



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE PROGRAMA DE
PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DA CLÍNICA

SOLANGE OLIVEIRA FERREIRA

VISÃO DOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE
COMPORTAMENTO AUTOLESIVO EM ADOLESCENTES

SÃO CARLOS-SP

2024

SOLANGE OLIVEIRA FERREIRA

VISÃO DOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE
COMPORTAMENTO AUTOLESIVO EM ADOLESCENTES

Dissertação apresentada para o Mestrado Profissional em Gestão da Clínica Universidade Federal de São Carlos-SP para obtenção do título de Mestre em Gestão da Clínica.

Orientador: Prof. Dr. Jair Borges Barbosa Neto

SÃO CARLOS-SP

2024

SOLANGE OLIVEIRA FERREIRA

VISÃO DOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE
COMPORTAMENTO AUTOLESIVO EM ADOLESCENTES

Dissertação apresentada para o Mestrado Profissional
em Gestão da Clínica Universidade Federal de São
Carlos-SP para obtenção do título de Mestre em Gestão
da Clínica.

São Carlos- SP, 22 de março de 2024.

BANCA EXAMINADORA

Dr. Jair Borges Barbosa Neto (Orientador)
Universidade Federal de São Carlos- UFScar

Dr. Antonio Germane Alves Pinto
Universidade Regional do Cariri- URCA

Dra. Valéria Vernaschi Lima
Universidade Federal de São Carlos- UFScar

AGRADECIMENTOS

O ano de 2021 foi o começo de um grande sonho, cursar mestrado na universidade pública. 2024, esse sonho é concretizado, e por isso, quero agradecer a muitas pessoas que me apoiaram, colaborando e orientando nessa caminhada.

Agradeço ao Universo, a Deus, aos anjos, aos ibejis a todas as forças de fé. A minha família, meus pais, Livino e Iracema que mesmo sem estudo formal são de uma sabedoria popular, aos meus seis irmãos, Roblêdo, Adriana (Diana), Ivo, Rannilson e Ângela Maria (Lorinha). Aos meus doze sobrinhos que são meus filhos de coração, mas não poderia deixar de falar de David Kauã que no último ano do mestrado veio morar comigo e me acompanhava na correria de tentar dá conta do dos dois empregos no SUS, atividades domésticas, da escrita da dissertação, de acompanhar e cobrar que ele se empenhasse nos estudos para concluir o Ensino Médio. Por vezes, ele era meu conselheiro, meu fisioterapeuta nas massagens para me aliviar as dores físicas ocasionadas pela fibromialgia. Ah, David Kaua, você foi tão importante!

A Thor Mariano, meu amor, meu filho de quatro patas que chegou na minha casa e vida no início do mestrado, você trouxe alegria e leveza;

À Universidade Federal de São Carlos-UFSCar e ao Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica- PPGGC por ter a sensibilidade de em época de Pandemia de COVID-19 se desafiar a lançar o primeiro edital de mestrado online; ah, era essa oportunidade de todos os 35 mestrandos de diversas regiões do Brasil aguardavam.

À Vanessa Müller, secretária do programa pela gentileza e pontualidade nas solicitações burocráticas.

À Aline Teles de Andrade do grupo de Saúde Mental do Ceará por compartilhar o edital de seleção através do whatsApp, minha gratidão;

Aos mestrandos pela amizade, solidariedade, companheirismo, levarei para a vida. Em nome da turma, quero agradecer a Emílio por ser tão responsável, empático, comprometido em tudo que se propôs a assumir. Você foi digno de nos representar na Comissão de Pós Graduação-CPG.

Aos mestrandos do Cariri-CE que se tornaram meus amigos. Micael, pelas mensagens trocadas a qualquer hora, pelo incentivo ao autocuidado, pelo zelo e organização como estudante e profissional da odontologia. Eu gosto tanto da tua energia!

A Mariana Gabriela, (Mari) que Deus fez cruzar e compartilhar meu caminho desde 2019 na nossa posse no concurso do extinto NASF em Mauriti-CE. Sinto-me um pouco mãe e irmã dessa menina mulher de uma fé inabalável.

À Monyele que enfrentou a maternidade e a posse no concurso público como farmacêutica durante o mestrado, admiro sua determinação;

A João Gabriel (in memoriam) doeu tanto sua partida inesperada, você enfrentou tantos plantões para não deixar o serviço descoberto, não sei como se dividia ou se multiplicava na função de coordenador, enfermeiro, professor, amigo. Quero guardar sua risada quando me ligava meia noite dizendo, amiga, “tá tenso”, mas sempre alegre, talvez porque você era de muita fé, um defensor da saúde mental cuidada em liberdade. Gabriel vive!

Aos professores (as), pela acolhida, a metodologia ativa e afetiva foi um divisor de água com a professora Aline Aquilante e Aline Nordi;

À Bernardino Geraldo, Wagner, Leandra Andreia, Mônica Vilchez, Larissa Campagna, Adriana Barbieri pelas Atividades Curriculares-AC.

Ao Núcleo de Estudos e Pesquisas em Educação Médica da UFSCar-NEPEM;

À Secretaria de Saúde de Barbalha-CE por autorizar a pesquisa;

As profissionais do CAPSij na pessoa de Dr^a: Werônica, psiquiatra do serviço, pelas discussões compartilhadas não só sobre autolesão, mas pela amizade e apoio;

Aos profissionais trabalhadores (as) da Estratégia Saúde da Família Malvinas I e II pela receptividade e aceite em participar da pesquisa. Sem vocês não seria possível o resultado que ora se apresenta.

Aos profissionais trabalhadores da e-Multi Mauriti-CE por acreditar no meu potencial na defesa do SUS;

À Sammyra Alencar, pelas trocas, incentivos, amizade, cafés e lanches divididos na salinha da secretaria. Aprendi com você a achar graça das coisas que não temos o poder de resolver.

À Fernanda, profissional da educação física pela amizade, ligações para saber se eu estava melhor das dores, mas também pela cervejinha no início do mês para descansar o juízo de tanto cansaço das viagens semanais na topique.

A Magnum Jeymes assistente social, Rhavena Rocha enfermeira do CAPS Mauriti-CE que o SUS me deu de presente com a amizade.

À Joice Fabrício por ser fonte de inspiração e incentivo e, por ter contribuído no trabalho de formatação. Você foi fundamental nessa minha trajetória, nesse meu sonho que virou realidade.

À Railda Evangelista pela amizade e apoio incondicional nesse percurso;

À banca avaliadora, Antonio Germane Pinto e Valéria Vernaschi pelas contribuições;

Ao meu orientador Jair Borges, há professor! Se eu cheguei aqui, tem muito da sua paciência, confiança e assiduidade nos encontros semanais das quartas-feiras. Como agradecer a quem ajudou na tecnologia do Google Meet, dos drives que me tirava da zona de conforto? Como agradecer a quem não me julgou na reprovação da prova de proficiência? Ao contrário, orientou a descansar e depois voltar à trincheira? Como agradecer quando eu estava com dor da fibromialgia, e, sendo responsável como sou, não queria perder os prazos? Como agradecer as reflexões em torno da autolesão em adolescente, eu construí e desconstruí conceitos sob sua orientação acadêmica. Muito Obrigada!

RESUMO

INTRODUÇÃO: O comportamento autolesivo é considerado um problema multifatorial, complexo e em crescimento no Brasil. A população em geral pratica autolesão, mas é na adolescência que há maior recorrência, entre os adolescentes, as meninas são as que mais praticam. Embora a Estratégia Saúde da Família-ESF seja uma das portas de entrada e organizadora dos serviços de saúde no Sistema Único de Saúde-SUS, os profissionais ainda têm dificuldades de compreender e realizar o manejo adequado e com segurança de adolescente com autolesão. A questão norteadora desta pesquisa é saber qual a visão dos profissionais da ESF sobre comportamento autolesivo entre adolescentes. **OBJETIVO GERAL:** Conhecer a visão dos profissionais da ESF sobre o cuidado em saúde mental no que diz respeito ao comportamento autolesivo dentre adolescentes. **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:** Identificar como os profissionais da ESF entendem as causas do comportamento autolesivo entre adolescente; Identificar quais os cuidados ofertados pelos profissionais da ESF em saúde mental de adolescentes com questões relacionadas à autolesão; Descrever quais os tipos de articulação e ações com a rede socioassistencial para acompanhamento dos adolescentes com questões relacionadas a autolesão. **METODOLOGIA:** O universo da pesquisa se deu com nove profissionais de nível superior e técnico de duas ESF em uma cidade da região do Cariri- Ceará. Os dados foram coletados por meio de entrevistas gravadas transcritas e analisadas a partir do referencial teórico crítico dialético e a análise temática. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** A pesquisa revelou aspectos importantes como a dificuldade de identificar se o adolescente tem ou não risco de morte. Ainda, entendem que o adolescente com comportamento autolesivo revela um sofrimento psicológico de dor intensa e tem como principais estressores e gatilhos o conflito familiar, a pobreza, uso inadequado da internet, falta de oferta de espaço de cultura e esporte na comunidade onde residem e exposição ao álcool e outras drogas. O manejo dos profissionais ainda é baseado na queixa conduta e na medicação com antidepressivos. Acreditam que a ABS pode acompanhar esses adolescentes, mas se houver a inserção do profissional da área da psicologia e da psiquiatria na equipe. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Os profissionais têm pouca vivência relacionada ao atendimento ao público adolescente com comportamento autolesivo, não demonstram no processo de trabalho a efetivação da clínica ampliada, com pouca menção à realização de matriciamento na atenção básica. Citam alguns pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e rede socioassistencial, mas, tem dificuldade de compreender o que cada serviço disponibiliza de atendimento. Reconhecem que a autolesão em adolescente são reflexos psicológicos e sociodemográficos, no entanto, não fazem discussão compartilhada entre a equipe para entender o contexto em que a autolesão ocorre.

Palavras-chave: Saúde Mental; comportamento autolesivo; Estratégia Saúde da Família; Determinantes Sociais da Saúde.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Self-injurious behavior is considered a multifactorial, complex and growing problem in Brazil. The general population practices self-injury, but it is in adolescence that there is greater recurrence, and among adolescents, girls are the ones who practice it the most. Although the Family Health Strategy (Estratégia Saúde da Família - ESF) is one of the gateways and organizers of health services in the Unified Health System (Sistema Único de Saúde - SUS), professionals still find it difficult to understand and manage adolescents with self-injury properly and safely. The guiding question of this research is to find out how ESF professionals view self-injurious behavior among adolescents. **GENERAL OBJECTIVE:** To find out ESF professionals' views on mental health care in relation to self-injurious behavior among adolescents. **SPECIFIC OBJECTIVES:** To identify how ESF professionals understand the causes of self-injurious behavior among adolescents; To identify the care offered by ESF professionals in the mental health of adolescents with issues related to self-injury; To describe the types of articulation and actions with the social assistance network to monitor adolescents with issues related to self-injury. **METHODOLOGY:** The universe of the research was made up of nine higher education and technical professionals from two ESFs in a city in the Cariri region of Ceará. The data was collected through recorded interviews which were transcribed and analyzed using the critical dialectical theoretical framework and thematic analysis. **RESULTS AND DISCUSSION:** The research revealed important aspects such as the difficulty in identifying whether or not adolescents are at risk of death. They also understand that adolescents with self-injurious behavior reveal intense psychological pain and that their main stressors and triggers are family conflict, poverty, inappropriate use of the internet, lack of cultural and sports facilities in the community where they live and exposure to alcohol and other drugs. Professionals' management is still based on complaints and medication with antidepressants. They believe that PHC can help these adolescents, but only if psychologists and psychiatrists are part of the team. **FINAL CONSIDERATIONS:** The professionals have little experience of caring for adolescents with self-injurious behavior, they don't demonstrate in their work process that the expanded clinic is effective, with little mention of matrix support in primary care. They mention some points in the Health Care Network (RAS) and the social assistance network, but have difficulty understanding what each service offers. They recognize that self-injury in adolescents is a result of psychological and sociodemographic factors; however, they do not hold shared discussions among the team to understand the context in which self-injury occurs.

Keywords: Mental health; Self-injurious behavior; Family Health Strategy; Social Determinants of Health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Mapa da região de saúde do Cariri.....	28
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
ADS	Área Descentralizada de Saúde
APS	Atenção Primária em Saúde
CAD	Caderno de Atenção Básica Saúde mental
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CAPSIJ	Centro de Atenção Psicossocial Infanto juvenil
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Atenção Especializada de Assistência Social
CREMU	Central de Regulação do Município
DSM	Manual Estatístico e Diagnóstico de Transtornos Mentais
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
OMS	Organização Mundial de Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SINAN	Sistema de Notificações e Agravos de Notificação
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDAH	Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	
1	INTRODUÇÃO 14
1.1	ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA 18
2	OBJETIVOS 21
2.1	OBJETIVO GERAL 21
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS..... 21
3	SAÚDE MENTAL E ADOLESCENTE – DIRETRIZES NACIONAIS PARA O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL INFANTO JUVENIL 22
3.1	ADOLESCÊNCIAS E COMPORTAMENTO AUTOLESIVO..... 23
4	METODOLOGIA 26
4.1	CONSTRUINDO OS CAMINHOS PARA INVESTIGAR: PESQUISA QUALITATIVA..... 26
4.2	PARTICIPANTES DO ESTUDO..... 26
4.3	CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES E O PROCESSO DE TRABALHO. 26
4.4	CAMPO DE ESTUDO 28
4.5	CRITÉRIOS DE SELEÇÃO..... 30
4.6	COLETA DOS DADOS 30
4.7	ANÁLISE DOS DADOS..... 30
4.8	ASPECTOS ÉTICOS..... 31
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO 33
5.1	VISÃO DO (AS) TRABALHADORES (AS) SOBRE COMPORTAMENTO AUTOLESIVO ENTRE ADOLESCENTES 33
5.1.1	Questões individuais e subjetivas 35
5.1.2	Expressão da questão social levando ao sofrimento psíquico e ao comportamento autolesivo: Bullying, preconceito racial, orientação sexual, conflitos familiares 39
5.1.3	Papel dos serviços de saúde- acolhimento e encaminhamento para a rede de atenção psicossocial e rede socioassistencial 41
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS 47
	REFERÊNCIAS 49
	APÊNDICE A — QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO 54
	ANEXO A — PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PEQUISA DADOS DO PROJETO DE PESQUISA..... 55
	ANEXO B — TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido..... 64

APRESENTAÇÃO

Sou formada em Serviço Social na modalidade presencial no primeiro curso do Cariri. No Brasil há poucos cursos em Serviço Social público, e no Ceará, apenas em Fortaleza na Universidade Estadual do Ceará-UECE, e, no interior, na cidade de Iguatu pelo Instituto Federal- IFCE. Em 2013 assumi o concurso público municipal para o cargo de assistente social no Centro de Atenção Psicossocial Infanto Juvenil-CAPSij na cidade de Barbalha- CE. Em 2019, fui convocada também no concurso público para o cargo de assistente social do Núcleo de Apoio Ampliado em Saúde da Família-NASF, hoje, Equipe Multiprofissional-e-Multi na cidade de Mauriti-CE, até os dias atuais trabalho nos dois serviços.

Não sou apenas trabalhadora do Sistema Único de Saúde- SUS, sou também defensora. Minha aproximação com o objeto da pesquisa iniciou quando comecei em 2020 a perceber a chegada de muitos adolescentes com autolesão encaminhados pelas Estratégias de Saúde da Família (ESF). Nesse sentido, comecei a dialogar mais com a psiquiatra do serviço, a fazer listagem desses adolescentes, realizar encontros com eles e suas mães e investigar os aspectos sócios familiares e econômicos dos quais estavam inseridos. E assim, sempre que a psiquiatra atendia adolescente com autolesão discutia comigo para construir intervenções mais assertivas e acolhedoras para um acompanhamento integral.

As principais queixas trazidas pelos adolescentes nos atendimentos comigo na condição de assistente social do CAPSij, eles, frequentemente, relatavam queixas relacionadas a conflitos familiares, uso abusivo de álcool e outras drogas, identidade de gênero, racismo, violência sexual e religião. No que se refere à religião, os pais, não aceitavam o filho (a) a seguir religiões de matriz africana ou os obrigavam a frequentar igrejas cristãs, outro indicativo para a prática da autolesão estava relacionado a pobreza, a realidade socioeconômica, a violência sexual e o bullying.

Quando questionado o motivo de se cortar, os adolescentes eram enfáticos ao afirmar que seria para aliviar uma angústia, um sofrimento, e por não gostar de falar sobre seus sentimentos. Nesse sentido, o comportamento autolesivo alivia momentaneamente a dor e sofrimento vivenciado pelos adolescentes. Na minha observação, poucos relatavam ter um planejamento para a prática do suicídio ou tinham pensamento suicida. Segundo Le Breton, 2010, p. 01, este tipo de comportamento “Trata-se de provocar a própria dor para ter menos dor”.

Segundo nossa observação, o surgimento da pandemia de COVID-19, o número de encaminhamento de adolescentes com práticas de autolesão e/ou tentativa de suicídio aumentaram consideravelmente. Segundo relatos de alguns adolescentes, o isolamento social e as aulas não presenciais contribuíram sobremaneira para essas atitudes. Outro fator que chamou a atenção no atendimento no CAPSij foi que, muitos adolescentes só tiveram um primeiro atendimento na Estratégia Saúde da Família, e, logo em seguida, foram encaminhados diretamente ao CAPSij. No município de Barbalha, os atendimentos são geralmente agendados previamente através da Central de Regulação do Município (CREMU).

Durante o primeiro atendimento era indagado se houve abordagem pelo enfermeiro(a), médico(a) ou outro profissional da equipe sobre as causas que serviram como estressores para desencadear o comportamento autolesivo, muitos responderam que não. É importante destacar que, muitas pessoas que cometem suicídio, estiveram em consulta médica no último mês que o antecedeu (Botega, 2009), se o comportamento autolesivo é um “caminho para o suicídio”, é primordial haver escuta adequada para uma intervenção assertiva.

1 INTRODUÇÃO

“Permita que eu fale, e não as minhas cicatrizes” (Emicida).

O presente estudo objetiva conhecer a visão dos profissionais da ESF sobre o cuidado em saúde mental no que diz respeito aos comportamentos autolesivos dentre adolescentes. Este fenômeno, caracterizado por ações deliberadas, que causam danos ao próprio corpo, representa um desafio complexo para os sistemas de saúde, especialmente no que se refere à abordagem preventiva e no suporte aos adolescentes que apresentam tais comportamentos.

A atenção básica através da Estratégia Saúde da Família-ESF, por sua vez, desempenha um papel crucial na detecção precoce e na intervenção, tornando essencial a compreensão dos profissionais que atuam nesse nível de assistência, uma vez que a atenção básica compreende a porta de entrada do sistema de saúde, o conhecimento acerca de comportamentos auto lesivos entre adolescentes permite que esses profissionais possam agir de forma mais segura, buscando resolutividade e uma assistência segura (Santos; Faro, 2018; Menezes; Faro, 2023).

O comportamento autolesivo em adolescentes tem se tornado uma preocupação crescente nos últimos anos, implicando assim no aumento da demanda de profissionais de saúde capacitados o suficiente para atender. A falta de preparo e compreensão sobre esse fenômeno pode resultar em subnotificações, diagnóstico tardio e na maioria das vezes em intervenções não eficazes, resultando assim em sérias complicações aos adolescentes (Santos; Faro, 2018).

Para uma abordagem mais abrangente, é indispensável delinear alguns conceitos fundamentais. O comportamento autolesivo engloba uma variedade de ações, como cortes (cutting) e esses são geralmente os mais predominantes entre os adolescentes, além disso, também são exemplos: queimaduras, uso de drogas ilícitas na intenção da autoagressão, assim como a ingestão de produtos químicos e de medicamentos em grande volume, práticas realizadas intencionalmente pelo indivíduo (Proaño, 2018; Van Der Kolk, 2020).

No contexto dos adolescentes, os comportamentos autolesivos, na maioria das vezes, refletem desafios emocionais e sociais. Além dos efeitos na saúde e no desenvolvimento pessoal, a autolesão não suicida (ALNS) é percebida como uma questão de saúde pública, uma vez que influencia de maneira direta os relacionamentos do indivíduo e as pessoas em sua rede social, especialmente sua família. Nesse sentido, os profissionais que compõem a

atenção básica desempenham um papel fundamental na detecção desses comportamentos e nas medidas de prevenção (Menezes; Faro, 2023).

O conhecimento dos profissionais de saúde da atenção básica sobre comportamento autolesivo em adolescentes será guiada por macro indicadores, os quais podem-se citar: a identificação adequada, a qual corresponde às opções terapêuticas disponíveis no âmbito da atenção básica para os profissionais de saúde saberem como lidar com casos de comportamento autolesivo; a rede de encaminhamento, é uma ferramenta de grande valia para ser aplicado, uma vez que permite a comunicação entre a rede e leva em consideração a referência e contrarreferência para o serviço especializado e por fim, a abordagem preventiva, que diz respeito aos conhecimentos sobre estratégias que os profissionais detenham, com fins educacionais, buscando identificar e prevenir a autolesão e outros futuros riscos à saúde (Cronemberger, Silva, 2023; Reis, Pereira, 2023).

É importante salientar que a autolesão é caracterizada como um ato deliberado e intencional. Conforme definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS), a autolesão é enquadrada no âmbito da violência auto infligida, abrangendo o uso intencional de força física real ou ameaça contra o próprio indivíduo. Essa definição destaca a natureza voluntária e consciente desse comportamento, destacando a relevância de compreender suas nuances dentro do contexto da atenção básica em saúde, para que sejam realizadas estratégias de mitigação (Brasil, 2014).

Segundo informações do Sistema de Notificações e Agravos de Notificação foram contabilizadas 3.850 autolesões e tentativas de suicídio na série de 2017 a 2021 em todo o Ceará, na faixa etária entre 10 e 19 anos, dados atualizados em 01/12/2021. Na 21ª Área Descentralizada de Saúde (ADS). A cidade de Barbalha ocupa o segundo lugar com 167 notificações e a região do Cariri, ocupa a segunda colocação nesse tipo de violência. As meninas são em maior percentual, 77,5%, e os meninos 22,5%. Este dado é condizente com a literatura recente, meninas praticam mais comportamento autolesivo. “O gênero feminino apresenta taxas mais altas de autolesão não suicida, entretanto, a proporção do comportamento entre os gêneros é muito próxima” (Silva et al., 2022, p.10).

De acordo com os dados supracitados, estes números são coletados através do sistema de notificação podendo existir uma subnotificação. Certamente, provocando uma demanda reprimida, pois não se sabe ao certo se esse quantitativo se dá porque há uma alimentação do sistema de informação por parte do setor de vigilância epidemiológica de alguns municípios, ou, porque de fato, seja essa a realidade da região do Cariri no interior do Ceará.

Na cidade de Barbalha, segundo dados coletados no Sistema de Notificações e Agravos de Notificação (SINAN-NET), do universo de 1.452 famílias, o que corresponde a 5.534 usuários cadastradas nas duas ESF do bairro Malvinas 69 adolescentes praticaram violência autoprovocada de 2021 a abril de 2023.

Considerando que, a autolesão por si só não constitui um problema que necessita da intervenção psiquiátrica, fazer o manejo desses adolescentes não deve ser obrigatoriamente na atenção especializada e/ou no Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil (CAPSij). Portanto, de acordo com a portaria n.º 3088 de 23 de dezembro de 2011 do Ministério da Saúde, orienta que, se apresentar transtorno grave e severo, deve-se realizar discussão compartilhada entre ESF e CAPSij para construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS).

A prática de autolesão não necessariamente é um sintoma de um transtorno mental grave, podendo ser manejado na própria ESF, sendo que, com o matriciamento e a educação continuada poderiam instrumentalizar as equipes para identificação e manejo na própria ESF dos casos mais leves.

Entretanto, como ainda não há uma classificação de risco realizada pela ESF e a efetivação do cuidado longitudinal, há priorização dos atendimentos ambulatoriais e o encaminhamento ao CAPSij, aos serviços especializados de crianças e adolescentes sem perfil para atendimento. Outrossim, sobrecarrega os profissionais, diminui o tempo dedicado aos atendimentos individualizados nas terapias e não menos importante, o tempo de espera para primeira avaliação psiquiátrica fica em torno de três meses de espera.

Ressalta-se que o cotidiano do CAPSij é permeado por outras demandas de atendimentos complexos como autismo, Transtorno do Déficit de Atenção Hiperatividade (TDAH), esquizofrenia, deficiência intelectual, dificuldade de aprendizagem, autolesões dentre outros problemas que geram sofrimento mental intenso aos usuários e aos familiares os quais poderiam ser atendidos por meio da educação popular em saúde implicados com os saberes culturais e coletivos preconizados na Política Nacional de Educação em Saúde-PNEP-SUS (Brasil, 2013).

Segundo os pressupostos de Esswein et al., (2021), a ABS ocupa um lugar importante na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para a superação do modelo outrora asilar e medicalizante. Ainda nessa publicação, destaca-se que (Brasil, 2013, p. 19) “é na ABS através da ESF que as ações de promoção e prevenção são desenvolvidas no território adscrito, pois possibilita conhecer a realidade social, cultural e econômica”. Conhecer essa realidade da comunidade facilita o entendimento e as possíveis intervenções na saúde mental infanto

juvenil. A ESF é a porta preferencial de entrada para os demais serviços de saúde, possui grande capilaridade para promover e prevenir agravos à saúde individual e coletiva.

A ABS por meio da ESF é corresponsável pelos atendimentos em saúde mental. Ressalta-se que, a saúde mental, enquanto política pública, só veio ter um dispositivo específico para atender a população a partir da publicação da portaria n.º 366/2002 que cria os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), tendo como princípio a integralidade e a intersetorialidade. Segundo Andrade (2021) os maus tratos no hospital na cidade de Barbacena, Minas Gerais culminaram com a necessidade de mudança no atendimento de pessoas com transtorno mental pelos serviços substitutivos de base comunitária CAPSs, residências terapêuticas e Unidade de Acolhimento Infantil (UAI). Em 2011, para melhor organizar o fluxo, foi criada a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) regulamentada através da portaria n.º 3.088/2011.

Atualmente, o Brasil tem 2.836 CAPSs distribuídos em 1.910 municípios e Distrito Federal, 813 residências terapêuticas e 25 Unidades de Acolhimento Infantil, quatro localizadas no Ceará. Anteriormente, e por longos anos, crianças e adolescentes não eram vistos como sujeitos de direitos, principalmente os de origem pobre, esses, eram vistos como “menores perigosos”. As primeiras legislações que tratam dos direitos dessa população são da década de 1920, o primeiro foi o Código conhecido como Código Melo Matos de 1927 seguido pelo Código do Menor de 1979 (Brasil, 2022).

Segundo Marino (2013) O Código de Menor de 1979 defendia que o comportamento de criança e adolescente deveria ser modificado pela educação e reclusão. A última versão do Código de 1990 conhecido como Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) traz a doutrina da proteção integral garantindo que esses indivíduos gozem de todos os direitos inerentes à condição humana, pois são sujeitos em desenvolvimento. Nessa perspectiva a PNAB, o ECA e a Saúde Mental trazem a transversalidade do cuidado integral.

A Política Nacional de Saúde Mental, as ações de saúde mental devem ser desenvolvidas em articulação com a Atenção Básica pela convergência de princípios entre elas. Mas, para que a saúde mental seja concretizada na Atenção Básica, é preciso que os princípios do SUS se tornem práticas cotidianas. Nesse sentido, ações que envolvam conceitos como acolhimento e vínculo, atuação em equipe e no território, integralidade do cuidado e responsabilização pelas ações, trabalho em rede, desinstitucionalização e reabilitação psicossocial, são condições sine qua non para a construção de cuidados comuns entre estas políticas (Sinibaldi, 2013, p. 37).

No CAPSij crianças e adolescentes com transtornos graves e persistentes devem ser acolhidos e acompanhados por equipe multiprofissional. No contexto nacional, essa conquista

só foi possível porque houve o movimento da reforma psiquiátrica na década de 1980 influenciado pelo italiano Franco Basaglia. De acordo com Netto (2010) o Brasil vivenciava um período de “transição democrática” que serviu como caldo cultural para desencadear vários movimentos sociais e manifestações populares.

De acordo com Couto et al., (2008, p. 3), no contexto internacional tem sido reiteradamente afirmada a necessidade de uma “rede de saúde que articule prioritariamente de base comunitária e sob fundamento intersetorial, formando um continuum de resposta para a efetividade do cuidado em saúde mental infantil e juvenil “.

Considerando as necessidades apontadas para o cuidado em saúde mental infanto juvenil, tem se as principais dificuldades na identificação das necessidades em saúde mental dos profissionais da ABS estão relacionadas aos transtornos do humor como depressão e ansiedade em crianças e adolescentes (Brasil, 2013).

Diante do cenário apresentado, esta pesquisa visa contribuir para o aprimoramento do atendimento na atenção básica, destacando a importância do conhecimento dos profissionais de saúde sobre comportamento autolesivo em adolescentes. Espera-se que os resultados identifiquem áreas de melhoria e orientem políticas e práticas voltadas para a promoção da saúde mental e o enfrentamento desse desafio crescente na população adolescente. Diante desse contexto, torna-se imperativo explorar o conhecimento existente entre os profissionais de saúde da atenção básica, identificando lacunas e áreas que necessitam de aprimoramento.

1.1 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

A Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) teve a sua primeira publicação em 2006, ocorreram novas publicações em 2011 e 2017. A Estratégia Saúde da Família consolida a Atenção Básica em Saúde, a qual é considerada a organizadora e principal porta de entrada na saúde pública. A ESF foi inserida no Sistema Único de Saúde (SUS) em 1994 visando mudar o modelo assistencial. Segundo Merhy et al., (2019) atende uma complexidade de demandas, portanto lançar mão das tecnologias materiais e imateriais pelos profissionais é o que possibilita a arte do encontro. Ainda, segundo o mesmo autor, as tecnologias são classificadas em duras, leve-dura e leve. A densidade tecnológica não é o determinante na ABS, pois, a promoção e a prevenção são características do processo de trabalho da e na ESF. Entende-se por processo de trabalho na saúde.

A teoria do processo de trabalho entende a prática de saúde como um processo de transformação de um dado objeto em um produto, a partir de uma finalidade prevista

ou de um projeto. Nessa teoria, os momentos constituintes do processo de trabalho são o objeto, os meios de trabalho e o trabalho propriamente dito. Além disso, devem ser consideradas as relações técnicas e sociais entre agentes-sujeitos, sob as quais é realizado o trabalho em saúde (Merhy, 2012, p. 465).

Nesse sentido, o processo de trabalho é fundamental para a criação das subjetividades entre profissional e usuário, os elementos necessários para organizá-lo, profissionais envolvidos, meios/instrumentos os objetivos e finalidade nos processos de trabalho na ESF visa a transformações no cotidiano de trabalho.

Nessa perspectiva, Machado (2016) afirma que o objetivo do processo de trabalho é modificar a situação de saúde da população e seus determinantes e condicionantes. Nesse sentido, segundo Paim (2016) os processos de trabalho irão refletir a escolha dos instrumentos e ferramentas. A equipe multiprofissional participante dessa pesquisa, vivenciam e organizam o processo de trabalho na ESF de acordo com a realidade epidemiológica local, condições disponibilizadas pela gestão municipal de organização e planejamento.

As ações e atividades são realizadas de acordo com a demanda e exigências dos próprios programas e campanhas solicitadas pelos gestores nacional- Ministério da Saúde-MS, estadual, Secretaria de Saúde-SESA e municipal-Secretaria de Saúde, não há agenda protegida para reuniões e planejamento das ações e atividades. Dentre os processos de trabalho destacam-se visitas em domicílio pelos ACS, atendimento individual, realização de campanhas de vacinação, saúde da mulher e do homem por ocasião do Outubro Rosa e Novembro Azul e atendimento hiperdia. Essas atribuições estão preconizadas na PNAB de 2017.

Nessa direção, a primeira publicação da PNAB em 2006 trouxe grandes conquistas, a cobertura universal pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), no entanto, a última publicação em 2017 teve várias perdas, as quais foram conquistadas através dos movimentos sociais, dos trabalhadores, usuários e pesquisadores comprometidos com um SUS efetivo. Segundo Mendes et al., (2019) o financiamento por meio de captação ponderada, cobertura cem por cento por ACS apenas em áreas consideradas de alta vulnerabilidade social, desconfigura o princípio da universalidade. O processo de trabalho se modifica também com as novas configurações da política de saúde.

O sistema de saúde brasileiro passou a restringir sua assistência à saúde às pessoas (indivíduos) que os municípios conseguiram cadastrar, distanciando-se do princípio universal em que as transferências de recursos deveriam ser associadas ao conjunto da população dos municípios. Destitui-se por completo toda lógica da atenção primária à saúde e a universalidade do sistema, descaracterizando sua orientação

como ordenadora do cuidado e ratificando os elementos de mercado que servem para o capital (Mendes, *et al.*, 2019, p. 02).

Nesse sentido, Carvalho (2013) afirma que o Brasil vem na contramão de vários países como o Canadá em que adota na Atenção Primária em Saúde-APS pela estratégia de promoção da saúde. Internacionalmente, já houve cinco conferências internacionais que discutiram desde o conceito ampliado de saúde à promoção e prevenção à saúde na ABS. Em 1986 no Canadá foi realizada a primeira Conferência Internacional sobre promoção da saúde com a publicação da Carta de Ottawa.

A consolidação da APS através da ESF é o que materializa o SUS para a população usuária atuando na prevenção da mortalidade infantil, vacinação e acompanhamento dos usuários hipertensos e diabéticos. Segundo o Conselho Nacional de Saúde, 85% dos problemas de saúde devem ser solucionados na ABS. Cada ESF tem um território, o acolhimento, equipe multiprofissional e a responsabilidade sanitária são elementos importantes disponíveis para dar resolutividade (Brasil, 2017).

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Conhecer a visão dos profissionais da ESF sobre o cuidado em saúde mental no que diz respeito ao comportamento autolesivo dentre adolescentes.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar como os profissionais da ESF entendem os contextos que envolvem o comportamento autolesivo entre adolescente;
- Identificar quais os cuidados ofertados pelos profissionais da ESF em saúde mental de adolescentes com questões relacionadas à autolesão;
- Descrever quais os tipos de articulação e ações com a rede socioassistencial para acompanhamento dos adolescentes com questões relacionadas à autolesão.

3 SAÚDE MENTAL E ADOLESCENTE – DIRETRIZES NACIONAIS PARA O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL INFANTO JUVENIL

Sabe-se que a adolescência é uma construção social a qual só veio ser definida como tal após o período industrial (Papalia, 2013). Não é definida apenas por tempo cronológico, mas considera marcadores como a cultura, a política e a realidade socioeconômica. Para a Organização Mundial de Saúde-OMS o período da adolescência é considerado dos 10 até os 19 anos, o Ministério da Saúde-MS no Brasil segue o preconizado pela OMS. Para o Estatuto da Criança e do Adolescente, lei n.º 8069/1990, o período da adolescência é considerado de 12 a 18 anos incompletos. Optou-se neste trabalho pelo período definido pelo ECA.

O SUS é uma política pública universal regulamentada a partir da Constituição Federal de 1988 e da lei 8.080/1990 que traz os princípios, diretrizes, programas e linhas de cuidados, a linha de cuidado em saúde mental de crianças e adolescentes na ABS.

Outrossim, Brasil (2013) traz na parte III — Cuidado com a pessoa que sofre-situações de saúde mental comuns na Atenção Básica-orientações acerca das principais queixas trazidas pelas famílias e adolescentes, orientação sobre acolhimento, manejo clínico, discussão com a equipe, orientação para construção de ecomapa, genograma, projeto terapêutico singular e a necessidade de os profissionais conhecerem a rede de apoio no território adscrito. Portanto, faz-se necessário conhecer a linha de cuidado em saúde mental planejada para seu território a partir dos dados epidemiológicos.

O conceito de cuidado na saúde definido por Merhy (2002) é um conjunto de abordagens, procedimentos, fluxos e rotinas, os quais envolvem decisões quanto ao uso das tecnologias — leve, leve-dura-dura, realizando e articulando a integralidade nos diferentes espaços e/ou ponto da rede. O cuidado em saúde de qualidade se faz necessário tendo no processo de trabalho a definição do fluxo de atendimento, classificação de risco, planejamento por meio da efetividade da Cogestão e da construção do projeto terapêutico. Entende-se por projeto tudo aquilo que está no campo das ideias do planejamento, ou seja, da teleologia. A execução do projeto é o ato do cuidado concreto. No campo da saúde mental, viabiliza avaliação e a condução segura, empática, acolhedora seguindo um protocolo direcionado para entender o sofrimento.

O objetivo da avaliação inicial é acolher, formular hipóteses e rastreamento sobre o que está acontecendo com a criança e/ou adolescente e sua família, e, delinear as primeiras intervenções para o cuidado integral. Portanto, o cuidado em saúde relaciona-se com a integralidade oportunizando o usuário caminhar na rede objetivando a resolutividade.

3.1 ADOLESCÊNCIAS E COMPORTAMENTO AUTOLESIVO

“A adolescência é um período de desenvolvimento humano caracterizado por mudanças hormonais” (Silva, 2017 *apud* Moraes, 2020, p. 2). É conhecida por alguns como a fase da rebeldia ou a fase da descoberta. Historicamente, crianças e adolescentes eram vistos como adultos em miniaturas. “A Idade Média vestia indiferentemente todas as classes de idade, preocupando-se apenas em manter visíveis através da roupa os degraus da hierarquia social. Nada, no traje medieval, separa a criança do adulto” (Ariés, 1978, p. 33). No Brasil, a adolescência só foi reconhecida e considerada sujeito de direitos e responsabilidades com a criação do Estatuto da Criança e do Adolescente (Brasil, 1990).

A criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-lhes, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade (Brasil, 1990).

Segundo Fonseca *et al.*, (2018, p. 248) é na adolescência que também se apresenta comportamento que culturalmente não são aceitos como o comportamento autolesivo. Para a OMS, “a autolesão no contexto da violência autoinfligida corresponde ao uso intencional de força física real ou de ameaça contra si mesmo”. Ao encontro dessa definição, Menninger (1938 *apud* Giusti 2013, p. 27) “propõe que a automutilação seria uma ação do indivíduo para evitar o suicídio e tranquilizar-se.” Nessa perspectiva, é considerado um problema de saúde pública, o qual tem predominância em adolescente mulher.

No Brasil, ainda há poucas pesquisas envolvendo o fenômeno Giusti (2013). Em contrapartida, Aragão e Mascarenhas, (2022) confirmam haver aumento das notificações de violência autoprovocada em adolescentes. O boletim epidemiológico vol. 53 n.º 37, traz dados entre os anos de 2016 e 2021 aumento de 45% a taxa de suicídio entre criança e adolescente de 10 a 14 anos. O aumento do quantitativo pode estar relacionado com a publicação das portarias 1271/2014 e 204/2017 do Ministério da Saúde obrigando profissionais da saúde a realizar o preenchimento da ficha de notificação individual do Sistema de Informação de Agravos de Notificação-SINAN.

A autolesão é considerada uma violência autoinfligida, o comportamento autolesivo em regra, não tem intenção de praticar o suicídio, mas de aliviar sentimentos negativos ou de impulsividade. (Pegoraro; Vicentin, 2022). Por isso, é sempre importante acolhê-los,

questionar e/ou refletir com eles sobre o que “eu corto quando me corto”. Quais situações de conflitos, negligência, conflito familiar, abandono, violências estão servindo como gatilhos para potencializar o comportamento autolesivo e o grau de gravidade das lesões.

O termo utilizado para esse fenômeno ainda é bastante diverso, dificulta o entendimento e o manejo de profissionais da saúde. Entre os termos estão autolesão, automutilação, autolesão não suicida, *cutting*, escarificação e autoagressão (Pegoraro; Vicentin, 2022). A autolesão nem sempre tem a ideação suicida, portanto há autolesão com ideação e sem ideação. Para Giusti (2013) autolesão com ideação de suicídio tem por finalidade o fim de uma dor, enquanto para a autolesão sem ideação suicida a finalidade é provocar algum alívio e/ou dor de forma imediata. O Manual Estatístico e Diagnóstico de Transtornos Mentais (DSM-V), foi formalizado no termo autolesão não suicida. Os múltiplos conceitos dificultam a pesquisa e o manejo dos profissionais.

A prática da autolesão sem intenção de suicídio em adolescentes reflete um fenômeno contemporâneo (Canavez, 2018). São comumente relacionados a alguns fatores demográficos, sociais, familiares, desordens psiquiátricas dentre outros (Silva; Botti, 2017). A automutilação nem sempre tem como desfecho o suicídio, para alguns é uma ferramenta para evitar o suicídio, no entanto, é “importante fator de risco para o suicídio consumado e para futuro comportamento autolesivo” (Bhui *et al.*, 2007 apud Silva; Botti, 2017, p. 70).

De acordo com Silva e Shoen (2020), o corte é uma estratégia de mitigação de tensões entre os aspectos sociais/familiares que influenciam os adolescentes a se envolverem em comportamentos autolesivos, os quais estão associados à orientação sexual divergente dos padrões binários da sociedade atual.

No Brasil, a comunidade LGBTQIA+ continua enfrentando níveis alarmantes de discriminação, violência e crimes violentos. De acordo com os dados coletados do Observatório de Mortes e Violências contra a população LGBTQIA + (2022), a gravidade da situação, com o registro de 273 óbitos decorrentes de causas violentas. Destes, 30 foram atribuídos ao suicídio, equivalendo a 10,99% do total de mortes. Esses números destacam a urgência de medidas eficazes para enfrentar a violência e promover a igualdade e o respeito pelos direitos humanos de todas as pessoas, independentemente da sua orientação sexual ou identidade de gênero.

O comportamento autolesivo não é condição *sine qua non* para encaminhar para a rede especializada em saúde mental (CAPSij), a escuta ativa, acolhedora e a longitudinalidade podem nortear a decisão de encaminhar ou não-exemplo - uma pessoa que se cortou uma vez, por tentativa de suicídio, e apresenta sintomas depressivos graves e ideação suicida deverá ser

encaminhada ao CAPSij, uma pessoa que pratique o comportamento autolesivo, mas não tenha sintomas graves, poderá ser acompanhada na ESF.

O encaminhamento ao CAPS não significa a perda da longitudinalidade com a ESF, ou seja, os profissionais devem continuar o acompanhamento desses adolescentes na unidade de saúde, pois têm outras demandas, saúde, sociais, familiar, após estabilizadas no CAPSij continuarão dando seguimento na ESF.

4 METODOLOGIA

4.1 CONSTRUINDO OS CAMINHOS PARA INVESTIGAR: PESQUISA QUALITATIVA

“Todo começo é difícil em qualquer ciência” (Karl Marx).

A pesquisa desenvolvida é de natureza qualitativa por entender que é mais apropriada para estudar as relações sociais, os desejos, percepções, os costumes, e os hábitos que podem ser individuais e/ou coletivos (Minayo, 2010). Ainda, segundo a autora, a pesquisa qualitativa é inerentemente intrínseca e extrinsecamente ideológica, portanto, despida de neutralidade.

Nesse sentido, o paradigma que melhor responde aos objetivos é aquele que realiza a interpretação dos fenômenos na sua pseudoconcreticidade (Kosik, 1976), tendo o paradigma interpretativo ancorado no materialismo histórico-dialético com a perspectiva da objetividade e totalidade. “Ambos trazem em seu núcleo a ideia fecunda das condições históricas de qualquer manifestação simbólica, de linguagem e de trabalho do pensamento” (Minayo, 2010, p. 350).

Para Bosi (2012, p. 2) “a pesquisa, caracteriza aquelas cujos objetos exigem respostas não traduzíveis em números, haja vista tomar como material a linguagem em suas várias formas de expressão” respeitando sotaques, entonações e certas singularidades.

4.2 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os participantes da pesquisa foram profissionais que atuavam na ESF em um bairro periférico da cidade de Barbalha-CE. Duas ESF representaram a amostra do universo das vinte e seis ESF do município, o qual está localizada na região do Cariri, a distância de 507 km da capital Fortaleza. O universo da pesquisa totalizou treze profissionais integrantes das duas ESF, no entanto, nove responderam aos contatos iniciais, aceitaram participar da pesquisa e assinaram o TCLE.

4.3 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES E O PROCESSO DE TRABALHO

Nesse estudo, nove participantes de diversas áreas profissionais e níveis de escolaridade contribuíram para a pesquisa, a maioria, correspondendo a 84,13%, é composta por mulheres com idades predominantemente entre 36 e 40 anos. Em relação aos

profissionais, estão presentes profissionais como agentes comunitários de saúde (ACS), técnicos de enfermagem, dentistas e médicos. Na Estratégia Saúde da Família (ESF), conforme orientado pelas diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica de 2017, a equipe multiprofissional inclui médicos, dentistas, enfermeiros (as), auxiliares de farmácia, técnicos em saúde bucal e técnicos em enfermagem. É importante ressaltar que alguns profissionais de nível médio possuem também formação superior em áreas como Serviço Social e Tecnologia em Alimentação.

A profissão com maior quantitativo na ESF é da categoria dos Agentes Comunitário de Saúde -ACS. Segundo a nova PNAB de 2017 o quantitativo é definido por critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos. A nova portaria n.º 2.436/2017 não garante cobertura de cem por cento de todos os territórios, apenas aqueles com maior índice de vulnerabilidade. Certamente, não considera o princípio da universalidade. Apenas áreas de grande dispersão territorial, áreas de risco e vulnerabilidade social, recomenda-se a cobertura de 100% da população com número máximo de 750 pessoas por ACS (Brasil, 2017).

No tocante ao vínculo empregatício, a maioria dos profissionais de nível médio é concursada como os ACS, alguns com duas décadas atuando na comunidade adscrito, no entanto, destaca-se que, os profissionais de nível superior, médico e dentista, têm vínculo empregatício fragilizado e flexível- contrato temporário e programa Mais Médico.

Os processos de trabalho entre a equipe da ESF se dão a partir da demanda espontânea dos usuários, visita domiciliar e realização de ações do Programa Saúde na Escola¹. A ambiência estrutural é higienizada, organizada, arborizada com plantas frutíferas nos canteiros, oferecendo melhor acolhimento aos que buscam algum atendimento. No decorrer da pesquisa a unidade de saúde passou por uma pequena reforma. No entanto, a sala de reunião que serve também como almoxarifado não tem ar condicionado, gerando desconforto em períodos de temperaturas mais elevadas.

Os profissionais se mostram amistosos, alegres e receptivos favorecendo os processos de trabalho, os quais são compreendidos a partir da forma como organizamos e planejamos nossas atividades, estão sempre ligados a uma finalidade e a um objetivo lançando mão da instrumentalidade. Nesse sentido, é fundamental que os profissionais da ESF desenvolvam habilidades para construir e aplicar instrumentos e tecnologias de forma reflexiva com a finalidade de transformar o processo de trabalho executado no cotidiano. No entanto, definir esses processos de trabalho para sua transformação não depende apenas dos profissionais que

¹Portaria Interministerial n° 1.413 de julho de 2023 (BRASIL, 2013)

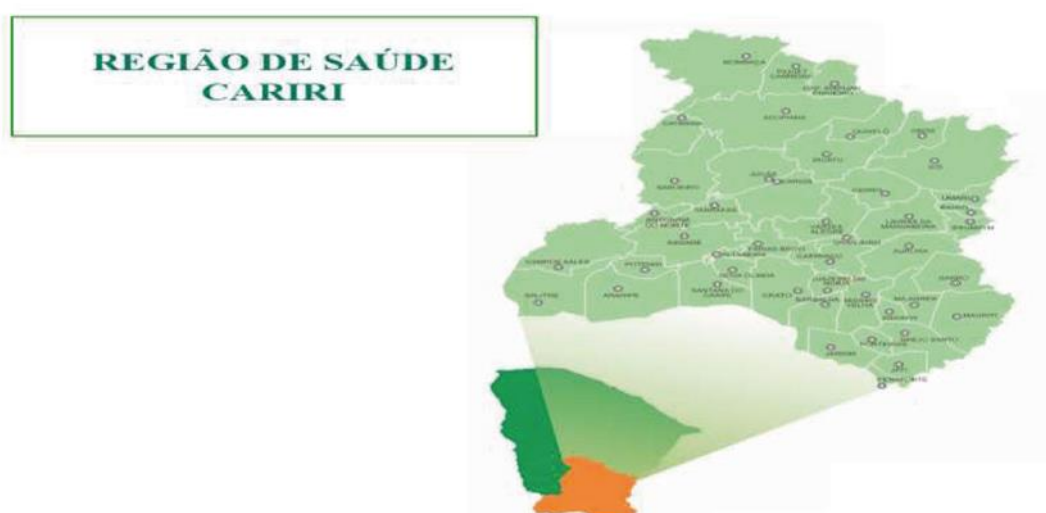
atuam na ESF, a Coparticipação entre trabalhador (a), usuário (a) e gestão, preconizado na Política Nacional de Humanização (PNH) é fundamental. No entanto, devem-se levar em consideração que o trabalho na sociedade capitalista é alienado, nesse sentido, os processos de trabalhos são escolhidos e condicionados pelas políticas implantadas.

4.4 CAMPO DE ESTUDO

“Barbalha terra dos verdes canaviais” (Alcimar Monteriro).

Conhecer o campo de estudo é fundamental para localizar o leitor. O mapa abaixo possibilita a visualização geográfica da regional de saúde a qual a cidade de Barbalha está inserida.

Figura 1: Mapa da região de saúde do Cariri.



Fonte: ASCOM/SESA - CE, 2019c.

Barbalha está localizada na região do Cariri. A cidade é referência nos procedimentos especializados para seus moradores e cidades circunvizinhas principalmente as que abrangem as “especialidades cardiovascular, traumato-ortopedia, oncologia, neurologia e nefrologia” (SESA,2023, p. 36). Atualmente, segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde-CNES há 26 ESF, dois hospitais filantrópicos, centro de hemodiálise e cardiológico, e um centro de especialidades-CEDE. Na saúde mental, dispõe de três CAPS atendendo a 1529 usuários ativos, correspondendo a 2,37% da população em geral do município. Segundo o sistema-Impulso-Gov, sistema particular adquirido pelo município, o CAPSi atualmente, têm

405 crianças e adolescentes, correspondendo a 0,53% da população em geral atendidos, no CAPSIII, têm 800 usuários ativos e CAPSaD 253.

As duas equipes na qual foi realizada a pesquisa são compostas por vinte e três trabalhadores e trabalhadoras da saúde. Os profissionais atuam em duas equipes de dois territórios fazendo a cobertura de 1.452 famílias totalizando 5.534 usuários, o que equivale a 7,2% da população municipal de 75.033 (IBGE, 2023). Há 828 pessoas cadastradas na faixa etária de 10 a 19 anos, correspondendo a 1,10% da população geral da cidade e 14,9% da população adscrito das duas Estratégias de Saúde da Família Malvinas I e II. Em 2022 havia vinte e três gestantes na faixa etária entre 14 e 20 anos e, em 2023, até junho, havia doze gestantes, totalizando 35 gestantes. O banco de dados utilizado na ESF, o e-SUS, registra o quantitativo de adolescentes grávidas de até 20 anos. Esses dados indicam a necessidade de trabalhar o planejamento familiar e prevenção da gravidez na adolescência com essa população.

O bairro Malvinas onde se localiza as duas ESF é considerado o mais populoso da cidade, por conseguinte, é o território em que há maior quantitativo de adolescentes com queixas de autolesão atendidos no CAPSij no período da pandemia da Covid-19. O bairro tem equipamentos públicos e privados como um Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), um Centro de Atenção Especializada de Assistência Social (CREAS), uma cozinha comunitária, uma organização não governamental para pessoas com deficiência, PESTALOZZI, igrejas e quadra esportiva. Entretanto, é um bairro popularmente conhecido com alto índice de violência, tráfico de drogas e desemprego. Ressalta-se que, nos portais de segurança pública estadual e municipal não se tem informações sobre o índice de violência por bairros, portanto, a falta de informação oficial dificulta o planejamento de ação efetiva no âmbito da segurança pública.

Barbalha, ainda se destaca na cultura, maracatu, grupos de penitentes, religiosidade, arquitetura que remonta ao regime imperial. O Geopark Araripe criando em 2006 e geossítio Riacho do Meio está situado ao extremo sul do Estado do Ceará, abrange uma área de 3.520,52 km² compondo os municípios de Crato, Juazeiro do Norte, Barbalha, Missão Velha, Santana do Cariri e Nova Olinda (DA SILVEIRA, 2012). Possui atualmente nove geossítios acessíveis para visitação (DE MOURA-F E, 2016). O geossítio   habitat natural da ave conhecida como "Soldadinho do Araripe", nome científico, "Antilophia Bokermanni", sua imagem   bordada e pintada pelos artistas e artesãos da região.

4.5 CRITÉRIOS DE SELEÇÃO

Os participantes foram selecionados a partir dos critérios de inclusão. Profissionais vinculados as duas ESF do bairro Malvinas, atuando pelo menos há seis meses na referida ESF, os quais aceitaram e assinaram o TCLE. Foram excluídos os profissionais afastados por motivo de doença ou férias; que tinham vínculo empregatício menor que seis meses na unidade de saúde e que se recusaram a assinar o TCLE.

Foi realizada uma reunião com a equipe das duas ESF em que os presentes aceitaram participar da pesquisa. Estes disponibilizaram os contatos telefônicos e e-mail para a pesquisadora acordar dia e horário para realizar a entrevista. Uma trabalhadora participante da primeira reunião não pode participar da pesquisa- auxiliar de serviços gerais- por não ter seis meses de trabalho na unidade de saúde e, sendo esse um dos critérios para participar da pesquisa.

Posteriormente, foi realizado contato com os participantes por meio do WhatsApp para agendar dia e horário para assinar o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) e realizar a entrevista. Após os contatos, foi elaborada uma tabela com dia e horário a qual sofreu algumas alterações devido à demanda e agenda da unidade de saúde.

Na época, as atividades estavam voltadas para atendimento das demandas relacionadas à COVID-19 e à vacinação. Portanto, as agendas não eram seguidas de forma sistemática. Os participantes foram os profissionais que atuam na ESF no bairro periférico da cidade de Barbalha, Ceará, localizada na região do Cariri à distância de 507 km da capital Fortaleza. O universo da pesquisa, inicialmente contava com treze profissionais, porém apenas nove profissionais, integrantes das duas ESF responderam aos contatos iniciais, aceitaram e assinaram o TCLE e, conseqüentemente, participaram da entrevista.

4.6 COLETA DOS DADOS

A coleta foi autorizada pelo Comitê de Ética da UFSCar por meio do parecer n.º 5.505.424/2022 e anuência da secretaria municipal de saúde da cidade de Barbalha-Ce. As entrevistas iniciaram em setembro de 2022 e finalizaram em outubro de 2022.

4.7 ANÁLISE DOS DADOS

O método do materialismo histórico-dialético, desenvolvido por K. Marx e F. Engels e mencionado por Martins e Lavoura (2018, p. 02), foi empregado como base para a compreensão da realidade concreta. Durante o processo, foram adotadas leituras flutuantes e sistemáticas com o objetivo de buscar representatividade e pertinência através da análise categorial. Conforme Minayo (1998), a análise temática é conduzida em várias etapas, que envolvem a decomposição do texto em unidades e categorias para posterior agrupamento analítico. Posteriormente, foi realizada uma análise e interpretação ancoradas no paradigma do materialismo histórico-dialético marxista buscando saturar as análises para se ter a síntese.

O ponto fulcral do materialismo dialético é a ontologia do ser social, em que, o metabolismo entre natureza e homem oferece condições para análise dos fenômenos, ou seja, parte das abstrações para se chegar ao concreto. Na perspectiva marxista o concreto ultrapassa o empírico e supera a dimensão singular., ou seja, a pseudo concreticidade (Kosik, 1976 *apud* Lima, 2016).

Para melhor organização, elegeram-se quatro cores para identificar o núcleo de sentido distribuído da seguinte forma: vermelho, campo- social, roxo, campo - PSI, amarelo, campo- Articulação- e verde para estigma e preconceito. Após essa marcação foram constituídos três campos temáticos, a saber: 1- Questões individuais e subjetivas; 2- Expressões da questão social levando ao comportamento autolesivo; 3- Articulação com os serviços de saúde e da socioassistencial.

4.8 ASPECTOS ÉTICOS

“No plano da ética, estamos em uma perspectiva de um juízo crítico, próprio da filosofia, que quer compreender, quer buscar o sentido da ação” (Vásquez, 1975, p.13 *apud* Rios, 2011, p. 34). Nesse sentido, a pesquisa foi conduzida segundo a resolução n.º 510, de 7 de abril de 2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) após prévia aprovação pela Plataforma Brasil sob o parecer n.º 5.505.424/2022 e Comitê de ética da Universidade Federal de São Carlos-UFSCar.

No Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO II) estavam explicitados os nomes dos pesquisadores envolvidos, tanto do professor orientador e da pesquisadora. No termo estava explicitado que a pesquisa consistia em uma entrevista presencial com preservação do anonimato dos participantes voluntários.

A pesquisa teve como medida de contingência relacionada à pandemia da COVID-19, fazendo uso de máscara, limpeza das mãos e superfícies de mesas e cadeiras com álcool e

distanciamento de 1,5 cm. O risco estava relacionado a um possível cansaço e/ou constrangimento em responder às questões, estimou-se que a entrevista teria uma duração entre 30 e 150 minutos. O participante tinha o direito de desistir do estudo mesmo após a assinatura do TCLE. Não receberam nenhuma compensação financeira e indenização ao participar do estudo, pois a pesquisa não recebeu financiamento externo. O benefício da participação dos voluntários nesta pesquisa estava relacionado à contribuição com a investigação pelos pesquisadores que permitiu subsidiar eventuais aprimoramentos na forma como a atenção à saúde mental e aos agravos é trabalhada na ESF. A seguir serão apresentados os participantes e seus processos de trabalho no cotidiano da ESF.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 VISÃO DO (AS) TRABALHADORES (AS) SOBRE COMPORTAMENTO AUTOLESIVO ENTRE ADOLESCENTES

Os participantes afirmam não ter muito contato com a demanda de comportamento autolesivo, pois, acredita que não há na área adscrito, um quantitativo considerável. Alguns afirmam que não tiveram na graduação disciplina relacionada à saúde mental infantojuvenil em que abordasse comportamento autolesivo, outros, tiveram aproximação por meio de cursos rápidos voltados para manejo medicamentoso. O atendimento de saúde mental na ESF deve ter apoio para realizar matriciamento por meio das Equipes Multiprofissional na Atenção Primária à Saúde-eMulti (Brasil, 2003).

Segundo Campos Demiti (2007), o matriciamento foi pensado para organizar o cuidado em saúde, preconiza a horizontalidade dos saberes e a participação entre os diversos profissionais, família e usuários buscando a produção em saúde por meio do diálogo em roda. A influência do uso da roda é baseada no método de análise e cogestão denominado de modelo Paideia. A construção foi uma crítica contumaz ao modelo taylorista. Este era baseado na gerência flexível de produção por demanda e ênfase na qualidade total da produção.

Depreende-se que o método da roda:

Adota como diretriz metodológica a instalação deliberada de processos que objetivem a construção de Espaços Coletivos. Entende-se por Espaços Coletivos arranjos concretos de tempo e lugar, em que o poder esteja em jogo; e onde, de fato, se analisem os problemas e se tomem deliberações (Campos, 2013, p. 33).

Passadas quase três décadas e a apropriação conceitual e prática sobre os preceitos do matriciamento e a clínica ampliada ainda não é vivenciada efetivamente pelos profissionais da ESF, sendo ela a porta de entrada para os serviços de saúde e ordenadora dos fluxos. Faz-se necessário apontar que, os princípios que regem esse arranjo de produção de saúde vão de encontro com o modo de produção contemporâneo capitalista que dá ênfase ao individualismo, a medicalização da vida e na formação baseada na racionalidade² burguesa, ou seja, razão instrumental (Guerra, 2007).

²De acordo com (Guerra, 2005, p. 44) a racionalidade é uma propriedade da razão, vinculada às suas diversas formas de concepção, tendo nesta o seu fundamento determinante que, por sua vez, “é expressão da própria realidade” A categoria racionalidade em toda sua complexidade ontológica e reflexiva configura-se em diferentes dimensões na realidade; dimensões estas que se referem ao modo de ser, ao modo de pensar e ao modo de agir (Soares, 2020, p. 33 apud Guerra, 2005, p. 44).

Não menos importante, a não efetivação da Política Nacional de Educação Permanente de 2018 e a Política Nacional de Humanização de 2013 pelos gestores de forma sistemática corroboram com esse cenário de não apropriação e execução pelos profissionais da ESF, constituindo-se em desafios para realizar o manejo dos usuários em geral e aos adolescentes com comportamento autolesivo.

Nesse sentido, a pesquisa revelou através das entrevistas duas categorias.

- Contexto da autolesão;
- Cuidados às pessoas que promovem autolesão.

As duas categorias centrais emergiram três campos temáticas com quatorze subcategorias apresentadas a seguir.

1) Questões individuais e subjetivas:

1.1) sofrimento Psicológico;

1.2) Estigma e vergonha.

O sofrimento psicológico na visão dos participantes se refere ao adolescente não saber administrar as decepções e as cobranças da vida contemporânea como aprovações escolares e sociais. Os adolescentes que praticam autolesão são estigmatizados por não ser compreendidos pelas famílias nas suas escolhas, e conseqüentemente, têm vergonha de expor as feridas físicas.

2. Expressão da questão social que levam ao sofrimento e comportamento autolesivo:

2.1) Bullying;

2.2) Preconceito;

2.2.1) Racial;

2.2.2) Orientação sexual;

2.3) Conflitos familiares.

Atualmente o *bullying* praticado principalmente no ambiente escolar é preocupante. Entre os mais comuns estão relacionados ao preconceito racial e a orientação sexual. O conflito familiar é colocado como um dos principais estressores entre adolescente com comportamento autolesivo.

3) Papel dos serviços de saúde:

3.1) Acolhimento;

3.2) Atendimento de urgências / emergências - (suturas em pronto socorro);

3.3) Articulação de redes;

3.3.1) Psicossocial;

3.3.2) Socioassistencial;

3.3.3) Educação;

3.3.4) Familiares e comunidade.

Segundo a Política Nacional de Saúde, o acolhimento é uma diretriz que busca reconhecer e legitimar as demandas trazidas pelos sujeitos, suas respostas devem ser feita de forma ética e humanizada. É na escuta ativa e responsável que se faz a estratificação de risco, a depender do grau de gravidade, deve ser encaminhada para os serviços de urgência e emergência. Articular as redes disponíveis é fundamental e está em consonância com o princípio da integralidade do SUS. As principais redes nesse processo de atendimento para os adolescentes são a psicossocial (CAPS); socioassistencial (CRAS, CREAS); Educação (Escola); Família e comunidade e amigos.

A seguir serão apresentadas de forma contextualizadas as categorias e subcategorias para melhor compressão.

5.1.1 Questões individuais e subjetivas

Os três campos temáticos foram construídos a partir da seleção e escolha dos núcleos temáticos mais pertinentes para atender aos objetivos da pesquisa, ou seja, pescamos os “peixes” mais importantes na nossa rede, não só as palavras, mas o sentido e percepção colhidos nas entrevistas, buscando apreender os sentidos nas falas dos participantes do estudo, o que permite uma compreensão mais aprofundada acerca do objeto do estudo. A partir da construção dos três campos temáticos foram elaborados no campo questões individuais e subjetivas duas categorias-sofrimento psicológico e estigma/vergonha.

Seguindo os pressupostos de Junior, *et. al.* (2010) as categorias representam as relações sociais essenciais e servem como referência para em aspectos gerais do estudo gerar compreensão significativa. Senso assim:

Um cientista que consegue rachar o código de uma mensagem cifrada conseguiu, na verdade, uma rede para segurar os peixes que lhe interessam. Uma rede para decifrar a linguagem do pê é uma rede que deixa a sílaba passar, porque ela é o elemento perturbador para segurar só o que interessa (Alves,1981, p. 75).

Foi evidenciado no estudo que todos os participantes reconhecem que os adolescentes que se envolvem em comportamento autolesivo enfrentam um nível significativo de

sofrimento. Essa percepção unânime coloca em evidência a gravidade e a complexidade das questões relacionadas à autolesão entre os adolescentes. Vale destacar que, o reconhecimento desse sofrimento comum reforça a importância de abordagens sensíveis e eficazes, de maneira humanista e integral, capazes de assistir aos adolescentes que cometem essas práticas, haja vista que ações dessa natureza podem contribuir com esses adolescentes lidar com suas dificuldades emocionais e consequentemente promover saúde mental.

Às vezes tem algumas pessoas que usam a autolesão como uma forma de diminuir alguma coisa que eles estão sentindo, não com a intenção de morrer, mas eles querem tirar uma dor que estão sentindo. Nem sempre é na intenção de chamar atenção, talvez no começo seja pra chamar atenção como não conseguiu isso ali, passou a ser um hábito uma forma como eles conseguia expressar sua dor (Participante, 08).

O adolescente que comete autolesão, ele é um adolescente que está passando por vários problemas psicológicos e, ele provavelmente, está inserido em um ambiente que não é acolhedor (Participante, 7).

Observa-se que os profissionais reconhecem que existe um sofrimento mental aparente para que os adolescentes pratiquem a autolesão. O manejo dos profissionais adequadamente se torna indispensável. Conforme a American Psychiatric Association *et. al.*, (2014), o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, na 5ª edição - (DSM-5), o comportamento autolesivo é caracterizado por atos deliberados de autolesão geralmente como uma forma de lidar com emoções intensas ou como uma tentativa de aliviar sentimentos de vazio emocional.

Além disso, o DSM- 5 também pontua que, a autolesão é uma categoria independente, ou seja, necessariamente não está relacionada à depressão ou transtorno psiquiátrico. Esse destaque foi necessário para esclarecer que, nem sempre quem tem comportamento autolesivo tem problema psicológico e/ou psiquiátrico. Sendo assim, é crucial abordar adequadamente esse fenômeno, fornecendo apoio emocional, acolhimento e escuta sensível, acesso a terapias, assim como promover estratégias de enfrentamento saudáveis para ajudar os adolescentes a lidarem com suas emoções de maneira mais adaptativa.

A visão do profissional de saúde sobre o adolescente que pratica comportamento autolesivo é que há um sofrimento iminente. Nesse sentido, há um entendimento acerca de um sofrimento vivenciado pelo adolescente. Esse sofrimento pode estar relacionado com a história de vida do adolescente, histórico de depressão na família, as condições sociais /ou familiares e de vulnerabilidade vivenciadas. Apesar da depressão na Atenção Primária de Saúde, a OMS traz os seguintes dados.

A prevalência de depressão na rede de atenção primária de saúde é 10,4%, isoladamente ou associada a um transtorno físico. Segundo a OMS, a depressão situa-se em 4º lugar entre as principais causas de ônus, respondendo por 4,4% dos ônus acarretados por todas as doenças durante a vida (Brasil, 2023).

Nesse sentido, considerar as condições socioeconômicas e sociais desses adolescentes é fundamental para entender o que provoca sentimento de sofrimento que leva a realizar autolesão e/ou a um possível adoecimento mental. Segundo (Brasil, 2013), os profissionais da ABS, apesar de terem uma linha de cuidado sobre a saúde mental e o Caderno de Atenção Básica - Saúde Mental n.º 34 como instrumento de orientação não demonstram segurança para fazer avaliação, manejo e seguimento no acompanhamento longitudinal. O motivo pode ser a falta de ênfase e valorização da saúde mental infantojuvenil na formação -graduação e pós-graduação-, falta de educação permanente e discussão compartilhada inserida na rotina de trabalho da ESF.

No tocante a articulação com os equipamentos disponíveis, as falas dos participantes demonstram que há um entendimento acerca dos equipamentos disponíveis para fazer encaminhamento e articulação como percebido nas falas abaixo, porém não tem clareza sobre o papel/atribuição de cada equipamento:

E às vezes é necessário que a gente faça uma intervenção por meio de um ACS que eles passam a escutar mais fazendo visita na casa e aí o ACS pode comunicar ao CT ou pode acionar ou comunicar a família para tomar algumas medidas (Participante 08).

A gente tem a questão do CAPSi com psiquiatra e psicólogo, temos também o CRAS que é aqui pertinho (Participante 10).

Reconhecer a importância da realização da prevenção e a promoção de saúde nessa perspectiva é o caminho para efetivar uma linha de cuidado, assim como, a articulação em rede com outros serviços. As falas dos participantes ratificam, quando citam os equipamentos de saúde e a articulação do cuidado com outros profissionais. Os participantes que atuam diretamente na assistência apontam algumas iniciativas de atendimento na ESF.

Primeira coisa é o atendimento em conjunto com os tutores-familiares, E segundo a gente solicita apoio também do psicólogo, solicita apoio dos nossos agentes comunitários de saúde para tentar entender como é a dinâmica familiar que esse jovem tá inserido, qual é o ambiente que esse jovem tá inserido e a gente faz o acompanhamento aqui junto a unidade de saúde, a psicologia e a equipe (Participante 02).

Destaca-se que, nem todo adolescente que faz autolesão cortes tem a intenção de cometer suicídio, segundo (Fonseca, 2018, p. 250) “pesquisa realizada em quatro escolas estaduais em Minas Gerais com adolescentes entre 10 e 14 anos 61,22% não tinha intenção suicida. No entanto, “compõe um grupo importante para a prevenção ao suicídio” (Costa *et. al.*, 2021, p. 03). É por meio do acolhimento de forma respeitosa, humanizada e com classificação de risco que será identificado o nível de gravidade do comportamento autolesivo, e a partir da identificação da gravidade se faz necessário realizar encaminhamento com contrarreferência para os serviços especializados/CAPSij.

Dificuldades apontadas pelos participantes para realizar o acompanhamento na ABS.

Na ABS é muito complicado pela logística que a gente tem aqui, a gente não tem, por exemplo, o psicólogo dentro da unidade básica, que poderia ser uma equipe mais completa pra poder atender porque minha área, por exemplo, do enfermeiro, mas esse pessoal que precisa fazer o acompanhamento poderia vir na unidade para conversar com o médico, mas aí ele é quem faria o encaminhamento pra um psicólogo, psiquiatra dentro da unidade pra o acompanhamento mais efetivo é mais difícil (Participante 07).

Segundo (Canavê, 2018) A autolesão é um ato deliberado e intencional que busca um alívio e dá sentido a um vazio angustiante e ameniza uma dor. Quando não encontra apoio na família, escola, amigos, profissionais da saúde, o adolescente poderá chegar a praticar o suicídio. A inserção do profissional da psicologia na ESF ainda não é uma realidade do município, pois a composição das equipes das ESF não contempla esse profissional (Brasil, 2017). Essa lacuna poderia ter sido amenizada com a retaguarda no extinto NASF. Ressalta-se que o município tinha equipes de NASF, mas com a portaria Nº 1724 DE 2018 em que extingue o NASF o município realocou os profissionais em outros pontos da rede de atenção especializada de atendimento ambulatorial.

O participante 01 entende que o comportamento autolesivo envolve também os aspectos sociais e econômicos em que esses adolescentes convivem. Nesse sentido, modo de produção baseado na exploração do trabalho, o qual é inerente ao sistema capitalista que, segundo Iamamoto (2006) a produção é cada vez mais socializada e a apropriação da propriedade cada vez mais privada, contribui para não se efetivar o conceito de saúde atribuído pela OMS e registrado na Carta de Ottawa em 1986, na qual definia a importância dos aspectos sociais na promoção da saúde. Ainda, segundo a mesma autora, a questão social é entendida como a politização das desigualdades sociais desencadeadas pelo sistema capitalista.

Q1- Além da questão psicológica, eu acho também que tem a questão social, porque assim, é o que a gente percebe na nossa comunidade. A demanda é muito carente, entendeu? Mas em questão social, a gente que tá por perto, tem família que necessita de atenção, que necessita de alimentação, é muitas crianças, que têm alta evasão escolar, entendeu? Eu acredito que além de psicológico, o social também (Participante 01).

O participante 01 aponta o contexto social do adolescente em que transcende as dimensões biológica e psicológica, dessa forma, se alinha ao conceito expandido de saúde. Ele observa que a falta ou carência nutricional, a evasão escolar, a violência e o uso de drogas são manifestações da questão social contemporânea. Segundo Pastorini:

[...] as principais manifestações da “questão social”- a pauperização, a exclusão, as desigualdades sociais- são decorrentes das condições inerentes ao sistema capitalista, cujos traços particulares vão depender das características históricas da formação econômica e política de cada país e/ou região. Diferentes estágios capitalistas produzem distintas expressões da “questão social” (Pastorini, 2010, p.101).

Nesse sentido, o direito à alimentação é um direito humano de sobrevivência e de dignidade. Segundo Aguiar (2021) o direito humano à alimentação é difícil de ser materializado na sociedade capitalista. No Brasil, com a criação das políticas públicas como a assistência social e a participação de movimentos sociais como o de Herbert de Souza- Betinho, - o Brasil saiu do mapa da fome em 2014, mas, com o desfinanciamento³ das políticas que compõem o tripé da seguridade social (Assistência Social, Previdência Social e Saúde), a fome volta a ser uma realidade (Silva; Rosani; Aguiar, 2019).

5.1.2 Expressão da questão social levando ao sofrimento psíquico e ao comportamento autolesivo: Bullying, preconceito racial, orientação sexual, conflitos familiares

O retorno das aulas presenciais, após o período de pandemia, revelou uma preocupante onda de violência perpetrada por alunos dentro do ambiente escolar. Esse fenômeno é exacerbado pela crescente facilidade de acesso às armas de fogo, resultante da desregulamentação do estatuto do desarmamento, e isso tem resultado em problemas inimagináveis. O impacto dessa realidade é profundo, afetando não apenas o ambiente

³Governo Temer, aprovação da Pec da morte Emenda Constitucional n.º 95, ajustes fiscais, contrarreforma na legislação trabalhista, previdenciária e privatização. Governo Bolsonaro (2018-2022) Transferência do Fundo Público (Salvador, 2010), da saúde para o setor privado, na saúde mental, criação da portaria 3588/2017 internações psiquiátricos e incentivos financeiros a abertura de leitos psiquiátricos, além-destinação de 87 milhões as Comunidades Terapêuticas.

escolar, mas também a comunidade em geral, reforçando a necessidade de abordagens integradas e políticas públicas mais robustas para enfrentar essa questão complexa.

Além disso, o acesso a informações está cada dia mais fácil pelos adolescentes, sejam por meio das redes sociais, blogs, grupos e comunidades, os adolescentes estão propensos a imitar os atos que veem, nesse sentido, é importante existir um diálogo aberto inclusive com pais para que haja uma supervisão acerca dos sites que são visitados e até mesmo notar algum comportamento diferente, e não menos importante, a necessidade da regulação das redes sociais (Silva, 2023).

O acesso a blogs na internet na visão do participante 06 incentiva práticas de autolesão e suicídio.

O celular enfim, é tipo hoje, o adolescente ele tem acesso ao celular tem acesso a todas as mídias possíveis e termina que é isso sabe? Esses gatilhos que fazem com que o acesso fácil a informação demais aí termina também (Participante 06).

Eu acho que alguns praticam para chamar atenção por muito que tempo que foi relatado o caso da baleia azul que tinha muitos adolescentes se cortando tudo negócio de celular tava um caso sério e geralmente pelo menos que eu conheci eu não vi eles fazendo, eu via os próprios pais relatarem e via as marcas deles, falavam que era tudo pra chamar atenção (Participante 08).

Segundo Assumpção (2016, p. 29) “a virtualização permite a esse sujeito que o silêncio se quebre e, com isso, propiciam novas formas de subjetividades”. Segundo Nesi *et. al.*, (2021b *apud* Gonçalves 2022, p. 12) afirma que, adolescente com comportamento autolesivo que acessa conteúdo sobre autolesão nas redes sociais têm maior predisposição para a prática do suicídio. Mas também destaca que esses adolescentes também buscam nas redes sociais apoio, socialização virtual e compartilhamento de suas experiências.

Foi evidenciado nas falas dos participantes um entendimento sobre a prática por imitação poder incentivar o comportamento autolesivo. As mídias digitais oferecem fácil acesso que podem normalizar o comportamento autolesivo, aumentando o risco de imitação e perpetuação desse padrão comportamental. Além disso, o acesso a informações imprecisas ou prejudiciais sobre métodos de autolesão pode aumentar os danos físicos e psicológicos associados a essa prática. Nesse contexto, torna-se indispensável que pais, educadores e profissionais de saúde estejam atentos ao uso da internet pelos adolescentes e trabalhem para promover fontes de informação saudáveis e estratégias de enfrentamento positivas.

A escola é um ambiente propício para trabalhar ações de promoção da saúde com foco na informação acerca dos malefícios de certos sites e blogs, o Programa Saúde na Escola

(PSE) pode ser uma estratégia de enfrentamento da temática e identificar possíveis situações autolesivas em adolescentes por parte dos profissionais de saúde e educação.

O PSE lançado em 2007 representa uma iniciativa significativa que busca promover a cultura de paz e o respeito aos direitos humanos no ambiente escolar. Dentro desse programa, são abordadas diversas questões relevantes para a saúde e o bem-estar dos alunos, incluindo a prevenção da violência sexual infantil e o uso de drogas ilícitas, além de autolesões que precisam ser destacadas pelos profissionais ESF e da própria escola, haja vista que desempenham um papel importante nesse processo, colaborando para oferecer orientação, apoio e intervenções adequadas para lidar com esses desafios (Brasil, 2015).

A pesquisa evidencia que, também o conflito familiar é estressor importante. Ressalta-se que a família contemporânea com as mais diversas formas de configuração, nuclear, monoparental, mosaica e reconfigurada, traz para o âmbito privado todas as formas de exploração e violências oriundas do modo de produção vigente, assim como, todas as negações de direitos.

Essa abordagem integrada entre saúde e educação permite uma intervenção mais abrangente e eficaz, visando não apenas a promoção da saúde física, mas também a proteção da integridade e do desenvolvimento saudável dos estudantes. Ao reconhecer a importância dessas questões e fornecer recursos e suporte adequados, o Programa Saúde na Escola contribui para criar um ambiente escolar mais seguro, saudável e acolhedor para todos os alunos.

5.1.3 Papel dos serviços de saúde- acolhimento e encaminhamento para a rede de atenção psicossocial e rede socioassistencial

a. Rede socioassistencial - constituída pelo sistema de garantia de direitos de proteção à criança e ao adolescente, Conselho Tutelar, equipamentos da assistência social como os Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e Centro de Referência Especializado da Assistência Social (CREAS).

b. A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) é composta pelos Centro de Atenção Psicossocial nas diversas modalidades preconizadas pelo Ministério da Saúde, CAPSI, CAPSII, CAPSIII, CAPSij, CAPS-AD. A articulação nas políticas sociais tem objetivo de acionar os diversos programas e projetos para melhor atender aos usuários. Na Política Nacional de Assistência Social (1993) o conceito de rede socioassistencial é definido como,

[...] um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade, que ofertam e operam benefícios, serviços, programas e projetos, o que supõe a articulação entre todas estas unidades de provisão de proteção social, sob a hierarquia [...] (Brasil, 2005, p. 94).

Articular as políticas sociais que constituem o tripé da seguridade social- assistência social, previdência social e saúde fortalecem o cuidado e a integralidade princípio do Sistema único de Saúde. O participante 03 faz referências a alguns equipamentos da rede como CRAS e CAPS, mas não faz referência a realizar matriciamento, Projeto Terapêutico Singular- PTS, discussão de caso ou consulta compartilhada.

Eu acredito que o CRAS, o CAPS também depende da situação de ter todo esse cuidado né? Curativo em relação às lesões na UBS, aqui na ESF e fazendo essa ligação. Lá no CAPS tem psiquiatra, não é? Lá a assistente social vê como é essa situação da família, como está inserido nessa família, como é que está essa convivência na família, eu acredito que é uma coisa bem ampla, eu não vejo só um profissional, precisa de um atendimento multiprofissional (Participante 3).

Atendimento de urgências/emergências – (atendimento para sutura em Pronto Socorro).

Dependendo da intensidade do quadro casos graves, paciente vem sangrando, mandaria diretamente para o hospital, setor terciário, dependendo da ideação suicida para o CAPS, setor secundário, e se não, ficaria por aqui mesmo (Participante 13).

Destaca-se que, o participante 03 fez a observação da necessidade da intervenção do profissional do Serviço Social na equipe multidisciplinar. O Serviço Social está entre as quatorze profissões da saúde (Brasil, 1997). Nesse sentido, entender o significado social da profissão do(a) assistente social ainda é um desafio a ser enfrentado. Conhecer a dinâmica familiar é fundamental para compreender os estressores impulsionadores do comportamento autolesivo, essa competência é extensiva a todos os profissionais da área da saúde, ou seja, não se constitui uma atribuição privativa do (a) assistente social como está regulamentado na lei nº 8662/93.

No tocante a concepção de família, a ideia romantizada de que ela é sempre protetora é equivocada, pois é na família também que acontece a violência doméstica e sexual. Segundo Paula (2023, p.11) "[...] A família é o locus privilegiado de desenvolvimento da sociabilidade, mas também o locus privilegiado de perpetração da violência". Os conflitos familiares e a violência sexual estão entre os principais fatores para a prática do comportamento autolesivo entre adolescentes.

O cuidados ofertados a partir da experiência do participante 13 é de um atendimento emergencial apenas para o cuidado físico, ou seja, a profilaxia através da sutura dos

ferimentos, mas não aponta abordagem acerca da história de vida e de saúde do adolescente em que levou aos cortes mais graves. Segundo Geulayov *et. al.*, (2019) o desejo de morte poderá ser desenvolvido ao longo do tempo em pessoas que praticam autolesão após histórico de internações hospitalares.

Os adolescentes que se lesionam para chamar atenção como citam alguns participantes enfrentam ao mesmo tempo, o estigma do “(a) menina (o) que se corta” aumentando o sofrimento.

uma coisa que é muito velada, às vezes é muito escondida, assim pelo que já, assim, antes de trabalhar na unidade, os adolescentes, eles costumam esconder bastante e às vezes quando chega a situação já tá cicatrizando né? (Participante 03).

O indivíduo tem um sofrimento, muitas vezes ele não consegue se expressar, não consegue buscar ajuda muitas vezes ele busca ajuda e não encontra ajuda, na maioria das vezes ele é estigmatizado como uma pessoa desocupada, ele é estigmatizado como uma pessoa preguiçosa. Ele finda se automutilando para mostrar para dizer, olha, eu estou em sofrimento, estou passando por isso, eu estou a ponto de fazer isso, mas não para chamar atenção, muitas vezes sim, muitas vezes para descarregar para tentar buscar um alívio para determinados sentimentos que eles estão tendo para vê se as pessoas percebem que eles estão nessa situação e olham para eles de forma diferente como eles querem ser olhados (Participante 1).

Historicamente, pessoas com algum tipo de sofrimento ou deficiência intelectual foram discriminadas, estigmatizadas e excluídas. “O estigma é então conceituado a partir da referência a um atributo profundamente depreciativo e pode se referir às abominações do corpo” (Silva, 2021, p. 01). Ainda segundo (Santos, Faro, 2018) ao praticar a autolesão o sentimento de alívio, culpa e vergonha sentida pelos adolescentes pode levar a continuar com a prática. Portanto, é importante considerar e acolher esses indicativos no sentido de entender o motivo em que os adolescentes não buscam a ESF.

Eu não tive contato ainda, estou aqui há oito meses e eu não tive contato ainda com essa situação com esse tipo de situação, mas eu acho que a unidade ela tem um entendimento caso aconteça (Participante 03).

Planejar as ações a partir da realidade sanitária e epidemiológica do território é fundamental, uma das estratégias e tecnologia é o apoio matricial⁴. De acordo com a literatura, Campos e Domitti (2007) são através do apoio matricial que a equipe de referência, pode oferecer suporte técnico e pedagógico às ESF. Essa abordagem visa estabelecer responsabilidade sanitária no território adscrito, nesse sentido, a ESF tem um papel

⁴O apoio matricial em saúde objetiva assegurar retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde (Campos; Domitti, 2007, p. 399).

imprescindível para construir vínculo com os adolescentes, suas famílias e comunidade por meio da interdisciplinaridade. Entende-se por interdisciplinaridade:

A interdisciplinaridade não é algo que se aprende ou se ensina, é algo que se vive. É fundamental uma atitude de espírito. Atitude feita de curiosidade, de abertura, de sentido de aventura, de intuição das relações existentes entre as coisas que escapam à observação comum (Japiassu, 1994).

A metodologia da clínica ampliada traz um cuidado em saúde na perspectiva da horizontalidade entre as profissões. “Pois, nenhum saber é mais importante que outro, há saberes diferente” (Freire, 1987, p. 68), mesmo que, historicamente o saber médico tenha se sobreposto aos demais. Essa cultura, infelizmente, ainda é presente na saúde apesar de já se observar algumas mudanças.

Há algumas ferramentas que podem ser utilizadas pelas ESF e CAPSij para oferecer cuidado em saúde aos adolescentes com comportamento autolesivo, o Projeto Terapêutico Singular (PTS), discussão de caso, Cogestão e consulta compartilhada para identificar as vulnerabilidades, riscos, potencialidades e redes de apoio numa perspectiva da integralidade do cuidado.

Os cuidados ofertados identificados na fala dos profissionais entrevistados não se diferenciam dos ofertados a outras pessoas atendidas na ESF, como adultos e idosos. O adolescente leva a queixa, o profissional escuta e médica, e, em alguns casos, se solicita o retorno para avaliar eficácia da medicação prescrita. “o único “remédio” é o psicofármaco para as queixas mentais e emocionais” (Lacerda; Valla, 2005 *apud* Jorge; Silva; Catrib, 2013, p. 250). É perceptível que, a clínica centrada na queixa- conduta ainda encontra espaço na Atenção Básica.

A promoção da saúde eixo principal na ESF não é dada a devida importância, talvez pela cobrança de metas para atingir⁵ indicadores. Ter indicadores quantitativos é premissa para a política pública, mas é fundamental ter um planejamento reflexivo para alterar a realidade. A equipe realiza campanhas pontuais definidas pelo Ministério da Saúde, mas não disponibiliza de acupuntura, ventosa terapia, medicamentos fitoterápicos e outras formas de autocuidado para os usuários do território. Esses recursos tecnológicos estão dispostos na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS- PNPIC (Brasil, 2015).

A demanda reprimida de adolescente com autolesão é evidenciada na fala dos participantes.

⁵Portaria GM/MS Nº 74, de 09 de fevereiro de 2023.

O único caso que eu sei a pessoa que cometeu autolesão a pessoa já existia cicatriz já era muito antigo, eu não perguntei a ela por que ela não era uma pessoa que se abria, eu comentei com a avó dela, eu perguntei o que tinha acontecido, ela falou que era uns problemas que o pai dela tinha abandonado, ela tinha sofrido muito, mas aí foi quando ela se cortou (Participante 07).

Aqui na UBS nesses seis meses eu encontrei dois casos de pacientes que eu percebi, um caso a paciente tinha ansiedade e conversei mais com ela, ela não tinha intenção de cometer suicídio, só autolesão mesmo, só para chamar atenção pelo que eu percebi. A gente iniciou a sertralina, ela veio um dia desses aqui, tava bem com a medicação. Eu conversando com ela a respeito de parar. Foram esses dois casos. E outro tive contato com o paciente e tentei enviar ao psicólogo porque não era uma coisa muito grave, só que eu não tive retorno ainda até o momento. A que iniciou a sertralina parou os cortes (Participante 01).

A longitudinalidade compõe o princípio do SUS o qual deve ser observado pela equipe multiprofissional da ESF, considerando a fala do participante 01 em que a adolescente não retornou ao atendimento. A rede socioassistencial composta pelo CRAS, CREAS, Conselho Tutelar, Rede da Saúde, RAS, Rede Atenção Psicossocial (RAPS) e secretaria de Saúde foram citadas pelos participantes para encaminhar os adolescentes com autolesão dependendo da gravidade avaliada.

Apenas encaminhar não corresponde ao que comporta o princípio da integralidade do SUS. De acordo com Campos e Domitti (2007, p. 401), seria necessária uma “comunicação ativa”, ou seja, dialogar com essa rede sobre os riscos, as vulnerabilidades e as potencialidades para a construção de um planejamento para esse cuidado compartilhado.

Para Mendes *et al.*, (2019) as redes devem compartilhar objetivos comuns e intercâmbio constante de forma horizontalizada. O encaminhar por encaminhar não garante atendimento célere, nem resolutividade, e, provoca alta demanda nos serviços especializados como os CAPS sobrecarregando principalmente as agendas dos profissionais. E, não mesmo importante, colocando o SUS como um sistema ineficiente e moroso. Nesse sentido, não se está considerando a economia de escala⁶.

Em geral, os participantes percebem que, o comportamento autolesivo não deve ser visto apenas para chamar atenção. Quem tem esse comportamento tem experienciado situações estressoras as quais podem estar relacionadas aos conflitos familiares, violência e/ou abuso sexual, pobreza/fome, uso de drogas, uso inadequado da internet. Nesse sentido, pensar a família nas várias configurações e reconhecer os diversos modelos nas quais as políticas sociais têm como público prioritário é importante.

Atualmente, existem duas grandes tendências em disputa nesse campo que se denomina de proposta familista e de proposta protetiva (Miotto, 2010, p. 07). Na concepção

⁶Ver (Mendes, 2019, p.73)

familista a proteção deve vir quando todas as tentativas de ordem privada e do mercado forem esgotadas, só nessa situação o Estado deve lançar mão de política de proteção. As políticas sociais nesse campo são direcionadas para as mulheres chefes de família, a exemplo do Programa Bolsa Família, sempre em uma concepção de recompensa e de condicionalidade.

Na perspectiva familista na política de saúde está à obrigatoriedade de realizar pré-natal e vacinação, na política de Educação Básica, percentual de frequência 75% para adolescente e 85% para criança. A tendência que vai ao encontro dos princípios do Sistema Único de Saúde-SUS a qual se defende neste trabalho é a proposta protetiva.

A partir do exposto, observa-se que os participantes da pesquisa têm uma visão de que o comportamento autolesivo é complexo e envolve muitos fatores para ser entendido e por isso, não se sentem com segurança e recursos e tecnologias disponíveis para realizar o cuidado na ESF. Alguns cuidados oferecidos aos adolescentes como medicamentos e encaminhamento para outros equipamentos. Comreendem também que eles querem chamar atenção, mas no sentido de pedir ajuda. Os aspectos psicológicos e sociodemográficos são determinantes para o comportamento autolesivo.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A autolesão em adolescente é uma violência autoinfligida, mas que ainda é negligenciada pela sociedade em geral. Há uma demanda reprimida a serem atendidas pela ESF, os adolescentes com esse comportamento não têm histórico de atendimento contínuo na ABS. Nesse sentido, os atendimentos se dão quase que exclusivamente nos serviços especializados, como os Centros de Atenção Psicossocial Infanto juvenil (CAPSij), e/ou em clínicas de psicologia conveniadas ao município.

Os profissionais da ESF compreendem que esse comportamento entre adolescente tem contextos sociais, econômicos e psicológicos que potencializam a prática da autolesão, e, por conseguinte, necessita de um atendimento multiprofissional com articulação, apoio e retaguarda entre os equipamentos disponíveis no território adscrito como o CAPSij, parceria com a família, escola e assistência social e secretaria de saúde municipal.

O manejo dos profissionais de nível superior (médico e enfermeiro) se dá a partir da escuta da queixa seguindo de prescrição de medicamentos, e, em algumas vezes, encaminhamentos externos, solicitando-se o retorno ao atendimento para verificar a eficácia da medicação, em outros, encaminha para demais ponto da rede de saúde, CAPS para atendimento com psiquiatra ou clínica conveniada para atendimento com psicólogo (a).

Das falas dos participantes se depreende que, há entendimento acerca do sofrimento do adolescente, demonstram disposição para realizar um manejo mais eficiente, se houvesse, integralidade entre ABS e Atenção especializada, se houvesse, oferta de formação continuada para melhor compreender o fenômeno do comportamento autolesivo, e assim, saber distinguir o que caracteriza um comportamento autolesivo com ideação suicida, com planejamento para suicídio e comportamento autolesivo sem ideação suicida. Ter habilidade para distinguir a gravidade do comportamento autolesivo é imprescindível para ofertar cuidados e acompanhamento longitudinal na rede de saúde. A falta de formação nessa área leva os profissionais entenderem que, qualquer autolesão deve ser atendida pela atenção especializada em caráter de urgência. Contudo, reconhece que, havendo formação e articulação entre os pontos da RAS/ RAPS a ABS através da ESF, seria possível atender com qualidade essa demanda na ESF.

Nesse sentido, a pesquisa traz elementos importantes para qualificar o processo de trabalho dos profissionais da ABS/ESF no sentido da gestão municipal ofertar subsídios a partir de dados epidemiológicos e sanitários ofertando educação permanente sobre o manejo de adolescente com comportamento autolesivo.

A pesquisa revelou que, 14,9% dos usuários cadastrados nas duas ESF estão entre a faixa etária de 10 a 19 anos, ou seja, compreende também a faixa etária da adolescência. É um quantitativo importante para a equipe criar e/ou programar linhas de cuidados direcionados para saúde mental infanto-juvenil com recorte para o comportamento autolesivo. Organizar os fluxos de atendimento, promover a interdisciplinaridade entre ABS/ESF/CAPS.

Além disso, os profissionais da ESF necessitam ter maior clareza das competências dos equipamentos da rede de proteção social como CRAS e CREAS, entendendo que, os aspectos sociodemográficos e os determinantes de saúde são importantes para o planejamento das ações e intervenções para se alcançar um estado de saúde com mais qualidade, entendendo também que, só se constrói articulação ao conhecer os serviços e atribuições de cada equipamento social. Os profissionais devem identificar e compreender o que abarca cada política social que constitui o tripé da seguridade social (saúde, assistência social e previdência social).

A gestão municipal de saúde através das UBS/ESF identificar nas vinte e seis ESF informações epidemiológicas para distribuir nesses territórios profissionais para o atendimento de forma assertiva. Intensificar a promoção da saúde nos territórios através da Política Nacional de Educação Popular e a Política Nacional Práticas Integrativas, pois Barbalha têm disponíveis espaços e profissionais que trabalham com a cultura popular consolidado. Ademais, a região do Cariri é considerando um centro acadêmico com universidades públicas, as quais poderiam ser parceiras no processo de educação continuada e permanente, executando o tripé do ensino superior, ensino, pesquisa e extensão.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, O. B. DE; PADRÃO, S. M. Direito humano à alimentação adequada: fome, desigualdade e pobreza como obstáculos para garantir direitos sociais. **Serviço Social & Sociedade**, n. 143, p. 121–139, jan. 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sssoc/a/7GNQn7tYqWL6wYZncbLRnSN/#> Acesso: 09 out. 2021.
- ALVES, R. **Filosofia da Ciência**. Introdução ao jogo e suas regras. Editora Brasiliense, 1981.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION et al. **DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. Artmed Editora, 2014.
- ARIES, P. **A Social das Crianças e da Família**. Tradução de Dora Flaksman 2. ed. Rio de Janeiro: LTC, 2012.
- BRASIL, **Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS**: tecendo redes para garantir direitos/ Ministério da Saúde, Conselho Nacional do Ministério Público. – Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. 60 p. il.
- BRASIL, **Cadernos de Atenção Básica**, nº 34: Saúde Mental. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf. Acesso em: 11 abr. 2021.
- BRASIL, **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente, e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm Acesso: 08 out. 2023.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007**. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0204_29_01_2007_comp.html Acesso em: 09 out. 2023.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução no 510, de 7 de abril de 2016**. Trata sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em ciências humanas e sociais. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 24 maio de 2016. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf> Acesso em: 09 out. 2023.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Hepatites agudas graves de etiologia a esclarecer em crianças e adolescentes; Suicídio em adolescentes no Brasil, 2016 a 2021; Vigilância epidemiológica do sarampo no Brasil – semanas epidemiológicas 1 a 33 de 2022. **Boletim Epidemiológico**, Brasília, v. 53, n.37, Set. 2022
- BRASIL, Ministério da saúde. **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

BRASIL, Ministério da Saúde. PORTARIA INTERMINISTERIAL Nº 1.413, DE 10 DE JULHO DE 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014.** Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271_06_06_2014.html Acesso em: 09 out. 2023.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em 20 set. 2023.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011 institui a Rede de Atenção Psicossocial.** Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html

BRASIL, Ministério da Saúde. **Prevenção do Suicídio Manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental.** Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio. Disponível em: https://www.cvv.org.br/wp-content/uploads/2017/05/manual_prevencao_suicidio_profissionais_saude. Acesso em: 26 de set. 2023.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde.** Departamento de Atenção Básica. Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002.** Diário Oficial da União, Brasília, DF. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html Acesso em: 09 out. 2023.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 2, p. 399–407, fev. 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000200016> Acesso em: 17 set. 2023.

CAMPOS, G.W.S. **Um método para análise e cogestão de coletivos:** a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o Método da Roda. São Paulo: Hucitec; 2000.

CANAVÊZ, Fernanda. Raça, gênero e classe social na clínica psicanalítica. **Tempo psicanalítico**, v. 52, n. 2, p. 79-102, 2020.

CARVALHO, S. R. **Saúde coletiva e promoção da saúde:** sujeito e mudança/Sérgio Rezende Carvalho. 3 ed.- São Paulo: Hucitec, 2013.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE – CONASS. Atenção Primária é capaz de resolver 85% das demandas de saúde. 27/10/ 2019– Disponível em: <https://www.conass.org.br/atencao-primaria-e-capaz-de-resolver-85-das-demandas-de-saude/> acesso em: 08 out. 2023.

CRONEMBERGER, G. L.; SILVA, R. M. DA. Autolesão não suicida em mulheres jovens: compreensão dos significados envolvidos no ato autolesivo. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 33, p. e 33051, 2023.

FONSECA, P. H. N. da. et al. Autolesão sem intenção suicida entre adolescentes. **Arq. bras. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 70, n. 3, p. 246-258, 2018 . Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext & pid=S1809-52672018000300017 & lng=pt\ nrm=iso>. Acesso em: 02 maio de 2022.

GIUSTI, J. S.: automutilação características clínicas e comparação com transtorno obsessivo-compulsivo. São Paulo. 2013. **Tese (Doutorado)** Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Programa de Psiquiatria.

GEULAYOV, G. et al. Suicide following presentation to hospital for non-fatal self-harm in the Multicentre Study of Self-harm: a long-term follow-up study. **The Lancet Psychiatry**, v. 6, n. 12, p. 1021-1030, 2019. Disponível em: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S2215-0366%2819%2930402-X>. Acesso em: 05 ago. 2024.

GUERRA, Y. A instrumentalidade no trabalho do assistente social. Cadernos do Programa de Capacitação Continuada para Assistentes Sociais, “Capacitação em Serviço Social e Política Social”, Módulo 4: O trabalho do assistente social e as políticas sociais, CFESS/ABEPSS-UNB, 2010.

IAMAMOTO, M. V. **Relações Sociais e serviço social no Brasil**: esboço de uma interpretação histórico-metodológica. CARVALHO, Raul. 19, ed. SÃO PAULO: CORTEZ, 2006.

JAPIASSU, H. Texto base da palestra proferida no Seminário Internacional sobre Reestruturação Curricular promovido pela Secretaria Municipal de Educação de Porto Alegre, em julho de 1994.

JORGE, M. S. B.; SILVA, R. M. da; CATRIB, A. M. F. Cuidado em saúde mental e a sua articulação com a Atenção Primária: contexto histórico, conceitual e possibilidades de atenção. In: A transversalidade epistemológica da saúde coletiva: saberes e práticas. 2013.

LE BRETON, D. **Horizontes antropológicos**. Porto Alegre, ano 16, número 33, p. 25-40, jan./jun. 2010.

MARINO, A. S. Do infans ao ‘menor’ à concepção de criança e adolescente como sujeitos de direitos. **Mnemosine**, [S. l.], v. 9, n. 2, 2013. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/mnemosine/article/view/41527>. Acesso em: 9 out. 2023.

MENDES, K.D.S; SILVEIRA, R.C.C.P; GALVÃO, C.M. Uso de gerenciador de referências bibliográficas en la selección de los estudios primarios en revisión integrativa. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 28, 2019.

MENEZES, Mariana Siqueira; FARO, André. Avaliação da Relação entre Eventos Traumáticos Infantís e Comportamentos Autolesivos em Adolescentes. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 43, 2023

MERHY, E. E. *et al.*, Rede Básica, campo de forças e micropolítica: implicações para a gestão e cuidado em saúde. **SAÚDE DEBATE**. Rio de Janeiro, v. 43, n.º 6, p. 70-83, DEZ. 2019.

MINAYO, M. C. de. **O desafio do conhecimento**. Pesquisa qualitativa em saúde. 12ª ed. HUCITEC. São Paulo, 2010.

MIOTO, R. C. Família, trabalho com famílias e Serviço Social. *Serv. Soc.*, LONDRINA, v. 12, p. 163-176, jan./jun.2010.

MORAES, D. X. *et al.*, “The pen is the blade, my skin the paper”: risk factors for self-injury in adolescents. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, p. e20200578, 2020.

NETTO, J. P. **Introdução ao estudo do método de Marx**. 1ª ed. São Paulo: Expressão Popular. 2011

PAPALIA, D. E.; FELDMAN, R. D. Desenvolvimento humano [recurso eletrônico] / Diane E. Papalia, Ruth Duskin Feldman, com Gabriela Martorell ; tradução : Carla Filomena Marques Pinto Vercesi... [et al.] ; [revisão técnica: Maria Cecília de Vilhena Moraes Silva... et al.]. – 12. ed. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre: AMGH, 2013.

PASTORINI, A. **A categoria questão social em debate**. 3. ed. São Paulo: Cortez. 2010.

PAULA, V. DE. Abuso sexual intrafamiliar, as Varas da Família e os meandros da perícia social em Serviço Social. **Serviço Social & Sociedade**, v. 146, n. 1, p. 224–243, 2023.

Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0101-6628.311> Acesso: 24 set. 2023.

PEGORARO, F. R.; VICENTIN, M. C. G. “Comecei para aliviar a dor”: algumas pistas sobre autolesão em adolescentes/jovens. Ver. **Psicologia em Pesquisa**, v. 16, n. 1, p. 1-25, 2022.

DOI: 10.34019/1982-1247.2022.v16.32538 (2022) Disponível em:

<https://periodicos.ufjf.br/index.php/psicologiaempesquisa/article/view/32538> Acesso em: 09 out. 2023.

PROAÑO, V. J. C. La relación entre experiencias de trauma infantil y comportamiento de riesgo suicida. **Psique Mag**, v. 6, n. 1, p. 19-44, 2017. Disponível em:

https://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf Acesso em: 08 out. 2023.

REIS, Luciana Bicalho; PEREIRA, Camila Marchiori. Percepções de Familiares sobre uma Rede de Cuidados de Saúde Mental Infantojuvenil. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 43, p. e254081, 2023.

RIOS. T. A. **Ética e Competência**. 20ª ed. São Paulo: Cortez, 2011.

SALVADOR, E. **Fundo Público e Seguridade Social no Brasil**. São Paulo. Cortez. 2010.

SANTOS, L. C. S.; FARO, A. Aspectos conceituais da autoinjúria: Uma revisão teórica. **Revista Psicologia em Pesquisa**, v. 12, n. 1, 2018.

SILVA, A. C. Org. A autolesão não suicida: assistência e promoção de saúde mental. Centro de apoio editorial da escola de enfermagem de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto, 2022.

SILVA, A. C.; BOTTI, N. C. L. Comportamento autolesivo ao longo do ciclo vital: revisão integrativa da literatura. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, Nº 18 DEZ., 2017. Disponível em <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0194> Acesso em: 10 out. 2023.
SILVA, A. M. B. *et al.* Relações entre o hormônio cortisol e comportamentos de adolescentes: uma revisão sistemática. **Psicol. rev.** 2017; 26(2): 337-362.

SILVA, J. C. P. DA. *et al.* Diversidade sexual: uma leitura do impacto do estigma e discriminação na adolescência. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 7, p. 2643–2652, jul. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021267.08332021> Acesso em: 10 out. 2023.

SILVA, L. T. C.; RONSANI, A. P. V.; AGUIAR, L. J. P. Seminário regional/nacional de políticas públicas Intersetorialidade e família: análise da produção científica.

SILVA, Sônia Helena Lima. Comportamentos Autolesivos nos Adolescentes: Uma revisão sistemática de literatura. 2023.

SILVA, T. M. M. da.; SCHOEN, T. H. Autolesão não suicida na adolescência. In: Costa, Elson Ferreira; Sampaio, Edmilson Coelho. (Org). **Desenvolvimento da criança e do adolescente: evidências científicas e considerações teóricas-práticas**. Editora Científica. Cap. 19, 04 nov. 2020, 308-324 Disponível em: <https://www.editoracientifica.com.br/artigos/autolesao-nao-suicida-na-adolescencia> Acesso em: 10 out. 2023.

SINIBALDI, B. Mapeamento da demanda de saúde mental infantil em um município de pequeno porte. **Dissertação** de mestrado-Faculdade de Ciências e Letras de Assis. Universidade Estadual Paulista. Assis, 2013. **Tempo Psicanalítico**, Rio de Janeiro, v. 52. 2, p. 79-102, 2020.

VAN DER KOLK, Bessel. **O corpo guarda as marcas: Cérebro, mente e corpo na cura do trauma**. Sextante, 2020.

APÊNDICE A — QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO							
NOME							
IDADE		PROFISSÃO					
TEMPO DE FORMAÇÃO							
TEMPO DE TRABALHO NA ESF							
TIPO DE VÍNCULO EMPREGATÍCIO							
CONTRATADO		COMISSIONADO		CONCURSADO		MAIS MÉDICOS	

ENTREVISTA	
1. QUAL SUA PERCEPÇÃO SOBRE ADOLESCENTE QUE PRATICAM AUTOLESÃO E/OU TENTATIVA DE SUICÍDIO?	
<hr/> <hr/> <hr/>	
2. O QUE VOCÊ ENTENDE POR AUTOLESÃO SEM IDEAÇÃO SUICIDA EM ADOLESCENTE?	
<hr/> <hr/> <hr/>	
3. O QUE VOCÊ ACHA QUE LEVA UM ADOLESCENTE A PRATICAR AUTOLESÃO E/OU TENTATIVA DE SUICÍDIO?	
<hr/> <hr/> <hr/>	
4. QUAIS CONDUTAS VOCÊ ADOTA AO ATENDER UM ADOLESCENTE COM QUADRO DE AUTOLESÃO? COMO VOCÊ SE SENTE PARA ACOLHER E/OU CONDUZIR UM CASO DE AUTOLESÃO?	
<hr/> <hr/> <hr/>	
5. NO SEU ENTENDIMENTO E EXPERIÊNCIA, COMO A AUTOLESÃO EM ADOLESCENTE PODE SER ACOMPANHADA NA ABS?	
<hr/> <hr/> <hr/>	
6. AO ATENDER UM ADOLESCENTE QUE PRÁTICA AUTOLESÃO E/OU TENTATIVA DE SUICÍDIO, QUAL(IS) REDE(S) VOCÊ ACIONA PARA O CUIDADO?	
<hr/> <hr/> <hr/>	

ANEXO A — PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DADOS DO PROJETO DE PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Conhecer a percepção dos profissionais da Atenção Básica de Saúde no município de Barbalha-Ce sobre o comportamento autolesivo em adolescente.

Pesquisador: Solange Oliveira Ferreira

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 58942922.0.0000.5504

Instituição Proponente: Centro de Ciências Biológicas e da Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.571.674

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas na apresentação do projeto foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1937061, de 01/08/2022) e/ou do Projeto Detalhado (PROJETO, de 01/08/2022):

RESUMO: O Centro de Atenção Psicossocial Infanto juvenil-CAPSij permeia-se por situações complexas, inclusive de adolescentes com comportamentos auto lesivos. São frequentes queixas relacionadas a conflitos familiares, uso de álcool e outras drogas, identidade de gênero, racismo, violência sexual, renda e bullying. Os comportamentos auto lesivos em regra, não tinham ideação suicida, na maioria das vezes, se dava para aliviar as dores. Segundo BRETON (2010) "Trata-se de provocar a própria dor para ter menos dor". A pesquisa se justifica porque houve um aumento dos casos na pandemia da covid-19, e, Barbalha ocupar a segunda posição no Cariri em comportamento auto lesivos e tentativas de suicídio em adolescentes. O objetivo versa sobre: Conhecer a percepção dos profissionais da ESF sobre o cuidado em saúde mental no que diz respeito aos comportamentos auto lesivos dentre adolescentes. Os participantes serão 23 profissionais de nível superior de duas ESF de Barbalha-Ce. A pesquisa é de natureza qualitativa como instrumento de coleta de dados será através da entrevista semi estruturada, o referencial teórico será guiado pelo método hermenêutico dialético seguido da análise de conteúdo de BARDIN (2011). Este estudo será conduzido de acordo com a Declaração de Helsinque e as normas

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235
Bairro: JARDIM GUANABARA **CEP:** 13.565-905
UF: SP **Município:** SAO CARLOS
Telefone: (16)3351-9685 **E-mail:** cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 5.571.674

éticas do Ministério da Saúde (C.N.S. Resolução nº466 12/12/12) e a Resolução Nº 510, de 7 de abril de 2016.

HIPÓTESE: Os profissionais da Estratégia Saúde da Família- ESF têm uma lacuna de conhecimento acerca do cuidado de adolescentes que praticam comportamento auto lesivo e ou tentativa de suicídio.

METODOLOGIA: A pesquisa será de natureza qualitativa tendo o paradigma que melhor responde aos objetivos será aquele que realiza a interpretação dos fenômenos na sua pseudoconcreticidade Kosik (1976), O hermenêutico ancorado no materialismo histórico dialético tem a perspectiva da objetividade. O percurso metodológico a análise dos achados das entrevistas será a partir da análise de conteúdo referenciado por BARDIN (20011): Os participantes serão os profissionais que atuam em duas ESF em um bairro periférico da cidade de Barbalha-Ce. A coleta será através da entrevista semiestruturada. O Recrutamento se dará inicialmente na reunião mensal, tendo a coordenadora de distrito mediado o agendamento. Após será a apresentação da pesquisadora e da instituição a qual está matriculada - UFSCar- seguindo com a carta de aceite do gestor municipal, assim como o objetivo da pesquisa. Solicitará o contato de e-mail/ telefone dos presentes na reunião e a pesquisadora entrará em contato com aqueles que estiverem de acordo em participar agendando os horários da entrevista individual. A entrevista será em uma sala reservada para manter o sigilo. Serão três entrevistas semanais, as quais serão transcritas seguida da leitura exaustiva para se verificar se os dados obtidos apresentam redundância ou repetição. Se os pesquisadores julgarem que os dados obtidos estejam apresentando certa redundância ou repetição, será realizado o fechamento amostral por saturação teórica da amostra, sendo suspensa a inclusão de novos participantes (FONTANELLA et al. 2008).O RECRUTAMENTO E COLETA DE DADOS ACONTECERÁ ENTRE AGOSTO/2022 A OUTUBRO DE 2022, somente iniciará após aprovação do CEP da UFSCar-SP. As entrevistas serão gravadas em aparelho celular Samsung J6 de propriedade da pesquisadora, logo após os arquivos de áudio serão transferidos para notebook Vaio também de propriedade da pesquisadora, os arquivos serão transferidos para dois pendrives e excluídos do computador (também serão excluídos da lixeira do computador). Os arquivos de áudio serão mantidos nos pendrives que permanecerão em posse da pesquisadora por um ano após a coleta de dados para eventuais consultas e reanálises, após esse período os documentos também serão apagados. As entrevistas serão organizadas e transcritas literalmente, para o início da análise, as pessoas e lugares citados pelos entrevistados serão anonimizados, trocando-se os

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235
Bairro: JARDIM GUANABARA **CEP:** 13.565-905
UF: SP **Município:** SAO CARLOS
Telefone: (16)3351-9685 **E-mail:** cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 5.571.674

nomes de pessoas e lugares por códigos como <peessoa1>, ou <peessoa 2> os locais serão substituídos por nomes genéricos como <unidade de saúde 1, 2,>, a pesquisadora irá construir uma lista que ficará em sua posse, com os nomes originais das pessoas e lugares codificados. As falas serão analisadas através da análise de conteúdo. Organização: Pré- Análisetranscrição das entrevistas, a análise se pautará na exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência. Leitura para construção das categorias simbólicas; Tratamento dos resultados e interpretação; a partir da síntese e seleção dos resultados, inferências e interpretação. A PESQUISA SERÁ CONDUZIDA DE ACORDO COM A RESOLUÇÃO Nº Nº 510, de 07/04/2016. A QUAL SÓ SERÁ INICIADA APÓS APROVAÇÃO PELO CEP UFSCar, A COLETA DE DADOS SÓ INICIARÁ SE OS ENVOLVIDOS ENTENDEREM, CONCORDAREM E ASSINAREM O TCLE SENDO ASSEGURADO O SIGILO ABSOLUTO DAS INFORMAÇÕES FORNECIDAS, ASSIM COMO A PRIVACIDADE O ANONIMATO. SERÃO ADOTADAS AS MEDIDAS DE PROTEÇÃO COMO USO DE MÁSCARA PELA PESQUISADORA E PARTICIPANTES, USO DE ÁLCOOL GEL 70% INPM PARA A HIGIENIZAÇÃO DAS SUPERFÍCIES COM ÁLCOOL 70% INPM (MESA, CADERIA UTILIZADA), E DISTANCIAMENTO ENTRE PESQUISADORA E PARTICIPANTE, NO MÍNIMO 1,5m. A PESQUISA SERÁ INTERROMPIDA A DEPENDER DA REALIDADE SANITÁRIA CONSIDERANDO O PLANO DE CONTINGÊNCIA VIGENTE (MUNICIPAL E ESTADUAL) RELACIONADO À PANDEMIA DA COVID-19.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO: Critérios de inclusão: Para a inclusão dos participantes serão considerados todos os profissionais que estejam vinculados às duas ESF do bairro Malvinas que estejam atuando pelo menos há seis meses na referida ESF. Profissionais que após entenderem o propósito da pesquisa, estejam dispostos a participar, aceitem ser entrevistados e assinarem o TCLE

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO: Profissionais que estejam afastados por motivo de doença ou férias; que tenham vínculo empregatício menor que seis meses na unidade de saúde, ou que se recusem a participar do estudo (não assinando o TCLE), ou que retirem o consentimento para participação da pesquisa.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Conhecer a percepção dos profissionais da Estratégia Saúde da Família-ESF sobre o cuidado em saúde mental no que diz respeito aos comportamentos auto lesivos e/ou tentativa de suicídio dentre adolescentes.

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235	CEP: 13.565-905
Bairro: JARDIM GUANABARA	
UF: SP	Município: SAO CARLOS
Telefone: (16)3351-9685	E-mail: cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 5.571.674

Objetivo Secundário: Identificar quais os cuidados que são ofertados pelos profissionais da ESF em saúde mental de adolescentes com questões relacionadas a autolesão e/ou tentativa de suicídio. Descrever quais os tipos de articulação e ações com a rede socioassistencial para acompanhamento dos adolescentes com questões relacionadas a autolesão e/ ou tentativa de suicídio. Avaliar a percepção dos profissionais da ESF sobre os principais estressores relacionados ao comportamento auto lesivo e/ou tentativa de suicídio dentre adolescentes.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: O risco da participação dos voluntários deste estudo será mínimo, pois não serão identificados de nenhuma maneira e os dados coletados serão publicizados de forma a não ser possível identificar nenhum dos participantes da pesquisa. COMO MEDIDA DE CONTINGÊNCIA RELACIONADA À PANDEMIA POR COVID-19, SERÁ REALIZADO USO DE MÁSCARA, LIMPEZA DAS MÃOS E SUPERFÍCIES COM ÁLCOOL E DISTANCIAMENTO DE 1,5M. Um risco está relacionado a um possível cansaço ao responder às questões, estimamos que a entrevista pode durar de 30 a 150 minutos. Também pode acontecer do entrevistado ficar constrangido com alguma pergunta. Mesmo aceitando participar do estudo e assinando o TCLE, os voluntários terão o direito de desistir a qualquer momento de participar da pesquisa, o que não trará qualquer prejuízo com os pesquisadores e com a Universidade. Os participantes não receberão nenhuma compensação financeira ao participar do estudo e terão direito a indenização por qualquer tipo de dano ou gasto resultante da sua participação na pesquisa.

Benefícios: Como benefícios, será realizado um retrato da percepção dos profissionais sobre autolesão em adolescente, e dessa forma, poderão ser oferecidos: educação permanente, melhor organização dos fluxos de atendimento dentro da RAS e RAPS subsidiando a gestão municipal para implementação de uma política pública infanto-juvenil de qualidade e resolutiva em articulação com a ESF. O benefício da participação dos voluntários nesta pesquisa está relacionado à contribuição com a investigação pelos pesquisadores que permitirá subsidiar eventuais aprimoramentos na forma como a atenção à saúde mental e aos agravos é trabalhado. NÃO ESTÁ PREVISTO O FINANCIAMENTO EXTERNO DESTA PESQUISA, POR ISSO, ESTE PROJETO DE PESQUISA FOI PROGRAMADO PARA QUE NÃO HAJA CUSTEIO PARA TRANSPORTE E ALIMENTAÇÃO DOS ENVOLVIDOS. SENDO ASSIM, A PESQUISA SERÁ REALIZADA COM OS PARTICIPANTES QUE ESTEJAM NAS DUAS UNIDADES DE SAÚDE MALVINAS I E II NOS SEUS RESPECTIVOS HORÁRIOS DE TRABALHO, A GESTÃO MUNICIPAL ESTÁ CIENTE E DE ACORDO QUE O PROJETO DE PESQUISA SEJA DESENVOLVIDO DESSA FORMA, EVITANDO, ENTÃO, O DESLOCAMENTO FORA DO HORÁRIO DE

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235
Bairro: JARDIM GUANABARA **CEP:** 13.565-905
UF: SP **Município:** SAO CARLOS
Telefone: (16)3351-9685 **E-mail:** cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 5.571.674

TRABALHO, NÃO HAVENDO GASTOS COM A PARTICIPAÇÃO DA PESQUISA.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de uma pesquisa que deve seguir os preceitos éticos estabelecidos pela Resolução CNS nº 510 de 2016 e suas complementares.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações"

Recomendações:

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações"

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Análise das pendências apontadas no parecer nº 5.505.424 emitido em 02/07/2022

Pendências:

1) Em todos os documentos, a informação acerca dos preceitos éticos deve ser corrigida para citar apenas a resolução do CNS nº 510 de 2016 e suas complementares, uma vez que não há nenhuma intervenção (tratamento) aplicado aos participantes. Em contrapartida, haverá entrevista de forma presencial.

RESPOSTA: No tópico Aspectos éticos, foi acrescentado na página 12: " Este estudo será conduzido de acordo com a resolução nº N° 510, de 7 de abril de 2016 do Conselho Nacional de Saúde-CNS".

ANÁLISE: pendência atendida.

TCLE:

1) Riscos: os pesquisadores declaram como possíveis riscos o desconforto, constrangimento, ou incômodo em responder alguma pergunta do questionário semiestruturado. No entanto, não há informação de que a entrevista será presencial (como descrita no projeto brochura e na Plataforma Brasil). Este CEP recomenda adicionar ao TCLE que a entrevista será realizada de forma presencial e que, por ser presencial, pode promover riscos de infecção por SARS-CoV-2.

RESPOSTA: Foi acrescentado na página 09 da brochura do projeto de pesquisa a seguinte redação: "serão adotadas as medidas de proteção como uso de máscara pela pesquisadora e participante, uso de álcool gel a 70% INPM para a higienização das mãos, higienização das superfícies com álcool 70% INPM (mesa e cadeira utilizadas), e distanciamento entre pesquisadora e participante de, no mínimo 1,5m. A pesquisa será interrompida a depender da realidade sanitária considerando o plano de contingência vigente (municipal e estadual) relacionada à pandemia da covid-19".

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-9685

E-mail: cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 5.571.674

ANÁLISE: pendência atendida

2) Este CEP também recomenda adicionar ao TCLE as medidas de contenção ou minimização dos riscos que os participantes serão expostos.

REPOSTA: Acrescentou-se na página 01 do TCLE a seguinte redação: "Por ser uma entrevista presencial, pode haver risco de infecção por SARS-CoV-2, tendo em vista ainda estarmos em período pandêmico. Para diminuir esse risco serão adotadas medidas de proteção como uso de máscara, uso de álcool gel, higienização das superfícies com e distanciamento entre pesquisadora e participante de 1,5m". Na página 09 do projeto de pesquisa: "serão adotadas as medidas de proteção como uso de máscara pela pesquisadora e participante, uso de álcool gel a 70% INPM para a higienização das mãos, higienização das superfícies com álcool 70% INPM (mesa e cadeira utilizadas), e distanciamento entre pesquisadora e participante de, no mínimo 1,5m. A pesquisa será interrompida a depender da realidade sanitária considerando o plano de contingência vigente (municipal e estadual) relacionada à pandemia da covid-19." Na página 12 do projeto de pesquisa foram acrescentados os seguintes trechos: "e, se a realidade sanitária, decorrente da pandemia da covid-19 permitir. A pesquisadora seguirá todas as recomendações do plano estadual e municipal da COVID-19." "Como medida de contingência relacionada à pandemia por COVID-19, será realizado o uso de máscara, limpeza das mãos e superfícies com álcool e distanciamento de 1,5m."

ANÁLISE: pendência atendida

3) Este CEP também recomenda a inserção da informação de que as entrevistas serão gravadas, conforme consta no projeto brochura e na Plataforma Brasil. Além disso, deve ser esclarecido ao participante da pesquisa que a entrevista será armazenada por 1 ano.

RESPOSTA: Acrescentado na página 02 do TCLE o seguinte trecho: "As entrevistas serão gravadas e armazenadas em pendrive por um período de um ano, logo após esse período serão apagadas.

ANÁLISE: pendência atendida

4) Este CEP recomenda a inclusão de esclarecimentos acerca de ressarcimento das despesas com o transporte e a alimentação decorrentes da participação do participante na pesquisa, quando for o caso.

RESPOSTA: Na página 01 DO TCLE. "Não haverá custeio com transporte e alimentação, tendo em vista o não financiamento da pesquisa. Sendo assim, a pesquisa será realizada com os

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235	CEP: 13.565-905
Bairro: JARDIM GUANABARA	
UF: SP	Município: SAO CARLOS
Telefone: (16)3351-9685	E-mail: cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 5.571.674

participantes que já estejam nas duas unidades de saúde Malvinas I e II nos seus respectivos horários de trabalho, evitando assim o deslocamento fora do horário de trabalho". Na página 13 da brochura do projeto de pesquisa foi acrescentado este : "Não está previsto o financiamento externo desta pesquisa, por isso, este projeto de pesquisa foi programado para que não haja custeio para transporte e alimentação dos envolvidos. Sendo assim, a pesquisa será realizada com os participantes que estejam nas duas unidades de saúde Malvinas I e II nos seus respectivos horários de trabalho, a gestão municipal está ciente e de acordo que o projeto de pesquisa seja desenvolvido desta forma, evitando, então, o deslocamento fora do horário de trabalho, não havendo gastos com a participação da pesquisa."

ANÁLISE: pendência atendida

5) Este CEP recomenda a substituição do penúltimo parágrafo do TCLE, o qual trata da anuência do participante e traz informações incompletas sobre o CEP da UFSCar. Trecho sugerido:

"Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. O pesquisador me informou que este projeto de pesquisa foi aprovado por um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) que é um órgão que protege o bem-estar dos participantes de pesquisas. O CEP é responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos, visando garantir a dignidade, os direitos, a segurança e o bem-estar dos participantes de pesquisas. Caso você tenha dúvidas e/ou perguntas sobre seus direitos como participante deste estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) da UFSCar que está vinculado à Pró-Reitoria de Pesquisa da universidade, localizado no prédio da reitoria (área sul do campus São Carlos). Endereço: Rodovia Washington Luís km 235 - CEP: 13.565-905 - São Carlos-SP. Telefone: (16) 3351-9685. E-mail: cephumanos@ufscar.br. Horário de atendimento: das 08:30 às 11:30.

O CEP está vinculado à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde (CNS), e o seu funcionamento e atuação são regidos pelas normativas do CNS/Conep. A CONEP tem a função de implementar as normas e diretrizes regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, aprovadas pelo CNS, também atuando conjuntamente com uma rede de Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) organizados nas instituições onde as pesquisas se realizam. Endereço: SRTV 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar - Asa Norte - CEP: 70719-040 - Brasília-DF. Telefone: (61) 3315-5877 E-mail: conep@saude.gov.br."

RESPOSTA: Conforme indicado, no penúltimo parágrafo página 02 e 03 TCLE: "Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. A

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235	CEP: 13.565-905
Bairro: JARDIM GUANABARA	
UF: SP	Município: SAO CARLOS
Telefone: (16)3351-9685	E-mail: cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 5.571.674

pesquisadora me informou que o projeto foi aprovado por um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) que é um órgão que protege o bem-estar dos participantes de pesquisas. O CEP é responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos, visando garantir a dignidade, os direitos, a segurança e o bem-estar dos participantes de pesquisas. Caso você tenha dúvidas e/ou perguntas sobre seus direitos como participante deste estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) da UFSCar que está vinculado à Pró-Reitoria de Pesquisa da universidade, localizado no prédio da reitoria (área sul do campus São Carlos). Endereço: Rodovia Washington Luís km 235 - CEP: 13.565-905 – São Carlos-SP. Telefone: (16) 3351-9685. E-mail: cephumanos@ufscar.br. Horário de atendimento: das 08:30 às 11:30. O CEP está vinculado à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde (CNS), e o seu funcionamento e atuação são regidos pelas normativas do CNS/Conep. A CONEP tem a função de implementar as normas e diretrizes regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, aprovadas pelo CNS, também atuando conjuntamente com uma rede de Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) organizados nas instituições onde as pesquisas se realizam. Endereço: SRTV 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar - Asa Norte - CEP: 70719-040 - Brasília-DF. Telefone: (61) 3315-5877 E-mail: conep@saude.gov.br.”

ANÁLISE: pendência atendida

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de ética em pesquisa - CEP, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº 466 de 2012 e 510 de 2016, manifesta-se por considerar "Aprovado" o projeto. A responsabilidade do pesquisador é indelegável e indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais, cabendo-lhe, após aprovação deste Comitê de Ética em Pesquisa: II - conduzir o processo de Consentimento e de Assentimento Livre e Esclarecido; III - apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento; IV - manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período mínimo de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa; V - apresentar no relatório final que o projeto foi desenvolvido conforme delineado, justificando, quando ocorridas, a sua mudança ou interrupção. Este relatório final deverá ser protocolado via notificação na Plataforma Brasil. OBSERVAÇÃO: Nos documentos encaminhados por Notificação NÃO DEVE constar alteração no conteúdo do projeto. Caso o projeto tenha sofrido alterações, o pesquisador deverá submeter uma "EMENDA".

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235	
Bairro: JARDIM GUANABARA	CEP: 13.565-905
UF: SP	Município: SAO CARLOS
Telefone: (16)3351-9685	E-mail: cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 5.571.674

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1937061.pdf	01/08/2022 20:44:15		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	01/08/2022 20:38:55	Solange Oliveira Ferreira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	01/08/2022 20:37:14	Solange Oliveira Ferreira	Aceito
Outros	CARTA_RESPOSTA_VERSAO_I.pdf	01/08/2022 19:29:51	Solange Oliveira Ferreira	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_ROSTO.pdf	17/05/2022 08:05:50	Solange Oliveira Ferreira	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO CARLOS, 09 de Agosto de 2022

Assinado por:

Adriana Sanches Garcia de Araújo
(Coordenador(a))

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235
 Bairro: JARDIM GUANABARA CEP: 13.565-905
 UF: SP Município: SAO CARLOS
 Telefone: (16)3351-9685 E-mail: cephumanos@ufscar.br

ANEXO B — TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE SOBRE COMPORTAMENTO AUTOLESIVO EM ADOLESCENTES.

Convidamos você a participar da pesquisa intitulada:

CONHECER A PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE SOBRE COMPORTAMENTO AUTOLESIVO EM ADOLESCENTES.

Este estudo tem como objetivo: Conhecer a percepção dos profissionais da ESF sobre o cuidado em saúde mental no que diz respeito aos comportamentos autolesivos e/ou tentativa de suicídio dentre adolescentes.

Se você não quiser participar deste estudo, isso não trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou com a instituição. Se você julgar que precisa de mais informações sobre a realização da pesquisa, terá a garantia de que será esclarecido a qualquer momento. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e endereço do pesquisador principal, podendo tirar dúvidas do projeto e de sua participação.

PROCEDIMENTOS DO ESTUDO: Sua participação será como sujeito entrevistado da pesquisa. Você participará de uma entrevista, com duração aproximada de 30 a 150 minutos, em que serão feitas diversas perguntas.

RISCOS E DESCONFORTOS: os riscos da aplicação do estudo são os de ordem natural: podem ocorrer desconfortos como sentir-se constrangido, incomodado ou desconfortável em responder alguma pergunta, caso isso seja observado ou você não se sentir à vontade com alguma pergunta ou situação, você poderá interromper a entrevista e suas respostas serão descartadas. Por ser uma entrevista presencial, pode haver risco de infecção por SARS-CoV-2, tendo em vista ainda estarmos em período pandêmico. Para diminuir esse risco será adotado as medidas de proteção como uso de máscara, uso de álcool gel, higienização das superfícies e distanciamento de 1,5 m.

BENEFÍCIOS: Não há benefício direto imediato ao voluntário, não haverá custo ou compensação financeira para a participação neste estudo. Não haverá custeio para a pesquisa, por isso não haverá custeio para transporte e alimentação. Sendo assim, a pesquisa será realizada com os participantes que estejam nas duas unidades de saúde Malvinas I e II nos seus respectivos horários de trabalho, evitando o deslocamento fora do horário de trabalho. Todavia, com este estudo, será possível subsidiar aos gestores e profissionais da ESF no sentido de promover educação permanente para melhor atender o cuidado longitudinal de crianças e adolescentes com comportamento autolesivo e/ou ideação suicida.

As informações obtidas serão analisadas a partir da análise de conteúdo, sendo sempre preservada sua identificação. As entrevistas serão gravadas e armazenadas em pendrive por um período de ano, logo após esse período serão apagadas. Em qualquer etapa do estudo você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é a mestrande Solange Oliveira Ferreira, sob a orientação do Professor Dr: Jair Borges Barbosa Neto, que pode ser encontrado no Centro de Atenção Psicossocial Infante Juvenil- CAPSij localizado à Rua Princesa Isabel, bairro centro, Barbalha-CE, telefone (880 9 96393438 e no Departamento de Medicina da UFSCar (Via Washington Luiz, km 235, São Carlos – UFSCar – Departamento de Medicina), telefone (16) 3351-8382, e-mail: jairbneto@ufscar.br.

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética do estudo, entre em contato com o comitê de ética em pesquisa da UFSCar, endereço: Pró-Reitoria de Pesquisa – Pro Pq Rodovia Washington Luis s/n, km 235, São Carlos – SP, Fone:(16) 3351-8028, e-mail: cephumanos@ufscar.br.

Em nenhum momento você terá sua identidade revelada, os resultados deste estudo serão publicados de forma coletiva sem identificar os participantes.

Esclarecemos que a sua participação na pesquisa é voluntária portanto, o (a) senhor (a) não possui obrigação de colaborar com informações para o estudo. Além disso, possui total direito de optar por não participar da pesquisa ou desistir da mesma a qualquer momento sem sofrer qualquer consequência.

Em caso de dano pessoal, diretamente causado pelos procedimentos realizados neste estudo, você terá direito a tratamento, bem como às indenizações legalmente estabelecidas.

Você receberá uma via deste termo, rubricada em todas as páginas por você e pela pesquisadora, onde consta o telefone e o endereço da pesquisadora principal. Você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação agora ou a qualquer momento.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. A pesquisadora me informou que o projeto foi aprovado por um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) que é um órgão que protege o bem-estar dos participantes de pesquisas. O CEP é responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos, visando garantir a dignidade, os direitos, a segurança e o bem-estar dos participantes de pesquisas. Caso você tenha dúvidas e/ou perguntas sobre seus direitos como participante deste estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) da UFSCar que está vinculado à Pró-Reitoria de Pesquisa da universidade, localizado no prédio da reitoria (área

sul do campus São Carlos). Endereço: Rodovia Washington Luís km 235 - CEP: 13.565-905 – São Carlos-SP. Telefone: (16) 3351-9685. E-mail: cephumanos@ufscar.br. Horário de atendimento: das 08:30 às 11:30. O CEP está vinculado à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde (CNS), e o seu funcionamento e atuação são regidos pelas normativas do CNS/Conep. A CONEP tem a função de implementar as normas e diretrizes regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, aprovadas pelo CNS, também atuando conjuntamente com uma rede de Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) organizados nas instituições onde as pesquisas se realizam. Endereço: SRTV 701, via W 5, norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar - Asa Norte - CEP: 70719-040 - Brasília-DF. Telefone: (61) 3315- 5877 E-mail: conep@saude.gov.br.

Assinando abaixo, você confirma que compreendeu este termo de consentimento e o que será realizado neste estudo e que aceita participar do estudo e a liberar o uso confidencial das informações descritas acima e também confirma que, recebeu uma cópia desta autorização.