equipe de Saúde da Família (NASF), equipes de Saúde Mental, Equipe de Saúde da família (eSF) e existem atualmente três Centros de Referência à Saúde Mental infanto-juvenil (CERSAMIs)³ no município, como outros equipamentos de saúde diversos que atendem adolescentes.

Mesmo com toda legislação existente defendendo os direitos das crianças e adolescentes, o que vemos são adolescentes expostos diversas violações, como a

³ No município de Belo Horizonte os CAPSI's (Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil) são chamados de CERSAMI's.

exposição a violências, abandonos, trajetórias de vidas nas ruas, trabalho infantil, abuso de álcool e drogas, gravidez precoce, abandono escolar, más condições de moradia, exclusão social e barreiras culturais.

Segundo o Atlas da Violência (2021), a violência é a principal causa de morte dos jovens (15 a 19 anos de idade) no Brasil. Em 2019,

[...] de cada 100 jovens que morreram no país por qualquer causa, 39 foram vítimas da violência letal. Entre aqueles que possuíam de 20 a 24, foram 38 vítimas de homicídios a cada 100 óbitos e, entre aqueles de 25 a 29 anos, foram 31. Dos 45.503 homicídios ocorridos no Brasil em 2019, 51,3% vitimaram jovens entre 15 e 29 anos. São 23.327 jovens que tiveram suas vidas ceifadas prematuramente, em uma média de 64 jovens assassinados por dia no país (BRASIL, 2021, p. 27).

A juventude masculina vítima de homicídios representa 93,9% do total de jovens vítimas em 2019.

A redução no número de homicídios de jovens em 2018 nos aponta uma mudança nesse quadro histórico, porém, a manutenção de características dessas vítimas, como o sexo e a idade e raça nos mostram que ainda temos um longo caminho a percorrer em investimentos de políticas públicas (BRASIL, 2020)

O Atlas da Violência de 2020 nos traz ainda a discriminação por raça: a chance de um negro ser assassinado é muito maior ao comparar com a chance de um não negro. Ressaltamos que seguimos a classificação do IBGE, o qual considera pessoas negras a soma dos autodeclarados pretos e pardos.

Segundo o Atlas, a taxa de homicídios de negros e não negros por 100 mil habitantes no ano de 2018 foi de 37,8% em negros e 13,9% em não negros, isto é, a razão de risco relativo de morte por homicídio entre eles é de 2,7, para cada não negro morto durante o ano de 2018, 2,7 negros foram assassinados.

Os autores Silva e Engstrom (2020), relatam que, apesar da existência das políticas públicas destinadas à melhoria das condições de saúde dos adolescentes nos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), percebemos a predominância de

[...] práticas fragmentadas, baseadas no modelo biomédico, que não consideram as dimensões biopsicossociais no cuidado e são pouco direcionadas às singularidades dos adolescentes. Tais pressupostos merecem ser aprofundados, a partir do conhecimento das práticas dos

profissionais de saúde, especialmente na APS⁴, considerando que estas devem traduzir um modelo de atenção ampliado, que incorpore modos de cuidar permeados por valores, conhecimentos e comportamentos culturais que influenciem diretamente nas práticas de saúde. Esse modelo ainda é um desafio para a APS no desenvolvimento de ações integradas”. (SILVA; ENGSTROM, 2020, p. 2).

Sobre a saúde mental dos adolescentes, Pessalacia et al (2010), pontuam como prioridades a serem tratadas a depressão, o suicídio, psicoses, ansiedades e uso de álcool e outras drogas. Ao que diz respeito a esse último ponto, destacam que o uso de drogas lícitas e ilícitas acarretam importante situação de vulnerabilidade.

O uso e abuso do álcool também são vistos como problemas patológico e psicológico, que requer tratamento. Centrada socialmente no julgamento moral, a desqualificação do usuário de álcool e drogas desencadeia todas as reações de indignação frente a atitudes e consequências dos atos desses indivíduos, dificultando o acesso a esses sujeitos. (PESSALACIA et al, 2010, p. 426)

Silva e Engstrom (2020), analisaram experiências de cuidado ao adolescente na Atenção Básica de saúde e observam dificuldade dos profissionais em acolherem as particularidades da adolescência, o que acarreta em um vínculo entre profissional e usuário prejudicado, quando existente. Relatam que alguns profissionais possuem ainda “visão negativa ou preconceituosa dessa fase, repleta de julgamentos, o que constitui importante barreira para o cuidado aos adolescentes” (SILVA; ENGSTROM, 2020, p. 7).

Os adolescentes que estão em situação de vulnerabilidade social, que sofrem preconceitos raciais, que podem não estar estudando, que muitas vezes estão em conflito com a lei, que estão à margem social, possuem maior dificuldade em acessar seus direitos básicos, como a saúde. Esses adolescentes muitas vezes não possuem vínculo com a atenção básica, ou possuem um vínculo fraco.

UM LUGAR POSSÍVEL PARA A ADOLESCÊNCIA

Segundo Cunha (2017), nas instituições, como a saúde, percebemos certa recusa diante do acolhimento destes adolescentes. Para a autora, pontos como a sexualidade, conflitos e dificuldades escolares, geralmente são questões abordadas pela saúde, quando o são, pela via da patologização, encaminhamentos para a saúde mental, medicalização

⁴ Atenção Primária à Saúde

ou até mesmo, judicialização. Os adolescentes encaminhados para essas instituições são “[...] adolescentes ‘completamente descontrolados’, que não aderem ao tratamento, que ‘fracassam’ na escola, que se recusam a comer, que se cortam, que se drogam, que infracionam” (CUNHA, 2017, p. 3). Esses sujeitos muitas vezes são colocados no lugar de dejetos nas instituições. Lembrando que, para Miller (2010), dejetos são o rejeitado, “[...] É o que cai, é o que tomba quando, por outro lado, algo se eleva. É o que se evacua, ou que se faz desaparecer, enquanto o ideal resplandece” (MILLER, 2010, p. 228).

Santos (2005) nos lembra que o ato analítico vai em direção contrária aos avanços do discurso da ciência e suas formas de lidar com a gestão da saúde mental e mal-estar da sociedade. A psicanálise, diferentemente da ciência – que possui a lógica do universal, enquanto a psicanálise trabalha com a lógica do singular, do sujeito do inconsciente –, responsabiliza o ser falante por sua posição enquanto sujeito, como nos diz Lacan (1965), possibilitando que o próprio sujeito encontre o saber sobre si e nos mostre um percurso de trabalho possível para ele.

Mas, para além dessa escuta cuidadosa – ou a partir daí -, questões como o racismo estrutural vivenciado no Brasil precisam ser sempre lembradas para ser possível compreender alguns fenômenos sociais, como é o caso da vulnerabilidade e da violência praticada contra os jovens negros, já que o racismo opera como regulador da morte em nosso país, como vimos anteriormente.

Lembrando dos determinantes e condicionantes para a saúde, ditos anteriormente, percebemos que há ausência de cuidados em saúde já considerando a precariedade que muitos jovens vivem: muitos dos bairros mais pobres possuem grave ausência de opções de lazer, cultura, espaços públicos para o convívio da comunidade e falta de espaços para a prática de esportes. Essa desigualdade afeta a vida de adolescentes e jovens e “reverberam de modo perverso nos dados sobre mortalidade e morbidade entre esse segmento populacional, incluindo fortemente o que se refere à saúde sexual e à saúde reprodutiva, ao uso abusivo de álcool e outras drogas, violências e outros agravos à saúde” (BRASIL, 2010, p. 47).

CONCLUSÃO

Como garantir todo o cuidado na atenção básica em saúde, que acontece via diretrizes e princípios citados, para adolescentes que são desconhecidos pela rede básica de saúde, ou onde o Estado – que cria políticas de cuidados, como a saúde – é o mesmo

Estado que mata - ou autoriza que isso aconteça ao não garantir os direitos básicos - esses jovens?

Adolescentes são vítimas do genocídio brasileiro, são corpos não passíveis de luto, como nos adverte Butler (2018). “Sem a condição de ser enlutada, não há vida, ou, melhor dizendo, há algo que está vivo, mas que é diferente de uma vida, [...] que não será enlutada quando perdida” (BUTLER, 2018, p. 32).

Acreditamos que questões relacionadas à adolescência também perpassam a dificuldade de vinculação entre adolescentes e equipe de saúde, afinal, o adolescente ao ir a uma consulta não deixa de lado suas questões, angustias, sexualidade. Mas esses pontos são agravados com questões sociais e históricas, como racismo e pobreza.

REFERÊNCIAS

BELO HORIZONTE. **Protocolo de Atenção Integral à Saúde do Adolescente** (2015). Acesso em 03-10-2019. Disponível em <https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2018/documentos/publicacoes%20atencao%20saude/Protocolo_Aten%C3%A7%C3%A3o_Integral_Adolescente-1-4-2015.pdf>. Acesso em: 28/10/2021.

BRASIL. **Atlas da Violência de 2020**. Organizadores: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Brasília: Rio de Janeiro: São Paulo: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; Fórum Brasileiro de Segurança Pública. 2020, pp. 1-91.

BRASIL. **Atlas da Violência de 2021**. Organizadores: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; Fórum Brasileiro de Segurança Pública; Instituto Jones dos Santos Neves. Daniel Cerqueira et al., — São Paulo: FBSP, 2021.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988.

BRASIL. **Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde**. / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. **Estatuto da Criança e do Adolescente**: Disposições constitucionais pertinentes: lei n. 8.069, 13 de julho de 1990. 6 ed - Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas, 2005, p. 1-117.

BRASIL. M. S. **LEI No 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. M. E. **Programa Saúde nas Escolas**. Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.

BRASIL. M. S. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde**. / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. M. S. Secretaria de Assistência à Saúde – SAS. Departamento de Assistência e Promoção à Saúde – DAPS. Coordenação Materno-Infantil – COMIN. Serviço de Assistência à Saúde do Adolescente – SASAD. **Normas de Atenção à Saúde Integral de Adolescente** - Vol. I - Diretrizes Gerais para Atendimento de Adolescentes. Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento. Distúrbios da Puberdade. Desenvolvimento Psicológico do Adolescente - Brasília, Ministério da Saúde, 1993.

BRASIL. M. S. Secretária de Atenção Básica em Saúde (SAPS). **Atenção Primária de olho na adolescência**. Data de publicação: 27/08/2021. Disponível em <<https://aps.saude.gov.br/noticia/13576>>. Acesso em: 19/01/2022.

BRASIL. M. S. **Lei 8080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde.

BRASIL, M. S. (2011). **Portaria n. 3.088/GM**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde.

BUTLER, J. **Quadros de Guerra**: Quando a vida é passível de luto? Tradução: LAMARÃO, S. T. N.; CUNHA, A. M. Revisão: RODRIGUES, C. 4a ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2018. p. 13-97.

COUTINHO, F. L. **Influência de um programa para adolescentes com grupos operativos no processo de educação em saúde**. Dissertação apresentada ao Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde – Saúde da Criança e do Adolescente da Faculdade de Medicina da UFMG. Belo Horizonte, 2013.

FERREIRA, R. A. **Adolescência, o que é?** Instituto de Psicanálise e Saúde Mental de Minas Gerais - Almanaque On-line n°17 2016, pg 1-9.

LACADÉE, P. **O despertar e o exílio**: ensinamentos psicanalíticos da mais delicada das transições, a adolescência. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Caderneta da Saúde da Adolescente**. Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde. 2009.

MOREIRA, M. R. **A saúde do adolescente privado de liberdade**: um olhar sobre políticas, legislações, normatizações e seus efeitos na atuação institucional. Saúde Debate. Rio de Janeiro, v. 39, n. Especial, p. 120-131, dez. 2015.

PASSOS, I. C. F. et al. **Lúcia, “uma vida em círculo”** – Impasses de uma rede de cuidados para crianças e adolescentes. Pesquisas e Práticas Psicossociais, 9(1), São João del-Rei, janeiro/junho 2014. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/revista_ppp/article/view/835>. Acesso em: 28/10/2021.

PESSALACIA, J. D. R. et al. **A vulnerabilidade do adolescente numa perspectiva das políticas de saúde pública**. Revista Bioethikos - Centro Universitário São Camilo – 2010, p. 423-430.

PRESTES, S. C. **Adolescência e loucura**. Escola lacaniana - Publicações Digitais. Disponível em: <escolalacaniana.com.br/adolescencia-e-loucura>. Acesso em: 28/10/2021.

SILVA, J. F. et al. **Atenção psicossocial de adolescentes**: a percepção de profissionais de um CAPSij. Cad. Bras. Ter. Ocup. 26, Abril 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/cadbto/a/bHywNNdSf6sHwHvKhZg8VMJ/?lang=pt>>. Acesso em: 18 nov. 2021.

SILVA, M. A. I. et al. **Vulnerabilidade na saúde do adolescente**: questões contemporâneas. Revista Ciência e Saúde Coletiva. 2014, p. 619-627.

SILVA, R. F.; ENGSTROM, E. M. **Atenção integral à saúde do adolescente pela Atenção Primária à Saúde no território brasileiro**: uma revisão integrativa. Interface (Botucatu). 2020. p. 1-18.

Recebido em: 20/05/2022

Aprovado em: 23/06/2022

Publicado em: 02/07/2022