



Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Centro de Ciências da Saúde
Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família – RENASF
Programa de Pós-graduação em Saúde da Família no
Nordeste
Mestrado Profissional em Saúde da Família - MPSF



ANNE CAROLINE MONTEIRO ROQUE

O SERVIÇO DE SAÚDE MENTAL SOB O OLHAR DOS
ADOLESCENTES ACOMPANHADOS PELA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

NATAL/RN
2019

ANNE CAROLINE MONTEIRO ROQUE

**O SERVIÇO DE SAÚDE MENTAL SOB O OLHAR DOS
ADOLESCENTES ACOMPANHADOS PELA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família no Nordeste, Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, como requisito para a obtenção de título de Mestre em Saúde da Família.

Orientadora: Prof^a Dr^a Janete Lima de Castro

NATAL/RN
2019

Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN
Sistema de Bibliotecas - SISBI
Catalogação de Publicação na Fonte. UFRN - Biblioteca Setorial do Centro Ciências da Saúde - CCS

Roque, Anne Caroline Monteiro.

O serviço de saúde mental sob o olhar dos adolescentes acompanhados pela Estratégia Saúde da Família / Anne Caroline Monteiro Roque. - 2019.
76f.: il.

Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-graduação em Saúde da Família no Nordeste. Natal, RN, 2019.

Orientadora: Janete Lima de Castro.

1. Saúde Mental - Dissertação. 2. Adolescente - Dissertação. 3. Saúde da Família - Dissertação. 4. Sandplay - Dissertação. I. Castro, Janete Lima de. II. Título.

RN/UF/BS-CCS

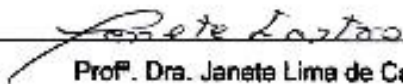
CDU 616.89

Anne Caroline Monteiro Roque

**O serviço de saúde mental sob o olhar dos adolescentes acompanhados pela
Estratégia Saúde da Família**

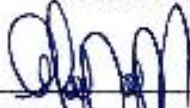
Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família no Nordeste da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, como requisito parcial para a obtenção de título de Mestre em Saúde da Família.

BANCA EXAMINADORA



Profª. Dra. Janete Lima de Castro - UFRN

(Orientadora)



Profª. Dra. Ana Tania Lopes Sampaio - UFRN

(Membro Interno)



Profª. Dra. Isabel Cristina Amaral de Sousa Rosso Nelson - UERN

(Membro Externo à Instituição)

Natal, 13 de dezembro de 2019.

Dedicatória

Dedico esta pesquisa primeiramente à Deus e à minha família.

Dedico às pessoas que sentem os sofrimentos da alma. Que de alguma forma possa contribuir para que em alguns, o sofrimento possa ser diminuído.

Agradecimentos

À **Deus**, sempre presente em todos os momentos de alegria e sendo a fortaleza em todos que pensei que não chegaria até aqui.

Agradeço aos meus pais **Edileuza e Osvaldo**, por todo carinho e incentivo, pelas palavras de apoio, por sempre me mostrar que o caráter, a humanidade e o amor são capazes de transformar alguns mundos. À minha irmã **Mariana** pelo apoio sempre existente.

Agradeço à minha orientadora **Professora Doutora Janete Castro de Lima**, por todos os ensinamentos e cuidado. Apesar de todos os percalços e distância, sempre esteve exercendo com seu papel de orientadora com maestria.

À **Secretaria Municipal de Saúde** do município de Jucurutu por permitir o desenvolvimento de um projeto tão especial.

Aos colegas de trabalho da cidade de Jucurutu, e em especial a **Mirelle e Ismael**, pelo apoio durante a coleta de dados. Sem vocês não conseguiria.

E aos **adolescentes** entrevistados pela entrega durante as entrevistas e por proporcionarem a construção de novos saberes.

Desconfie do destino e acredite em você. Gaste mais horas realizando que sonhando, fazendo que planejando, vivendo que esperando porque, embora quem quase morre esteja vivo, quem quase vive já morreu.

Sarah Westphal

RESUMO

A adolescência é um período conhecido por mudanças e vulnerabilidade, expondo o adolescente a situações de violência, adoecimento mental, sendo necessário manter-se atento as necessidades desse grupo. Este estudo tem por objetivo conhecer a percepção do adolescente acompanhado pela ESF sob o serviço de saúde mental. Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa e natureza descritiva-propositiva, do tipo pesquisa-ação existencial, que utilizou a técnica de entrevista projetiva, com uso do *Sandplay* para coleta de dados. As entrevistas foram desenvolvidas com auxílio de um roteiro semiestruturado, que encontrava-se organizado em quatro sessões de perguntas, que contava com as seguintes questões: O que é adolescência para você?; O que causa sofrimento mental nesta fase da vida?; Existe relação da família com esse sofrimento? e, você se sente acolhido pela equipe de saúde?”. Junto a entrevista foi desenvolvida a técnica denominada de Sandplay ou Jogo de areia. Como resultado, foi possível compreender como o adolescente acompanhado pela ESF utiliza o serviço de saúde mental do município e suas implicações sobre a assistência recebida. Através da técnica projetiva expõe pensamentos, por vezes, não expressos na entrevista. Nesse sentido, a Estratégia Saúde da Família deve ser capaz de desenvolver novas modalidades assistenciais com base nos reais problemas da clientela em questão contribuindo assim para o planejamento e organização do cuidado, bem como, da rede de atenção à saúde mental do adolescente. O estudo obteve parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa HUOL/UFRN (Parecer n. 3.440.688 e CAAE: 13447719.9.0000.5292).

Palavras-chave: Saúde Mental; Adolescente; Saúde da Família; Sandplay.

ABSTRACT

Adolescence is a period known for changes and vulnerability, exposing the young to situations of violence, mental illness, and it is necessary to be aware of the needs of this group. This study aims to know the perception of adolescents accompanied by the ESF under mental health service. This is a study of qualitative approach and descriptive-propositional nature, the existential action research type, which used the projective interview technique, using Sandplay for data collection. The interviews were developed with the help of a semi-structured script, which was organized in four question sessions, which had the following questions: What is adolescence for you?; What causes mental distress at this stage of life?; Is there a family relationship with this suffering?; and, Do you feel welcomed by the health team?. Along the interview was develop the technique called Sandplay or Sand Game. As a result, it was possible to understand how the adolescent accompanied by the ESF uses the municipality's mental health service and its implications on the care received. Through projective technique exposes thoughts, sometimes not expressed in the interview. In this sense, the Family Health Strategy must be able to develop new care modalities based on the real problems of the clientele in question, thus contributing to the planning and organization of care, as well as to the adolescent mental health care network. The study obtained a favorable opinion from the Research Ethics Committee HUOL/UFRN (Parecer n. 3.440.688 e CAAE: 13447719.9.0000.5292).

Keywords: Mental Health; Adolescent; Family Health; Sandplay.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Foto 1 – Cenário onde a entrevista projetiva aconteceu em uma UBSF.....	36
Foto 2 – Cenário construído por Tartaruga ao fim da sessão “Você se sente acolhido pela equipe de saúde?”.....	46
Imagem 1 - Fluxograma da Rede de Atenção Psicossocial municipal para adolescentes em sofrimento mental.	55
Foto 3 – Foto do cenário construído por Bibi.....	69
Foto 4 – Foto do cenário construído por Tartaruga.....	69
Foto 5 – Foto do cenário construído por Marielle.....	70
Foto 6 – Foto do cenário construído por Lucky.....	70

LISTA DE SIGLAS

AB – Atenção Básica

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

APS – Atenção Primária à Saúde

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CNSM – Conferência Nacional de Saúde Mental

CRAS – Centro de Referência da Assistência Social

ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente

ESF – Estratégia Saúde da Família

HUOL/UFRN – Hospital Universitário Onofre Lopes/Universidade Federal do Rio Grande do Norte

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IEEA – Inventário de Eventos Estressores na Adolescência

IEP – Inventário de Estilos Parentais

IFRN – Instituto Federal do Rio Grande do Norte

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

mhGAP – Mental Group Gap Action Programme

MTSM – Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental

NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

NASF-Ab – Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica

NUPES/FIOCRUZ – Núcleo de Estudos Políticos-Sociais em Saúde/FIOCRUZ

OMS – Organização Mundial de Saúde

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PNH – Política Nacional de Humanização

PSE – Programa Saúde na Escola

PSF – Programa Saúde da Família

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

RAS – Redes de Atenção

RENASF – Rede Nordeste de Atenção à Saúde da Família

RSB – Reforma Sanitária Brasileira

SMCA – Saúde Mental para Crianças e Adolescentes

SUS – Sistema Único de Saúde

TALE – Termo de Assentimento Livre e Esclarecido

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TCUISV – Termo de Consentimento para Uso de Imagem e Som de Voz

TMC – Transtornos Mentais Comuns

UBS – Unidade Básica de Saúde

UBSF – Unidade Básica de Saúde da Família

SUMÁRIO

1. Introdução	12
2. Objetivos	17
3. Revisão de Literatura	18
3.1 Breve histórico sobre o surgimento da Atenção Primária à Saúde	18
3.2 Estratégia Saúde da Família (ESF)	19
3.3 Reforma Psiquiátrica Brasileira e a Política de Saúde Mental	20
3.4 Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-Ab)	21
3.5 Políticas Públicas em Saúde do Adolescente	23
3.6 Violência Autoprovocada	25
4. Caminhos Metodológicos	27
4.1 Caracterização da Pesquisa	27
4.2 Cenário e Sujeitos da Pesquisa	27
4.3 Coleta e Análise de Dados	28
4.4 Aspectos Éticos e Legais	31
5. Resultados e Discussão	32
5.1 Artigo	32
5.2 Proposta de Intervenção: Fluxograma de Atendimento ao Adolescente em Sofrimento Mental.	53
6. Considerações Finais	56
7. Referências	58
8. APÊNDICES	62
9. ANEXO	71

1- INTRODUÇÃO

No Brasil, a denominação Reforma Psiquiátrica foi adotada a partir de 1989 como uma estratégia política e social de aproximação com o Movimento Sanitarista e a Reforma Sanitária que daria origem ao Sistema Único de Saúde (SUS). Esta, por sua vez, carrega o termo Reforma a partir do entendimento proposto pelo Núcleo de Estudos Político-Sociais em Saúde (NUPES/FIOCRUZ) de algo que está para além de simples transformações superficiais ou mudanças na aparência, constituindo-se: “no sentido de uma reforma estrutural, com um expressivo núcleo de subversão às condições da relação saúde-Estado” (AMARANTE, 2015).

O resultado do “movimento sanitário” que busca a mudança nos modelos de atenção e gestão da saúde até então estabelecidos, foi intensificado a partir da década de 1980, sendo considerado um período no qual foram incluídos ações e serviços de saúde mental nas políticas públicas de saúde. Desde então, a Reforma Psiquiátrica vem sendo um movimento que busca uma abordagem baseada na desconstrução de conceitos e práticas que resultam no isolamento e exclusão social dos indivíduos. Essa nova ótica assistencial deixa de ser centrada no hospital e procura considerar o sujeito, em situação de sofrimento, em um contexto mais ampliado, contemplando sua família, suas relações sociais e seus vínculos (ANTONACCI & PINHO, 2011). Ela preconiza a assistência de caráter inclusivo e reabilitador.

Inicialmente, a Atenção Primária à Saúde (APS) não recebeu investimentos em saúde mental, apesar do surgimento das políticas públicas de saúde voltadas a essa demanda. Embora sua evolução histórica de avanços e conquistas e das políticas públicas voltadas à saúde mental, a prática na Estratégia Saúde da Família (ESF), encontra diversos entraves quando a atuação ainda está baseada em encaminhamentos aos serviços especializados, na doença e medicalização, limitando a ação das equipes e com poucas iniciativas voltadas a promoção, prevenção de agravos, manutenção da saúde e reabilitação (BOLSONI, et al, 2015).

Apesar da Reforma Psiquiátrica e das mudanças voltadas para a atenção integral à saúde, a visão que separa corpo e mente permanece, o que torna a assistência em saúde mental dicotomizada. As atuais políticas públicas de saúde preconizam que usuários em

sofrimento psíquico e apresentando transtornos mentais, devem ser acompanhados simultaneamente pela APS e pelo serviço especializado.

Os transtornos mentais comuns (TMC) são os casos de saúde mental que mais frequentemente chegam à atenção básica, onde recebem tratamento integral. Assim, os profissionais que compõem a equipe de saúde devem estar preparados para acolher e identificar esses casos, estando disponíveis para ouvir suas queixas e detectar os sintomas desses agravos, que por vezes, não são valorizados, destacando-se a importância da escuta qualificada. (BORGES, et al, 2015)

Nesse sentido, a APS, através da ESF torna-se um importante espaço reorganizador das relações de saúde, pois, além de ser uma das principais portas dos pacientes com queixas psicológicas, analisa o sujeito na sua integralidade, não considerando apenas o aspecto biológico do ser, mas também, aspectos psicossocioculturais. Sendo a saúde mental, objeto de trabalho da equipe de saúde, a promoção do vínculo entre usuários, familiares e profissionais da saúde é fator favorável na ampliação do potencial terapêutico, aproximando indivíduos, sem deixar de considerar a singularidade de cada um. (MARTINS, et al, 2015). Além disso, o estreitamento de laços entre profissionais e comunidade, fortalece o empoderamento individual e coletivo, considera o conceito ampliado de saúde e direciona a uma terapêutica desmedicalizante.

Apesar das atuais lutas em prol de uma assistência mais humanizada, principalmente através da Política Nacional de Humanização, Política Nacional de Promoção à Saúde, que procura considerar o indivíduo integralmente como um ser inserido socialmente, o que se encontra na prática ainda está muito aquém das batalhas conquistadas no papel, principalmente a despeito das pessoas em sofrimento mental. A terapêutica ultrapassada ainda considera a doença do ser, não dando o devido valor a integralidade do sujeito, tornando a medicalização algo frequente, e o uso de psicofármacos, às vezes, banalizado.

Considerando a realidade vigente do século XXI, qualquer indivíduo, independentemente da idade pode ser acometido pelos sofrimentos da alma, que conseqüentemente, repercutem fisicamente. Dentre esses sujeitos, os adolescentes merecem destaque por estarem inseridos em um período da vida de maior vulnerabilidade e risco.

Nesse sentido, é necessário compreender a adolescência como uma fase do desenvolvimento humano que tem seu direito à vida e à saúde assegurada pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), através do Sistema Único de Saúde (SUS) e de políticas sociais públicas que permitam, entre outras coisas, o nascimento e desenvolvimento sadios e o acesso universal e equânime às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 2014).

Por meio de suas Leis Orgânicas, o SUS assumiu responsabilidade de crianças, adolescentes e suas famílias. Esses constituem um grupo populacional que exige novos modos de produzir saúde. (BRASIL, 2014)

De acordo com Eisenstein (2005 *apud* Tanner, 1962), a adolescência tem início com as mudanças corporais características da puberdade, sendo uma fase de transição entre a infância e a vida adulta, e momento crucial para o crescimento e desenvolvimento da personalidade. Os limites cronológicos da adolescência variam de acordo com entidades e organizações. São definidos pela OMS, como sendo de 10 a 19 anos. Já no Brasil, os limites jurídicos determinados pelo ECA consideram adolescentes os indivíduos de idade entre 12 e 18 anos.

A adolescência é um período conhecido pelas mudanças, incertezas e medos, no qual o sujeito passa por diversas descobertas, além das naturais transformações biológicas, morfológicas e sociais. É comum o adolescente assumir algumas atitudes e comportamentos de risco. (TAVARES et al, 2017). A vulnerabilidade, resultante desta fase de mudanças, pode expor os adolescentes a violência, maus tratos, gravidez não planejada, adoecimento mental e alguns outros aspectos que podem afetar os jovens nesse período de transição. (FUKUDA; GARCIA; AMPARO, 2012)

Os agravos em saúde decorrem geralmente de hábitos e medidas, tornando vulnerável, esta população, o que resulta em violência e adoecimento. (BRASIL, 2014) Para Benetti *et al* (2007), o interesse no público adolescente ganhou importância nos últimos anos devido às implicações negativas decorrentes de saúde mental e pela menor atenção dada a esta faixa de idade, em comparação com as demais. De acordo com a OMS, a depressão, suicídio e psicoses, merecem preferência quanto ao foco do desenvolvimento de ações e construção de políticas públicas voltadas à saúde mental de adolescentes.

Além destas implicações, transtornos de ansiedade, de conduta, alimentares e abuso de substâncias são algumas outras situações que merecem atenção. Porém, para Couto & Delgado (2015), houve uma inserção tardia de aspectos de saúde mental voltadas ao público adolescente nas políticas públicas de saúde, bem como no processo da Reforma Psiquiátrica. Apenas em 2001 com a promulgação da Lei da Saúde Mental (Lei nº 10.216/2001) e a realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), a saúde mental configura-se como uma política de Estado e inclui o cuidado psicossocial de crianças e adolescentes na agenda pública. A saúde mental, ainda fica restrita ao atendimento médico psiquiátrico e a intervenções institucionais de caráter disciplinar, normativo ou normalizador, não tendo a devida importância o princípio da integralidade e as questões comportamentais e emocionais.

Benetti *et al* (2010) dizem que situações traumáticas e estressoras são inerentes ao desenvolvimento humano, porém seu efeito cumulativo pode gerar consequências psicopatológicas. Algum tipo de experiência violenta, situações de pobreza, bem como rompimento de vínculos familiares, além de morte ou algum tipo de doença crônica, podem ser considerados fatores crônicos de risco para o desdobramento psicopatológico, considerando intensidade e frequência. Podem-se destacar ainda, os problemas familiares como fator causador de manifestações agressivas do adolescente. Portanto, as relações familiares parentais, estão diretamente relacionadas aos transtornos emocionais nos adolescentes, quando caracterizadas por negligência, omissão, excessos punitivos ou ausência de afeto.

Nesse sentido, torna-se importante o desenvolvimento de ações voltadas à saúde mental de adolescentes, constituindo-se uma fundamental diretriz dirigida a prevenção e implementação de programas voltados a esse público (BENETTI, 2010). Além disso, a caracterização desta população adolescente é fundamental para a construção de novas modalidades assistenciais oferecidas, com base nos reais problemas da clientela em questão contribuindo assim para o planejamento e organização do cuidado, bem como, da rede de atenção à saúde mental do adolescente (SANTOS, 2006).

No município de Jucurutu, os adolescentes em sofrimento mental são acompanhados pelas Estratégias Saúde da Família, com o apoio do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), Centro de Apoio Psicossocial (CAPS), além de contar com o serviço especializado de psiquiatria.

Sendo assim, como enfermeira da Estratégia Saúde da Família, a aproximação com o público adolescente acontece de forma gradativa e natural, e as demandas pertinentes a este grupo passam a alcançar cada vez mais aos serviços de saúde.

E ainda, enquanto representante dos profissionais da Atenção Básica no colegiado do Conselho Municipal de Saúde, foi perceptível que a atenção a esse público ainda é insuficiente para suprir suas necessidades em saúde, quando na Pré-Conferência Municipal de Saúde dos Adolescentes, componente da Conferência Municipal de Saúde de Jucurutu, ocorrida em 2017, os adolescentes provocaram os gestores quanto a assistência à saúde oferecida a este público, reforçando para que tivessem um olhar mais atento aos jovens em sofrimento mental.

Desse modo, torna-se necessário e relevante ter um olhar diferenciado para os adolescentes que passam por sofrimento mental, e conseqüentemente um espaço onde possam ser acolhidos de forma integral e humanizada, que proporcione uma escuta qualificada.

2 - OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Conhecer a percepção dos adolescentes acompanhados pela Estratégia Saúde da Família, sobre o serviço de saúde mental do município de Jucurutu.

2.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar o perfil dos adolescentes que são acompanhados pelas Estratégias Saúde da Família.

- Descrever como os adolescentes percebem os serviços de saúde de mental no que diz respeito ao acesso ao atendimento da equipe da ESF e equipe NASF-Ab, com ênfase na consulta com o psicólogo.

- Elaborar fluxograma da Rede de Atenção Psicossocial municipal a partir da análise dos discursos dos adolescentes entrevistados.

3 – REVISÃO DE LITERATURA

3.1 BREVE HISTÓRICO SOBRE O SURGIMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA BRASILEIRA

Os primórdios da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) surgem na década de 1970, como resultado das lutas da sociedade civil e movimentos sociais em busca da democratização da saúde. Para Paim (2008), alguns elementos compõem o ciclo que determina o movimento político pelo qual a RSB percorreu desde esse período. Dessa organização composta por professores universitários, estudantes, setores populares e algumas entidades de profissionais da saúde se fortaleceu uma ideia de mudança que surge em resposta a um governo opressor e ditatorial, passando a impulsionar um movimento político-ideológico que visava interesses coletivos.

Nesta mesma década e em âmbito internacional, houve em 1978, a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde, momento em que foi elaborada a Declaração de Alma-Ata. Segundo esse documento, a saúde, que corresponde ao estado de bem-estar integral do sujeito, e não se limita a ausência de doença, é considerada um direito fundamental, cujo acesso e desenvolvimento não depende de uma única esfera.

Essa conferência também considera o cuidado primário de saúde como essencial e o explica como um dos meios para a garantia da saúde. Explica que ele se baseia em métodos e tecnologias práticas, possui um aporte científico e correspondem ao primeiro contato com indivíduos, família e comunidades. Ressalta-se que a declaração supracitada, constitui-se como importante referencial teórico para elaboração das leis orgânicas da saúde pública brasileira (LARVAS, 2008).

Considerando ainda os acontecimentos que marcaram a saúde no Brasil e modificaram a centralidade da assistência, antes focada na doença, Paim (2008), acrescenta que o I Simpósio de Política Nacional de Saúde, acelerou o processo de democratização, quando por meio do documento *A Questão Democrática da Saúde*, propôs em 1979, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Nessa perspectiva o que até então se configurava como a ideia de um modelo de saúde pública passa a ser uma proposição construída com base nas aspirações de diversos

profissionais da saúde, usuários representados através de sindicatos e associações, partidos políticos, sanitaristas e cientistas políticos (PAIM, 2008).

Como consequência das articulações realizadas pelos atores do movimento sanitário, na Constituinte de 1988, foi aprovado um novo texto, dessa vez com a participação da sociedade em sua elaboração. Dita por Ulysses Guimarães, a “Constituição Cidadã” é por meio dela que a saúde se torna direito de todos e dever do Estado (CF, artigo 198, 1988).

Dois anos após a elaboração da Constituição, em 1990, por meio da Lei 8.080/1990, o governo regulamenta e organiza o serviço público de saúde transformando-o em um sistema único que considera um novo conceito de saúde, determinado por fatores condicionantes e determinantes. Importante salientar que o SUS, desponta como um modelo de saúde único na América Latina, em especial, devido ao papel do usuário na execução das políticas públicas de saúde. Por sua vez, a Lei 8.142/1990 assegura e define a participação social no SUS através da Lei 8.142/1990.

Em meio a este cenário, que se configura a partir da nova legislação brasileira, o avanço aos direitos da população e o crescimento do neoliberalismo que, por sua vez, apontava para o aumento dos planos de saúde privados, surge o Programa Saúde da Família (PSF), como espaço de fortalecimento da Atenção Básica (AB) e como estratégia de reorganização e reorientação do modelo tecno-assistencial de saúde (DALPIAZ & STEDILE, 2011).

De acordo com Brasil (2000) esse programa pode ser compreendido como uma estratégia que congrega a dimensão conceitual e física em prol da assistência à saúde. Além disso, contribui para a reorganização da atenção básica, considerando-a como eixo de reorientação do modelo assistencial, que adota uma nova concepção de saúde, dessa vez, não mais centrada na doença, e sim na promoção da saúde e da qualidade de vida da população. Vale ressaltar que a PSF se efetiva e pelas ações de promoção da saúde; participação da comunidade; trabalho interdisciplinar e intersetorial entre equipe de saúde família e comunidade.

Não obstante, é dessa nova forma de conceber a saúde que advém a formação das Redes de Atenção (RAS). As RAS são consideradas como arranjos organizativos de ações

e serviços de saúde, reconhecidas pelas múltiplas entradas, diversidade na composição, que integradas tem a função de garantir a integralidade do cuidado (QUINDERÉ, *et al*, 2014).

3.2 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF)

Desde a década de 1970, propostas de ampliar as práticas dos grandes centros de saúde, visando o alcance de populações pobres e interioranas, vem sendo evidenciadas. Dentre essas iniciativas, encontram-se: o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) no Nordeste, e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

Esses programas, apontam para a necessidade de diversificar a assistência básica à saúde utilizando-se de práticas inovadoras, tanto no campo dos serviços, reconhecidos por destacar a subjetividade dos usuários e considerá-los como sujeitos, produtos do meio coletivo no qual estão inseridos, quanto no da saúde (CONILL, 2008).

No início dos anos 90, mais precisamente em 1994, é criado o Programa Saúde da Família (PSF) com o propósito de reorganização dos serviços de saúde, transformação das práticas assistenciais, com foco no cuidado integral, e participação ativa da comunidade através do controle social.

Em 2006, juntamente com o Pacto pela Saúde, o PSF passou a ser reconhecido por Estratégia da Saúde da Família (ESF), pois o termo programa já não correspondia ao sentido a ele atribuído. Nesse caso, rompe-se com a ideia de programação – início, desenvolvimento e fim, para adotar o termo estratégia, que no caso utilizado imprime a ideia de permanente transformação, e busca constante de aprimoramento (DALPIAZ & STEDILE, 2011).

Destarte, a ESF tem seu papel fundamental na articulação política e institucional de fortalecimento da Atenção Primária à Saúde, no âmbito do SUS. Segundo Barros (2014, p. 8), a Estratégia Saúde da Família:

(...) tem como prioridade as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família. Tem como objetivo a reorganização das práticas assistenciais, substituindo ao modelo tradicional de assistência, que era orientado para a cura de doenças em hospitais, a atenção deve estar focalizada na

família, entendida e percebida a partir do ambiente físico e social, o que possibilita a equipe de profissionais da saúde a compreensão abrangente do processo saúde-doença, e que a intervenção deve ir além das práticas curativas.”

Ressalta-se que ao longo dos anos, a ESF se consolidou como política de saúde pública de sucesso, alcançando extensa amplitude. Sua eficácia tem base na atenção à saúde que se concentra no sujeito, constituindo uma relação interpessoal através da criação de vínculo entre usuário e profissionais de saúde. Esse modelo de gestão do cuidado prioriza os atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde: acesso, longitudinalidade e atenção integral (MACINKO & MENDONÇA, 2018).

3.3 REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA E A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL

Contemporâneo ao “movimento sanitário”, o processo de Reforma Psiquiátrica brasileiro, foi intensificado a partir da década de 80, sendo considerado um período no qual foram incluídos ações e serviços de saúde mental nas políticas públicas de saúde (ANTONACCI & PINHO, 2011).

Para Brasil (2005), em relatório apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental, a Reforma Psiquiátrica é considerada como um:

“[...] processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública. Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios (BRASIL, 2005, p. 6).”

Continuamente a este processo de transformações da assistência prestada à pessoa em sofrimento mental, em 1992, a Portaria/SNAS nº 224 regulamenta o funcionamento de serviços de saúde mental no SUS. Nesse sentido, os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) e os CAPS se constituem como portas de entrada da assistência em saúde mental no SUS. Ressalta-se que o CAPS deve fazer parte de uma rede integrada e hierarquizada

de cuidados e ainda realizar atendimentos individuais, em grupos, visitas domiciliares, atendimento à família, além de outras atividades comunitárias.

Ressalta-se que apesar dos avanços conquistados, apenas em 2001, começa-se a considerar os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, inserindo um novo direcionamento para o modelo assistencial até então vigente. A lei assegura aos usuários que necessitam de uma atenção à saúde voltada aos problemas e transtornos mentais, melhores tratamentos, bem como informações adequadas a essa terapêutica, reforçando o direito já existente em Constituição, aos cuidados integrais em saúde.

Conta-se ainda com o Programa de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar, um importante marco para o processo de desinstitucionalização da saúde. Outros marcos importantes estão relacionados à implementação do Programa “De volta pra casa”, e a expansão dos Serviços Residenciais Terapêuticos, bem como, dos Centros de Atenção Psicossociais.

Outro momento importante no processo de fortalecimento da saúde mental e em especial para um público específico, até então pouco privilegiado dentro das políticas públicas de saúde, foi a criação da portaria ministerial nº 1.608, de agosto de 2004, que constituiu o Fórum Nacional sobre Saúde Mental de Crianças e Adolescentes. A intenção era de que esse espaço funcionasse para articulação de políticas públicas voltadas a este público, que houvesse a produção e estabelecimento de diretrizes que envolvessem a saúde mental de crianças e adolescentes e a interlocução de diversas instituições que atuassem neste campo da saúde.

Ainda na perspectiva de fomentar ações que considerassem e promovessem a saúde mental, a Portaria Ministerial nº 3.088 de dezembro de 2011, instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que tem a finalidade de articular pontos de atenção à saúde, bem como, ampliar o acesso de pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes da dependência de álcool e outras drogas, a saúde. Destaca-se que cada ponto da RAPS tem sua particularidade embora sejam interdependentes no que concerne o Projeto Terapêutico de cada usuário.

Cabe destacar, que os elementos que compõem a RAPS são: Atenção Básica (AB), Atenção Psicossocial Estratégica (Centros de Atenção Psicossocial – CAPS), Atenção de Urgência e Emergência, Atenção Residencial de Caráter Transitório, Atenção Hospitalar,

Estratégias de Desinstitucionalização, e, Estratégias de Reabilitação Psicossocial e de Fortalecimento do Protagonismo de Usuários e Familiares da RAPS.

3.4 NÚCLEO AMPLIADO DE SAÚDE DA FAMÍLIA E ATENÇÃO BÁSICA (NASF-AB)

A portaria ministerial nº 154 de 24 de janeiro de 2008, respaldada no modelo de atenção à saúde, no qual há uma participação da classe política, cria o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). O NASF é uma equipe formada por diferentes profissionais de distintas especialidades que atuam ofertando suporte aos trabalhadores das equipes de Saúde da Família e das equipes de Atenção Básica que prestam assistência as populações específicas, sejam elas assistidas em consultórios de rua, nos territórios ribeirinhos e fluviais.

Esta equipe de profissionais atua de forma a ampliar o cuidado oferecido a população adstrita, através do intercâmbio de práticas de saberes. Além disso, busca auxiliar às equipes Saúde da Família na resolução de problemas de ordem clínica e no que se refere às questões de saúde sanitária da comunidade (BRASIL, 2014).

O trabalho do NASF se utiliza da estratégia de organização do processo de trabalho, partindo da integração das equipes, e do desenvolvimento, em dimensões clínico-assistencial e técnico-pedagógica, da assistência às situações de maior complexidade, ou seja, casos que estejam além dos limites das equipes de saúde. Tal peculiaridade justifica a importância de sua capacidade de articulação com outros pontos da rede de atenção (BRASIL, 2014).

Destaca-se que o funcionamento da equipe NASF está orientado pelas diretrizes que conduzem os trabalhos na Atenção Básica, e que nela a produção do cuidado é realizada considerando sua continuidade e longitudinalidade, devendo estar sempre próximo da população em seu território e ser capaz de avaliar o usuário em sua forma integral.

3.5 POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE DO ADOLESCENTE

Ao longo da década de 1980, um movimento de discussão sobre questões pertinentes ao público adolescente e jovem emergia ao redor do mundo. Como reflexo desses debates, principalmente, após a 42ª Assembleia Mundial de Saúde promovida pela OMS, o Brasil por meio de seu Ministério da Saúde estabelece o Programa de Saúde do

Adolescente (PROSAD), marco da inclusão dos adolescentes nas políticas públicas de saúde (JAGER, *et al*, 2014). Este foi o primeiro programa voltado ao público adolescente, apresentando uma proposta de cuidado integral com foco de ação na atenção primária, devendo dar assistência e tratar de problemas específicos a este grupo populacional, como, gravidez não planejada, doenças sexualmente transmissíveis, álcool e outras drogas.

Na década de 1990, com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), o adolescente passa a ser considerado um sujeito detentor do direito à saúde, sendo dever do Estado proporcionar a proteção integral assegurada por lei, pois reconhece a vulnerabilidade intrínseca à este grupo populacional, necessitando então de proteção garantida por lei que favoreça um desenvolvimento seguro e livre de negligência, violência e abandono (RAPOSO, 2009).

Também neste período, jovens e adolescentes se fortaleciam expressivamente por meio do surgimento de Organizações Não-Governamentais (ONG), que se configuravam como espaços de debates sobre temas pertinentes a eles, como, questões de gênero, sexualidade, mundo reprodutivo, violência, entre outros (LOPEZ & MOREIRA, 2013).

Associado ao que já é afirmado pelo ECA, o Sistema Único de Saúde em suas diretrizes e princípios norteadores se apresenta de forma alinhada ao Estatuto quanto à efetivação do direito à saúde do adolescente. Essa estreita relação entre o SUS e o ECA implica na estruturação adequada de uma rede de serviços de saúde que deve ser regida pelos princípios doutrinários do SUS (universalidade, integralidade e igualdade) e funcionar de forma regionalizada e hierarquizada (RAPOSO, 2009).

Esses elementos fundamentais à legitimação de um novo paradigma, fomentaram em 2004, a proposta de uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens (PNAISAJ), em um cenário de afirmação do adolescente como sujeito social e de debate sobre direitos humanos em âmbito global e local. Como forma de fortalecer a universalização das ações, para além de atuações programáticas pontuais, essa proposta foi resultado de um movimento de luta por espaços mais ampliados de participação e debate sobre a saúde dessa população, se apresentando então como uma avançada estratégia política (JAGER, *et al*, 2014).

De acordo com Lopez & Moreira (2013), apesar da necessidade de uma política pública voltada à um grupo populacional, o movimento de construção da PNAISAJ

obteve força suficiente quando os atores envolvidos não conseguiram articulação com lideranças e instâncias deliberativas que proporcionassem a aprovação dessa política. A ideia se restringiu a um momento político não possuindo continuidade adequada a sua aprovação.

Transformada posteriormente em Diretrizes Nacionais para Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde, sendo considerada um componente na construção da PNAISAJ e auxiliando gestores e profissionais de saúde no âmbito das decisões políticas, apesar de ainda não ter se consolidado entre os próprios adolescentes e jovens como uma política pública de relevância (LOPEZ & MOREIRA, 2013; BRASIL, 2010).

3.5 VIOLÊNCIA AUTOPROVOCADA

O comportamento suicida é considerado um ato por meio do qual uma pessoa causa lesão a si própria, sendo letal ou não, e independente do grau de malefícios que cause. Pode ser classificado em ideação suicida, tentativa de suicídio e suicídio consumado. As estatísticas ainda são subestimadas devido a subnotificação, principalmente entre os adolescentes, devido aos seus atos serem subestimados e escondidos. A idade considerada crítica para ocorrência de tais eventos autodestrutivos é a de 15 anos (MOREIRA & BASTOS, 2015 *apud* BORGES & WERLANG, 2006).

O aumento da ocorrência do comportamento suicida em todo mundo, e em especial nos países considerados subdesenvolvidos ou em desenvolvimento, levaram a Organização Mundial de Saúde (OMS) a desenvolver estratégias que tornassem a saúde mental prioridade para todos os países através do *Mental Group Gap Action Programme (mhGAP)*.

De acordo com as estimativas mais recentes, no mundo, o suicídio é responsável por cerca de 800 mil mortes por ano, o que resulta em uma morte autoprovocada a cada 40 segundos. Seguindo este raciocínio, 2 mil pessoas cometem suicídio ao dia, e para cada indivíduo que morre, 20 estão tendo ideações suicidas. Sendo então causador de 1,4% das mortes ao redor do mundo (WHO, 2019).

Entre o público adolescente, os números também são alarmantes. A estimativa é de que em 2016, 62.000 adolescentes morreram em virtude de automutilarem-se. O suicídio neste grupo, é a terceira principal causa de morte entre 15 e 19 anos. Grande parte

destes adolescentes vivem em países em desenvolvimento, sendo este fator associado a 90% dos suicídios que acometem este grupo populacional (WHO, 2019).

Ao considerarmos o Brasil, os dados informados pelo Boletim Epidemiológico nº 15 de 2019, que considera o período de 2007 a 2017, constata que a faixa etária de maior acometimento de suicídio é a de 15 a 30 anos, do sexo feminino, e por intoxicação exógena (BRASIL, 2019).

A ideação suicida, aqui em destaque por ser um fator inclusivo do adolescente à participação da pesquisa, pode ser caracterizado por pensamentos, ideias, premeditação e anseio em se matar. Sua etiologia está relacionada a fatores biopsicossociais, genéticos e de personalidade, história de transtorno psiquiátrico e familiar, como de extrema importância. A importância em se estudar a ideação e o comportamento suicida está relacionada ao potencial fator de risco de suicídio que circunda esta população (WERLANG *et al* 2005).

Para Santos *apud* Favazza (2007), automutilação é o ato que envolve a vontade de modificar ou destruir uma parte do corpo, ser pretender o suicídio como fim. Pode ser considerado ainda como um comportamento autolesivo com fim não fatal, no qual o sujeito, intencionalmente, causa lesões ao próprio corpo (SANTOS *et al*, 2018).

4 CAMINHOS METODOLÓGICOS

4.1 Caracterização da Pesquisa

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa e natureza descritiva-propositiva, do tipo pesquisa-ação existencial. O enfoque é qualitativo, pois, pretende trabalhar com diferentes sentimentos, significados, valores, concepções e pontos de vista como também compreender mais profundamente as relações humanas considerando a subjetividade do ser e sua interação social, segundo a perspectiva de Minayo (2013). Além de ser preferida por ser a área metodológica que possibilita o trabalho com a identidade dos sujeitos e objetivo da investigação.

De acordo com a perspectiva de Barbier (2007), a complexidade humana é considerada em seu contexto dinâmico e existencial, passando o pesquisador a articular constantemente numa dialética de “implicação e distanciamento, afetividade e a racionalidade, o simbólico e o imaginário, a mediação e desafio, a autoformação e a heteroformação, a ciência e a arte” (BARBIER, 2007, p. 17).

4.2 Cenário e Sujeitos da Pesquisa

A pesquisa de campo aconteceu em julho e agosto de 2019 no município de Jucurutu. Distante da capital do estado do Rio Grande do Norte, 256 km, possui uma área territorial de 933,720 km², pertencente à microrregião do Vale do Açu. Seu bioma predominante é a caatinga e o clima semiárido, características da região (TAVEIRA, 2018). O município apresenta uma população estimada de 18.295 pessoas para o ano de 2019, segundo o censo do ano 2010 (IBGE). A população urbana é composta de 10.567 habitantes e, em sua área rural residem 7.125 habitantes. Apresenta uma taxa de escolarização (entre 6 e 14 anos) de 98,4% sendo o primeiro município da microrregião quando em comparação com outros. Os adolescentes são representantes de 16,74% (2.962) da população, de faixa etária entre 10 e 19 anos. Sendo destes, 1.543 do sexo masculino e 1.419 do sexo feminino.

O sistema de saúde é composto por 20 (vinte) unidades básicas de saúde e/ou postos de saúde, distribuídos entre área urbana e rural; 3 (três) drogarias; 1 (um) hospital; 1 (um) Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), e 2 (duas) clínicas.

Os sujeitos da pesquisa são adolescentes acompanhados pela Estratégia Saúde da Família, elemento fundamental da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), sendo seus componentes: a Atenção Básica (Unidades Básicas de Saúde - Estratégia Saúde da

Família, NASF); Atenção Psicossocial Especializada (CAPS I); Atenção de Urgência e Emergência (Sala de Estabilização e UBS), e Atenção Hospitalar (Serviço Hospitalar de Referência). Atualmente, compõem a AB do município de Jucurutu, 9 (nove) ESF, sendo 5 na Zona Urbana e 4 inseridas na Zona Rural do município.

Como critério que inclui os participantes à pesquisa, participaram adolescentes em sofrimento mental ou psíquico, e conseqüentemente, acompanhados pelas Estratégias Saúde da Família do município de Jucurutu, que foram atendidos pelos serviços de saúde nos anos de 2017 e 2018.

Após o levantamento do quantitativo de adolescentes que foram atendidos pelas equipes de ESF e CAPS, através da minuciosa análise dos registros de atendimentos de profissionais psicólogos que apresentavam como motivo da consulta “automutilação” e/ou “tentativa de suicídio” e ainda, o resultado de atendimentos consolidados pelas equipes ESF no E-SUS, esses dados foram cruzados afim de evitar repetições de registros e chegou-se ao número de 21 adolescentes atendidos entre os anos de 2017 e 2018.

Destes, 4 haviam se mudado e não se encontravam mais no município, 3 não foram localizados após inúmeras tentativas, e 5 se recusaram a participar da pesquisa. Desse modo, foram entrevistados 9 adolescentes.

4.3 Coleta e Análise de Dados

A técnica de coleta de dados utilizada nesta pesquisa foi a entrevista, considerada por Minayo (2015) como um instrumento excepcional para a troca de informações entre uma ou mais pessoas. De grande uso nas pesquisas sociais, principalmente quando o interlocutor deseja conhecer aspectos objetivos e subjetivos do sujeito, sua historicidade, condições de vida socioeconômicas e culturais e crenças, através da interlocução. Foi optado pela entrevista do tipo semiestruturada com adaptação à modalidade projetiva, sendo utilizada a técnica de *Sandplay* ou Jogo de Areia, como dispositivo visual.

Sandplay ou Jogo de Areia, é uma proposta de trabalho na qual pessoas constroem cenários com miniaturas em caixas de areia. É considerada por Dora Kalff, analista junguiana suíça responsável por desenvolvê-lo e aplicá-lo para fins terapêuticos, uma técnica projetiva e lúdica, por proporcionar um espaço livre e protegido, de dimensões físicas e psicológicas, onde a criatividade e o desejo são livres quanto ao que se constrói dentro da caixa de areia. Além disso, a segurança psicológica proporcionada pela

ludicidade desta técnica permite uma maior aceitação e participação ao que se propõe, pelo entrevistado (SCOZ, 2008). realizada

As pesquisadoras da Base de Pesquisa Corporeidade e Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (BACOR/UFRN), se dedicam à sistematizar a utilização do *Sandplay* e o consideram “uma ferramenta metodológica tanto para a intervenção educativa quanto para o processo investigativo, assumindo um caráter transdisciplinar”, em seus estudos sobre corporeidade. Apesar de concebido inicialmente em um contexto psicoterápico, possui características que se traduzem em técnica de pesquisa de forma complementar a entrevistas e diferentes abordagens, que propiciem a construção de dados subjetivos, considerando o desenvolvimento humano através de um processo de individuação (CAVALCANTI, 2010).

O Jogo de Areia é conhecido pela sua capacidade projetiva, sendo considerado por Jung um procedimento capaz de verificar um fenômeno psicológico comum ao cotidiano de todos os homens. A projeção com uso do *Sandplay* vai além:

A caixa de areia é um excelente meio de auto-descoberta. A projecção que os indivíduos fazem na areia é mais profunda do que qualquer tentativa de verbalização. O cenário interno que transpõem para a areia revela os seus problemas, defesas, desejos e potencialidades. A caixa de areia promove assim a integração de conteúdos inconscientes ao nível da consciência e a resolução de problemas. Ao favorecer uma ligação dinâmica entre o inconsciente e a consciência, esta técnica/método ajuda a restabelecer a totalidade psíquica do indivíduo, indispensável ao seu bom funcionamento (CRUZ & FIALHO, 1998, p. 237).

Originalmente, para a prática da Caixa de Areia, utilizam-se duas caixas e várias miniaturas em um ambiente bem iluminado, agradável e confortável. Contudo, para efeito desta pesquisa utilizou-se a técnica adaptada para a modalidade projetiva, sendo utilizada uma caixa contendo areia seca e uma variedade de objetos em miniatura. São imprescindíveis caixas com as dimensões de 57cm x 72cm x 7cm. Essas medidas são propositalmente consideradas por permitirem que o indivíduo possa conceber inicialmente o espaço livre, para após a construção, visualizar de forma global o cenário estabelecido (CRUZ & FIALHO, 1998).

O convite aos participantes da pesquisa foi pautado em alguns critérios predeterminados. As particularidades homogêneas e inclusivas à pesquisa estavam relacionadas a faixa etária (10 a 19 anos), histórico de autoagressividade (automutilação

e/ou tentativa de suicídio), e como fator comum ainda, ser acompanhado por alguma das Estratégias Saúde da Família que compõem a Atenção Primária do município de Jucurutu. Como características incomuns, foram considerados origens diferentes quanto a ESF nas quais são adstritos e o sexo (masculino e feminino).

Por se tratar de adolescentes e em sua maioria, menores de 18 anos, foi planejado um encontro prévio com adolescentes e pais e/ou responsáveis. Neste encontro realizado no Centro de Referência da Assistência Social (CRAS), foi realizada uma breve explanação e esclarecimentos sobre a pesquisa com a utilização de slides, e foram entregues os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e Termo de Consentimento para Uso de Imagem e Som de Voz (TCUISV) aos pais e/ou responsáveis e o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) aos adolescentes participantes da pesquisa. Foi assegurado o rigor ético e científico da pesquisa, bem como o sigilo e a após as assinaturas dos termos, foram programadas as datas e locais onde seriam realizadas as entrevistas.

A coleta de dados ocorreu ao fim do mês de julho e início do mês de agosto de 2019. O local foi escolhido de acordo com a comodidade e disponibilidade dos entrevistados, e um ambiente com a menor interferência de ruídos para melhor qualidade das informações. A ambiência adequada favoreceu a interação entre o entrevistador e o entrevistado, possibilitando a interlocução face a face. Algumas entrevistas foram realizadas no CRAS do município, pois o ambiente permitia o discorrer da entrevista sem interferências e interrupções, sendo ideal para a gravação da entrevista. Dessas, duas foram realizadas na UBSF da área na qual residem. Devido a indisponibilidade de alguns entrevistados, a coleta de dados foi realizada no próprio domicílio, como aconteceu em duas situações.

A entrevista foi realizada com a aplicação do roteiro semiestruturado o que possibilitou a realização de outras perguntas pertinentes. Para Alencar (1999), o roteiro é um instrumento constituído por tópicos relacionados que serão abordados na entrevista, tendo por intenção orientar o pesquisador evitando que informações relevantes à pesquisa, sejam inobservadas. O roteiro semiestruturado estava dividido em quatro sessões de perguntas intituladas “o que é adolescência para você?”; “o que causa sofrimento mental nesta fase da vida?”; “existe relação da família com esse sofrimento? ” e “você se sente acolhido pela equipe de saúde? ”.

O roteiro foi construído considerando alguns termos e temáticas existentes em instrumentos utilizados em pesquisa científica com adolescentes como o *Inventário de Eventos Estressores na Adolescência (IEEA)*, e o *Inventário de Estilos Parentais (IEP)* (BENETTI, *et al.*, 2010). Com isso, por não utilizar termos técnicos e/ou científicos e por conter uma linguagem clara e de fácil compreensão, a entrevista transcorreu sem dificuldades de entendimento por parte dos jovens.

Foi utilizado um dispositivo para gravação de voz, para que posteriormente transcrição e posterior análise do conteúdo produzido.

Após o fim de cada sessão, que continham número variado de perguntas (entre 4 e 6), o entrevistado era convidado a construir um cenário na caixa de areia, com base nas informações que haviam sido levantadas na sessão, utilizando os objetos em miniatura disponíveis e expostos sobre a mesa onde, no centro, estava localizada a caixa de areia. Para tal, o entrevistado disporia de 5 (cinco) minutos para a construção e em seguida explanaria acerca do cenário construído. Por fim, foi feito registros de imagens dos cenários construídos.

Para análise do material foi considerada a Análise Temática de Conteúdo, com base no referencial de Minayo (2013), sendo contemplada as fases de pré-análise, exploração do material e interpretação dos dados. Inicialmente o conteúdo foi transcrito e recortado em unidades de registro constituindo, posteriormente, categorias simbólicas e temáticas que permitam a análise adequada do material. Desse modo, três unidades temáticas foram formadas a partir da apreciação das diferentes percepções: (i) Atenção à Saúde Mental – Profissionais; (ii) Acesso e acolhimento ao serviço, e (iii) Estrutura das Unidades de Saúde.

4.4 Aspectos Éticos e Legais

No que diz respeito aos aspectos éticos e legais, o estudo respeita a Resolução n 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, que delibera sob os estudos em seres humanos, foi submetido e aprovado ao Comitê de Ética em Pesquisa HUOL/UFRN (Parecer n. 3.440.688 e CAAE: 13447719.9.0000.5292).

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 ARTIGO

O olhar do adolescente sob o serviço de saúde mental através do uso da técnica projetiva de Sandplay.

The adolescent's look under mental health service through the use of Sandplay's projective technique.

La mirada del adolescente bajo el servicio de salud mental mediante el uso de la técnica proyectiva de Sandplay

A adolescência é um período conhecido por mudanças e vulnerabilidade, que expõe o jovem a riscos, situações de violência e adoecimento mental, sendo necessário manter-se atento as necessidades desse grupo. Objetiva-se conhecer a percepção do adolescente acompanhado pela ESF sob o serviço de saúde mental. Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa e natureza descritiva-propositiva, do tipo pesquisa-ação existencial, que utilizou para a coleta de dados a técnica de entrevista projetiva associada ao Sandplay. Para os adolescentes, existe problemas no acesso e acolhimento, além de uma fragilidade na compreensão do ser adolescente e das reais necessidades desse público. Nesse sentido, a Estratégia Saúde da Família, deve ser capaz de desenvolver novas modalidades assistenciais com base nos reais problemas, contribuindo para o planejamento e organização do cuidado, bem como, da rede de atenção à saúde mental do adolescente.

Palavras-chave: Saúde Mental. Adolescente. Serviço de saúde. Sandplay.

Introdução

A adolescência é um período conhecido pelas mudanças, incertezas e medos, no qual o sujeito passa por diversas descobertas, além das naturais transformações biológicas, morfológicas e sociais. Esse é um período complexo, em que o adolescente não sendo mais criança e não sendo adulto, capaz de realizar com independência e responsabilidade os seus desejos e necessidades, vive intensos conflitos, chegando a assumir algumas atitudes e comportamentos de risco¹.

Nesse sentido a vulnerabilidade, resultante desta fase de mudanças, pode expor os adolescentes a violência, maus tratos, gravidez não planejada, adoecimento mental, justamente por não saber lidar com as situações vivenciadas em seu cotidiano².

No que concerne à saúde mental, o aumento de eventos autoagressores, como automutilação e ideação e/ou tentativa de suicídio na população infanto-juvenil, tem preocupado a sociedade civil, governos, organizações de saúde e pais, e sido tratado por gestores e profissionais da saúde como problema de saúde pública.

Estudos, dos últimos 30 anos, como o de Fortes e Macedo³ alertam para o aumento de comportamentos autodestrutivos e definem a automutilação como sendo a realização de cortes superficiais na própria pele, por meio de objetos pontiagudos ou afiados. Essa conduta muitas vezes advém da necessidade de chamar atenção para as fragilidades vividas ou forma de se punir pelo que não foi possível alcançar.

Para Benetti⁴, o interesse no público adolescente ganhou importância nos últimos anos, devido às implicações negativas, decorrentes do comprometimento da saúde mental destes e pela menor atenção dada a esta faixa de idade nos programas de saúde em comparação com os demais níveis de vida. Apesar de se evidenciar essa lacuna, para a Organização Mundial de Saúde – OMS, a depressão e as psicoses, bem como, o suicídio deve ser combatido, por meio do desenvolvimento de ações e construção de políticas públicas, de maneira prioritária.

Nesse sentido, torna-se indispensável o desenvolvimento de ações voltadas à saúde mental de adolescentes, sobretudo, de maneira interligada,

pois a implicabilidade entre essas ações favorece a construção de uma diretriz que possibilitará a prevenção e implementação de programas voltados para os adolescentes em questão⁵.

Além disso, a caracterização desta população adolescente é fundamental para a construção de novas modalidades assistenciais a serem oferecidas, afinal com base nos reais problemas da clientela é que se vai garantir a organização do cuidado e conseqüentemente da atenção à saúde mental do adolescente⁶.

Um exemplo, que representa a realidade descrita, pode ser visto em um município do nordeste brasileiro, em que os adolescentes em sofrimento mental são acompanhados pela Estratégia da Saúde da Família, com o apoio do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF – AB), Centro de Apoio Psicossocial (CAPs), além de contar com o serviço especializado de psiquiatria.

Nesse espaço, apesar de existir estrutura para a efetivação da assistência, a atenção destinada ao público adolescente ainda é insuficiente. Essa fragilidade passou a ser mais evidenciada quando na Pré-conferência Municipal de Saúde dos Adolescentes (componente da Conferência Municipal de Saúde, ocorrida em 2017), os adolescentes demonstraram suas inquietações, provocando gestores, quanto à assistência de saúde a eles oferecida. Na ocasião os jovens solicitaram um olhar atento e cuidadoso à saúde mental do adolescente.

Salienta-se que por esse “diagnóstico” ter sido realizado de maneira despretensiosa, e sem uma análise mais aprofundada, a problemática denunciada pelos jovens, tornou-se uma importante questão de estudo a ser investigada. Sendo assim, delimitou-se como objetivo da pesquisa, conhecer a percepção dos adolescentes, acompanhados pela Estratégia da Saúde da Família - ESF, sobre o serviço de saúde mental de um município do interior do estado.

A intenção é que buscando respostas para as possíveis indagações e lacunas percebidas pelos próprios adolescentes, eles possam, junto a equipe de saúde, construir um espaço, em que sejam ouvidos, se sintam acolhidos e recebam uma assistência qualificada.

Metodologia

A pesquisa ora descrita é um recorte que integra um estudo maior, intitulado: “O serviço de saúde mental sob o olhar do adolescente acompanhado pela Estratégia Saúde da Família” para fins de conclusão de mestrado profissional em Saúde da Família, vinculado a Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa e natureza descritiva-propositiva, do tipo pesquisa-ação existencial e enfoque qualitativo segundo a perspectiva de Minayo⁷.

O grupo populacional estudado corresponde a 21 adolescentes, de 10 a 19 anos, usuários do SUS e da Rede de Atenção Psicossocial de um município de pequeno porte, acompanhados e adscritos à ESF correspondente. Os 21 jovens foram atendidos pelos serviços de saúde da rede municipal, entre os anos de 2017 e 2018, tendo por motivo de consulta a “automutilação”, “ideação e/ou tentativa de suicídio”.

Apesar de ter sido efetivado o atendimento a 21 adolescentes, essa é uma fase da vida em que os conflitos, medos, e mudanças são vividos com maior intensidade. Tal realidade, ora aproxima, ora distancia os jovens e no caso dessa pesquisa, mudanças de território (para outro município), dificuldade na localização dos sujeitos e a própria recusa em participar, viabilizou o desenvolvimento de entrevistas com apenas 9 adolescentes.

As entrevistas, do tipo semiestruturada, foram realizadas no período de julho e agosto de 2019, no Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), nas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) e no próprio domicílio do adolescente, de acordo com a disponibilidade de cada participante.

Desenvolvida com auxílio de um roteiro semiestruturado, que encontrava-se organizado em quatro sessões de perguntas, a entrevista contou com as seguintes questões: O que é adolescência para você?; O que causa sofrimento mental nesta fase da vida?; Existe relação da família com esse sofrimento? e você se sente acolhido pela equipe de saúde?” Junto a entrevista foi desenvolvida a técnica denominada de Sandplay ou Jogo de areia.

O Sandplay é uma técnica projetiva utilizada para fins terapêuticos. Por viabilizar a construção criativa, por meio da ludicidade e permitir a representação

simbólica da realidade, tem sido utilizada no cenário das pesquisas como instrumento de coleta e compreensão dos dados⁸.

Na prática, a reunião das técnicas ocorreu da seguinte maneira. Primeiramente foram realizadas de 4 a 6 perguntas abertas e após respondê-las o entrevistado construiu um cenário na caixa de areia, com base nas informações dadas. Para a elaboração do cenário, foram utilizados objetos em miniatura expostos sobre uma mesa, na qual a caixa de areia se encontrava localizada. Na ocasião o entrevistado dispunha de 5 (cinco) minutos para a construção e em seguida explicava a sua produção, que por fim era registrada com câmera digital.

Imagem 1: Cenário onde a entrevista projetiva aconteceu em uma UBSF



Fonte: foto do autor

Destaca-se que as entrevistas foram gravadas e, posteriormente, transcritas, sendo considerada para a apreciação das informações a análise temática de conteúdo⁷. Realizadas as entrevistas e construído os cenários, foi iniciado o processo de categorização dos dados obtidos.

No que diz respeito aos aspectos éticos e legais, o estudo respeita a Resolução n 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, que delibera sobre os estudos em seres humanos. Ele foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Onofre Lopes,

vinculado a Universidade Federal do Rio Grande do Norte HUOL/UFRN (Parecer n. 3.440.688 e CAAE: 13447719.9.0000.5292).

Em conformidade a essa lei foi garantido o anonimato aos entrevistados utilizando codinomes de forma não específica para cada participante. Nesse caso, os próprios adolescentes escolheram como gostariam de ser identificados, o que possibilitou uma familiarização ainda maior com a pesquisa.

[Caracterização dos Participantes]

Entende-se que a construção e a compreensão dos dados obtidos estão intrinsicamente relacionadas ao conhecimento dos participantes, principalmente no caso dessa pesquisa, em que a faixa etária é o aspecto que define o grupo pesquisado. Nesse caso, antecede a apresentação dos dados a caracterização dos participantes.

No que se refere à faixa etária dos entrevistados, encontrava-se jovens de 16 a 19 anos. A idade dos adolescentes confirma a premissa de que os jovens enfrentam problemas que afetam sua saúde mental, ademais, conforme estudos publicados nos anos de 2010 a 2015, a prevalência de automutilação e/ou ideação suicida aumenta ao longo da vida e no caso dos adolescentes que vivem muitos conflitos, quanto menos resoluções e maior o tempo de busca por uma assistência, mais comprometida estará a sua saúde^{9,10}

Sobre o gênero dos participantes, observou-se a predominância feminina, de 9 participantes, 8 eram mulheres. Esse dado confirma duas situações vividas no cenário da saúde: A primeira é que as mulheres costumam buscar a assistência à saúde mais frequentemente, enquanto os homens, não demonstram essa preocupação, ainda que apresentem alguma sintomatologia. A segunda é que, corroborando com diversos estudos¹¹, têm-se que a ocorrência de eventos relacionados à ideação suicida, são mais frequentes entre as mulheres, quando em comparação com o sexo masculino, ainda que a letalidade do ato apresente maior prevalência masculina.

Destaca-se que o predomínio feminino nas estatísticas de ideias suicidas pode estar relacionado ao maior índice de depressão existente nesse grupo. Apesar disso, questões como religiosidade e espiritualidade, redes sociais de

apoio, bem como, menor prevalência de alcoolismo, influenciam nas estatísticas e auxiliam na minimização de casos e diminuição das estatísticas¹².

Outro aspecto caracterizador desse grupo, envolve a inserção escolar. Quando perguntados se estudavam, 89,9% (8 participantes) dos adolescentes responderam de forma positiva a pergunta. Sendo dois estudantes do Instituto Federal do Rio Grande do Norte (IFRN) e os outros seis estudantes da mesma e única escola pública estadual de nível médio existente no município.

Em relação ao território que residiam, 67% (6 participantes) afirmaram morar na Zona Rural do município. Contudo, quando consideramos o número de casos atendidos e registrados entre os anos de 2017 e 2018 (21 casos), foi identificada uma distribuição territorial quase que paritária da ocorrência dos agravos.

Quando arguidos sobre com quem dividiam a residência, a maioria afirmou morar com familiares. Sobre as relações afetivas, três afirmaram que se encontravam em “União Estável”. Esses fatores mostram que os adolescentes não estão sozinhos e que por meio dessas relações eles podem buscar ajuda, mesmo porque a presença da família e de pessoas nas quais os jovens confiam, são fundamentais para a assistência à saúde do adolescente.

Resultados e discussões

As categorias de perguntas do roteiro semiestruturado foram definidas a partir das seguintes unidades temáticas: “O ser adolescente”, “Estrutura física dos serviços de saúde”, “Atenção integral à saúde mental”, “Acesso, acolhimento e qualidade do atendimento na Atenção à Saúde Mental”, e “Primeiro atendimento”. Destaca-se que, por meio delas, foi possível analisar como vem sendo realizada a assistência à saúde mental desse grupo.

Infere-se que para o desenvolvimento da assistência a saúde é indispensável conhecer o público ao qual o cuidado será destinado. Nesse sentido, segundo a opinião dos jovens a que se conhecer “o ser adolescente” para prestar a assistência necessária.

[O ser adolescente]

Quando questionados sobre quais atividades proporcionavam sentimentos de alegria e bem-estar, os discursos dos jovens fizeram referência à filmes e músicas; aos estudos (ler e estudar); à família (cuidar do filho); ao namoro e amizades (encontrar os amigos); às atividades esportivas (jogar futebol); e à religiosidade (ir à igreja).

A heterogeneidade de preferências e interesses que surge nos discursos é característica marcante dos adolescentes. Além disso, as particularidades que lhes são inerentes como a faixa de idade, suas características e aparência física, o modo como estão inseridos no ambiente familiar, a maneira como estão inseridos no âmbito escolar e os que não estão, o território a qual pertencem, seja ele urbano ou rural, podem produzir uma rica diversidade, mas também, vulnerabilidade social¹³.

Em relação a importância de suas relações sociais, sejam através do namoro ou de amizades, os discursos estão em grande parte relacionados aos vínculos afetivos que se fortalecem principalmente na escola. Destaca-se que esses laços não se tornam tão fortes quando os adolescentes buscam outras instituições de ensino fora do município, ou residem na zona rural.

Ao serem questionados sobre a existência de mudanças que ocorrem na adolescência, os entrevistados associam à forma de pensar, ao estresse, ao amadurecimento e responsabilidades que essa fase da vida proporciona, nesse sentido, o desafio encontra-se em agir coerentemente. Aliar pensamento e ação pode gerar uma exposição elevada a riscos fato que pode afetar a saúde de forma irreparável¹³.

Quando questionados sobre se consideram que nessa fase da vida existem muitas cobranças, alguns adolescentes expressam em seus discursos não se sentirem pressionados ou cobrados, porém, outros percebem a cobrança mais intensa relacionada aos estudos, seja através da escola ou da família. Cita-se ainda a autocobrança, relacionada à exigência pessoal de ter um excelente desempenho escolar e ser o melhor aluno.

Eu me sinto pressionada por mim mesma (...). A ter notas boas, estar sempre disposta com amigos, com namorado, com a

família. Estar.... Nunca errar! Nunca assim... (...). Eu me pressiono mais. (TARTARUGA)

É uma pressão meio que disfarçada de apoio que eu sinto, sabe? É em relação a ter que terminar os estudos. Não tem sido fácil pra terminar o IF nesse último ano. É aquela 'tá tudo bem', 'você consegue', tem que conseguir de qualquer forma. Não é um 'tá tudo bem, se não conseguir não tem problema', sabe? É um 'tá tudo bem, você consegue, tem que conseguir' sabe? (CLARA)

As questões de aparência e relativas ao corpo não demonstraram ser tão impactantes à vida dos adolescentes pesquisados. Em seus discursos, surgiram sentimentos de preocupação com as mudanças nos cabelos, e especificamente entre adolescentes do sexo feminino, a menstruação mostrou-se ainda não ser bem aceita. Um estudo de Coast¹⁴ evidencia que as adolescentes relacionam a menstruação ao medo, vergonha, vulnerabilidade sexual, segredo, além disso, está mais relacionada a sentimentos negativos do que sentimentos positivos.

Conforme demonstrado, muitas são as questões que envolvem a vida do adolescente, muito embora, algumas delas não sejam reconhecidas como relevantes, por todos que o circundam. Apesar disso, são essas questões – aparência, relações interpessoais, disciplina familiar, medos, fuga de responsabilidades, pressões sociais e psicológicas, que podem desencadear problemas mentais vivido nesse período da vida e que devem ser consideradas no momento de atendimento dos adolescentes.

[Estrutura física do serviço de saúde]

A estrutura física do serviço de saúde aparece como um aspecto que influencia na assistência, podendo ser otimizada, quando existe uma organização e recursos para desenvolvê-la; ou ser comprometida, quando não lhe são oportunizadas garantias estruturais. Conforme aponta Lucky:

(...). Eu diria que a estrutura do CAPS poderia ser melhor. Que lá tá muito ruim. Então era a única coisa que podia melhorar, a estrutura do lugar que tem o atendimento. E que não ficasse mudando muito o local, porque sempre muda. Fica mudando muito. Mês passado era um lugar, esse mês já é outro. Ficar mudando de um lugar pra outro, também não ajuda em nada. Essas eram as únicas coisas. Parar de mudar de canto e uma estrutura melhor. Tirando isso tá tudo bem" (LUCKY).

Para este adolescente, a estrutura do CAPS tem importância e gera consequências em seu prognóstico. No caso, ele revela que o espaço onde a assistência é prestada precisa ser melhorado e destaca a necessidade de evitar mudanças do local de atendimento, já que sempre que necessita, o mesmo é viabilizado em um lugar diferente, o que compromete o tratamento.

No caso do município em que a pesquisa foi desenvolvida, não há um CAPSI, para atender as demandas que abarcam a saúde mental de crianças e adolescentes. Apesar disso, conta-se com o CAPS, tipo I, que é considerado um equipamento social com a função de acolher os adolescentes em sofrimento psíquico que buscam um primeiro atendimento.

O CAPS deve atender pessoas em situação de sofrimento mental, de todas as faixas etárias, em decorrência de transtornos mentais graves e persistentes que as impedem de constituir laços sociais e a realização de projetos de vida.¹⁵

Atualmente o CAPS do município conta com uma psicóloga, assistente social, técnica de enfermagem, coordenadora de saúde mental, um auxiliar de serviços gerais, motorista e duas cozinheiras. Apesar da diversidade de profissionais, ainda se sente falta de um maior número de pessoas para atender a real necessidade da comunidade.

Destaca-se que o CAPS, não possui sede própria, funcionando em prédios locados pela gestão municipal, contrapondo-se ao preconizado pelo manual Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como Lugares da Atenção Psicossocial nos Territórios, produzido pelo Ministério da Saúde (2015), e pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), que, em consonância com as diretrizes e objetivos da RAPS, propõem estruturas e ambiências que promovam a atenção humanizada, substitutiva ao modelo asilar, garantindo o respeito aos direitos humanos, e a autonomia/liberdade das pessoas¹⁵

A ambiência, preconizada na Política Nacional de Humanização da Saúde (PNH), que reflete a organização do espaço de forma acolhedora e resolutiva, também é citada como condição necessária para a qualidade da assistência, na percepção dos adolescentes. Na ocasião foi perguntado sobre o que poderia ser diferente no momento do atendimento. Observemos o que disse uma das participantes:

(...) O atendimento poderia ser diferente, com rosas, músicas, animais de estimações pra tipo incentivar a gente a ir mais. Podia ser mais legal, não ser tão simples. (ESTRELA)

Nas palavras de Estrela, sua sensibilidade ao que é lúdico merece atenção. Ela expressa que o desenvolvimento de outras dimensões, que foge a técnica formativa do profissional e envolve os aspectos subjetivos dos sujeitos – emoções, relações, criatividade, bem como vivências do saber – reflexividade vivencial, favorecem a assistência e estimulam os adolescentes a buscarem o serviço de saúde¹⁶.

Não se pode esquecer que a ambiência adequada deve proporcionar novas possibilidades de cuidado, sendo a forma lúdica um eficiente meio de proporcionar sentimentos de autonomia, segurança e apoio, considerando sempre o sujeito em sofrimento psíquico de forma integral¹⁵.

De acordo com a fala dos adolescentes, a partir do momento em que se tem uma estrutura adequada e se utiliza dela, de forma humanizada, o território do CAPS ganha condições para assegurar liberdade, autonomia, cuidado, apoio e suporte aos que sofrem com as doenças mentais.

[Atenção integral à saúde mental – profissionais]

Os jovens foram questionados ainda sobre quais profissionais ofereceram assistência durante o processo de cuidado ofertado pelos serviços de saúde, surgindo discursos relativos aos profissionais NASF-Ab e CAPS, e à atenção especializada, como psicólogos, psiquiatras e neurologistas; e profissionais da ESF, reportando-se ainda ao médico da família, agente comunitário de saúde e enfermeiro.

Outra questão apontada pelos adolescentes, que reflete a dificuldades para a efetivação da assistência a saúde mental dos adolescentes, está ligada a existência de poucos profissionais psicólogos na região. Atualmente, o município possui duas psicólogas que compõe o NASF-Ab e uma psicóloga lotada no CAPS.

A equipe NASF-Ab contempla as nove equipes de ESF, e buscam potencializar o cuidado primário em saúde, oferecendo uma possibilidade de

retaguarda especializada na promoção à saúde e prevenção de agravos. Seguindo a lógica do apoio matricial, clínica ampliada e cogestão, há o atendimento ambulatorial e contínuo, de cunho terapêutico, mas, o mesmo, não supre a necessidade dessa população. Não obstante, em decorrência da alta demanda e pouca oferta, muitas vezes ocorre o acúmulo de casos, que gera fila de espera ou demora nos atendimentos¹⁷.

A atenção especializada é mencionada nos discursos adolescentes através do surgimento de nomes como “psiquiatra” e “neurologista”. A assistência especializada é indispensável quando existem situações de maior complexidade clínica e dificuldade diagnóstica, sendo a APS responsável por coordenar esse cuidado quando necessário. Contudo, esse serviço é reconhecido como um dos grandes problemas do SUS, dada a sua consolidação ineficaz, principalmente devido a heterogeneidade da rede e aos recursos insuficientes¹⁸.

Nessa pesquisa, o município possui atendimento especializado em psiquiatria, entretanto é restrito, pois o profissional é contratado através de processo licitatório e realiza trinta atendimentos ao mês. Em virtude da demanda crescente existente para essa especialidade, a espera termina sendo longa e nem sempre a assistência, que se torna tardia, consegue trazer a resolutividade do problema, conforme demonstra Clara:

[...] Foi quando eu consegui ter o meu diagnóstico certo. Infelizmente não foi pelo psiquiatra da unidade de saúde, foi particular. Mas quando eu vim pra consulta no SUS, ela ajustou as medicações porque ele tinha passado e eu não tinha me dado muito bem, e eu senti falta disso. Passou quase uma hora pra consulta com o psiquiatra sair pelo SUS. Então, se fosse pra mim morrer, como diz a história, nesse tempinho aí... (CLARA)

No discurso de Clara, é possível perceber a lacuna assistencial existente entre a demanda que surge, e em especial, os eventos que levam os adolescentes a se auto lesionarem. O fato de não receberem o apoio necessário, não terem as suas necessidades ouvidas, e os recursos terapêuticos disponibilizados no tempo necessário, ou nos momentos de crise, provocam mais mutilações.

Tal lacuna, também obriga os usuários a procurarem o atendimento fora do serviço público de saúde, condicionando tal assistência a quem é favorecido

pelas condições financeiras. Nesse sentido para ter a resolução de seus problemas em tempo hábil, a que se pagar para isso.

As dificuldades não se encontram apenas a nível pessoal. Os recursos insuficientes são considerados problemas crônicos do SUS e ao longo de 30 anos de vida, as tentativas de alteração do financiamento não resultaram em soluções, sendo os recursos insuficientes, uma das maiores dificuldades à manutenção das RAS¹⁹.

Questões como essa, estimulam a produção de estudos que demonstrem a importância que a disponibilidade de recursos, sejam para o desenvolvimento da técnica ou para os processos formativos dos profissionais, possuem quando o assunto envolve a qualidade da assistência e a saúde humana.

[Acesso, acolhimento e qualidade do atendimento na Atenção à Saúde Mental]

A importância do vínculo construído entre equipe, profissionais e usuários foi citada e merece atenção especial, principalmente quando relacionada ao trabalho da Estratégia Saúde da Família e ao NASF-Ab.

Em cinco discursos, os vínculos dos adolescentes com as equipes de saúde, foram revelados como aspectos inerentes a assistência. Foram citados como mediadores nesse processo, agentes comunitários de saúde, médico e enfermeira. Particularmente, as falas de duas entrevistadas, mencionavam a enfermeira como principal fonte de vínculo entre equipe e usuários, sugerindo maior relação de confiança com esta profissional.

O cuidado em Saúde Mental para Crianças e Adolescentes (SMCA) exige responsabilidade e comprometimento. Desta feita, a construção de vínculos, o alinhamento de discursos e ações são essenciais para a assistência e suprimento das necessidades de saúde, sobretudo, pelo fato de necessitarem de ajuda para a sua própria organização, já que em virtude da fase vivida e dos conflitos evidenciados, não se sentem capazes de caminhar sozinhos^{20,21}.

Apesar de os estudos apontarem para a importância da interação entre usuário e profissional, nota-se que o vínculo desse grupo populacional com a ESF não se encontra fortalecido, principalmente no que consiste o profissional psicólogo. Isso ficou ainda mais evidente quando levantando os dados de

atendimentos realizados, ao longo dos anos de 2017 e 2018, apenas um registro foi proveniente da enfermagem ou da ESF, todos os outros correspondem ao NASF-Ab e CAPS, apontando para uma possível fragilidade na assistência ao grupo social em questão.

Salienta-se que este estudo não se propôs a avaliar o serviço de saúde mental, mas buscou perceber como os adolescentes que já usufruíram do serviço, o enxergam, afinal, pensar sobre a qualidade do serviço, significa considerar a percepção daqueles que o utilizam, e no caso do SUS, que é dinâmico, essa representatividade construída é indispensável para o acesso e adequação do serviço²².

Considerando esse acesso, todos os adolescentes ou seus familiares que viram necessidade em buscar ajuda profissional para o sofrimento mental que vivenciavam, obtiveram acesso aos serviços de porta aberta identificados na RAPS, seja pela UBS ou pelo CAPS. Essa facilidade e amplitude é justificada pelo próprio processo de consolidação do SUS ao longo dos anos²³. Dessa forma, este estudo reafirma as diretrizes das RAPS, constituindo-se as UBS e o CAPS importantes portas de acesso primário à assistência.

Nessa perspectiva de acesso e qualidade do atendimento, a maioria dos entrevistados considerou bom o atendimento em saúde mental provido pelo município. Essa percepção foi construída através dos atendimentos e acompanhamento recebidos, do contato com os profissionais que prestaram o serviço e da perceptível melhora dos sintomas, sentida pelos próprios jovens entrevistados.

Apesar de qualificarem o atendimento como bom, algumas insatisfações não deixaram de ser mencionadas. Surgem nas falas dificuldades no acesso a equipe de ESF e aos outros serviços de saúde ofertados pelo município. Aponta-se fragilidades no acolhimento, denuncia-se às filas de espera, a constância nos atendimentos e a burocratização do processo de primeiro contato até o atendimento, conforme revela a fala de um dos participantes:

Eu achei muito burocrático (...). Porque você sabe que precisa do psicólogo. Se você solicita o psicólogo da área de saúde, é porque você realmente necessita e não precisa ter que passar por um médico pra ele avaliar você. Acho que um enfermeiro poderia fazer isso em minutos (TARTARUGA).

A centralização da assistência na figura do profissional médico ainda é marcante e configura-se em mais uma dificuldade enfrentada. Em seu discurso, a adolescente sugere que outro profissional desenvolva a escuta qualificada e direcione para o seguimento mais adequado, pois, na realidade, isso nem sempre é feito, o que acarreta o distanciamento entre o atendimento da necessidade e sua resolução.

Além disso, as impressões sobre as limitações do serviço como seu funcionamento, dinâmica e até mesmo as questões de financiamento da saúde pública, foram explicitados tanto nas falas, como na construção dos cenários, como pode ser percebido no trecho e na figura apresentada mais adiante:

Eu coloquei o dinheiro como a simbologia que quem tem mais condições, acaba tendo essa situação. Ela acaba chegando mais cedo ao diagnóstico porque acaba tendo condições de ir pra um médico particular e acaba sendo mais rápido né? (CLARA)

Como consequência às problemáticas financeiras enfrentadas pelo SUS em todas as esferas, particularmente no município, as filas de espera, outrora já citadas, são dificuldades vividas por muitos usuários. Tal percepção também foi expressada pela adolescente Tartaruga. Em seu cenário (Figura 2) a adolescente retrata a fila de espera no consultório médico, do psiquiatra e do psicólogo. Em relação a este último profissional, observa a necessidade de mais profissionais no município. Também representa a burocracia e controle através de uma miniatura de soldado. Considera também em seu cenário, um grupo terapêutico.

Imagem 2: Cenário construído por Tartaruga ao fim da sessão “Você se sente acolhido pela equipe de saúde?”



Fonte: Foto pessoal

Apesar de o estudo constatar a acessibilidade de todos os adolescentes entrevistados, o olhar atento à assistência precisa ser contínuo. Sendo assim, é preciso buscar meios para acolher, direcionar e resolver os problemas detectados para que crianças e jovens não saiam do serviço com o mesmo problema a que apresentavam ao chegar as UBS.

[Primeiro Atendimento]

Falas anteriores mostram problemas no acesso e no acolhimento dos adolescentes que buscam o serviço de saúde. Entretanto, pode-se afirmar que a busca pela assistência, que no caso do primeiro atendimento, ocorre por intermédio dos pais ou responsáveis, já acontece com o enfrentamento de algumas dificuldades.

Em alguns casos a mudança de comportamento, o isolamento e as mutilações obrigam os pais e familiares a tomarem atitude de levar seus entes as unidades de assistência, mas nem sempre o jovem reconhece a necessidade. Em outros casos, nem estando manifestas essas situações, percebe-se a urgência do atendimento à saúde, fato que corrobora para o agravamento dos casos.

Para os jovens entrevistados, seja qual for a situação, o suporte familiar é indispensável para que o primeiro atendimento seja implementado. Segundo os próprios adolescentes os cuidados estão atrelados principalmente as mães, mas conta-se também com a participação de pais e tios.

Atesta-se que, não apenas no momento de identificação do problema que mantém o adolescente em sofrimento psíquico, mas em toda a trajetória de assistência e tratamento, a família se constitui como alicerce central. A família é ainda, a responsável direta pelo sujeito que se encontra em situação de vulnerabilidade perante a sociedade, quando este começa a apresentar sintomas de adoecimento psíquico, necessitando de apoio emocional, social e psicológico²⁴.

Destaca-se que embora apresente papel fundamental a família não pode ser considerada a única responsável pela resolutividade das questões que envolvem o problema mental. Estes precisam receber o direcionamento dos

profissionais para acompanhar aquele que recebe a assistência e manter-se vigilante.

Além da condução dos pais, ações de promoção em saúde, evidenciadas pelas campanhas, como “Setembro amarelo”, que faz alusão a prevenção do suicídio, foram citadas como estímulo para a busca do serviço pelos próprios adolescentes. O que nos parece é que elas despertam os jovens para si mesmos e os levam a perceber a necessidade de se buscar ajuda profissional.

Locais para atendimento também foram referenciados, sendo citadas as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Sabe-se que as UBS's, principalmente as contempladas pela Estratégia Saúde da Família (ESF), são consideradas portas de entrada da APS, caracterizando-se como ordenadora do cuidado dentro das Redes de Atenção à Saúde.

Com a RAPS, não seria diferente, sendo também importante ponto de acesso primário às pessoas que possuem algum tipo de sofrimento psíquico. Junta-se às UBS's, os CAPS, sendo outro caminho no qual o usuário pode acessar em busca da atenção adequada e resolução de seus problemas. No estudo, os responsáveis por buscar o atendimento primário, optaram tanto pelas UBS, quanto pelo próprio CAPS.

Considerações finais

O estudo caracterizou a população de adolescentes usuários da RAPS municipal. A heterogeneidade presente nesse grupo populacional pôde ser percebida através das respostas. A faixa etária de ocorrência dos agravos foi de 16 a 19 anos. Merece destaque três situações em que adolescentes já se consideram em situação de união estável, e duas delas serem menores de idade. O sexo feminino foi predominante dentre os casos registrados corroborando estudos científicos que apontam como sendo a maior ocorrência de automutilação e ideação suicida.

Os familiares apresentam-se como importantes atores na experiência complexa de adoecimento mental, na qual vivenciaram os adolescentes entrevistados. A vinculação tanto na busca pelo cuidado, quanto no suporte existente no próprio ambiente familiar é frequente nos discursos.

O CAPS está presente em todos discursos dos entrevistados, funcionando como porta de entrada, através de mecanismos de referência da AB, como espaço importante de cuidado em saúde mental. Apesar de suas limitações, principalmente quanto a estrutura física e de ambiência, se torna importante território de cuidado psíquico e social sendo fundamental seu fortalecimento através das políticas públicas de saúde que proporcionem aos usuários em sofrimento mental novas perspectivas de vida.

É perceptível também a presença da equipe de ESF e a existência do vínculo, ainda que não predominante no que foi exposto pelos adolescentes. A necessidade de fortalecimento da AB através da Estratégia Saúde da Família como porta aberta às situações de saúde mental, e fortalecimento do vínculo das equipes de saúde com essa população até então afastada da assistência é fundamental para promoção da saúde e qualidade de vida.

Os resultados demonstraram a percepção dos adolescentes destacando-os como usuários do serviço de saúde e sujeitos capazes de desenvolver uma percepção crítica sobre o sistema no qual estão inseridos. Os entrevistados são capazes de identificar e possuem percepções próprias do serviço de saúde mental e ainda têm visões de como o serviço deveria funcionar para ser de melhor qualidade e poder assistir às pessoas que necessitam, principalmente, quando passam por sofrimento psíquico.

A escuta dos jovens possibilitada pelo estudo permite o desenvolvimento de ações de promoção em saúde, e a construção de novas modalidades de prática assistencial, principalmente da Estratégia Saúde da Família. Considerar as particularidades inerentes a este grupo populacional é essencial para o trabalho em saúde. Por estarem às margens dos principais programas de atenção à saúde, torna-se complexa a prevenção de agravos em saúde mental, em especial a ocorrência de automutilação e ideação suicida.

Por fim, em uma perspectiva futura, é possível extrair dos discursos possibilidades de novos modelos de gestão e processo de trabalho referente à saúde do adolescente, através de um debate contínuo que envolva o controle social, serviços de saúde e gestores.

REFERÊNCIAS

1. Tavares, MLO. et al. Perfil de adolescentes em vulnerabilidade para o uso de álcool e outras drogas. Rev enferm UFPE on line 2017. [Acesso em 10/01/2019] 11(10):3906-12. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/22571/24345>
2. Fukuda CC, Garcia AK, Amparo DM. Concepções de saúde mental a partir da análise de desenho de adolescentes. Estud. Psicol. 2012 17(2): 207-214.
3. Fortes I, Macedo MMK. Automutilação na adolescência – rasuras na experiência da alteridade. Psicogente. 2017. 20 (38): 353-367.
4. Benetti, SPC. et al. Adolescência e saúde mental: revisão de artigos brasileiros publicados em periódicos nacionais. Cad. Saúde Pública, 2007. 23(6):1273-1282.
5. Benetti, SPC. et al. Problemas de saúde mental na adolescência: características familiares, eventos traumáticos e violência. Psico-USF, 2010 15(3): 321-332.
6. Santos, PL. Problemas de Saúde Mental de Crianças e Adolescentes atendidos em um serviço público de psicologia infantil. Rev Psico Est. 2006. 11(2):315-321.
7. Minayo MCS, Gomes R, Deslandes SF. Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade. 33. ed. Petrópolis: Editora Vozes; 2013.
8. Scoz BJL. O Jogo de Areia (Sandplay): subjetividade e produção dos sentidos. Cienc & Cogn. 2008. 13(1): 47-55.
9. Moreira LCC, Bastos PRHO. Prevalência e fatores associados à ideação suicida na adolescência: revisão de literatura. Rev Quad Ass Bras Psic Esc Educ 2015. 19(3):445-453.
10. Souza LDM, et al. Ideação suicida na adolescência: prevalência e fatores associados. J Bras Psiquiatr. 2010;59(4):286-292.
11. Rissanen ML, et al. Descriptions of Help by Finnish Adolescents Who Self-Mutilate. JCAPN, 2009;22(1):7-15.
12. Braga LL, Dell’Aglio DD. Suicídio na adolescência: fatores de risco, depressão e gênero. Contextos Clínic. 2013;6(1):2-14.

13. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde do adolescente: competências e habilidades. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2008.
14. Coast E, Lattof SR, Strong J. Puberty and menstruation knowledge among young adolescents in low- and middle income countries: a scoping review. *Interr J Pub Health*. 2019, 64: 293-304.
15. Brasil. Ministério da Saúde, Brasil. Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como Lugares da Atenção Psicossocial nos Territórios. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada e Temática. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
16. Sampaio, ATL. Universo encantado do cuidado na autopoiese docente: uma viagem epistemológica transdisciplinar [Tese]. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2009.
17. Nascimento AG, Cordeiro JC. Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica: Análise do Processo de Trabalho. *Trab. Educ. Saúde*, Rio de Janeiro, 2019; 17(2):1-20.
18. Tesser CD, Neto PP. Atenção Especializada Ambulatorial no Sistema Único de Saúde para superar um vazio. *Ciênc Saúde Colet*, 2017 22(3):941-951.
19. Paim JS. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. *Ciênc Saúde Colet*, 2018 23(6):1723-1728.
20. Martins MMF, et al. Acesso aos serviços de atenção primária à saúde por adolescentes jovens em um município do Estado da Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2019; 35(1):1-15.
21. Teixeira MR, et al. Atenção básica e cuidado colaborativo na atenção psicossocial de crianças e adolescentes: facilitadores e barreiras. *Ciênc Saúde Colet*, 2017 22(6):1933-1942.
22. Lira LBS, et al. Acesso, acolhimento e estratégia saúde da família: satisfação do usuário. *Rev enferm UFPE on line*, 2018. [Acesso em 01/10/2019] 12(9):2334-40. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/234878>
23. Martins MMF, et al. Acesso aos serviços de atenção primária à saúde por adolescentes jovens em um município do Estado da Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2019; 35(1):1-15.

24. Monteiro ARM, et al. Sofrimento psíquico em crianças e adolescentes – a busca pelo tratamento. Esc Anna Nery 2012; 16 (3):523-529.

5.2 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO: FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO AO ADOLESCENTE EM SOFRIMENTO MENTAL.

A discussão dos resultados desta pesquisa revelou a necessidade de se propor um fluxograma tendo em vista que sua aplicação no serviço resultará em uma aproximação maior do adolescente com as equipes de saúde, podendo de forma clara e fácil compreender qual percurso percorrer de acordo com sua necessidade em saúde. Para os profissionais o processo de trabalho se torna facilitado pois os direcionamentos adequados já estão bem estabelecidos no fluxograma. Nesta perspectiva apresentamos nossa proposta.

Segundo Franco & Merhy (2003), fluxograma representa de forma gráfica, objetiva e clara, as etapas do processo de trabalho. De forma prática, existem três símbolos de uso habitual e universal que representam: a entrada ou saída do processo (a elipse), momentos que exigem decisão para a continuidade do trabalho (losango) e intervenção, ação sobre o processo de trabalho (retângulo).

Ao observar este tipo de diagrama é possível identificar como se dá a operacionalização do trabalho, neste caso em específico, como se desdobra a Rede de Atenção Psicossocial em um município de pequeno porte do interior do nordeste brasileiro.

Procura-se através da construção do fluxograma que considera a micropolítica de organização do serviço de saúde mental em um município de pequeno porte, propor um direcionamento aos profissionais de saúde e usuários, analisando as relações entre escola, família e sujeito (usuário), sendo este último, peça chave do processo que implica e é implicado pela organização do cuidado aqui estabelecida através do diagrama (FRANCO & MERHY, 2003).

Sua construção se deu através do conteúdo extraído dos discursos dos adolescentes entrevistados nesta pesquisa, após mediante transcrição e análise.

Ao identificar sinais e sintomas de sofrimento mental, o adolescente, deve procurar os serviços de porta aberta existente no município (CAPS e UBSF). Caso exista risco iminente à vida, deve receber atendimento de emergência pelo componente hospitalar da RAPS. E em caso de alta médica, deve ser encaminhado à UBSF correspondente para acompanhamento que ofereça suporte emocional e psicológico.

No CAPS, o usuário deve ser recebido em um ambiente acolhedor que proporcione a escuta qualificada pela equipe e o seguimento conforme a rotina interna do serviço.

Na UBSF, após acolhimento por qualquer profissional da unidade, o adolescente deve ser encaminhado a uma escuta qualificada com enfermeiro(a), médico(a) e/ou técnico de enfermagem para a compressão das demandas do usuário, avaliação do risco biológico e de vulnerabilidade subjetivo-social, e ainda, caso necessário, discussão do caso com a equipe. Caso necessite de um cuidado imediato, e não haja profissional psicólogo na unidade, o adolescente é encaminhado ao CAPS. Sendo possível o atendimento do adolescente na UBSF pelo psicólogo, este deve estar aberto ao atendimento e prontamente ouvir as queixas que levam o jovem a procurar o serviço de saúde.

O adolescente pode não identificar sinais e sintomas de sofrimento psíquico, ou ainda, estar sendo acompanhado pelas equipes de saúde (CAPS e/ou ESF). Nesse sentido, ele deve participar de ações de promoção à saúde na UBSF, e na escola, através do Programa Saúde na Escola (PSE) compreender sobre temas pertinentes à saúde mental e valorização da vida.

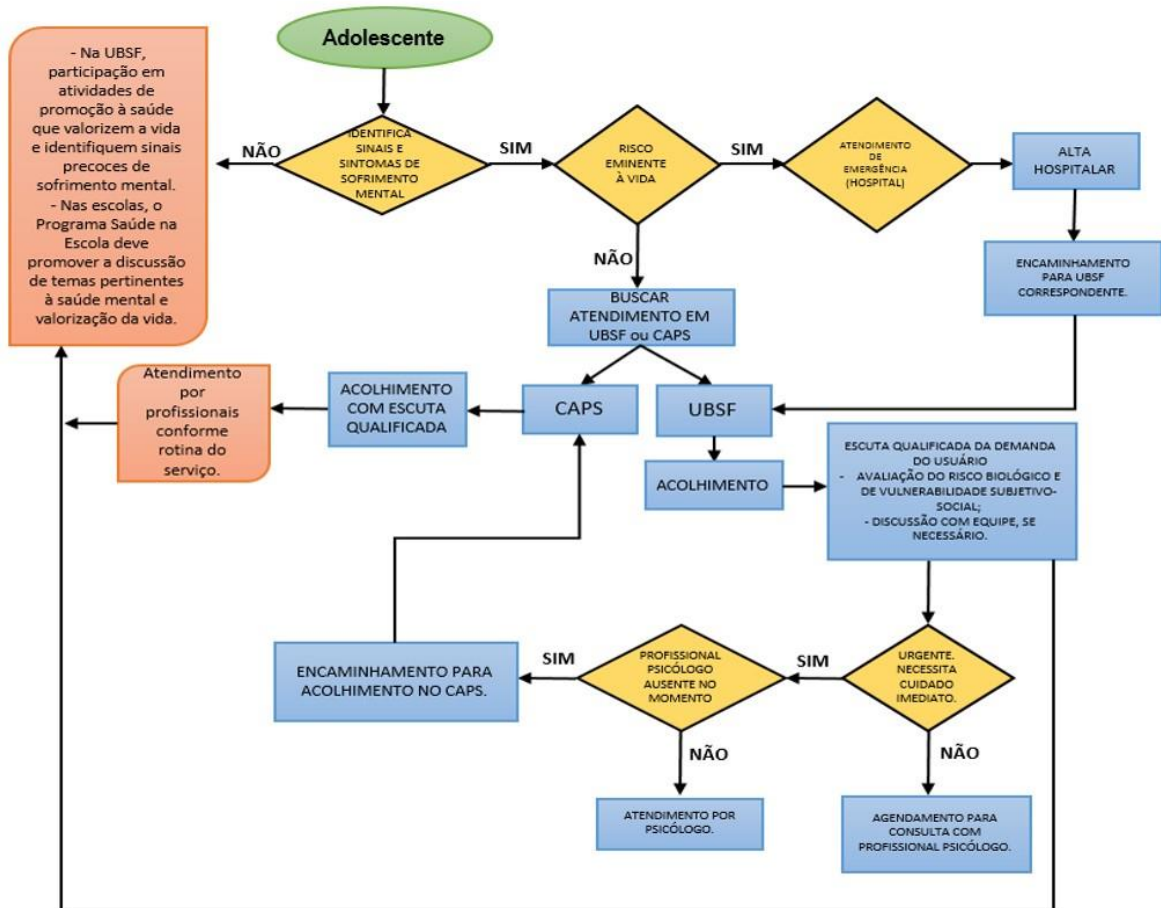


Figura 1: Fluxograma de Atendimento ao Adolescente em sofrimento mental, na APS (Autora: Anne Caroline Monteiro Roque, 2019)

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo caracterizou a população de adolescentes usuários da RAPS municipal. Através da análise das respostas foi possível verificar a heterogeneidade presente nesta faixa de idade. Tanto a faixa etária (16 a 19 anos) quando o sexo (feminino) predominante entre os casos registrados corroboram estudos científicos que apontam como sendo a maior ocorrência de automutilação e ideação suicida em adolescentes com este perfil. Merece destaque três situações em que adolescentes já se consideram em situação de união estável, e duas delas serem menores de idade.

A família se apresenta vinculada, tanto a busca pelo cuidado, quanto ao suporte existente no próprio âmbito familiar. Os familiares, nos discursos, se constituem como os principais atores na experiência complexa de adoecimento mental, na qual vivenciaram os adolescentes entrevistados.

Apesar de suas limitações, o CAPS está presente em todos os discursos dos entrevistados, funcionando como porta de entrada, através de mecanismos de referência da AB, como espaço importante de cuidado em saúde mental. Mesmo com a existência de obstáculos à oferta de uma assistência de qualidade, principalmente quanto à estrutura física e de ambiência, se torna importante território de cuidado psíquico e social sendo fundamental seu fortalecimento através das políticas públicas de saúde que proporcionem aos usuários, em sofrimento mental, novas perspectivas de vida.

Assim como o CAPS, a vivência de uma relação constituída com o profissional psicólogo também é predominante em todos os discursos, seja ele vinculado ao próprio CAPS ou ao NASF-Ab. A importância do núcleo de apoio não está determinada apenas pelo atendimento clínico-ambulatorial proporcionado por esses profissionais, mas também pelas possibilidades de atuação multiprofissional junto a equipe de saúde da família com foco na promoção da saúde e valorização da vida.

De forma discreta, é perceptível também a presença da equipe de ESF e a existência do vínculo, ainda que não predominante no que foi exposto pelos adolescentes. O fortalecimento da Atenção Básica está vinculado ao da Estratégia Saúde da Família, principalmente, como porta aberta às situações de saúde mental, e estreitamento de vínculos das equipes de saúde com essa população até então afastada da assistência é fundamental para promoção da saúde e qualidade de vida.

Os resultados demonstraram a percepção dos adolescentes destacando-os como usuários do serviço de saúde e sujeitos capazes de desenvolver uma percepção crítica

sobre o sistema no qual estão inseridos. Os entrevistados são capazes de identificar e possuem percepções próprias do serviço de saúde mental e ainda têm visões de como o serviço deveria funcionar para ser de melhor qualidade e poder assistir às pessoas que necessitam, principalmente, quando passam por sofrimento psíquico.

O estudo permite que o discurso dos jovens possibilite o desenvolvimento de ações de promoção em saúde, e a construção de novas modalidades de prática assistencial, principalmente da Estratégia Saúde da Família. Considerar as particularidades inerentes a este grupo populacional é essencial para o trabalho em saúde. Por estarem às margens dos principais programas de atenção à saúde, torna-se complexa a prevenção de agravos em saúde mental, em especial a ocorrência de automutilação e ideação suicida.

A partir destes discursos foi possível desenvolver o fluxograma que possibilita uma visualização clara e objetiva de como se dá a RAPS no município. Este diagrama se traduz na prática, como um instrumento de gestão de cuidado, pois dada sua efetiva organização, proporciona aos adolescentes o conhecimento dos serviços de saúde para que alcancem resolubilidade e possam suprir suas demandas em saúde.

Por fim, em uma perspectiva futura, os adolescentes devem constituir-se como usuários ativos dentro do SUS sendo também corresponsáveis por produzir saúde junto à Estratégia Saúde da Família. Nesse sentido, através dos discursos analisados percebe-se a necessidade de implantar novos modelos de gestão e processo de trabalho referente à saúde do adolescente, por meio de um debate contínuo que envolva o controle social, serviços de saúde e gestores.

7. REFERÊNCIAS

ANTONACCI, M.H.; PINHO, L.B. **Saúde Mental na Atenção Básica: uma abordagem convergente assistencial.** Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre (RS), março, 2011. n 32, v1, p. 136-142.

ANTONACCI, M.H.; PINHO, L.B. Saúde mental na Atenção Básica: uma abordagem convergente assistencial. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v 32, n 1, p. 136-42, mar. 2011.

BARROS, I.C. **A importância da Estratégia Saúde da Família: contexto histórico.** 2014. 34f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família). Universidade Federal de Minas Gerais, Teófilo Otoni, 2014.

BENETTI, S.P.C. *et al.* **Adolescência e saúde mental: revisão de artigos brasileiros publicados em periódicos nacionais.** Caderno de Saúde Pública, v. 23, n. 6, p. 1273-1282, jun, 2007.

BENETTI, S.P.C. *et al.* **Problemas de saúde mental na adolescência: características familiares, eventos traumáticos e violência.** Revista Psico-USF. Campinas (SP), v. 15, n 3. p. 321-332, set/dez 2010.

BOLSONI, E.B. *et al.* **Consulta de Enfermagem em Saúde Mental na Atenção Primária em Saúde.** Revista Eletrônica Saúde de Mental Álcool Drogas., São Paulo (SP), out-dez, 2015. n. 11, v. 4, p 199-207.

BORGES, T.L.; HEGADOREN, K.M.; MIASSO, A.I. **Transtornos mentais comuns e uso de psicofármacos em mulheres atendidas em unidades básicas de saúde em um centro urbano brasileiro.** Revista Panamericana Salud Publica, , 2015, n 38, v 3, p 195-201.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição Federal de 1988.** Brasília: [s. n.], 1988.

BRASIL. **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. [S. l.], 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm . Acesso: 16 jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos.** Conselho Nacional do Ministério Público, Brasília, 2014. 60 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

BRASIL. **Portaria ministerial nº 154 de 24 de janeiro de 2008.** Cria os Núcleos de Apoio à Saúde – NASF. [S. l.], 2008. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html . Acesso em: 13 de mar de 2019.

BRASIL. **Portaria Ministerial nº 224 de 29 de janeiro de 1992.** Diretrizes e Normas para o Atendimento Ambulatorial/Hospitalar em Saúde Mental. Secretaria de Assistência/Atenção à saúde. Brasília, 1990. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao_impressao.php?id=7536 . Acesso em: 18 jul 2019.

BRASIL. **Portaria nº 1.608 de 23 de agosto de 2004.** Constitui Fórum Nacional sobre Saúde Mental de Crianças e Adolescentes. [S. l.], 2004. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt1608_03_08_2004.html . Acesso em: 31 de mai 2019.

BRASIL. **Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011.** 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 (SUS). [S. l.], 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html . Acesso: 13 de mar de 2019.

BRASIL. Resolução nº 466 de 22 de dezembro de 2012. Conselho Nacional de Saúde. Diário Oficial da União. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html . Acesso em: 12 jan 2019.

BRASIL. **Lei nº 8.080, 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. [S. l.], 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 16 dez. 2018.

BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. [S. l.], 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm. Acesso em: 16 dez. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde do Adolescente e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde.** Brasília, 2010. 132p. ISBN:979-85-334-1680-2.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. 2019. Suicídio: tentativas e óbitos por intoxicação exógena no Brasil, 2007 a 2016. Boletim Epidemiológico nº 15, v. 50, julho, 2019.

CAVALCANTI, K.B. (org.) **Jogo de Areia: uma abordagem transdisciplinar para educação.** 260 p. Natal: Edufrn, 2010.

CONILL, E.M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafi os para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, ano 2008, v. 1, n. 1, p.

S7-S27, 4 jun. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s1/02.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2019.

CRUZ, M.C.C.; FIALHO, M.T. A Caixa de Areia: Técnica projectiva e método terapêutica. **Revista Análise Terapêutica**, Portugal, v. 2, n 15, p. 231-241, 1998.

EISENSTEIN, E. **Adolescência: definições, conceitos e critérios**. Revista Adolescência & Saúde, v. 2, n. 2, p.6-7. Rio de Janeiro, 2005.

FUKUDA, C.C.; GARCIA, K.A.; AMPARO, D.M. **Concepções de saúde mental a partir da análise do desenho de adolescentes**. Revista Estudos de Psicologia, v. 17, n. 2, p. 207-214, maio/agosto, 2012.

IBGE. Panorama das Cidades: Jucurutu, 2019. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rn/jucurutu/panorama> . Acesso: 10 mar 2019.

JAGER, M.E., *et al.* O adolescente no contexto da saúde pública brasileira: reflexões sobre o PROSAD. **Revista Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 19, n. 2, p. 211-221, abr-jun, 2014.

JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS, V., 2011, MARANHÃO. **ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: reflexão sobre algumas de suas premissas [...]**. São Luiz: [s. n.], 2011. Disponível em: http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2011/CdVjornada/JORNADA_EIXO_2011/IMPASSES_E_DESAFIOS_DAS_POLITICAS_DA_SEGURIDADE_SOCIAL/ESTRATEGIA_SAUDE_DA_FAMILIA_REFLEXAO_SOBRE_ALGUMAS_DE_SUAS_PREMISSAS.pdf. Acesso em: 14 mar. 2019.

LOPEZ, S.B.; MOREIRA, M.C.N. Políticas Nacionais de Atenção Integral à Saúde e Adolescentes e Jovens e à Saúde do Homem: interlocuções e masculinidade. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 743-752, 2013.

MANCINKO, J.; MENDONÇA, C.S. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. **Revista Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v 42, p. 18-37, set. 2018.

MARTINS, A.K.L et al. Práticas em saúde mental na estratégia saúde da família: um estudo exploratório. **Revista de Pesquisa e Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro (RJ), jan-mar, 2015, n 7, v 1, p 1905-1914.

MINAYO, M.C.S.; GOMES, R.; DESLANDES, S.F. **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. ed. 33. Petrópolis: Editora Vozes, 2013.

MOREIRA, L.C.O.; BASTOS, P.R.H.O. Prevalência e fatores associados à ideação suicida na adolescência: revisão de literatura. **Revista Quadrimestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional**, São Paulo, v 19, n 3, p. 445-453. set/dez. 2015.

RAPOSO, C. A Política de Atenção Integral à Saúde do Adolescente e Jovem: uma perspectiva de garantia de direito à saúde? **Revista Em Pauta**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 23, p. 117-138, julho, 2009.

REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA: CONTRIBUIÇÃO PARA COMPREENSÃO E CRÍTICA. 1ª. ed. rev. RIO DE JANEIRO: FIOCRUZ, 2008. 356 p. v. 1. ISBN 978-85-232-0529-4.

SANTOS, A.A. *et al.* Automutilação na adolescência: compreendendo suas causas e consequências. **Revista Temas em Saúde**, João Pessoa, v. 18, n. 3, p.116-142. 2018.

SANTOS, P.L. **Problemas de Saúde Mental de Crianças e Adolescentes atendidos em um serviço público de psicologia infantil.** Revista Psicologia em Estudo, Maringá (PR), v. 11, n 2, p. 315-321, mai/ago, 2006.

SCOZ, B.J.L. O Jogo de Areia (Sandplay): subjetiva e produção de sentidos. **Revista Ciências & Cognição**, v. 13, n 1, p. 47-55. Mar. 2008.

TAVARES, M.L.O. *et al.* **Perfil de Adolescentes e Vulnerabilidade para o Uso de Álcool e Outras Drogas.** Revista de Enfermagem, Recife (PE), 2017, n 11, v 10, p 3906-12.

TAVEIRA, M.S. Inventário Turístico 2018: Jucurutu. Currais Novos: UFRN, 2018. 80 p.: il.color.

WERLANG, B.S.G.; BORGES, V.R.; FENSTERSEIFER, L. Fatores de risco ou proteção para a Presença de Ideação Suicida na Adolescência. **Revista Interamericana de Psicologia**, Glen Alen, v. 39, n. 2, p. 259-266. 2009.

WHO. Suicide in the World: Global Health Estimates. World Health Organization. p. 32. 2019.

WHO. Adolescents Mental Health. 2019. World Health Organization. Disponível em: <<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>>

Acessado em: 10 jan 2020.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO AOS PAIS OU RESPONSÁVEIS

(TCLE)

Esclarecimentos

Estamos solicitando a você a autorização para que o menor pelo qual você é responsável participe da pesquisa: “**A saúde mental sob o olhar dos adolescentes acompanhados pela Estratégia Saúde da Família**”, desenvolvida por Anne Caroline Monteiro Roque, discente do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Federal do Rio Grande do Norte/UFRN e Rede Nordeste de Atenção à Saúde da Família/RENASF, sob orientação da Professora Doutora Janete Castro de Lima.

Os objetivos deste estudo consistem em compreender a saúde mental sob a perspectiva de adolescentes acompanhados pela Estratégia Saúde da Família do município de Jucurutu, caracterizar o perfil dos adolescentes que são acompanhados pelas Estratégias Saúde da Família e implantar no serviço de saúde um grupo de acompanhamento desses adolescentes.

Caso você autorize, seu filho irá: participar de um grupo focal. Durante a realização do Grupo Focal a previsão de riscos é mínima, ou seja, pode acontecer um desconforto no momento em que alguma temática relacionada à saúde mental for citada e aconteça o receio do participante em responder o questionamento. No entanto, esses riscos serão minimizados mediante a explicação clara do objetivo do estudo por parte do pesquisador e será esclarecido sobre os benefícios que o estudo pode trazer para a melhoria na qualidade da assistência prestada pela equipe.

Você ou seu filho(a) não receberá remuneração pela participação. A participação dele(a) poderá colaborar para a melhor compreensão de saúde mental pelos adolescentes, e futuramente contribuir para outras pesquisas que possibilitem a abordagem adequada aos adolescentes. A participação dele consistirá em responder em grupo algumas questões levantadas pelo pesquisador(a) por meio de um roteiro. Além disso, você está recebendo uma cópia deste termo onde consta o telefone do pesquisador principal, podendo tirar dúvidas agora ou a qualquer momento. Durante todo o período da pesquisa você poderá tirar suas dúvidas ligando para Anne Caroline Monteiro Roque no telefone (84) 99937-6805.

Os dados que ele(a) irá nos fornecer serão confidenciais e serão divulgados apenas em congressos ou publicações científicas, não havendo divulgação de nenhum dado que possa identificá-lo(a).

Esses dados serão guardados pelo pesquisador responsável por essa pesquisa em local seguro e por um período de 5 anos. Se você tiver algum gasto pela participação dele(a) nessa pesquisa, ele será assumido pelo pesquisador e reembolsado para você. Se ele(a) sofrer algum dano comprovadamente decorrente desta pesquisa, ele(a) será indenizado.

Qualquer dúvida sobre a ética dessa pesquisa você deverá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Onofre Lopes, telefone: 3342-2/2 5003, endereço: Av. Nilo Peçanha, 620 – Petrópolis – Espaço João Machado – 1º Andar – Prédio Administrativo - CEP 59.012-300 Nata/RN, e-mail: cep_huol@yahoo.com.br.

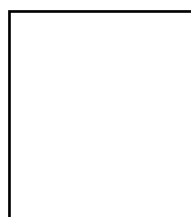
Este documento foi impresso em duas vias. Uma ficará com você e a outra com o pesquisador responsável (Anne Caroline Monteiro Roque).

Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, _____, representante legal do menor _____, autorizo sua participação na pesquisa “**A saúde mental sob o olhar dos adolescentes acompanhados pela Estratégia Saúde da Família**”. Esta autorização foi concedida após os esclarecimentos que recebi sobre os objetivos, importância e o modo como os dados serão coletados, por ter entendido os riscos, desconfortos e benefícios que essa pesquisa pode trazer para ele(a) e também por ter compreendido todos os direitos que ele(a) terá como participante e eu como seu representante legal.

Autorizo, ainda, a publicação das informações fornecidas por ele(a) em congressos e/ou publicações científicas, desde que os dados apresentados não possam identificá-lo(a).

Assinatura do Representante Legal



Impressão dactiloscópica
do representante legal.

Declaração do pesquisador responsável

Como pesquisador responsável pelo estudo “**O serviço de saúde mental sob o olhar dos adolescentes acompanhados pela Estratégia Saúde da Família**”, declaro que assumo a inteira responsabilidade de cumprir fielmente os procedimentos metodologicamente e direitos que foram esclarecidos e assegurados ao participante desse estudo, assim como manter sigilo e confidencialidade sobre a identidade do mesmo. Declaro ainda estar ciente que na inobservância do compromisso ora assumido estarei infringindo as normas e diretrizes propostas pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde – CNS, que regulamenta as pesquisas envolvendo o ser humano.

Natal, ____ de _____ de 2019.

Anne Caroline Monteiro Roque

APÊNDICE II

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA GRAVAÇÃO DE VOZ E/OU 1/1 REGISTRO DE IMAGENS (FOTOS E/OU VÍDEOS)

Esclarecimentos

Estamos solicitando a você autorização para que o menor pelo qual você é responsável participe da pesquisa: “**A saúde mental sob o olhar dos adolescentes acompanhados pela Estratégia Saúde da Família**”, que tem como pesquisador responsável Anne Caroline Monteiro Roque. Esta pesquisa pretende avaliar os serviços de saúde mental sob a perspectiva de adolescentes acompanhados pela Estratégia Saúde da Família do município de Jucurutu. Como motivo que nos leva a fazer este estudo é o interesse no público adolescente, que ganhou importância nos últimos anos devido às implicações negativas decorrentes de saúde mental e pela menor atenção dada a esta faixa de idade, em comparação com as demais. Além disso, a caracterização desta população adolescente é fundamental para a construção de novas modalidades assistenciais oferecidas, com base nos reais problemas da clientela em questão contribuindo assim para o planejamento e organização do cuidado, bem como, da rede de atenção à saúde mental do adolescente. Gostaríamos de solicitar sua autorização para efetuar a gravação de voz e/ou o registro de fotos e/ou vídeos do menor, concedida mediante o compromisso dos pesquisadores acima citados com os seguintes direitos:

1. Ter acesso às fotos e/ou vídeos e/ou à gravação e transcrição dos áudios;
2. Ter a garantia que as fotos e/ou vídeos e/ou áudios coletadas serão usadas exclusivamente para gerar informações para a pesquisa aqui relatada e outras publicações dela decorrentes, quais sejam: revistas e eventos científicos;
3. Não ter a identificação revelada em nenhuma das vias de publicação das informações geradas, utilizando mecanismos para este fim (tarjas, distorção da imagem, distorção da voz, entre outros).
4. Ter as fotos e/ou vídeos e/ou áudios obtidos de forma a resguardar a privacidade e minimizar constrangimentos;
5. Ter liberdade para interromper a participação na pesquisa a qualquer momento e/ou solicitar a posse das fotos e/ou vídeos.

Você não é obrigado a permitir o uso das suas fotos e/ou vídeos e/ou áudios, porém, caso aceite, será de forma gratuita mesmo que imagens sejam utilizadas em publicações de livros, revistas ou outros documentos científicos.

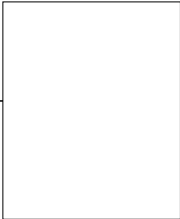
As fotos e/ou vídeos e/ou áudios coletados serão: fotos dos momentos em grupo e dos cenários produzidos, e áudios dos momentos de debate e diálogo no grupo.

Consentimento de Autorização de Uso de Imagens (fotos e/ou vídeos)

Após ter sido esclarecido sobre as condições para a minha participação no estudo, eu, _____ autorizo o uso de:

- () Minhas imagens (fotos e/ou vídeos)
 () minha voz
 () minhas imagens (fotos e/ou vídeos) e minha voz do(a) menor _____
Jucurutu, ___ de _____ de 2019.

Assinatura do participante


Impressão datiloscópica
do participante

Pesquisadora Responsável

**TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(TALE)**

Você está sendo convidado a participar da pesquisa **“O serviço de saúde mental sob o olhar do adolescente acompanhado pela Estratégia Saúde da Família”** coordenada pela pesquisadora Anne Caroline Monteiro Roque. Você poderá falar comigo ligando para o número 99937-6805.

Caso a pessoa responsável por vocês permita sua participação neste estudo, nós gostaríamos de entender algumas informações sobre a situação de sofrimento que você viveu. A adolescência é um período conhecido pelas mudanças, incertezas e medos, no qual o sujeito passa por diversas descobertas.

Portanto, queremos pedir sua ajuda para encontrarmos a melhor maneira de tratar os jovens que passaram por situação parecida ou igual a sua.

Você só precisa participar da pesquisa se quiser, é um direito seu e, se você não quiser participar não terá nenhum problema. Se você aceitar participar e quiser desistir depois, também não tem problema nenhum. Você poderá sair do projeto em qualquer momento.

Eu vou te fazer algumas perguntas sobre sua vivência em um grupo com jovens que passaram pelo mesmo que você passou. Se você não gostar de alguma pergunta ou não quiser responder, não tem problema. Você só responderá as perguntas que se sentir à vontade. Ao mesmo tempo, vou contar com a ajuda de outro profissional (uma psicóloga) para registrar este momento (voz e imagem). Não se preocupe, essas informações serão utilizadas para a pesquisa e não serão divulgadas, assim como o seu nome também não será.

No final da pesquisa contaremos para você e para seus pais o que aprendemos com a pesquisa. Conversaremos com as equipes de saúde e vamos tentar ajudar outros jovens que também já sofreram psicologicamente.

Se você tiver alguma dúvida sobre a pesquisa, você pode pedir para seus responsáveis entrarem em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa no telefone abaixo. O Comitê de ética é formado por um grupo de pessoas que trabalham para defender os interesses dos participantes das pesquisas.

Tel. do CEP/UFRN: (84) 3342-5003

E-Mail: cep_huol@yahoo.com.br

<http://www.ebserh.gov.br/web/huol-ufrn/cep>

CONSENTIMENTO PÓS INFORMADO

Eu _____ aceito participar da pesquisa “O serviço de saúde mental sob o olhar do adolescente acompanhado pela Estratégia Saúde da Família”.

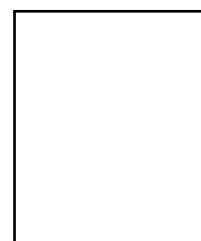
Entendi as coisas ruins e as coisas boas que podem acontecer.

Entendi que posso dizer “sim” e participar, mas que, a qualquer momento, posso dizer “não” e desistir e que ninguém vai ficar com raiva de mim.

Os pesquisadores tiraram minhas dúvidas e conversaram com os meus responsáveis.

Recebi uma via deste termo de assentimento. A outra via ficará com o pesquisador responsável (Anne Caroline Monteiro Roque). Li o documento e concordo em participar da pesquisa.

Jucurutu, ____ de _____ de 2019.



Impressão datiloscópica
do participante.

Anne Caroline Monteiro Roque

Pesquisadora Responsável

Participante da Pesquisa

APÊNDICE IV

ROTEIRO DA ENTREVISTA

➤ Identificação do sujeito

- Codinome: _____
- Data de Nascimento: ____/____/____
- Idade: _____
- Sexo: _____
- Bairro: _____
- Solteiro(a) [] Namorando [] Casada [] Outro []
- Estuda [] SIM [] NÃO
Escola: _____
- Mora com os pais/irmãos [] Mora sozinho(a) [] Mora com
parceiro(a) []
Outro []

- Será solicitado ao entrevistado que expressem através do *Sandplay*, que com os objetos existentes construa a cena represente as respostas às seguintes perguntas:

Sessão 1: O que é adolescência para você?

- () O que você mais gosta de fazer (estudar, ouvir música, ler, ficar em casa, assistir filme...)?
- () Encontra com os amigos fora do horário da escola?
- () Muitas mudanças acontecem nesse período da vida? Quais?
- () Você se sente pressionado(a) de alguma forma (na escola, em casa, com a família...)?
- () Na escola, tem alguma problema com professor, colegas de turma, mudança de sala/colégio, realização das tarefas...?
- () Alguma questão sobre aparência, mudanças do corpo?

Sessão 2: O que causa sofrimento mental nessa fase da vida?

- () Já teve alguma crise nervosa ou de ansiedade?
- () O que te deixa triste ou estressada?
- () O que te deixa feliz?
- () Pra você, o que é Saúde Mental?

Sessão 3: Existe relação da família com esse sofrimento?

- () Existe algum tipo de conflito ou briga em casa com a família? E com pais ou irmãos? Ou por ter desobedecido alguma ordem dos pais? Algum conflito por falta de dinheiro?
- () Você tem uma boa relação com a família?
- () Quem não tem, o que levou vocês a se encontrarem nessa situação?
- () Você já passou por alguma situação que considera traumática?

Sessão 4: Você se sente acolhido pela equipe de saúde?

- () Onde buscou o atendimento?
- () Foram atendidas por quais profissionais?
- () Você entende que recebeu um bom atendimento pela equipe de saúde?
- () Para você o que faltou no acolhimento? E no seu acompanhamento?
- () Como deveria ter sido? Como deveria ser o atendimento se outros jovens passarem pelo mesmo que você passou?
 - Após cada cena realizada, serão retiradas fotos dos cenários construídos.
 - Ao fim, o entrevistado expressa em poucas palavras como avaliou a vivência.

APÊNDICE V – ENTREVISTA PROJATIVA (FOTOGRAFIAS)



Imagem 3: Cenário construído por Bibi.



Imagem 4: Cenário construído por Tartaruga.



Imagem 5: Cenário construído por Marielle.



Imagem 6: Cenário construído por Lucky.

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O serviço de Saúde Mental sob o olhar dos adolescentes acompanhados pela Estratégia Saúde da Família.

Pesquisador: Anne Caroline Monteiro Roque

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 13447719.9.0000.5292

Instituição Proponente: Departamento de Saúde Coletiva

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.440.688

Apresentação do Projeto:

É uma pesquisa que busca acompanhar o desenvolvimento psicológico de adolescente que recebem acompanhamento da equipe de Saúde Familiar na cidade de Jucurutu. A coleta de dados irá ocorrer através de atividade em formato de grupo focal.

Objetivo da Pesquisa:

- Objetivo Geral

Avaliar os serviços de saúde mental sob a perspectiva de adolescentes acompanhados pela Estratégia Saúde da Família do município de Jucurutu.

- Objetivos Específicos

- Caracterizar o perfil dos adolescentes que são acompanhados pelas Estratégias Saúde da Família.

- Descrever como os adolescentes percebem os serviços de saúde de mental no que diz respeito ao acesso ao atendimento da equipe da ESF e equipe NASF, com ênfase na consulta com o psicólogo.

- Implantar no serviço um grupo de acompanhamento de adolescentes atendidas na ESF na perspectiva da escuta qualificada.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos e benefícios ficaram mais delimitados, agora estão claros no texto e nos termos anexados.

Endereço: Avenida Nilo Peçanha, 620 - Prédio Administrativo - 1º Andar - Espaço João Machado

Bairro: Petrópolis

CEP: 59.012-300

UF: RN

Município: NATAL

Telefone: (84)3342-5003

Fax: (84)3202-3941

E-mail: cep_huol@yahoo.com.br

Continuação do Parecer: 3.440.688

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa ficou melhor organizada. Foi organizado no cronograma.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta os termos de maneira adequada.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado, respondeu as pendências verificadas anteriormente.

Considerações Finais a critério do CEP:

1. Apresentar relatório parcial da pesquisa, semestralmente, a contar do início da mesma.
2. Apresentar relatório final da pesquisa até 30 dias após o término da mesma.
3. O CEP HUOL deverá ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo.
4. Quaisquer documentações encaminhadas ao CEP HUOL deverão conter junto uma Carta de Encaminhamento, em que conste o objetivo e justificativa do que esteja sendo apresentado.
5. Caso a pesquisa seja suspensa ou encerrada antes do previsto, o CEP HUOL deverá ser comunicado, estando os motivos expressos no relatório final a ser apresentado.
6. O TCLE deverá ser obtido em duas vias, uma ficará com o pesquisador e a outra com o sujeito de pesquisa.
7. Em conformidade com a Carta Circular nº. 003/2011 CONEP/CNS, faz-se obrigatório a rubrica em todas as páginas do TCLE pelo sujeito de pesquisa ou seu responsável e pelo pesquisador

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1292260.pdf	13/06/2019 15:50:12		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TALE_modificado.docx	13/06/2019 15:49:50	Anne Caroline Monteiro Roque	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_modificado.docx	13/06/2019 15:48:38	Anne Caroline Monteiro Roque	Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	carta_de_resposta_as_pendencias.pdf	13/06/2019 15:09:56	Anne Caroline Monteiro Roque	Aceito

Endereço: Avenida Nilo Peçanha, 620 - Prédio Administrativo - 1º Andar - Espaço João Machado

Bairro: Petrópolis

CEP: 59.012-300

UF: RN

Município: NATAL

Telefone: (84)3342-5003

Fax: (84)3202-3941

E-mail: cep_huol@yahoo.com.br

UFRN - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO ONOFRE
LOPES DA UNIVERSIDADE



Continuação do Parecer: 3.440.688

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	brochura_projeto_modificado.docx	13/06/2019 15:08:40	Anne Caroline Monteiro Roque	Aceito
Declaração de Pesquisadores	folha_de_identificacao_pesquisador.docx	10/05/2019 12:48:45	Anne Caroline Monteiro Roque	Aceito
Folha de Rosto	folho_de_rosto.pdf	11/04/2019 20:40:20	Anne Caroline Monteiro Roque	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracao_de_instituicao_e_infraestrut ura.pdf	07/03/2019 16:41:59	Anne Caroline Monteiro Roque	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

NATAL, 05 de Julho de 2019

Assinado por:
jose diniz junior
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida Nilo Peçanha, 620 - Prédio Administrativo - 1º Andar - Espaço João Machado
Bairro: Petrópolis **CEP:** 59.012-300
UF: RN **Município:** NATAL
Telefone: (84)3342-5003 **Fax:** (84)3202-3941 **E-mail:** cep_huol@yahoo.com.br