



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



Isis Fernanda Arenhart

**A perspectiva de adolescentes sobre o cuidado da saúde mental e
contribuições da Unidade Básica de Saúde (UBS)**

São Carlos – SP
2024

Isis Fernanda Arenhart

**A perspectiva de adolescentes sobre o cuidado da saúde mental e
contribuições da Unidade Básica de Saúde (UBS)**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Gestão da Clínica no curso de Mestrado Profissional da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), como requisito para o Exame de Banca de Defesa.

Orientador: Prof. Dr. Jair Borges Barbosa Neto

São Carlos – SP

2024

FICHA CATALOGRÁFICA

Arenhart, Isis Fernanda

A perspectiva de adolescentes sobre o cuidado da saúde mental e contribuições da Unidade Básica de Saúde (UBS) / Isis Fernanda Arenhart -- 2024.
104f.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de São Carlos, campus São Carlos, São Carlos
Orientador (a): Jair Borges Barbosa Neto
Banca Examinadora: Maria Fernanda Barboza Cid,
Cláudia Fegadolli
Bibliografia

1. Saúde do Adolescente. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Saúde Mental. I. Arenhart, Isis Fernanda. II. Título.

Ficha catalográfica desenvolvida pela Secretaria Geral de Informática
(SIn)

DADOS FORNECIDOS PELO AUTOR

Bibliotecário responsável: Arildo Martins - CRB/8 7180

FOLHA DE APROVAÇÃO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica

Relatório de Defesa de Dissertação

Candidata: Isis Fernanda Arenhart

Aos 02/08/2024, às 14:00, realizou-se na Universidade Federal de São Carlos, nas formas e termos do Regimento Interno do Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica, a defesa de dissertação de mestrado sob o título: A perspectiva de adolescentes sobre o cuidado da saúde mental e contribuições da Unidade Básica de Saúde (UBS), apresentada pela candidata Isis Fernanda Arenhart. Ao final dos trabalhos, a banca examinadora reuniu-se em sessão reservada para o julgamento, tendo os membros chegado ao seguinte resultado:

Participantes da Banca

Prof. Dr. Jair Borges Barbosa Neto
Profa. Dra. Maria Fernanda Barboza Cid
Profa. Dra. Cláudia Fegadolli

Função	Instituição
Presidente	UFSCar
Titular	UFSCar
Titular	UNIFESP

Conceito
<u>Aprovada</u>
<u>Aprovada</u>
<u>Aprovada</u>

Resultado Final
<u>Aprovada</u>

Parecer da Comissão Julgadora*:

A candidata apresenta, com propriedade, estudo de muita relevância para o campo da saúde mental das adolescências no contexto da atenção básica em saúde. Destaca-se a extensa revisão de literatura desenvolvida. A banca fez sugestões para melhorias na descrição do método, na discussão dos resultados e na conclusão, que deverão ser considerados no trabalho final.

Encerrada a sessão reservada, o presidente informou ao público presente o resultado. Nada mais havendo a tratar, a sessão foi encerrada e, para constar, eu, Prof.^a Dr.^a Larissa Campagna Martini Barbosa, representante do Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica, lavrei o presente relatório, assinado por mim e pelos membros da banca examinadora.

Prof. Dr. Jair Borges Barbosa Neto

Representante do PPG: Prof.^a Dr.^a Larissa Campagna Martini
Barbosa

Profa. Dra. Maria Fernanda Barboza Cid

Profa. Dra. Cláudia Fegadolli

Certifico que a defesa realizou-se com a participação à distância do(s) membro(s) Maria Fernanda Barboza Cid, Cláudia Fegadolli e, depois das arguições e deliberações realizadas, o(s) participante(s) à distância está(ao) de acordo com o conteúdo do parecer da banca examinadora redigido neste relatório de defesa.

Prof. Dr. Jair Borges Barbosa Neto

Não houve alteração no título () Houve alteração no título. O novo título passa a ser:

Observações:

a) Se o candidato for reprovado por algum dos membros, o preenchimento do parecer é obrigatório.

b) Para gozar dos direitos do título de Mestre ou Doutor em Gestão da Clínica, o candidato ainda precisa ter sua dissertação ou tese homologada pelo Conselho de Pós-Graduação da UFSCar.

RESUMO

O período etário denominado adolescência abarca uma diversidade de experiências, a depender de múltiplos fatores como o território em que vive, níveis de renda, raça, etnia, gênero, dentre outros. Estudos mostram que problemas de saúde mental como transtornos depressivos e ansiosos, autolesão não suicida, comportamentos autolesivos, ideação, tentativa de suicídio e o próprio suicídio têm aumentado nessa população. As políticas de saúde mental infantojuvenil, no entanto, são relativamente recentes. A Unidade Básica de Saúde (UBS), como ponto da Rede de Atenção Psicossocial, tem como missão a promoção da saúde e o cuidado territorial. O presente estudo buscou identificar a perspectiva de adolescentes sobre o cuidado da saúde mental e possíveis contribuições da UBS, conhecer estratégias que os participantes utilizavam para o próprio cuidado em saúde mental, entender como acessaram as atividades de cuidado em saúde mental na UBS e identificar suas perspectivas sobre as fragilidades e potencialidades da UBS nesse cuidado. Participaram do estudo oito adolescentes de 15 a 19 anos (20 anos incompletos), usuários de uma UBS de um município de grande porte do interior do estado de São Paulo. Foram realizadas entrevistas individuais semiestruturadas com os adolescentes, a partir de um vídeo curto como disparador e perguntas norteadoras. Produziu-se um relatório de cada entrevista, que foi enviado ao respectivo participante e validado. Os dados foram transcritos integralmente, anonimizando os participantes por meio do uso de nomes fictícios, e submetidos a análise temática. As estratégias para o cuidado da saúde mental utilizadas pelos participantes envolveram falar sobre seus sentimentos, atendimento psicológico na UBS, envolver-se em atividades prazerosas e atitudes de enfrentamento e resolução de problemas. O acesso ao cuidado em saúde mental na UBS foi possível por meio do apoio de algum familiar responsável e/ou encaminhamento da escola, sendo o contato ou vínculo prévio do adolescente ou seu responsável com algum trabalhador da UBS um facilitador. Os participantes apontaram fragilidades no acesso à UBS já conhecidas na literatura, como dificuldades com transporte, longas esperas para atendimento, recursos humanos limitados e preocupação em relação à privacidade e confidencialidade. Além disso, disseram faltar informação sobre as ofertas da unidade e como acessá-las. Os participantes que acessaram cuidado em saúde mental na UBS tiveram experiências variadas com a acolhida na unidade. Apesar das esperas, a gratuidade do atendimento foi apontada como ponto positivo, assim com a existência de critérios de prioridade para situações de urgência e postura não-julgadora dos profissionais. Foi destacada a importância de serem desenvolvidas ações voltadas à saúde mental no ambiente escolar. O acesso a equipamentos de convivência (esporte, lazer e cultura) também foi apontado como importante na promoção da saúde mental. Os achados desse estudo reforçam a necessidade da articulação intersetorial, com ações compartilhadas que integrem o planejamento dos serviços, bem como da capacitação contínua dos profissionais da saúde e de outros setores que lidam com adolescentes, especialmente os da educação, para que estejam preparados a prestar suporte nas questões de saúde mental.

Palavras-chave: Saúde do Adolescente, Atenção Primária à Saúde, Saúde Mental, Promoção da Saúde, Integralidade em Saúde.

ABSTRACT

The age period known as adolescence includes a wide range of experiences, depending on multiple factors such as the territory where one lives, income levels, race, ethnicity, gender, and more. Studies show that mental health problems such as depressive and anxious disorders, non-suicidal self-injury, self-harming behaviors, suicide ideation and attempts, and suicide itself have been increasing in this population. However, child and adolescent mental health policies are relatively recent. The Primary Health Care Service (Unidade Básica de Saúde - UBS), as a part of the Psychosocial Care Network, has the mission of promoting health and territorial care. This study aimed to identify the perspective of adolescents on mental health care and possible contributions of the UBS, to explore the strategies participants used for their own mental health care, to understand how they accessed mental health care activities at the UBS, and to identify their perspectives on the weaknesses and strengths of the UBS in providing this care. Eight adolescents aged 15 to 19 years (under 20), users of a UBS in a large municipality in the interior of São Paulo state, participated in the study. Semi-structured individual interviews were conducted with the adolescents, using a brief video as a prompt along with guiding questions. A report was created for each interview, sent to the respective participant for validation. The data were then fully transcribed, with participants anonymized using fictitious names, and underwent thematic analysis. The strategies for mental health care used by the participants involved talking about their feelings, psychological care at the UBS, engaging in pleasurable activities, and problem-solving and coping attitudes. Access to mental health care at the UBS was facilitated by the support of a responsible family member and/or referral from the school, with previous contact or connection with a UBS worker also serving as a facilitator. Participants identified several scientifically well-documented weaknesses in access to the UBS, including transportation difficulties, long waiting times for care, limited human resources, and concerns about privacy and confidentiality. They also mentioned a lack of information about the unit's offers and how to access them. Participants who accessed mental health care at the UBS had varied experiences with the unit's reception. Despite the waits, the free service was seen as a positive point, along with the existence of priority criteria for urgent situations and the non-judgmental attitude of the professionals. The study underscored the significance of developing mental health initiatives within the school environment. Access to community facilities (sports, leisure, and culture) was also pointed out as important for promoting mental health. The findings highlight the necessity for intersectoral collaboration, advocating for integrated service planning, as well as continuous training for health professionals and others who work with adolescents, especially those in education services, to be prepared to provide support on mental health issues.

Keywords: Adolescent Health, Primary Health Care, Mental Health, Health Promotion, Integrality in Health.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB – Atenção Básica
ACS – Agente Comunitário de Saúde
APS – Atenção Primária à Saúde
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CAPSad - Centro de Atenção Psicossocial modalidade Álcool e Drogas
CAPSij – Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa
COVID-19 – Doença do Coronavírus 2019
DALYs – Anos de vida perdidos ajustados por incapacidade
ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente
eMulti - Equipe Multiprofissional na APS
ESF – Estratégia Saúde da Família
EJ – Estatuto da Juventude
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família / Núcleo Ampliado de Saúde da Família
OMS – Organização Mundial da Saúde
OPAS – Organização Panamericana de Saúde
RAPS – Rede de Atenção Psicossocial
RAS – Rede de Atenção à Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
TALE – Termo de Assentimento Livre e Esclarecido
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS – Unidade Básica de Saúde
UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância
YLDs – Anos de vida vividos com incapacidade

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO.....	9
2 INTRODUÇÃO.....	12
2.1. Adolescência.....	12
2.2. Adolescentes e as condições relativas à saúde mental.....	15
2.2.1. Fatores de risco e prevalência de problemas de saúde mental.....	16
2.2.2. Comportamentos suicidas e autolesivos.....	20
2.2.3. Estudos qualitativos.....	21
2.3. A política pública e o cuidado à saúde mental dos adolescentes.....	23
2.3.1. A UBS na atenção à saúde mental dos adolescentes.....	27
3 OBJETIVOS.....	36
3.1. Objetivo geral:.....	36
3.2. Objetivos específicos:.....	36
4 MÉTODO.....	36
4.1. Local do estudo.....	36
4.1.1. Perfil de atendimento da unidade à população de 15 a 19 anos.....	37
4.2. Participantes.....	42
4.2.1. Procedimentos para localização e identificação dos participantes.....	43
Quadro 1. Caracterização dos participantes.....	45
4.3. Recursos para a produção dos dados.....	46
4.3.1. O vídeo disparador.....	46
4.3.2. A entrevista.....	46
4.3.3. Procedimentos para a produção dos dados.....	47
4.4. Aspectos éticos.....	48
4.5. Procedimento de análise dos dados.....	49
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	50
Área temática 1: Perspectiva dos adolescentes sobre cuidado em Saúde Mental	
I. Desafios vivenciados: transições na vida escolar, fragilidade/ impulsividade,	

dificuldade na busca de cuidado em saúde mental.....	50
II. Cuidar da saúde mental: falar do que sente, fazer o que gosta e estratégias de enfrentamento.....	54
III. Escola como lugar privilegiado para educação em saúde e intervenção em saúde mental.....	57
Área temática 2: Contribuições da UBS no cuidado em Saúde Mental dos adolescentes	
I. Dificuldades com transporte à UBS.....	63
II. Experiências variadas com a acolhida na unidade.....	65
III. Considerações sobre as ofertas: bom atendimento, mas falta comunicação, ações específicas e no território.....	68
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	74
APÊNDICES	
APÊNDICE A -TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - PARTICIPANTE MAIOR DE 18 ANOS.....	86
APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - AUTORIZAÇÃO DA PARTICIPAÇÃO DO ADOLESCENTE.....	89
APÊNDICE C - TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - PARTICIPANTE MENOR DE 18 ANOS.....	92
APÊNDICE D – FORMULÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE.....	94
APÊNDICE E - ROTEIRO DE PERGUNTAS NORTEADORAS.....	95
APÊNDICE F – DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS UTILIZADOS NA ANÁLISE DE DADOS.....	96
ANEXO	
ANEXO A – Parecer Consubstanciado do CEP.....	101

1 APRESENTAÇÃO

Esse trabalho nasce da minha atuação, como psicóloga, na Atenção Básica no SUS. Nesse contexto, me deparei inicialmente com muitas solicitações da equipe, dos usuários e de outros serviços do território (escolas, serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos, Conselho Tutelar etc.) para atendimento em saúde mental de crianças e, com o passar do tempo, também de adolescentes.

Apesar da existência de espaços coletivos de diálogo entre a Unidade Básica de Saúde (UBS) e serviços que atendiam as crianças e adolescentes do território e também um coletivo, a nível distrital, com participação de profissionais de diversos serviços de saúde que atendiam à população infanto-juvenil (unidades básicas, policlínicas, CAPSij e serviços conveniados), a lógica do encaminhamento para o atendimento individual prevalecia. Ainda que as discussões contribuíssem para a qualificação do cuidado, era difícil o desenvolvimento de estratégias coletivas e compartilhadas no território.

A partir dos últimos meses de 2018, percebi aumento na procura da UBS por adolescentes com queixas de saúde mental. A maioria era do sexo feminino e algumas vinham referenciadas do pronto-atendimento, após atendimento por tentativa de suicídio, automutilação ou crises de ansiedade. Outras(os) adolescentes procuravam diretamente a UBS, quase sempre trazidas ou acompanhadas(os) de alguém responsável, ou de uma amiga ou irmã também adolescente, já referindo no acolhimento da unidade alguma questão de saúde mental que era direcionada à psicologia, via atendimento no dia (caso urgência) ou agendamento.

Em contrapartida ao cuidado às crianças pequenas, para os quais havia fluxos mais bem estabelecidos e serviços da rede e conveniados para compor em determinados aspectos, como nos transtornos de desenvolvimento, sobre os adolescentes, tive a impressão de serem menos olhados, de em geral serem considerados saudáveis, acessando a UBS por queixas agudas específicas. Pareciam estar mais próximos e serem mais conhecidos por outros setores, principalmente a educação, tendo com a saúde contatos mais pontuais.

Ao mesmo tempo, a saúde dos adolescentes parecia um alvo de preocupação para suas famílias e para as instituições que frequentavam, e quando

acessavam a UBS por queixas de saúde mental traziam questões importantes e oportunas, tanto para aquele momento, quanto para seus projetos de futuro.

Em 2020, o contexto criado pela pandemia de COVID-19 exacerbou determinantes que prejudicam a saúde mental, ao mesmo tempo que afetou o acesso das crianças e adolescentes ao ambiente escolar, à convivência comunitária e aos serviços de saúde.

A retomada deste acesso também se mostrou desafiadora, tanto para as crianças e adolescentes, quanto para os serviços, sendo a saúde bastante demandada a dar resposta a problemas abrangentes e complexos desses grupos.

A opção deste estudo foi ouvir os adolescentes que acessavam a UBS sobre estratégias que utilizam para cuidar de sua saúde mental e suas perspectivas sobre o cuidado recebido na UBS e maneiras de melhorá-lo, de modo a tornar o cuidado em saúde mental mais acessível e abrangente.

Em relação à organização deste trabalho:

Na seção Introdução, foram abordados o referencial de adolescências, estudos sobre condições de saúde mental que têm sido vivenciadas por pessoas nesta faixa etária e as respectivas políticas públicas de saúde voltadas ao cuidado da saúde mental dessa população.

Nas seções Objetivos e Método, foram descritos os objetivos do estudo, a metodologia utilizada, sendo apresentadas características do local do estudo (da UBS e do território), critérios de seleção dos participantes e estratégias para a produção e análise dos dados.

Na seção de Resultados e Discussão foram apresentados os temas que apareceram nas entrevistas com os participantes, discutidos com a literatura científica.

Por fim, na seção Considerações finais foram sintetizados os principais achados do estudo e as implicações destes para as práticas de cuidado da Atenção Básica com adolescentes no território.

2 INTRODUÇÃO

2.1. Adolescência

Diferentes referenciais têm sido utilizados para definir os conceitos de adolescências e juventudes, no plural, considerando a diversidade dessas experiências. A terminologia corresponde a uma construção social, histórica, cultural e relacional, tendo adquirido diferentes denotações e delimitações ao longo das épocas e processos históricos e sociais (Freitas; Abramo; León, 2005).

Adolescência e juventude são termos comumente utilizados para se referir a uma etapa da vida entre a infância e a idade adulta. Desse modo, vinculam-se, de alguma forma, a uma faixa de idade, mesmo que esses limites etários não possam ser definidos rigidamente. Essa dimensão etária é utilizada como ordenadora para análises demográficas, pesquisas científicas e políticas públicas (Freitas; Abramo; León, 2005; Senna; Dessen, 2015).

No Brasil, de acordo com as definições legais:

- O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) define legalmente como crianças as pessoas com até 12 anos de idade incompletos e como adolescentes aquelas entre 12 e 18 anos incompletos (Brasil, 1990a);
- O Estatuto da Juventude (EJ) define legalmente como jovens pessoas entre 15 e 29 anos de idade (Brasil, 2013a).

Nessas definições há uma interseção entre a metade da adolescência e os primeiros anos da juventude.

Para as teorias da psicologia do desenvolvimento, a adolescência é uma fase de amadurecimento sexual, cerebral, cognitivo, linguístico e moral. Diversos fatores contextuais como a genética, nutrição, padrão de vida, estimulação do ambiente, socialização e a orientação parental são apontados como intervenientes no desenvolvimento nesse estágio da vida (Papalia; Feldman, 2013).

Na publicação *Adolescência e psicologia: Concepções, práticas e reflexões críticas*, do Conselho Federal de Psicologia (2002), foi dedicada uma seção para a revisão crítica sobre a construção do fenômeno da adolescência, com objetivo de ultrapassar uma perspectiva naturalista e a-histórica então bastante prevalente na Ciência Psicológica.

Para Ozella (2002), autor do capítulo acima referido, a concepção de adolescência na psicologia foi fortemente influenciada por estereótipos e estigmas, originados desde que Stanley Hall a identificou como uma fase de tormento e confusão ligada à emergência da sexualidade, visão reforçada por abordagens psicanalíticas que a caracterizaram como uma etapa de confusão, estresse e luto, também causados pelos impulsos sexuais emergentes. O autor apresenta a concepção de diferentes teóricos de destaque na psicologia que consideraram a adolescência como: fase especial, de uma mentalidade própria e com um psiquismo característico, momento crucial e decisivo.

Críticas às abordagens psicanalistas e desenvolvimentistas se baseiam em que essa perspectiva sobre a adolescência carrega atributos psicologizantes e biologizantes, sendo as mudanças hormonais, glandulares e físicas colocadas como responsáveis por certas características próprias do adolescente, como rebeldia, desinteresse, crise, instabilidade afetiva etc., que passam a ser percebidas como constituintes de uma “identidade adolescente”. Considera-se que a adolescência foi naturalizada, como também percebida como uma fase difícil do desenvolvimento, semipatológica (Bock, 2007; Coimbra; Bocco; Nascimento, 2005).

Para Coimbra, Bocco e Nascimento (2005) esse pensamento psicológico foi responsável por instituir características e tempos que seriam inerentes a essa etapa da vida, estabelecendo normas e então diferenciando sujeitos normais e anormais de acordo com essas referências. Ademais, para as autoras, a produção de uma “identidade adolescente” como um jeito correto de ser e estar no mundo poderia criar uma identidade que limita e aprisiona, homogênea e nega a multiplicidade.

Dayrell, Carrano (2014, p. 111) compreendem na juventude, ao mesmo tempo, um aspecto universal relativo a transformações do indivíduo em certa faixa etária e, por outro lado, diferentes construções históricas e sociais relacionadas a esse ciclo da vida. Para os autores:

A entrada na juventude se faz pela fase da adolescência e é marcada por transformações biológicas, psicológicas e de inserção social. É nessa fase que fisicamente se adquire o poder de gerar filhos, em que a pessoa dá sinais de ter necessidade de menos proteção por parte da família e começa a assumir responsabilidades, a buscar a independência e a dar provas de autossuficiência, dentre outros sinais corporais, psicológicos e de autonomização cultural. O mesmo não pode ser dito em relação à culminância do processo que se dá com a passagem para a vida adulta. Isso porque essa se encontra cada vez mais fluida e indeterminada, fazendo com que os próprios marcadores de passagem para a “adulterez”

(terminar os estudos, trabalhar, casar, ter a própria casa e ter filhos) ocorram sem uma sequência lógica previsível ou mesmo não ocorram com o avançar da idade, caso dos indivíduos que vivem em uma “eterna juventude”. Consideramos que a categoria juventude é parte de um processo de crescimento totalizante, que ganha contornos específicos no conjunto das experiências vivenciadas pelos indivíduos no seu contexto social. Isso significa entender a juventude mais amplamente e não como uma etapa com um fim predeterminado e muito menos como um momento de preparação que será superado quando se entrar na vida adulta.

Embora os processos biológicos da puberdade sejam universais, a experiência desses processos varia significativamente entre os adolescentes e jovens, influenciada pelo contexto da comunidade em que estão inseridos. Na sociedade brasileira, essa experiência é marcada por desigualdades de direitos e oportunidades, que são moldadas por fatores como local de moradia, níveis de renda, raça/cor, etnia e gênero. Além disso, as diversidades naturais, sociais e culturais resultam em grandes diferenças regionais e geográficas, que geram características socioeconômicas, ideológicas, psicossociais ou profissionais distintas. Essas características, por sua vez, impactam os ambientes de desenvolvimento e saúde do adolescente (Magalhães *et al.*, 2021; Senna; Dessen, 2015; UNICEF, 2023).

Na questão das desigualdades na educação, apesar de progressos significativos do país, com a implementação de marcos legais importantes e avanços em todos os indicadores educacionais nos últimos trinta anos, persistem desafios. Em 2017, quase 2 milhões de crianças e adolescentes ainda estavam fora da escola, principalmente aqueles das camadas mais vulneráveis da população. Além disso, o sistema educacional brasileiro falha em garantir oportunidades de aprendizagem para todos. Segundo dados do Censo Escolar, em 2018, 2,6 milhões de estudantes brasileiros de escolas municipais e estaduais foram reprovados e mais de mais de 912 mil deixaram as escolas. As razões para o fracasso escolar são variadas e complexas, e incluem a desconexão entre o currículo e a realidade dos estudantes, a discriminação e a necessidade de trabalhar. Além disso, muitas escolas enfrentam condições precárias e oferecem ensino de baixa qualidade (UNICEF, 2019).

No acesso à saúde, de acordo com Silva *et al.* (2023), em estudo transversal com dados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar de 2019, da amostra de 124.898 adolescentes de 13 a 17 anos, mais da metade (56,56%) buscou

atendimento de algum serviço ou profissional de saúde nos 12 meses anteriores. A procura foi menor entre os meninos, entre estudantes de escolas públicas, os residentes da zona rural e aqueles com cor da pele não branca. A Unidade Básica de Saúde (UBS) foi o serviço mais procurado por 35,97% dos adolescentes. Dentre os alunos de escolas públicas, 40,75% procuraram com maior frequência a UBS, enquanto entre os de escola privada, o serviço de saúde mais procurado foi o consultório médico ou clínica particular (38,49%). Dos adolescentes que buscaram a UBS, 88,61% responderam ter sido atendidos.

Condições de vida e financeiras desfavoráveis podem resultar no enfrentamento de adversidades cumulativas pelos jovens, como dificultar o acesso às políticas públicas, aumentar a exposição a eventos estressantes e violências, afetar o desempenho escolar, dificultar a conseguir um emprego, aumentar as chances de desenvolvimento de problemas de saúde mental, entre outros (Magalhães *et al.* , 2021).

A definição de adolescência seguida pelo Ministério da Saúde tem sido a da Organização Mundial da Saúde (OMS), que considera como crianças as pessoas de 0 a 9 anos e como adolescentes aquelas entre 10 e 19 anos (inclusive). Denomina juventude o período de 15 a 24 anos, incluindo as fases intermediária e final da adolescência de 15 a 19 anos (jovens adolescentes) e o início da vida adulta de 20 a 24 anos (jovens adultos) (Brasil, 2017a).

O presente estudo seguirá o recorte etário de 10 a 19 anos para considerar os sujeitos adolescentes, tendo os participantes idades entre 15 e 19 anos (inclusive).

2.2. Adolescentes e as condições relativas à saúde mental

Os transtornos mentais têm permanecido entre as dez principais causas que contribuem para a carga global de doenças ao redor do mundo. Na população de 15 a 24 anos, em 2019, os transtornos depressivos e ansiosos ocuparam, respectivamente, o 2º e 4º lugar nas causas de anos de vida vividos com

incapacidade (YLDs), e a posição 4^a e 7^a de anos de vida perdidos ajustados por incapacidade (DALYs) (GBD 2019 - Mental Disorders Collaborators, 2022).¹

Os autores destacam a relevância dos transtornos mentais para a carga global de doenças já no período anterior à pandemia de COVID-19, e consideram que a emergência desta criou um ambiente que exacerbou muitos determinantes que prejudicam a saúde mental e recomendam que, nos planos de recuperação da pandemia, os países considerem as necessidades de saúde mental da população já previamente não atendidas e reavaliem mais extensamente as respostas de seus serviços de saúde mental (GBD 2019 - Mental Disorders Collaborators, 2022).

A Organização Mundial de Saúde estima que 14% dos adolescentes entre 10 e 19 anos sofram de condições de saúde mental, que muitas vezes não são reconhecidas nem tratadas. Esses adolescentes são especialmente vulneráveis à exclusão social, discriminação, estigma, dificuldades educacionais, comportamentos de risco, problemas de saúde física e violações dos direitos humanos (OMS, 2021).

2.2.1. Fatores de risco e prevalência de problemas de saúde mental

Diversos fatores podem afetar a saúde mental, e a exposição a um maior número de fatores de risco pode resultar em um maior impacto potencial. Fatores como adversidades, pressão social, exploração da identidade, qualidade das relações familiares e sociais, violência, criação rigorosa e problemas socioeconômicos podem contribuir para o estresse na adolescência. Adolescentes em condições de vida difíceis, estigmatizados, discriminados ou sem acesso a suporte e serviços de qualidade estão mais vulneráveis a desenvolver problemas de saúde mental. Crianças e jovens em situação de vulnerabilidade social, como os que vivem em locais violentos ou com poucos recursos financeiros, têm alta propensão a desenvolver transtornos mentais (Magalhães *et al.*, 2021; OMS, 2021).

Liverpool *et al.* (2023) revisaram sistematicamente fatores associados à saúde mental de crianças e jovens no Caribe de língua inglesa. A qualidade,

¹ O indicador DALY (Disability Adjusted Life Years - anos de vida perdidos ajustados por incapacidade) mede simultaneamente o efeito da mortalidade e dos problemas de saúde que afetam a qualidade de vida dos indivíduos. Um DALY quer dizer um ano de vida saudável perdida, e incorpora conceitos de morte prematura e anos vividos com incapacidade (GBD 2019 - Mental Disorders Collaborators, 2022).

quantidade e consistência das evidências variaram para 21 fatores. Eventos adversos e relações negativas entre pares e irmãos foram consistentemente ligados a problemas de saúde mental, enquanto estratégias de enfrentamento foram associadas a uma melhor saúde mental. As evidências foram mistas para vários outros fatores, incluindo idade, sexo/gênero, raça/etnia, nível acadêmico, comorbidade, afeto positivo, comportamentos de risco à saúde, religião, histórico dos pais, relações entre os pais e de mãe/pai com o filho, escola/emprego, geografia e status social. Concluiu-se que fatores individuais, de relacionamento, comunitários e sociais influenciam a saúde mental de crianças e jovens, sendo necessárias mais pesquisas para explorar achados inconsistentes e áreas pouco estudadas.

Um estudo quantitativo, transversal, analítico e observacional com 302 adolescentes com idade entre 14 e 19 anos de duas escolas no Rio Grande do Sul buscou avaliar os fatores de risco e proteção associados aos transtornos mentais comuns em estudantes adolescentes. Foram utilizados vários instrumentos para coleta de dados, incluindo questionários sociodemográficos e avaliações de apoio social, vitimização juvenil (utilizando o instrumento *Juvenile Victimization Questionnaire* que abordava crime convencional, maus tratos na, vitimização entre pares, vitimização sexual e testemunho e vitimização indireta) e detecção de sofrimento e problemas relacionados à saúde mental. Os resultados mostraram uma associação significativa entre transtornos mentais comuns e as variáveis: sexo feminino, algum membro da família possuir diagnóstico de transtorno mental comum, não possuir irmão(s), e a vitimização nos últimos 12 meses ou alguma vez na vida. As variáveis que se referem aos fatores de proteção, que foram avaliadas como o apoio social percebido pelos adolescentes, não mostraram associação significativa com a variável desfecho, e não foram incluídas no modelo final examinado pelo estudo (Tonetto; Carlotto, 2021).

Vários estudos relacionam as violências, em suas diferentes formas, como relevantes fatores de risco para o desenvolvimento de transtornos mentais em adolescentes.

Uma revisão sistemática, a fim de avaliar o impacto da violência comunitária nos sintomas internalizantes de saúde mental em pessoas de 10 a 24 anos, realizou buscas nas bases Medline, Psy-CINFO, Embase, LILACS, Web of Science e Scopus, incluindo teses e dissertações, sem filtro de idioma ou ano de publicação,

selecionando 42 do total de 2987 trabalhos encontrados. Encontrou-se que a maior exposição à violência comunitária está positivamente associada a sintomas de saúde mental internalizantes (no estudo considerados: transtorno do estresse pós-traumático, sintomas de transtorno mental comum, depressão e ansiedade), sendo que testemunhar é menos prejudicial do que ser vítima. Não foram encontradas associações de idade e raça. Segundo o estudo, o gênero masculino e o apoio familiar podem ser fatores protetores (Miliauskas *et al.* , 2022).

Álvares *et al.* (2021) investigaram a associação entre a violência psicológica e o desenvolvimento do transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) em uma coorte de adolescentes nascidos em São Luís (MA). Utilizando um questionário aplicado a 2.486 adolescentes e um método estatístico para tornar os grupos (expostos e não expostos) comparáveis, descobriu-se que 30,3% dos adolescentes sofreram violência psicológica severa. A prevalência de TEPT foi maior entre os expostos à violência psicológica (4,8%) em comparação com os não expostos (1,5%). O estudo confirmou o impacto negativo da violência psicológica na saúde mental do indivíduo.

Miliauskas *et al.* (2023) exploraram a relação entre a exposição à violência na vizinhança e a presença de transtornos mentais comuns (TMCs - sintomas de ansiedade, depressão e queixas somáticas, não necessariamente indicativos de patologias) em 1.686 adolescentes de 12 a 17 anos residentes no município do Rio de Janeiro (RJ). Foram construídos três indicadores de crime para medir a exposição à violência comunitária, usando dados da Polícia Civil do Estado do Rio de Janeiro: crimes contra a propriedade, crimes não letais e crimes letais. Adolescentes que vivem em regiões com taxas mais altas dos três tipos de violência estudados tinham maior probabilidade de ter TMCs. Além disso, meninas, adolescentes mais velhos e negros apresentam um risco aumentado para TMCs.

Por meio de estudo transversal com dados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) de 2019, Antunes *et al.* (2022) estimaram as prevalências e intervalos de confiança de 95% (IC95%) dos indicadores de saúde mental dos adolescentes brasileiros de 13 a 17 anos, segundo idade, sexo, dependência administrativa da escola e Unidade da Federação. Encontrou-se que, dos 125.123 escolares de 13 a 17 anos investigados, 50,6% (IC95% 49,8-51,4) sentiram-se preocupados com as coisas comuns do dia a dia; 40,9% (IC95% 40,2 - 41,5) ficaram irritados, nervosos ou mal-humorados; 31,4% sentiram-se tristes na maioria das

vezes ou sempre; 30,0% (IC95% 29,4 - 30,6) achavam que ninguém se preocupava com eles; 21,4% (IC95% 20,9-22,0) sentiam que a vida não vale a pena ser vivida; 17,7% (IC95% 17,2-18,2) apresentaram autoavaliação em saúde mental negativa; e 4,0% (IC95% 3,7-4,3) mencionaram que não tinham amigos próximos.

Segundo as autoras, a maioria desses indicadores foram mais frequentes em escolares de 16 e 17 anos, no sexo feminino e em escolas públicas. Concluíram que houve evidência de aumento do sofrimento mental entre os adolescentes brasileiros (Antunes *et al.* , 2022).

Em pesquisa que avaliou a prevalência de transtornos mentais (depressão, ansiedade, risco de suicídio e fobia social) em 12.350 participantes, sendo adolescentes, jovens e adultos em Ribeirão Preto (SP), Pelotas (RS) e São Luís (MA) utilizando uma entrevista diagnóstica breve, relacionando-a com características sociodemográficas, encontrou-se que tais transtornos mentais foram mais prevalentes nas mulheres e naqueles com menor nível socioeconômico, independentemente do município e idade. Segundo os pesquisadores, esses resultados destacam a importância de aumentar os investimentos em saúde mental no Brasil, levando em consideração fatores de gênero e socioeconômicos (Orellana *et al.* , 2020).

Um estudo transversal com 230 adolescentes (de 10 a 19 anos de idade) de uma escola pública em Salvador (BA) buscou identificar a prevalência de transtorno mental comum e os fatores associados em adolescentes escolares. A prevalência de transtorno mental comum entre os estudantes foi de 52,2%. A análise dos dados revelou uma associação positiva entre o transtorno e ser do sexo feminino, ser de raça negra, ter um(a) namorado(a) e ter usado cigarros pelo menos uma vez na vida (Monteiro *et al.* , 2020).

Peterle *et al.* (2022) buscaram estimar a prevalência de problemas emocionais e comportamentais em adolescentes durante a pandemia da COVID-19 e entender a percepção dos adolescentes sobre esses problemas. Foram avaliados 479 adolescentes de uma capital da região Centro-Oeste do Brasil. Descobriu-se que 61,17% apresentavam problemas emocionais e comportamentais, sendo mais comuns entre as meninas. Os problemas mais prevalentes estavam relacionados a relacionamentos com colegas e sintomas emocionais. Os adolescentes relataram um aumento na solidão, ansiedade, tristeza e dificuldades de socialização durante a pandemia.

2.2.2. Comportamentos suicidas e autolesivos

Os comportamentos suicidas e autolesivos em adolescentes e jovens também têm sido alvo de estudos, visto o impacto e taxas crescentes de suicídio dentre as causas de morte nessa faixa etária, e a significativa prevalência de outros comportamentos que podem relacionar-se ao suicídio (como ideação suicida, planejamento suicida e tentativa de suicídio).

Em meta-análise de estudos sobre comportamentos suicidas e autolesivos de jovens ao redor do mundo, foi encontrada a prevalência ao longo da vida de 22,1% para autolesão não-suicida (destruição direta ou alteração do tecido corporal sem intenção suicida consciente); 18% para ideação suicida; 13,4% para comportamento autolesivo (ato de intencionalmente causar dano para si mesmo, independentemente do tipo, motivo ou intenção suicida); 9,9% para planejamento suicida e 6% para tentativa de suicídio. O estresse escolar, bullying e acontecimentos adversos na infância são discutidos como fatores de risco para esses comportamentos (Lim *et al.* , 2019).

De acordo com a OMS (2023), os fatores que mais levam à morte de pessoas entre 10 e 24 anos no mundo incluem violência, suicídio e acidentes de trânsito (conhecidos como causas externas), além de problemas de saúde mental, consumo de álcool, questões ligadas à saúde materna e ao uso de contraceptivos, e doenças infecciosas. Enquanto os padrões de mortalidade dos indivíduos com idade de 10 a 14 anos são mais relacionados a doenças infecciosas, para aqueles de 15 a 24 anos, nota-se uma transição das doenças infecciosas típicas da infância para incidentes como acidentes, ferimentos, autolesão e violência entre pessoas.

Segundo o Ministério de Saúde (Brasil, 2021), no período de 2010 a 2019 houve aumento da incidência de suicídios em todos os grupos etários, destacando-se o sofrido nas taxas de mortalidade de adolescentes, que tiveram um incremento de 81% no período.

As Regiões Sul, Norte e Centro-Oeste tiveram o maior aumento nas taxas de suicídio em pessoas de 15 a 19 no período, bem como as maiores taxas de mortalidade por suicídio nessa faixa etária em 2019 (Brasil, 2021).

A taxa de mortalidade por suicídio de pessoas de 15 a 19 anos no Brasil foi de 6,21 (por 100 mil habitantes) em 2019 (9,25 na população masculina e 3,06 na população feminina) (OPAS, 2021); na população geral a taxa nacional em 2019 foi de 6,6 por 100 mil habitantes (10,7 por 100 mil no gênero masculino, 2,9 na população feminina) (Brasil, 2021).

2.2.3. Estudos qualitativos

Estudos qualitativos que abordaram as vivências de problemas de saúde mental pelos adolescentes apontaram para a influência das relações familiares na saúde mental, da compreensão dos familiares e dos profissionais de saúde sobre a manifestação de sofrimento apresentada pelo adolescente, e de intervenções que considerem o contexto do adolescente como as mais eficazes.

O estudo de Rossi *et al.* (2019) buscou identificar a percepção e a trajetória de cuidado de cinco adolescentes de 16 e 17 anos que passaram por uma crise de saúde mental, usuários de um CAPSij, por meio de entrevistas usando o método de história oral, analisadas pela análise temática. Os resultados indicaram que: a crise de saúde mental foi ligada a sentimentos intensos e tentativas de suicídio, vivenciados como um problema individual; as relações entre pares e familiares influenciaram a crise, desencadeando quando permeadas de violência, mas também forneceram suporte quando baseadas em confiança; o cuidado foi acessado principalmente na Rede de Atenção Psicossocial, sem relatos de internação; houve dificuldades na frequência ao serviço, na participação em espaços coletivos de cuidado e resistência ao uso da medicação. Careciam espaços de participação dos adolescentes sobre as terapêuticas oferecidas (atividades, medicamentos).

Simões *et al.* (2022), por meio de entrevistas com dez adolescentes usuários de um CAPSij de um município do Sul do Brasil que apresentaram comportamento suicida, investigaram as relações de rede de apoio social e os reflexos dessa situação para o desenvolvimento do adolescente. Os resultados apontaram que os participantes fortaleceram suas relações familiares, especialmente com suas mães, após o atendimento no CAPSij. A intervenção de um profissional de saúde qualificado, considerando as variáveis individuais e contextuais, foi associada à

promoção do bem-estar, prevenção de problemas comportamentais e redução do estresse no adolescente, o que levaria a um desenvolvimento favorável para a vida adulta. Além disso, a intervenção dos profissionais de saúde nos problemas dos adolescentes levou a mudanças no comportamento de alguns membros da família, resultando em melhor diálogo entre pais e filhos, redução da ansiedade e conflitos familiares, e aumento da compreensão e respeito mútuo. No entanto, persistiam dificuldades na comunicação dentro da rede de apoio familiar, especialmente com pai e mãe. Os autores apontaram o fato de nem todos os familiares participarem do tratamento como um obstáculo para a superação dessas dificuldades.

Em relação a comportamentos autolesivos, Moreira *et al.* (2023) pesquisaram a multidimensionalidade de significados da automutilação, na perspectiva de adolescentes, responsáveis e profissionais de saúde, concluindo que a interpretação variada da automutilação pode impactar o cuidado adequado ao adolescente, dificultar a percepção da necessidade de ajuda profissional e contribuir para o abandono do tratamento. Participaram do estudo sete adolescentes (eram do sexo feminino e tinham idades entre 15 e 17 anos) que frequentavam regularmente um CAPSij e já tinham apresentado comportamento de automutilação, vinte responsáveis legais e seis profissionais de nível superior que atendiam no CAPSij. Utilizaram-se entrevistas individuais com os profissionais de saúde e responsáveis e grupo focal com as adolescentes. Os profissionais de saúde associaram a automutilação à psicopatologia (como uma questão biológica), e os responsáveis legais como rebeldia, manipulação. Ambos os anteriores relacionaram a automutilação ao pertencimento a um grupo ou modismo de adolescente. Os adolescentes, por sua vez, a viram como uma forma de aliviar emoções negativas e sentir-se vivo, sendo observado também um comportamento de dependência que alimentava a compulsão de se automutilar, e um significado de comunicação. Para os autores, conhecer essas diferenças pode melhorar a comunicação entre os sujeitos e aperfeiçoar o cuidado.

De modo geral, os estudos de prevalência acessados sugerem a associação de fatores sociodemográficos (gênero feminino, raça/cor negra, menor nível socioeconômico) e da exposição a situações estressoras, como diferentes tipos de violência e a pandemia de COVID-19, com o desenvolvimento de problemas de saúde mental em adolescentes e jovens.

Em relação à mortalidade por suicídio, as taxas na população adolescente e jovem têm apresentado crescimento, e são bastante maiores no gênero masculino, o que é observado globalmente em estudos, apesar da maior prevalência no gênero feminino de ideação e tentativas de suicídio. Essa diferença tem sido atribuída ao emprego de métodos mais letais entre os homens, maior prevalência de transtornos mentais não diagnosticados ou não tratados neste gênero e maior suscetibilidade destes aos impactos de instabilidades econômicas (Brasil, 2021).

Os estudos qualitativos acima sublinham a importância do contexto social e das relações interpessoais na compreensão e no enfrentamento das crises de saúde mental na adolescência. Estes avançam no acesso à perspectiva dos adolescentes sobre o próprio sofrimento e sobre a ajuda encontrada nos serviços de saúde, no caso, nos CAPSij's.

As relações familiares são vistas tanto como estressoras como protetivas, a depender de como se configurem (por exemplo, da ocorrência de violências), com os profissionais do serviço de saúde também fazendo parte da rede de apoio identificada pelos adolescentes.

O adoecimento mental e comportamentos como o de automutilação tendem a ser vistos como um problema do indivíduo, vezes atribuído a uma causa predominantemente biológica, com menor consideração dos aspectos psicossociais e contextuais.

A inserção destes adolescentes e jovens nos espaços sociais (escola, trabalho) muitas vezes é desafiadora, sendo percebida a existência de violências (bullying, discriminação, racismo) e relatada dificuldade em interagir socialmente.

Há carência de espaços percebidos como de apoio para tratar de questões emocionais, bem como o sofrimento dos adolescentes frequentemente é minimizado pelo entendimento de que a adolescência é, em si, uma “fase problemática” e que “vai passar”.

2.3. A política pública e o cuidado à saúde mental dos adolescentes

A inclusão da saúde mental infantil e juvenil na agenda das políticas de saúde mental é considerada tardia, tanto no Brasil quanto em outros países. Até o século XIX, crianças e adolescentes com comportamentos considerados como

socialmente inaceitáveis eram identificados como loucos e confinados em hospitais psiquiátricos junto com adultos (Reis *et al.* , 2010 *apud* Fernandes *et al.* , 2020).

No Brasil, até o início do século XXI não havia diretrizes específicas para cuidados de saúde mental para essa população. As intervenções existentes eram limitadas à assistência social e educação. Muitas crianças e adolescentes com problemas de saúde mental eram mantidos em instituições assistenciais filantrópicas, com propostas mais focadas em reparação e disciplina do que em abordagens clínicas ou psicossociais. Tal institucionalização atingia não somente pessoas com problemas de saúde mental, mas também crianças e adolescentes pobres, diante do medo social em relação ao louco e ao pobre, que supostamente poderia se tornar delinquente (Couto; Delgado, 2015; Couto; Duarte; Delgado, 2008; Fernandes *et al.* , 2020).

Somente a partir de eventos como a Reforma Sanitária, a Reforma Psiquiátrica, a Constituição de 1988 e o reconhecimento da criança como sujeito de direitos, por meio do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que as transformações se iniciaram, por meio de ações induzidas pelo Estado e movimentos sociais organizados (Reis *et al.* , 2010; Brasil, 2005; Amstalden *et al.* , 2010 *apud* Fernandes *et al.* , 2020).

Na década de 1990, o movimento de reforma psiquiátrica destacou a importância de criar políticas de saúde mental para crianças e adolescentes. Na 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental em 1992, foram expostos os efeitos nocivos causados pela institucionalização de crianças e jovens. Já na 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental em 2001, decidiu-se que os planos de ação governamentais para a implementação de um novo modelo de cuidado e tratamento para crianças e adolescentes não seriam mais adiados (Fukuda *et al.* , 2016).

Para Couto; Delgado (2015), a Reforma Psiquiátrica brasileira significou “a *superação da desassistência e da ausência de modelos ou projetos de cuidado que amparassem ações cidadãs e não segregadoras*” (p. 28). Destacam a aproximação das deliberações da III Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 2001, com os princípios do ECA e da Reforma Psiquiátrica, considerando as crianças e adolescentes como sujeitos psíquicos e de direitos.

Foi a partir do ano 2000 que surgiram os primeiros CAPS infantojuvenis (CAPSij). Em 2004, o Ministério da Saúde aprovou o Fórum Nacional de Saúde Mental Infantil com o objetivo de desenvolver propostas e políticas para a

consolidação da saúde mental para crianças e adolescentes. Em 2005, o Fórum divulgou as primeiras diretrizes para a desinstitucionalização e o desenvolvimento de um sistema de cuidados de saúde mental comunitário para crianças e adolescentes. O documento *Caminhos para uma política de saúde mental infantojuvenil*, lançado pelo Ministério da Saúde em 2005, aborda princípios como o reconhecimento de crianças e adolescentes como sujeitos de direitos, acolhimento universal, encaminhamento implicado, construção permanente da rede de cuidados, e a importância do território e da intersetorialidade. Além disso, enfatiza que a sociedade deve garantir educação, proteção social, inclusão e direitos para promover o desenvolvimento de crianças e adolescentes. (Couto ; Delgado, 2015; Fukuda *et al.* , 2016; Fernandes *et al.* , 2020).

Em 2011, a Portaria nº 3.088 instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), constituída pelos seguintes componentes: I. atenção básica em saúde; II. atenção psicossocial especializada; III. atenção de urgência e emergência; IV. atenção residencial de caráter transitório, V. atenção hospitalar; VI. estratégias de desinstitucionalização; e VII. estratégias de reabilitação psicossocial. A portaria definiu atribuições dos diferentes serviços e níveis de atenção na composição de rede de cuidados em saúde mental, bem como a composição das equipes dos serviços e dispositivos de cuidado, como o projeto terapêutico (Brasil, 2011).

Em 2014, o Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil publicou um documento que compilava trabalhos na área de 2005 a 2011, reafirmando abordagens existentes e incorporando novas recomendações. O documento destacou a necessidade de melhorar o debate sobre a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e expandir o acesso a ela para crianças e adolescentes. As propostas visavam fortalecer a Atenção Básica no cuidado em saúde mental infantojuvenil e promover ações intersetoriais e a aproximação com a Educação (Fernandes *et al.*, 2020).

No mesmo ano, foi publicado o documento: *Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos* (Brasil, 2014), que indica que o SUS preconiza o acesso a outras políticas intersetoriais para a promoção de bem-estar físico, mental e social, com a concepção de saúde integral atrelada ao acesso a direitos e serviços de diversos setores (educação, lazer, esporte, habitação, cultura). Relaciona o processo saúde-doença a determinantes sociais, dá

orientações sobre a produção de saúde dessa população e aponta que uma política de saúde mental infantojuvenil deve considerar como diretrizes:

- A) A criança e o adolescente são sujeitos e são responsáveis por sua demanda e seu sintoma;
- B) Acolhimento universal;
- C) Encaminhamento implicado e corresponsável;
- D) Construção permanente da rede e da intersetorialidade;
- E) Trabalho no território;
- F) Avaliação das demandas e construção compartilhada das necessidades de saúde mental.

Para Taño e Matsukura (2015), apesar das políticas de saúde e ações de assistência social visarem diminuir a institucionalização de crianças e adolescentes, há um descompasso entre o que é preconizado pela política pública e a prática dos serviços. Estudos citados por elas mostram que a população que acessa majoritariamente o CAPS infantojuvenil não é a prioritariamente descrita na política de saúde mental (Cunha e Boarini, 2011; Bueno, 2013) e que há um número significativo de internações decorrentes de processos judiciais e encaminhamentos de serviços de saúde (Blikstein, 2012). Além disso, apontam fragilidades nas ações de matriciamento entre CAPSs e equipes de saúde da família, com dificuldades dos profissionais em lidar com este campo de atuação, receio dos familiares em abordar o assunto e a invisibilidade do sofrimento de crianças e adolescentes. As autoras reconhecem a importância dos CAPSij na criação de relações de cuidado, mas destacam a necessidade de transformação para garantir inclusão e participação social. Desafios incluem a medicalização da demanda escolar, a patologização de desvios de conduta, a falta de planos mais detalhados para os casos graves e políticas e programas para lidar com o uso de drogas.

Fernandes *et al.* (2020) destacam a necessidade de problematizar a configuração e operacionalização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no cuidado à população infantojuvenil, considerando os princípios e valores da Atenção Psicossocial. Apontam que a assistência a este público tem se mantido distante do processo crítico ao modelo psiquiátrico hegemônico no Brasil. Criticam a transposição do modelo do CAPS adulto para o infantojuvenil, que pode negligenciar casos de sofrimento psíquico menos intensos, mas significativos, e falhar em acolher casos menos graves sem o suporte adequado. Defendem que a

implementação dos CAPSij junto a outros equipamentos e estratégias proporcionaria maior suporte. Enfatizam a falta de um modelo de assistência estruturado para crianças e adolescentes e a necessidade de investimentos em diferentes setores para viabilizar uma rede de cuidados efetiva. Evidenciam fragilidades como insuficiência de equipamentos, qualidade do cuidado e sobrecarga dos CAPSij devido à falta de corresponsabilidade das equipes de Atenção Básica.

As autoras reconhecem a relevância do papel desempenhado e das ações desenvolvidas pelos CAPSij, não obstante, estes serviços enfrentam desafios em atuar como coordenadores do cuidado e em estabelecer parcerias com outros serviços e profissionais, sendo muitas vezes tratados como a única solução para demandas de sofrimento na população infantojuvenil, ou como a porta de entrada principal. A dificuldade na implantação do trabalho em rede juntamente com a medicalização da infância e a influência do neoliberalismo nas políticas de saúde resultaria na manutenção de práticas ambulatoriais individualizadas e no isolamento das equipes, impactando negativamente a prática nos CAPSij (Fernandes *et al.*, 2020).

2.3.1. A UBS na atenção à saúde mental dos adolescentes

De acordo com a Portaria nº 3.088 de 2011, que estabeleceu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), a Unidade Básica de Saúde (UBS) tem a responsabilidade de implementar ações de saúde mental, prevenção e tratamento de transtornos mentais, além de iniciativas de redução de danos e cuidado para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

Estas ações são realizadas em colaboração com outros pontos da rede, conforme necessário. O cuidado aos usuários é desenvolvido por meio de um projeto terapêutico que envolve a equipe, o usuário e sua família, podendo a coordenação do cuidado ser de responsabilidade do CAPS ou da Atenção Básica, garantindo um processo contínuo de cogestão e acompanhamento longitudinal do caso (Brasil, 2011).

A portaria apontava também como dispositivo com possibilidade de compor no cuidado em saúde mental na atenção básica o Núcleo de Apoio à Saúde da

Família (NASF), criado em 2008 para apoiar as equipes de Atenção Básica (AB) e Estratégia de Saúde da Família (ESF) por meio do apoio matricial e cuidado compartilhado. Composto por profissionais de diferentes áreas, o NASF teve sua estrutura modificada por novas regulamentações e, em 2019, seu financiamento foi descontinuado. Em 2023, através da Portaria nº 635, foi reintroduzido um incentivo financeiro federal para equipes multiprofissionais na Atenção Básica, agora denominadas eMulti. Estas equipes atuam de forma complementar e integrada às demais equipes da AB, com corresponsabilidade pela população e articulação com a Rede de Atenção à Saúde (RAS) (Brasil, 2023).

As Unidades Básicas de Saúde (UBSs) seriam o lugar do primeiro contato da população com o sistema de saúde, devendo este acesso ser fácil e não excludente (Brasil, 2017b). O cuidado em saúde mental na Atenção Básica é considerado estratégico, pela proximidade e facilidade de acesso entre equipes e usuários, sendo possível que essas conheçam a história dos usuários, contextos de vida e suas relações com o território (Brasil, 2013b).

As práticas de saúde na AB voltadas aos adolescentes, no entanto, têm sido frequentemente descritas na literatura como fragmentadas, sendo o modelo de saúde integral e ampliado um desafio para as UBSs. A população adolescente ainda encontra muitas barreiras de acesso aos serviços de saúde, assim como os profissionais enfrentam condições adversas de trabalho: excesso de população cadastrada, poucos recursos e falta de capacitação para práticas clínicas que incluam a prevenção de agravos e a promoção da saúde (Barros *et al.*, 2021; Silva; Engstrom, 2020).

Em pesquisa de revisão do tipo *scoping review*, com objetivo traçar um panorama das características e tendências dos estudos científicos sobre o Cuidado à saúde dos adolescentes no Brasil, realizada em 2018 utilizando as bases de dados BVS, Cochrane, SciELO, Ebsco e Web of Science, foram considerados artigos originais com os participantes: adolescentes, profissionais de saúde e/ou gestores. No total, 72 estudos publicados entre 2006 e 2017 foram revisados. A análise resultou em sete categorias: saúde sexual e reprodutiva, fatores e comportamentos de risco, ações de cuidado e promoção da saúde, violências, saúde bucal, HIV e saúde mental. A conclusão foi que ainda prevalecia a visão da adolescência como uma fase do desenvolvimento humano e como uma população

de risco. Foi identificada uma lacuna em temas como violência letal, determinantes sociais da saúde e saúde mental e digital (Barbiani *et al.* , 2020).

Silva e Engstrom (2020), em revisão integrativa da literatura que teve como objetivo sistematizar experiências de cuidado ao adolescente pela Atenção Primária à Saúde (APS), mediante buscas nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde e Biblioteca Eletrônica Científica Online, selecionaram 21 artigos publicados entre 2008 e 2019. O estudo teve como pergunta norteadora: *“A APS tem ofertado cuidado aos adolescentes de forma ampliada e compartilhada, buscando o cuidado integral, o estímulo à autonomia e a responsabilização desses sujeitos?”* As autoras interpretaram os dados por meio da análise temática de conteúdo.

Os resultados foram apresentados nas seguintes categorias e subcategorias:

- I. O profissional de saúde e o cuidado ao adolescente
 - a. Visão sobre a adolescência: os profissionais de saúde muitas vezes não têm um “olhar diferenciado” para as particularidades da adolescência ou tem uma visão negativa ou preconceituosa dessa fase, além de carecer de motivação para lidar com adolescentes ou ser apenas observadores nas atividades com essa população, o que constituiria uma importante barreira para o vínculo e impactaria negativamente práticas de cuidado.
 - b. Acolhimento e vínculo: foi enfatizada a importância do “acolhimento” na saúde, uma abordagem humanizada que atende às necessidades biológicas e subjetivas do usuário. No entanto, críticas de adolescentes apontam para problemas como falta de tempo para discussões subjetivas, atitudes estressadas e autoritárias dos profissionais de saúde, e uma ênfase excessiva na prática prescritiva. Esses problemas, juntamente com dificuldades na marcação de consultas, levaram a sentimentos de insatisfação entre os usuários. Argumenta-se que o acolhimento deve ser integral, baseado no respeito, confiança e criação de vínculos, mas muitas vezes se limita a ações pontuais. Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) são destacados como atores importantes, promovendo saúde e respeitando a cultura das famílias e comunidades, além de fomentar a autonomia dos adolescentes.
 - c. Formação profissional: os profissionais de saúde na APS enfrentam dificuldades ao lidar com adolescentes, muitas vezes devido ao desconhecimento sobre a adolescência e lacunas na formação. É

ênfâtizada a importância da capacitação profissional e da educação continuada, sendo mencionadas como problemas a falta de formação específica para o cuidado ao adolescente e a falta de tempo para a capacitação, devido à sobrecarga de trabalho. Tal formação insuficiente pode levar a uma demanda maior por especialistas e outros serviços de saúde. Há crítica aos currículos acadêmicos por serem deficientes em temas relacionados à saúde do adolescente, por estarem focados principalmente em sexualidade e prevenção de doenças; e por se basearem no modelo biomédico, onde os profissionais são ensinados a transmitir conhecimentos em vez de estabelecer práticas dialógicas. Por fim, o texto menciona o desconhecimento dos profissionais sobre as políticas públicas existentes para o cuidado integral ao adolescente e observa que a existência dessas políticas não garante sua aplicação na prática.

II. Serviço de saúde e cuidado ao adolescente

- a. Barreiras de acesso: o acesso é definido como o grau de ajuste do usuário com o sistema de saúde e o percurso do usuário na busca de solução para suas necessidades. Fragilidades no acesso podem levar à insatisfação do usuário e à busca por outros serviços, como hospitais. É destacada em diversos dos artigos a escassez de recursos humanos e físicos na APS, e a falta de planejamento dos gestores, sobrecarga de trabalho e pouco tempo disponível são citados como barreiras para o cuidado do adolescente. Outro ponto crítico seria o desconhecimento do número de adolescentes adscritos no território, o que dificulta a busca ativa e acompanhamento destes. Discute-se a pouca procura dos adolescentes pela APS, seja por sentimentos de “invulnerabilidade” e “imortalidade” ou por demandas específicas. Outras barreiras citadas são: a gestão com preferência ao volume em vez da qualidade de atendimentos, filas de espera, dificuldade para atendimento, demora para marcação de consultas, a falta de privacidade, a alta rotatividade de profissionais e o perfil do serviço não ser atrativo para adolescentes.
- b. Práticas de promoção de saúde: muitos serviços de APS não possuem atividades específicas para adolescentes, e quando existem, são pontuais e focadas na prevenção, geralmente voltadas para questões de

sexualidade e uso de drogas. A falta de capacitação dos profissionais e a sobrecarga de trabalho são citadas como razões para a falta de atividades específicas para adolescentes. Além disso, os adolescentes muitas vezes são incluídos em grupos destinados a outros públicos, como gestantes e diabéticos, e os temas abordados nesses grupos muitas vezes não atendem às suas expectativas. Os estudos indicam que o atendimento a adolescentes precisa ser acolhedor, sem julgamentos e respeitando seus direitos e confidencialidade. É necessário ampliar o campo de atuação, considerando aspectos psicossociais, políticos e coletivos, além dos biológicos. Para um atendimento integral, é preciso desenvolver ações interdisciplinares com uma equipe multiprofissional, permitindo o diálogo e envolvendo o adolescente no planejamento. No entanto, o cuidado ao adolescente na APS é muitas vezes fragmentado e desarticulado das políticas públicas. Apesar da maioria dos adolescentes não participar ativamente do planejamento das atividades, alguns estudos mostraram resultados positivos com a participação dos adolescentes.

III. A rede de atenção ao adolescente

- a. Intersetorialidade: A intersetorialidade, que envolve a integração de diversos setores como saúde, educação, assistência social, meio ambiente, transporte, infraestrutura urbana, segurança, economia, política/governo etc., é essencial para resolver situações complexas e aumentar a resolutividade de problemas da população. A escola foi vista como um ambiente de grande potencialidade para o desenvolvimento de ações de saúde, porém se destacaram ações pontuais, focadas em atividades preventivas, muitas vezes sem continuidade. Igrejas, núcleos de ação social, indústrias, empresas, universidades, NASF, entre outros, foram sugeridos como espaços de comunicação intersetorial que podem ser usados para práticas de promoção da saúde. Os profissionais, no entanto, muitas vezes desconhecem a rede e seu funcionamento, o que dificulta o diálogo e o compartilhamento de cuidados. As equipes geralmente carecem de profissionais como psicólogos e assistentes sociais, importantes para o desenvolvimento de ações integrais com adolescentes. Para alcançar a integralidade dos sujeitos e maximizar a resolução de problemas, as práticas de saúde para o adolescente devem

valorizar as ações intersetoriais, explorando diversos espaços e todas as potencialidades da comunidade e da rede de saúde.

Barros *et al.* (2021) analisaram o reconhecimento e a satisfação das necessidades em saúde dos adolescentes, a partir da perspectiva de profissionais da Atenção Primária à Saúde. O estudo qualitativo entrevistou 15 profissionais da APS atuantes, por pelo menos um ano, no Distrito Sanitário III em Recife (PE). Encontrou-se como resultado:

- I. Uma compreensão dos profissionais sobre a adolescência pautada em estereótipos e de pouco articulada aos contextos sociais, econômicos, políticos e históricos.
- II. As necessidades e demandas dos adolescentes são reconhecidas pelos profissionais como compatíveis com as ações programáticas da Atenção Básica, mas não consideram terem instrumentos suficientes para lidar com as peculiaridades do grupo.
- III. A inexistência de metas específicas para os adolescentes no Plano Municipal de Saúde não reconhece a peculiaridade de necessidades deste grupo, ofertando a eles o mesmo cardápio de serviços que a outros grupos.

Uma pesquisa qualitativa realizada com enfermeiros de 30 UBSs de um município do Sul do Brasil apontou para a invisibilidade do adolescente, tendo encontrado nas entrevistas com os profissionais que esses têm um conhecimento restrito sobre as diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde do adolescente e que as ações com objetivo de promoção da saúde do adolescente são geralmente preteridas pelos enfermeiros. Foram apontados como obstáculos ao envolvimento destes profissionais com a população adolescente: a grande demanda de trabalho atribuída ao enfermeiro na APS, a baixa adesão dos jovens às atividades propostas pelos profissionais e a precariedade de recursos financeiros e físicos, que prejudicaria a execução das ações (Takuno *et al.* , 2020).

Em outro estudo, com enfermeiros atuantes em UBSs de um município de médio porte da região Nordeste, foram abordadas pelos profissionais: a falta de planejamento e ações para a demanda no sentido de uma assistência integral com os adolescentes, abordagens pontuais e restritas nas consultas de enfermagem, como: planejamento familiar, sexualidade e gravidez na adolescência ou infecções sexualmente transmissíveis (IST) e falas sobre o público adolescente não estar inserido nas UBSs. No atendimento aos adolescentes com ideação suicida, que foi

objeto deste estudo, citaram como desafios para abordar o tema do suicídio a falta de preparo e capacitações sobre, falta de recursos e infraestrutura e a falta de compreensão sobre os pontos da rede de atenção (Pessoa *et al.* , 2020).

Silva *et al.* (2019) buscaram identificar como tem ocorrido a atenção psicossocial de adolescentes em sofrimento psíquico na Atenção Básica, segundo profissionais dos serviços, em um município do interior paulista. O estudo qualitativo utilizou entrevistas semiestruturadas e teve a participação de 12 profissionais de UBSs e USFs. Os resultados apontaram fragilidades no acesso do adolescente aos serviços de AB e a prática de encaminhamentos a serviços especializados nos casos de sofrimento psíquico. Os adolescentes, exceto as gestantes, buscam principalmente atendimento clínico pontual em Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades de Saúde da Família (USF), e aqueles com sofrimento psíquico tendem a procurar diretamente serviços especializados. As profissionais entrevistadas reconhecem que as ações em rede setorial e intersetorial são pontuais. Existem desafios para a adesão dos adolescentes aos serviços, incluindo a necessidade de estratégias mais eficazes, falta de capacitação da equipe e falta de recursos.

O estudo de Teixeira, Couto e Delgado (2017) examinou os facilitadores e obstáculos para o cuidado colaborativo entre a ESF e um CAPSij, no Rio de Janeiro/RJ por meio de métodos qualitativos (grupos focais e de intervenção). Apesar de os trabalhadores da ESF conseguirem identificar os problemas de saúde mental das crianças e adolescentes, as ações de cuidado foram descritas como frágeis e a coordenação da rede como quase inexistente. As principais barreiras para implementar ações de cuidado foram: falta de conhecimento sobre o modo de cuidado, problemas no processo de trabalho e falta de coordenação na rede de atendimento. Os autores consideraram que as ações de saúde mental de crianças e adolescentes nas equipes de ESF pesquisadas eram raras, não integravam as metas de cobertura da população, dependiam da ação voluntária dos trabalhadores e não faziam parte do conjunto de pactuações entre a gestão da saúde/saúde mental e os serviços. Segundo os autores, reconheceu-se o cuidado colaborativo como uma estratégia para melhorar a atenção psicossocial para crianças e adolescentes.

Em revisão integrativa de produções acadêmicas que tratam de estratégias de Promoção de Saúde mental de adolescentes na América Latina, nos seis artigos selecionados, identificou-se a escola como o principal espaço onde as ações foram

desenvolvidas (5 de 6 estudos). Foram encontrados como eixos temáticos mais frequentes nos artigos: Dificuldade nas parcerias intersetoriais, Potência das ações em grupo com adolescentes, e Importância e necessidade de investir na formação profissional. Foram destacadas como medidas possíveis a formação de profissionais que lidam diretamente com adolescentes, ações em grupo e o fortalecimento da atenção primária e territorial (Souza *et al.* , 2021).

As contribuições dos cuidados em saúde na AB percebidas pelos adolescentes são contrastantes. No estudo de Brasil *et al.* (2016), mães adolescentes valorizaram a escuta atenta, o respeito e a dignidade oferecidos pelos profissionais de saúde, bem como o estabelecimento de um vínculo de confiança durante as consultas de pré-natal, indicando uma experiência positiva com a Atenção Básica. Por outro lado, Marques e Queiroz (2012) encontraram insatisfação entre os adolescentes com o cuidado recebido na Atenção Básica, relatando um relacionamento superficial com a equipe de saúde. Esses achados ressaltam a importância de um atendimento humanizado e de qualidade na construção de vínculos efetivos e satisfatórios entre os adolescentes e os profissionais de saúde. Não foram encontrados, no entanto, estudos que tratassem da perspectiva de adolescentes sobre cuidados em saúde mental recebidos nas UBSs.

Os estudos encontrados sobre a atuação das UBSs com os adolescentes utilizaram abordagens qualitativas e, em sua maioria, tiveram como participantes profissionais dos serviços. A inexistência de ações das UBSs específicas para os adolescentes foi frequente nos estudos, assim como a falta de formação e capacitação dos profissionais para desenvolver atividades com adolescentes e a falta de recursos humanos, técnicos, materiais e de tempo – devido à sobrecarga de trabalho ou priorização de outras atividades (Silva ; Engstrom, 2020; Barros *et al.* , 2021; Silva *et al.* , 2019; Takuno *et al.* , 2020). A falta de priorização para as ações de saúde mental dos adolescentes foi evidenciada inclusive por estas não integrarem as metas de cobertura da ESF (Barros *et al.* , 2021; Teixeira; Couto; Delgado, 2017). Ademais, a hesitação dos profissionais da ESF frente aos problemas de saúde mental infantojuvenil, a demanda por especialistas, ausência de direcionalidade por parte da gestão para instituir a intersetorialidade e a colaboração, e desconhecimento dos recursos e dos atores-chave existentes no território foram identificados como barreiras na assistência às crianças e

adolescentes e na construção de uma rede de atenção psicossocial infantojuvenil (Teixeira; Couto; Delgado, 2017).

Os estudos de Silva e Engstrom (2020) e Barros *et al.* (2021) assinalaram a necessidade de mudanças no modelo de atenção à saúde dos adolescentes. Ambos os estudos apontam para a necessidade de um modelo mais sistêmico, que leve em consideração os aspectos biopsicossociais da adolescência e as características ambientais dos diferentes territórios e de sua população. Destacam também a importância de estratégias coletivas para satisfazer as necessidades de saúde dos adolescentes.

Silva e Engstrom (2020) enfatizam a necessidade de repensar as práticas das equipes de saúde, propondo ações dialógicas a partir das reais demandas dos adolescentes. Também sugerem que a visão dos adolescentes sobre esse cenário seja estudada. Nessa perspectiva, Rossi *et. al* (2019) apontam para a relevância da participação dos adolescentes nas pesquisas voltadas à atenção psicossocial, visto serem eles os conhecedores de suas vivências de sofrimento psíquico e possuidores do direito de participar na construção de ações direcionadas ao seu cuidado.

Considerando a proximidade geográfica, acompanhamento longitudinal e missão de promoção e prevenção em saúde atribuídas à UBSs, esta apresenta-se como um serviço que teria a possibilidade de identificar e cuidar dos problemas de saúde mental em tempo oportuno, seja por meio de intervenções da própria equipe de saúde da família, com o apoio das equipes multiprofissionais na AB (NASF/Emulti), seja pelo cuidado compartilhado com outros serviços da RAPS, a depender a complexidade dos casos. Além disso, o conhecimento sobre o território e a população atendida, com suas características, vulnerabilidades e recursos, possibilita o planejamento de ações e a articulação de parcerias com outros serviços, setores e com as comunidades atendidas.

A perspectiva dos adolescentes em relação a cuidados recebidos nas UBSs é contrastante entre diferentes estudos e, no recorte da saúde mental, ainda é desconhecido. Escutar os adolescentes acerca desse assunto pode trazer informações essenciais sobre suas reais demandas, necessidades e expectativas, embasando práticas de cuidado mais integradas, inclusivas e eficazes.

3 OBJETIVOS

3.1. Objetivo geral:

Identificar a perspectiva de adolescentes usuários de uma Unidade Básica de Saúde sobre o cuidado da própria saúde mental e sobre como a unidade pode contribuir em tal cuidado.

3.2. Objetivos específicos:

- Identificar, junto a adolescentes usuários de uma UBS, quais estratégias eles usam para o cuidado da própria saúde mental;
- Entender como os adolescentes acessaram as atividades de cuidado da saúde mental na UBS;
- Identificar as fragilidades e potencialidades da UBS no cuidado da saúde mental, na perspectiva de adolescentes.

4 MÉTODO

O presente estudo configurou-se como uma pesquisa qualitativa. Esta preocupa-se com um nível de realidade que não pode ser quantificado e trabalha com fenômenos e processos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis, como os significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes (Minayo, 2015).

Considera-se que esta metodologia se adequa ao objetivo de acessar a perspectiva de adolescentes sobre o cuidado em saúde mental, considerando tanto estratégias por eles mesmos utilizadas, quanto o cuidado realizado na UBS, identificando suas fragilidades e potencialidades.

4.1. Local do estudo

O estudo foi realizado em uma Unidade Básica de Saúde, onde a pesquisadora trabalhou como psicóloga por cerca de nove anos, localizada em uma cidade de grande porte do estado de São Paulo.

Seu quadro funcional contava com trabalhadores com vínculo estatutário, emprego público, residentes e temporários. Em relação às categorias profissionais, a unidade contava com agentes comunitários de saúde (ACSs), coordenador/gerente, cirurgiões dentistas e auxiliares de saúde bucal, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, técnico e atendente de farmácia, médicos da estratégia saúde da família, ginecologistas, pediatra, assistente social, fisioterapeuta, fonoaudióloga, psicólogas, nutricionista, recepcionista e auxiliar de escritório. Os ACSs, médicos da estratégia saúde de família e profissionais de enfermagem estavam organizados em três equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF). Alguns profissionais estavam organizados em equipe NASF, atendendo a esta UBS e a mais uma unidade.

De acordo com a Coordenadoria de Informação e Informática da Secretaria Municipal de Saúde, a população estimada do território adstrito à UBS em 2020 era de 20 mil pessoas, sendo 3100 a população estimada de pessoas de 10 a 19 anos (1552 de 10 a 14, 1546 de 15 a 19).

Com a construção recente de condomínios de prédios e mudança de novas famílias para a área, no entanto, a equipe da própria unidade estimava que a população atendida no momento da pesquisa chegasse a 25 mil pessoas. O território adstrito da unidade abarcava áreas urbanas, rurais e ocupações, de diferentes níveis de vulnerabilidade, e fazia limite com um município vizinho.

Enquanto os Índices de Desenvolvimento Humano municipais (IDHMs) das Unidades de Desenvolvimento Humano (UDHs) do município, com base no censo de 2010, variavam entre 0,636 (médio) e 0,954 (muito alto), no território atendido pela UBS estavam entre 0,636 (médio) a 0,789 (alto). Uma das UDHs com menor IDHM do município localizava-se no território atendido pela UBS, com índices baixos principalmente nos componentes de educação e longevidade (PNUD; IPEA; FJP, 2015).

4.1.1. Perfil de atendimento da unidade à população de 15 a 19 anos

Para fins de descrição do perfil de atendimento da unidade, foram extraídos dados dos anos de 2021, 2022 e 2023 do website da Secretaria Municipal de Saúde.

De acordo com os dados demográficos disponíveis, no território atendido pela unidade, a população estimada de pessoas de 15 a 19 anos em 2020 corresponderia a 7,8% da população total. Destas, estimava-se serem 52% do sexo masculino. Esses percentuais são próximos aos das estimativas para o município como um todo no mesmo período (7,6% da população com idade entre 15 e 19 anos; 51% do sexo masculino).

No Banco de dados do ESUS APS, em relação aos atendimentos individualizados, no acumulado dos anos 2021, 2022 e 2023, a unidade estudada realizou 2262 atendimentos a pessoas de 15 a 19 anos, sendo 1512 (67%) a pessoas do sexo feminino e 750 (33%) do sexo masculino, de 56023 atendimentos realizados à população total. A Tabela 1 descreve a distribuição do número de atendimentos por categoria profissional.

Tabela 1. atendimentos individualizados a pessoas de 15 a 19 anos na UBS, por categoria profissional, acumulado 2021 a 2023.

Categoria Profissional	Número de atendimentos a pessoas de 15 a 19 anos	Percentual em relação ao número de atendimentos total pela categoria profissional
Médico da estratégia de saúde da família	1120	3,26%
Enfermeiro	405	4,35%
Médico ginecologista e obstetra	293	7,33%
Psicólogo	254	10,51%
Médico pediatra	149	3,68%
Nutricionista	12	3,79%
Técnico e auxiliar em saúde bucal	10	4,03%
Fisioterapeuta geral	8	1,05%
Fonoaudiólogo	7	2,01%
Agente comunitário de saúde	2	4,44%
Assistente social	1	1,32%
Médico psiquiatra	1	1,20%
Total	2262	4,04%

Fonte: Elaborada pela autora, com base nos dados disponíveis no website da Secretaria de Saúde do Município.

Comparativamente, contabilizados atendimentos de todas as UBSs do município (que usavam o sistema Esus-PEC) no mesmo período, os atendimentos individualizados a essa faixa etária foram 178374, correspondendo a 4,38% do total de atendimentos à população. A Tabela 2 mostra a distribuição de atendimentos nas UBSs do município a essa população, pelas dez categorias profissionais com maior número de atendimentos.

Tabela 2. atendimentos a pessoas de 15 a 19 anos, por categoria profissional, acumulado 2021 a 2023 – Somatório das UBS do município.

Categoria profissional (dez com maior número de atendimentos)	Número de atendimentos a pessoas de 15 a 19 anos	Percentual em relação ao número de atendimentos total pela categoria profissional
Médico da estratégia de saúde da família	59560	3,27%
Enfermeiro	57234	5,23%
Médico ginecologista e obstetra	24407	7,72%
Médico pediatra	12492	3,20%
Psicólogo clínico	9820	12,25%
Agente comunitário de saúde	4122	3,67%
Terapeuta ocupacional	3807	9,49%
Médico psiquiatra	1899	3,58%
Nutricionista	850	4,20%
Técnico e auxiliar em saúde bucal	804	4,97%
Assistente social	752	5,61%
Total de atendimentos individualizados a pessoas de 15 a 19 anos	178374	4,38%

Fonte: Elaborada pela autora, com base nos dados disponíveis no website da Secretaria de Saúde do Município.

Vale observar que, na base de dados consultada, os atendimentos de dentistas não foram listados nessa mesma tabela de atendimentos individualizados, sendo contabilizados como procedimentos ou por meio de busca específica a atendimentos odontológicos.

Em relação aos procedimentos, a Tabela 3 descreve os dez procedimentos mais realizados pelos profissionais da UBS em que foi realizado o estudo no atendimento à população de 15 a 19 anos.

Tabela 3. Procedimentos mais realizados pelos profissionais da UBS no atendimento à população de 15 a 19 anos, por categoria profissional – acumulado 2021 a 2023.

Procedimento	Médico	Técnico ou auxiliar de enfermagem	Enfermeiro	Dentista	Psicólogo	eMulti outros ¹	Total
Total de procedimentos em pessoas de 15 a 19 anos	2538	1416	955	459	310	35	5714 ²
Consulta médica em atenção primária	1296	0	0	0	0	0	1296
Aferição de pressão arterial	353	212	143	0	0	0	708
Consulta de profissionais de nível superior na atenção primária (exceto médico)	0	0	353	77	241	24	695
Escuta inicial / orientação (acolhimento a demanda espontânea)	55	359	71	32	1	0	518
Aferição de temperatura	250	187	64	0	0	0	501
Consulta pré-natal	246	0	46	0	0	0	292
Medição de peso	202	0	2	0	0	0	204
Administração de medicamentos por via intramuscular	0	157	1	0	0	0	158
Avaliação antropométrica	100	6	39	0	0	10	155
Administração de medicamentos em atenção básica (por paciente)	0	126	1	0	0	0	127
Atendimento de urgência em atenção básica	5	0	0	112	0	0	117

1. eMulti outros: nutricionista, fonoaudiólogo, fisioterapeuta, assistente social

Fonte: Elaborada pela autora, com base nos dados disponíveis no website da Secretaria de Saúde do Município.

Sobre os diagnósticos mais comumente atribuídos nos atendimentos registrados no Esus-PEC aos adolescentes de 15 a 19 anos na unidade, optou-se por utilizar os registros de CIAP2 (Sistema de Classificação Internacional de Atenção Primária – Segunda Edição), por esse ser mais amplamente utilizado pelos diferentes profissionais da unidade. A Tabela 4 traz os 15 CIAPs mais atribuídos a essa população no período. É possível atribuir e registrar múltiplos CIAPs em um mesmo atendimento.

Tabela 4. Principais CIAPs atribuídos nos atendimentos da UBS a pessoas de 15 a 19 anos - acumulado 2021 a 2023.

CIAP		
	Não informado	1012
W78	GRAVIDEZ	292
A98	MEDICINA PREVENTIVA/MANUTENÇÃO DA SAÚDE	146
P23	SINAIS/SINTOMAS RELACIONADOS AO COMPORTAMENTO DO ADOLESCENTE	140
P01	SENSAÇÃO DE ANSIEDADE/NERVOSISMO/TENSÃO	82
R80	GRIPE	79
P03	TRISTEZA/ SENSÇÃO DE DEPRESSÃO	73
A97	SEM DOENÇA	41
Z20	PROBLEMA DE RELACIONAMENTO COM FAMILIARES	39
R74	INFECÇÃO AGUDA DO APARELHO RESPIRATÓRIO SUPERIOR (IVAS)	36
R05	TOSSE	24
R21	SINAIS/SINTOMAS DA GARGANTA	21
N01	CEFALÉIA	19
P74	DISTÚRBO ANSIOSO/ESTADO DE ANSIEDADE	19
A77	DENGUE E OUTRAS DOENÇAS VIRAIS NE	18
W14	CONTRACEPÇÃO/OUTROS	18

Fonte: Elaborada pela autora, com base nos dados disponíveis no website da Secretaria de Saúde do Município.

De modo geral, de acordo com os dados encontrados, a maior parte dos atendimentos da UBS a adolescentes e jovens de 15 a 19 anos foi realizado com pessoas do sexo feminino, sendo os profissionais que mais realizaram atendimentos individualizados com essa população os médicos, enfermeiros e psicólogos. Em relação aos procedimentos de saúde, os médicos, técnicos e auxiliares de enfermagem e enfermeiros foram quem mais os efetuaram.

A base de dados não possibilitou a pesquisa de dados referentes a atividades coletivas desenvolvidas pela UBS.

4.2. Participantes

Optou-se por delimitar como participantes desse estudo adolescentes com idade de 15 a 19 anos (20 incompletos), usuários do serviço de saúde. A escolha por participantes nas fases intermediária e final da adolescência (de acordo com a OMS), deu-se por potencialmente apresentarem mais experiências de vida e de cuidado com sua saúde e mais autonomia em suas escolhas e atividades,

comparativamente aos adolescentes mais novos, incluindo as ligadas a seu autocuidado e participação social.

Os critérios de inclusão para participar na pesquisa foram:

- Idade entre 15 e 19 anos (20 incompletos) no momento do recrutamento,
- Morar na área de cobertura da UBS,
- Querer participar da pesquisa,
- Ter autorização do responsável legal para participar (para os menores de 18 anos).

4.2.1. Procedimentos para localização e identificação dos participantes

Para divulgação da pesquisa e recrutamento dos participantes foram utilizados cartazes e panfletos-convite, que foram alocados em diferentes ambientes da UBS a fim de atrair a atenção dos usuários.

Ambos os impressos continham:

- Informações sobre a pesquisa, como o nome da pesquisa, objetivos, público-alvo, forma de participação;
- Nome e contatos da pesquisadora e orientador;
- Datas e horários em que seriam realizadas as Reuniões de Esclarecimento, que tinham como propósito esclarecer aos interessados (adolescentes e responsáveis) sobre a participação na pesquisa, tirar dúvidas e apresentar os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE - APÊNDICES A e B) e de Assentimento (TALE - APÊNDICE C);
- Um número de celular que podia receber ligações e mensagens, inclusive de WhatsApp, e e-mail de contato exclusivos para a pesquisa, por meio do qual os interessados poderiam entrar em contato com a pesquisadora para manifestar seu interesse em participar;
- Link em forma de QR code para enviar mensagens de Whatsapp para o número de celular dedicado de uso exclusivo para a pesquisa.

Os cartazes foram afixados nos murais da UBS e nos consultórios de pediatria e de psicologia. Os panfletos-convite ficaram disponíveis no balcão da recepção, sala de espera e nas salas de atendimento, inclusive na sala de grupo/atividades coletivas. Solicitou-se aos profissionais da unidade que, ao atenderem adolescentes com o perfil etário para participar da pesquisa, os informassem da

pesquisa e da disponibilidade do panfleto-convite, ficando estes livres para optarem por pegar ou não o panfleto.

Os interessados em participar poderiam entrar em contato com a pesquisadora pelos contatos disponibilizados nos impressos ou pessoalmente, ou comparecer diretamente à Reunião de Esclarecimento, que já tinha datas e horários indicados nos impressos.

A pesquisadora ficou responsável por responder aos telefonemas, mensagens e e-mails recebidos, esclarecendo dúvidas, verificando se o interessado atendia aos critérios de inclusão no estudo e se mantinha o interesse em participar. Caso sim, o próximo passo para a participação no estudo seria que o adolescente e seu responsável, caso o adolescente fosse menor de 18 anos, participassem da reunião de esclarecimento - que já tinha duas opções de data e horário definidos - ou combinassem com a pesquisadora um horário para esclarecimentos. Caso houvesse concordância em participar, eram então assinados os termos de consentimento e assentimento e agendada a entrevista.

A amostragem foi realizada de forma casual e de conveniência, tendo sido convidados adolescentes que compareceram à UBS durante o período de recrutamento. Apesar da intenção de uma participação abrangente de adolescentes usuários da UBS, os adolescentes que manifestaram interesse em participar, em sua maioria (seis dos oito), já tinham sido atendidos previamente pela pesquisadora. Os participantes contactaram a pesquisadora por meio do whatsapp que estava no convite, ou pessoalmente na unidade. O whatsapp foi também o meio de comunicação utilizado para o agendamento das entrevistas, dos horários para esclarecimento com os responsáveis, envio de orientações e esclarecimento de dúvidas.

Os esclarecimentos com os responsáveis foram agendados conforme a disponibilidade de horário destes, não tendo sido viável a realização de orientação coletiva nos horários pré-definidos.

O recrutamento aconteceu entre novembro de 2022 e janeiro de 2023.

O Formulário de Identificação do Participante (APÊNDICE D) foi utilizado para coleta de informações básicas de identificação dos participantes: nome, idade, gênero, raça/etnia, escolaridade e endereço. Estes foram identificados por nomes fictícios para preservação de suas identidades:

Quadro 1. Caracterização dos participantes

Nome fictício	Idade	Gênero	Cor da pele	Escolaridade	Tempo de caminhada entre a residência e a UBS*
Ana	15	Feminino	Parda	Ensino Fundamental completo	De 5 a 10 minutos
Bernardo	15	Masculino	Branca	1º ano do Ensino Médio	De 20 a 25 minutos
Carla	16	Feminino	Branca	2º ano do Ensino Médio	De 25 a 30 minutos
Danilo	16	Masculino	Preta	2º ano de Ensino Médio	De 5 a 10 minutos
Ester	17	Feminino	Amarela	Ensino Médio completo	De 10 a 15 minutos
Fernanda	18	Feminino	Branca	Ensino Médio completo	De 20 a 25 minutos
Gláucia	19	Feminino	Branca	Ensino Médio completo	De 20 a 25 minutos
Heloísa	19	Feminino	Parda	Ensino Médio completo	De 15 a 20 minutos

*Estimativa do *google maps*.

Segundo estimativas do *google maps*, a partir dos endereços informados, as pessoas participantes do estudo residiam a distâncias de 400m até 2km da UBS.

Seis das oito pessoas participantes já tinham sido atendidas pela profissional pesquisadora na UBS em algum momento. Uma seguia em acompanhamento com a profissional na época da pesquisa, duas participavam em atendimento e/ou grupo com outra psicóloga, residente.

Os endereços de todas se localizavam em zona urbana, ruas asfaltadas e com serviço de saneamento básico, energia elétrica e coleta de lixo. De acordo com a classificação do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) em relação ao Índice de Desenvolvimento Humano no município, os endereços dos participantes localizavam-se em uma mesma Unidade de Desenvolvimento Humano (UDH). As UDHs são recortes territoriais – um bairro, parte de um bairro ou até mesmo um município pequeno – que servem como unidades de análise por terem características socioeconômicas relativamente homogêneas (PNUD; IPEA; FJP, 2015).

Na UDH em que se localizavam os endereços dos participantes, de acordo com os dados do censo de 2010, o Índice de Desenvolvimento Humano era de 0,789, classificado como alto. A proporção de jovens de 15 a 17 anos com ensino fundamental completo era de 70,06%, e a proporção de jovens de 18 a 20 anos com ensino médio completo era de 57,11%. Em relação à renda, o percentual de

peças extremamente pobres era de 0,41%; de pobres, 2,42% e de pessoas vulneráveis à pobreza era de 10%, em 2010 (PNUD; IPEA; FJP, 2015).

4.3. Recursos para a produção dos dados

4.3.1. O vídeo disparador

O vídeo de animação mostra um mundo em que as cabeças dos indivíduos são lâmpadas, que brilham de acordo com seu estado emocional. O jovem Brilhante se sente perdido com sua lâmpada apagada. Vendo os outros brilharem em sua volta, busca sua própria maneira de brilhar. Em uma tentativa de brilhar, coloca as mãos na tomada e acaba estourando sua lâmpada e ficando de cama por alguns dias. Uma noite, uma luzinha aparece e mostra-lhe indivíduos-lâmpada brilhando enquanto praticam futebol, exercem a medicina, tocam música, fazem terapia, mesmo com suas lâmpadas rachadas, remendadas ou com partes faltando. Isso faz com que Brilhante se sinta mais animado, e este usa adesivos coloridos para remendar sua “cabeça”, passando a brilhar e projetar imagens coloridas nas paredes de seu quarto (Stdrezk *et al.*, 2021).

A escolha desse vídeo se deu pela relação da animação com o tema - saúde mental e adolescência - e possível familiaridade do conteúdo apresentado com o cotidiano dos participantes, que poderiam relacionar o assistido no vídeo a situações que já presenciaram ou vivenciaram.

4.3.2. A entrevista

A estratégia utilizada para a produção dos dados com os participantes foi a entrevista individual semiestruturada. Para Minayo (2015), a entrevista é uma conversa realizada por iniciativa do entrevistador, podendo ser entre duas ou mais pessoas, com o objetivo de construir informações pertinentes para um objeto de pesquisa, podendo as entrevistas serem consideradas conversas com finalidade. No caso da entrevista semiestruturada, sua forma de organização combina perguntas fechadas e abertas e permite ao entrevistado também discorrer sobre o tema em questão sem necessariamente se prender às perguntas inicialmente formuladas.

O roteiro utilizado foi elaborado pela pesquisadora, contemplando:

- as impressões dos participantes sobre o vídeo (questão 1);
- a perspectiva dos adolescentes sobre cuidado em saúde mental, a partir dos aspectos que consideram que a afetam (questão 2), meios pelos quais ajudariam o personagem do vídeo (questão 3) e estratégias que utilizam para o cuidado da sua própria saúde mental (questão 4);
- o cuidado da saúde mental na UBS - de que modo a unidade está ou poderia estar envolvida nas estratégias de cuidado dos adolescentes (questão 5), como os adolescentes a acessam (questão 6), suas perspectivas sobre a qualidade das ofertas (questão 7) e sugestões de melhorias (questão 8).

As entrevistas foram realizadas nos meses de dezembro de 2022, janeiro e fevereiro de 2023.

4.3.3. Procedimentos para a produção dos dados

Inicialmente, foram dadas as boas-vindas ao participante. Em seguida, a pesquisadora leu em voz alta os Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE – APÊNDICE A) e Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE – APÊNDICE C), lembrando brevemente os objetivos da pesquisa, as condições e implicações da participação. Nesse momento, foi conferido se foram assinadas e distribuídas as devidas vias dos termos para as partes e, somente com os termos assinados, prosseguiu-se para a próxima etapa.

A maior parte dos participantes já tinha algum contato prévio com a pesquisadora, que trabalhava como psicóloga na UBS, tendo eles ou seus familiares sido atendidos ou participado em atividades com a profissional na unidade.

No momento seguinte, o participante e a pesquisadora mantiveram-se na sala escolhida para a coleta de dados (consultório ou sala de reuniões da UBS), enquanto o responsável podia aguardar na sala de espera. Foi então solicitado ao participante que preenchesse o Formulário de Identificação do Participante (APÊNDICE D).

Preenchido o formulário, iniciou-se a exibição do vídeo disparador.

Terminada a exibição do vídeo, foram entregues ao participante duas filipetas de papel para que registrasse uma palavra em cada sobre suas impressões principais sobre o vídeo.

Na sequência, foi iniciada a gravação de áudio e a entrevista, utilizando o Roteiro de Perguntas Norteadoras (APÊNDICE E).

Finalizada a entrevista, foi encerrada e a gravação e entregue ao participante uma terceira filipeta, solicitando que tentasse sintetizar em uma frase suas reflexões ao longo da entrevista.

Agradeceu-se a participação e combinou-se a forma de validação do relatório da entrevista. Os participantes escolheram que o relatório da entrevista lhes fosse enviado por mensagem de WhatsApp em arquivo de texto.

4.4. Aspectos éticos

A realização da pesquisa foi autorizada pela respectiva Secretaria Municipal de Saúde e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar (CAAE 59453622.7.0000.5504), sendo o recrutamento dos participantes e procedimentos de coleta de dados iniciados somente após esta aprovação.

A participação nas entrevistas ofereceu como risco que o adolescente se sentisse mal ou desconfortável em relação ao tema ou à interação com a pesquisadora.

Cada participante convidado a participar da pesquisa e seu respectivo responsável legal, quando o participante tinha menos de 18 anos, foi informado sobre as implicações de sua participação, com seus riscos e benefícios, e somente participaram da pesquisa com seu consentimento, registrado por meio de assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), ou ambos TCLE e Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE), em momento anterior ao da coleta de dados.

Na percepção da pesquisadora, não houve grande desconforto por parte dos participantes, que em sua maioria já tinham relação prévia com esta. Alguns apresentaram-se um pouco mais inibidos no início da entrevista, mas ainda assim foram capazes de responder e opinar sobre as questões colocadas.

As entrevistas foram realizadas em ambiente privativo e livre de interrupções, em horários em que os adolescentes pudessem receber acolhimento na unidade caso necessário.

Os arquivos das gravações de áudio foram armazenados em aparelhos de celular e pendrive da pesquisadora, permanecendo aos cuidados exclusivamente

desta, que também foi responsável pela transcrição dos áudios. Na transcrição, foram anonimizados os estabelecimentos, as pessoas citadas nos relatos, e os participantes, que foram identificados com nomes fictícios,.

Conforme combinado com os participantes, os relatórios das entrevistas foram enviados para validação em arquivo de texto (txt ou pdf) para o WhatsApp pessoal por eles informados e foram realizados os ajustes ou correções por eles sugeridos.

4.5. Procedimento de análise dos dados

As entrevistas foram transcritas integralmente pela pesquisadora, anonimizando os participantes, estabelecimentos e pessoas citadas nos relatos.

Utilizou-se a Análise Temática, método de análise qualitativa que busca identificar e interpretar os núcleos de sentido presentes em uma comunicação. Conforme Minayo (2014), a noção de tema é entendida como uma unidade de significação, uma palavra, frase, resumo, afirmação sobre determinado assunto que comporta um feixe de relações.

Fazer uma análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado. [...] Para uma análise de significados, a presença de determinados temas denota estruturas de relevância, valores de referência e modelos de comportamento presentes ou subjacentes no discurso. (p. 316)

A análise temática é operacionalizada em três etapas (Minayo, 2014):

Pré-análise: Esta fase envolve a organização do material a ser analisado e a formulação de hipóteses e objetivos.

Exploração do material: Nesta etapa, os dados são codificados e categorizados para identificar os núcleos de sentido.

Tratamento dos resultados e interpretação: Os dados categorizados são interpretados e relacionados com o referencial teórico da pesquisa.

No presente estudo, foram escolhidos como documentos para compor o *corpus* da pesquisa as entrevistas transcritas e o relatório elaborado sobre cada uma delas (validado pelo respectivo participante). Realizou-se a leitura flutuante e exploratória do material e iniciou-se a codificação de acordo com os temas que emergiram nesses contatos com o material.

A análise foi realizada com apoio do software Atlas.ti23, seguindo os passos descritos no Apêndice F.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da análise temática realizada, foram organizadas as áreas temáticas, categorias e subcategorias, abaixo descritas.

Área temática 1: Perspectiva dos adolescentes sobre cuidado em Saúde Mental

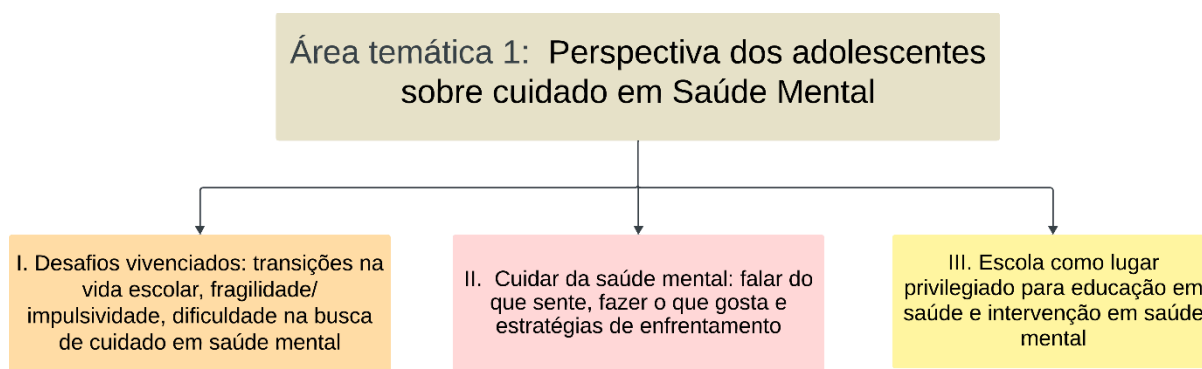


Figura 1

I. **Desafios vivenciados: transições na vida escolar, fragilidade/impulsividade, dificuldade na busca de cuidado em saúde mental**

Na perspectiva dos participantes, os adolescentes no geral vivenciam mudanças e sentimentos de pressão em relação a fazer escolhas para o seu futuro. Essas mudanças exigiriam certa adaptação com a qual nem sempre os adolescentes saberiam como lidar. Foram abordadas principalmente as mudanças escolares, do ensino fundamental para o médio, ou término do ensino médio, e a escolha de um curso, profissão ou demanda de encontrar um emprego.

“Acho que você decidir algo para você fazer da sua vida, uma vocação ou coisa do tipo, é uma decisão às vezes muito pesada. Principalmente quando você está no terceiro ano do ensino médio. No ensino médio, você tem que tomar uma decisão, é uma carga muito pesada que vem sobre a gente. Até as cobranças de familiares, de amigos, e você ter essa percepção de que todas as pessoas já têm esse caminho decidido e que eu estou vagando sem rumo”. (Gláucia)

Algumas falas apontaram para o momento da adolescência como uma fase de certa vulnerabilidade: de fragilidade emocional (1), de impulsividade (1) e em que “tudo mexe com a cabeça” (1). Um participante apontou fatores biológicos (hormônios) como intervenientes nesse aspecto.

“Para mim são duas questões. Uma questão mais biológica, que é o fato dos hormônios nos deixarem mais impulsivos. E o fato mais emocional que é - depende do adolescente, varia bastante - é não saber como lidar com certas adversidades.” (Danilo)

Os relacionamentos com familiares e amigos foram apontados como importantes para uma boa saúde mental, enquanto “Problemas em casa”, dificuldade em fazer amigos ou não ter amigos, falta de diálogo com os amigos ou familiares, ouvir comentários depreciativos ou “palavras que machucam”, e estilo de parentalidade excessivamente liberal ou protetor por parte dos responsáveis seriam fatores prejudiciais à saúde mental dos adolescentes.

Vários participantes referiram ser comum aos adolescentes ouvir que o que sentem é frescura, drama, que tem gente passando por coisas piores. A compreensão de que sentimentos desagradáveis são “só uma fase”, “não deve ser nada” ou o pensamento de “não quero incomodar” são descritos pelos participantes como fatores que dificultam que o adolescente peça ajuda quando está com problemas de saúde mental, assim como comentários de que “psicólogo é coisa de louco” ou “se está triste, é falta de Deus” também.

Foi apontada por alguns participantes a necessidade de apoio aos adolescentes na busca de cuidado em saúde mental. Considerou-se que, muitas vezes, a pessoa com problemas de saúde mental “não tem forças” ou encontra-se abalada, tendo dificuldade em tomar iniciativa na busca de cuidado, sendo importante o apoio de pessoas próximas – familiares e amigos – que percebam que ela não está bem e lhe ofereçam ajuda. Nos relatos de acesso à UBS, os participantes que tiveram cuidado em saúde mental no serviço o acessaram com o apoio de familiares, alguns por meio de encaminhamento da escola.

“Geralmente vinha a questão de a pessoa simplesmente não ter forças para ir atrás de uma ajuda. Na maioria das vezes as pessoas pensam ‘Ah, não deve ser nada’, ou, em muitos casos, ‘Ah, não quero incomodar’. E por isso as pessoas geralmente não procuram ajuda.” (Danilo)

A literatura científica reconhece que o período denominado como adolescência é marcado por mudanças físicas e psicossociais significativas, sendo de maior vulnerabilidade para a experiência do sofrimento psíquico em todas as suas possibilidades de expressão, como depressão, transtornos alimentares, uso abusivo de álcool/drogas, transtornos de conduta e violência (Benetti *et al.*, 2007).

Weller (2014) argumenta que o Ensino Médio é uma etapa da escolarização em que é esperado que os jovens desenvolvam projetos de vida e façam a transição necessária para viabilizá-los. Para além de considerar a noção de transição enraizada nesse modelo de Ensino Médio, a autora considera que também a juventude é muitas vezes reduzida à ideia de uma fase transitória e provisória. Para ela, “*A saída de uma determinada posição ou condição no presente implica projetar-se para um futuro (p. 137)*”; desse modo, atribui como um elemento importante que o jovem esteja em condições de se projetar em uma situação futura.

Os jovens, no entanto, nem sempre encontram apoio e condições necessárias para o exercício dessa projeção e viabilização, de experimentação e identificação de possibilidades que podem tornar-se concretas (ex: de uma profissão idealizada, ou de uma que esteja ao alcance em seu respectivo contexto). Observa que muitas vezes os adolescentes não recebem o apoio necessário para explorar e concretizar suas aspirações, sendo frequentemente vistos pelos adultos como “sonhadores”, “confusos” e “indecisos”. (Weller, 2014).

Carvalho *et al.* (2023) discutiram a impulsividade na adolescência e seus fatores explicativos. Abordam diversos estudos que associam a impulsividade nos adolescentes e jovens ao envolvimento em comportamentos de risco e a consequências desfavoráveis (ex: delinquência, agressão, apostas, uso de substâncias psicoativas, comportamento sexual de risco, transtornos alimentares, autolesão, comportamento suicida). Destacou-se que a impulsividade é prevalente na adolescência, sendo lhe atribuído um forte componente neurobiológico (Steinberg, 2008 *apud* Carvalho *et al.* , 2023), e tem associação negativa com fatores psicossociais como boas relações interpessoais e regulação emocional. O estudo utilizou questionários de autopreenchimento com uma amostra de 6894 adolescentes dos Açores (Portugal), com idades entre 13 e 19 anos. Encontrou-se que a regulação emocional, o apego parental e o apego ao grupo social tiveram um efeito negativo na impulsividade. Os resultados sugerem que a impulsividade pode

ser reduzida promovendo a regulação emocional, práticas parentais positivas, relacionamentos mais saudáveis com os colegas e com os professores.

No estudo de Yang *et al.* (2024), realizado ao longo de dois anos (2017-2018) com adolescentes escolares chineses, aplicaram-se questionários padronizados a cada seis meses. Os participantes tinham idades entre 10-15 anos no início da pesquisa e 11-16 no final. Tanto a impulsividade quanto os problemas interpessoais apareceram como fatores de risco para a depressão, com mudanças ao longo do tempo: a impulsividade apareceu como o principal fator de risco nas séries iniciais, e os problemas interpessoais, o principal nas séries finais.

Estudos têm demonstrado que os relacionamentos com familiares e pares podem ser desencadeadores ou protetivos em relação a crises de saúde mental (Rossi *et al.*, 2019), comportamento suicida (Simões *et al.*, 2022) e uso de drogas (Zappe; Dapper, 2017).

Em relação a práticas parentais, segundo revisão de Liverpool *et al.*, (2023), os estilos parentais autoritários ou negligentes e o uso de punição física ou monitoramento excessivo se relacionaram a aumento do risco de os jovens experimentarem desajuste psicológico, problemas de comportamento, sintomas depressivos, ou ideação suicida. Por outro lado, jovens que descreveram seus pais como compreensivos e aqueles que receberam apoio emocional ou social regular de sua família apresentaram um risco reduzido de esgotamento, sintomas depressivos ou ideação suicida e estresse psicológico geral.

Sobre a relação com pares, Liverpool *et al.* (2003) sugerem que a pressão dos colegas, o bullying e os conflitos nos relacionamentos podem aumentar o risco de problemas de saúde mental entre os jovens, enquanto o apoio social e as boas habilidades interpessoais podem atuar como fatores de proteção.

Para Dayrell e Carrano (2014), a vivência da adolescência e juventude tendem a ser caracterizadas por experimentações em diferentes dimensões da vida subjetiva e social, sendo esse o momento, por excelência, do exercício de inserção social. Os tempos, espaços e relações de qualidade são então necessários para que o jovem se desenvolva plenamente como adulto e como cidadão.

Em relação à busca de cuidado em saúde mental, o Caderno de Atenção Básica nº 34 aponta que os cuidados em saúde mental geralmente não são demandados pelas próprias crianças e adolescentes, sendo levados para atendimento por seus adultos responsáveis ou instituições (escolas, abrigos,

conselho tutelar etc.). Desse modo, as crenças e atitudes, incluindo estigmas, destes adultos são fundamentais na identificação de problemas e na valorização das dificuldades e necessidades de cuidado da criança ou adolescente e na busca de ajuda (Brasil, 2013b).

O estudo de Fukuda *et al.* (2016) analisou as dificuldades enfrentadas por jovens brasileiros ao buscar ajuda profissional para questões de saúde mental. A pesquisa envolveu a aplicação de 1.030 questionários a indivíduos de 8 a 21 anos, de ambos os sexos, que estavam em escolas públicas e privadas ou em tratamento em serviços de saúde mental em Brasília, Porto Alegre e Belém. O estudo concluiu que o medo do estigma é um obstáculo significativo para esses jovens buscarem tratamento para problemas de saúde mental, tendo maior impacto que as barreiras estruturais. Além disso, fatores contextuais, familiares e individuais têm influência nas concepções de saúde mental e barreiras para acessar os serviços de atendimento.

II. Cuidar da saúde mental: falar do que sente, fazer o que gosta e estratégias de enfrentamento

Em relação às medidas utilizadas ou recomendadas pelos participantes para o cuidado da saúde mental, mencionou-se: falar do que sente, incluindo buscar atendimento psicológico, fazer o que gosta, e enfrentar e resolver as situações problemáticas da vida.

A busca ou oferta de apoio emocional por meio da conversa com familiares, amigos ou psicólogo apareceu de maneira recorrente nas falas dos participantes como estratégia para o cuidado da própria saúde mental ou por meio da qual ajudariam outros adolescentes.

Falar sobre o que sente foi considerado importante e benéfico pelos participantes, tendo sido apontada a relação de confiança com o ouvinte como um requisito para esse tipo de conversa. Não falar sobre o que sente ou não ter com quem desabafar foi visto como algo prejudicial. Alguns participantes destacaram a importância da conversa entre pais e filhos.

Expressar a necessidade de ajuda, por meio da fala, foi um passo necessário para que os participantes acessassem o cuidado em saúde mental.

Abordou-se a experiência de ter sido beneficiado pela escuta de outrem, sendo indicado que os responsáveis pelos adolescentes e os profissionais de saúde tomassem a iniciativa de perguntar aos adolescentes e jovens se gostariam de falar sobre o que estão sentindo e se disponibilizassem a escutá-los.

“Eu converso com meu irmão ou com as minhas amigas quando eu preciso de ajuda. Quando eu preciso, tipo, ‘Você acha que eu estou doida?’, ‘Eu estou maluca?’. Eu sempre brinco assim, mas às vezes eu peço a opinião do [irmão], da [melhor amiga], para saber a opinião de terceiros também, às vezes ajuda um pouco. Então, ultimamente eu faço muito isso. (Fernanda)

“Falar sobre o que a gente sente é importante, tanto aqui na UBS ou mesmo com amigos, com familiares, com uma pessoa em quem você confia, às vezes nem pessoalmente, como amigos virtuais, é algo muito comum hoje em dia. Então eu acredito que essas coisas, é o que eu mais uso assim. Tipo, um escape mental, que acaba me ajudando a solucionar.” (Gláucia)

Engajar-se em hobbies como esportes, atividades artísticas ou de expressão (desenhar, dançar, escrever), ouvir música, atividades ligadas ao autocuidado (arrumar-se, cuidar da pele), ler, jogar videogame foi relatado como estratégia utilizada pelos entrevistados para o cuidado da sua própria saúde mental. Tais atividades teriam a função de sentir-se feliz / divertir-se ou relaxar / desestressar.

“Eu, sempre quando eu tinha alguma coisa, eu jogava para fora. Ou arrumava alguma coisa para me distrair. Isso foi o que me ajudou muito. Eu jogava futebol.” (Bernardo)

“Por exemplo, eu jogo vôlei. Dança, ajuda. Porque quando eu era pequeninha, [...] depois que eu saía da escola, eu ia para outra escola e lá eu assistia filme, eu brincava, eu dançava, tinha teatro, tinha um monte de coisa. Então eu acho que isso é muito bom.” (Fernanda)

“Eu me cuido. Eu saio, eu faço academia que é uma forma de eu relaxar bastante, de eu soltar toda a coisa ruim lá. Eu me arrumo, eu cuido do meu cabelo, eu cuido do meu rosto. Eu ouço música que eu gosto de ouvir. Eu desenho muito, acho que isso me ajuda a desestressar bastante.” (Heloísa)

Atitudes como ter força de vontade, buscar entender as situações, adotar perspectiva positiva, expressar e aceitar emoções, manter distância de influências negativas, tentar uma segunda opção, ser gentil, não agir impulsivamente baseado nas emoções e prática da espiritualidade foram também abordadas pelos participantes como estratégias de autocuidado em saúde mental.

“Eu vou levando, eu vou... Hoje eu vou na minha força de vontade, eu acho que Deus tenta tirar essas coisas [depressão] de mim.” (Bernardo)

“Mas, tudo tem que ter um pouquinho de esforço. [...] ‘Se eu não concluir esse curso, ninguém vai concluir por mim, ninguém vai pegar o certificado para mim’. Aí eu fiquei pensando, pensando, pensando e acabou que, não que eu fiquei feliz do nada, mas eu comecei a ir atrás das minhas coisas.” (Ester)

“Ou até mesmo se manter longe de coisas que você sabe que você pode acabar fazendo e te deixando mais mal. [...] Objetos cortantes, talvez. Se manter afastado, se forçar a se manter afastado.” (Carla)

Um estudo de revisão de Kusier, Ubessen e Folker (2024) sobre a promoção de saúde mental em adolescentes (idades de 12 a 20 anos) por meio da participação em comunidades de lazer organizado encontrou a maior parte dos artigos (27 de 52) referindo-se a atividades esportivas. Foram identificados como mecanismos de promoção de saúde nesse contexto as relações sociais positivas, coesão com companheiros de time, aprendizagem e desenvolvimento de habilidades e treinadores competentes e inclusivos. Também foi destacado o prazer na convivência com amigos e senso de pertencimento e um estudo sugeriu que a atividade física em um contexto social tende a ser mais eficaz na promoção de saúde mental do que a participação individual em esportes.

Para além das comunidades ligadas à prática de esportes, encontraram-se estudos referentes a dança, música, arte e criatividade, trabalho voluntário e ativismo, comunidades de lazer com atividades mistas e outras comunidades de lazer (treinamento de habilidades circenses, clube de jovens) (Kusier; Ubessen; Folker, 2024).

Em relação à dança, que apareceu em 5 dos 53 estudos revisados, os principais benefícios ao bem-estar dos adolescentes encontrados nos estudos foram: desenvolvimento da autoconfiança, estabelecimento de relações sociais positivas e facilitação da expressão emocional e criativa (Kusier; Ubessen; Folker, 2024).

Estratégias eficazes de enfrentamento (*coping*) são associadas com melhor saúde mental, podendo ser entendidas como atitudes de autocuidado / autoajuda. O estudo de Liverpool *et al.* (2023) encontrou, nas publicações analisadas em revisão, que os jovens utilizaram estratégias de enfrentamento evitativas, emocionais e de apoio para gerenciar comportamentos problemáticos. Técnicas de relaxamento, como leitura, respirar fundo e dormir foram usadas para gerenciar o estresse. O uso

dessas técnicas, aliadas a estar no controle de suas rotinas e compromissos diários, foram associadas a taxas reduzidas de esgotamento (burnout) e sintomas depressivos em jovens mais velhos. Habilidades eficazes de ajuste social também foram associadas a uma redução do sofrimento psíquico.

III. Escola como lugar privilegiado para educação em saúde e intervenção em saúde mental

Os participantes consideraram a escola como espaço privilegiado para atividades educativas e interventivas na saúde mental dos adolescentes, localizando esta como o lugar “onde os adolescentes estão”.

Foram relatadas (por três participantes) experiências positivas com atividades coletivas como rodas de conversa e dinâmicas realizadas na escola, apontando para potencialidades destas na promoção da saúde e modelos bem-sucedidos de trabalho com os adolescentes.

“A gente fazia uma roda de conversa, eu fiz vários amigos. A gente aprende a conversar mais com as pessoas, a gente tem uma participação melhor, a gente fica mais leve depois de uma brincadeira, a gente fazia muita dinâmica. E falta isso um pouquinho, porque a gente vai entrando no ensino médio e tem gente que começa a amadurecer mais do que quer. Principalmente no quesito de drogas, essas coisas, de sair, de fazer isso, fazer aquilo, um monte de coisa afeta.” (Heloísa)

“Aquele era um momento para a gente falar sobre coisas que a gente não falava em casa. Porque muitas vezes os nossos problemas estão em casa. Aí a gente falava na maioria das vezes sobre problemas familiares, sobre as nossas famílias, pais, parentes, enfim.” (Gláucia)

Três participantes consideraram ser importante ter psicólogos nas escolas, considerando haver falta desse profissional nas escolas de Ensino Médio. A expectativa sobre a atuação de psicólogos nas escolas envolveu a disponibilidade de plantão psicológico, a detecção precoce e intervenção em problemas de saúde mental com os alunos e lidar com demandas de problemas de comportamento, falta de interesse / motivação para os estudos, uso de drogas, bullying, apoiando os professores em demandas que lhes sobrecarregam ou para as quais não tem formação para lidar.

“Eu acho que deveria ter psicólogo nas escolas. [...] Para entender os comportamentos dos alunos. Porque o professor às vezes vê que a criança não está bem e tudo. Mas ele não tem a formação de um psicólogo para conversar e conseguir ajudar da forma correta. Então, eu acho que deveria ter pelo menos um psicólogo em cada escola. Para ajudar.” (Fernanda)

Alguns participantes referiram que os professores / profissionais das escolas são capazes de perceber quando os alunos estão com problemas relativos à saúde mental (2), e que fazem encaminhamentos para o cuidado em saúde mental dos alunos na UBS (2). Uma participante sugeriu como melhoria que as escolas falassem mais com a UBS sobre alterações de comportamento ou humor dos alunos e propusessem encaminhamentos.

“Eu acho muito que as escolas poderiam falar mais com os postos de saúde sobre isso. Porque sabem que acontece alguma coisa com o aluno, todo mundo vê. Está, tipo, todo dia lá. Todo dia com os professores, os professores poderiam dar um, falar que eles estão dando indício de alguma coisa. [...] Eu acho que a escola poderia falar mais com o postinho sobre isso para direcionar essa pessoa para lá. Poderia propor a essa pessoa para ela vir, poderia falar sobre as condições, falar que está tudo bem. Perguntar se queria comparecer, acho que seria a melhor forma.” (Heloísa)

Em relação às atividades desenvolvidas pelos profissionais da UBSs nas escolas, os participantes relataram serem mais comuns nas temáticas de educação sexual ou saúde bucal, sendo raras ou inexistentes as ações direcionadas à saúde mental.

Houve críticas de duas participantes em relação à adoção do formato de palestras, que consideraram chato e desinteressante. Sugeriram que as atividades voltadas à saúde mental desenvolvidas pela UBS nas escolas devem envolver estratégias que despertem o interesse dos adolescentes – mostrar histórias reais, conversar, utilizar dinâmicas.

“Eu não vou falar palestra porque, sinceramente, quando eles davam palestra na minha adolescência eu achava tedioso. Mas, fazer dinâmica. Indo na escola, fazendo uma dinâmica, conversando com eles sobre a opinião deles sobre alguma coisa, para ver a mentalidade deles já. Você já consegue diferenciar conversando com a pessoa se ela é ou não provável de fazer alguma coisa com alguém, ou se ela é ou não frágil.” (Heloísa)

Dois participantes comentaram sobre campanhas de Setembro Amarelo nas escolas, considerando importante a abordagem sobre saúde mental e suicídio, mas que esta não devia limitar-se a um único momento no ano.

Em uma revisão de estudos sobre promoção de saúde mental em adolescentes na América Latina, a escola foi identificada como o principal local para a implementação dessas ações (Souza *et al.* , 2021).

Koehler, Gonzales e Marpica (2021) relataram o desenvolvimento de oficinas, conduzidas por mediadores, para alunos do ensino médio de uma escola pública no interior de São Paulo, abordando temas como autoconhecimento, relações interpessoais, família, sexualidade, Direitos Humanos, questões de gênero, identidade, cidadania, estereótipos, preconceito e projeto de vida. Utilizando técnicas variadas, como estudos de caso, discussões sobre documentários, letras de músicas, poemas, dinâmicas e vivências grupais, as oficinas proporcionaram um espaço coletivo para fala, escuta e troca. A avaliação dos participantes indicou que as oficinas contribuíram para seu desenvolvimento pessoal e como cidadãos, promovendo reflexão sobre modos de pensar e agir, além de abordar questões emocionais e identitárias dos adolescentes.

Fernandes *et al.* (2023) descrevem uma intervenção da terapia ocupacional sobre bullying e sofrimento psíquico na adolescência, realizada em uma escola pública no interior de São Paulo. O projeto de ensino e extensão incluiu rodas de conversa e compartilhamento com profissionais das escolas, intervenção em sala de aula com os alunos através de dinâmicas de grupo e discussões coletivas, além de acolhimento e acompanhamento das demandas surgidas. Foram disponibilizadas escuta qualificada, orientações e encaminhamentos para a rede de saúde do município, destacando a necessidade de maior presença das reflexões sobre saúde mental no contexto escolar.

De acordo com Tavares *et al.* (2023), os professores do ensino médio de Niterói-RJ enfrentavam dificuldades para lidar com problemas de saúde mental entre os alunos, como ansiedade, problemas familiares e estresse, que vinham se tornando mais graves e frequentes. Muitos professores não sabiam problemas recorrentes como a ansiedade e a automutilação dos alunos. As medidas protetivas adotadas incluíram acolhimento e estímulo às expressões emocionais, mas houve apontamento da necessidade de agentes capacitados para atender essas demandas. Alguns professores discutiam temas de saúde mental e prevenção do suicídio durante as aulas, mas a maioria se sentia despreparada e acreditava que

essas ações não são parte de seu papel, embora recorressem a orientadores pedagógicos e colegas para lidar com situações desafiadoras.

Uma revisão sistemática conduzida por Tavares e Barros (2022) analisou 14 estudos sobre capacitação em saúde mental no contexto escolar, destacando a importância de diferentes abordagens como educação por pares, programas conduzidos por professores e profissionais de saúde, e intervenções comportamentais. Em relação à capacitação de professores no Brasil, estudos como os de Amaral *et al.* (2020) e Brito *et al.* (2020) mostraram a necessidade de capacitar professores para reconhecer sinais de alerta de comportamento suicida, abordar estudantes em crise e utilizar redes de apoio. Esses estudos ressaltam a importância de equipar os professores com habilidades e conhecimento para promover a saúde mental dos alunos e integrar essas ações no ambiente escolar.

Pesquisas que abordam o desenvolvimento de ações conjuntas entre atenção básica e escola em geral fazem referência ao Programa Saúde na Escola (PSE), apontando diversos desafios na sua implementação. O programa, instituído pelo Decreto Presidencial nº 6.286/2007, é uma iniciativa interministerial (ministérios da saúde e educação) que se caracteriza por ser uma política intersetorial que atende aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). O programa tem como finalidade contribuir para a formação integral dos escolares da rede básica por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde. As ações são planejadas pelas secretarias de saúde e de educação, envolvendo as escolas, Unidades Básicas de Saúde (UBS) e comunidade (Brasil, 2007).

Com objetivo de acessar a perspectiva de enfermeiros e escolares acerca das práticas educativas do PSE em escolas de Ensino Fundamental II em Parnaíba-PI, o estudo de Carvalho *et al.* (2020) aplicou questionários aos enfermeiros que atuavam no programa e aos escolares matriculados no 6º ano do ensino fundamental. Observou-se que a maioria das ações em saúde nas escolas relatadas pelos enfermeiros não foram percebidas pelos escolares. A maior parte dos alunos identificou como práticas em saúde realizadas em sua escola apenas a verificação do peso e da altura.

Baroni e Silva (2022) buscaram conhecer as percepções de profissionais da saúde e da educação sobre as ações do Programa Saúde na Escola (PSE) de um território periférico da Baixada Santista (SP), por meio de entrevistas com três profissionais da educação e seis profissionais da saúde. A principal ação instituída

pelo programa foi reuniões mensais de matriciamento em saúde mental com participação das escolas; outras ações pontuais que partiam do nível central do município envolviam vacinação, saúde ocular e bucal, avaliação antropométrica entre outras.

A principal vantagem apontada em trabalhar com o PSE foi o compartilhamento das responsabilidades sobre os casos, trocas de informação e possibilidade de encontrar apoio, porém a intersectorialidade apareceu restrita às vantagens de se trabalhar junto, sem a proposição de ações baseadas em necessidades do território e participação da comunidade. O andamento do programa também foi afetado pela pandemia, que fragmentou ainda mais as ações (Baroni; Silva, 2022).

Notou-se que o conhecimento dos profissionais sobre o PSE foi superficial e houve pouco direcionamento de atividades formativas. As práticas de saúde escolar nos territórios configuravam-se de maneira mais tradicional – campanhas e monitoramento da saúde aplicados aos estudantes, sem menção ao projeto político-pedagógico ou ao reconhecimento do território para basear as ações (Baroni; Silva, 2022).

Tais estudos indicam que, mesmo onde há uma direcionalidade para a execução de ações conjuntas entre saúde e educação, o modo de execução muitas vezes fica restrito à atuação de poucos profissionais, de forma isolada, e por meio de ações pontuais ou restritas, com aporte limitado de recursos humanos e materiais, sem que tenham o envolvimento e reconhecimento da comunidade escolar como um todo e adequação ao contexto, mostrando limites também na efetividade/resolutividade e, por vezes, gerando sobrecarga e frustração nos profissionais executores (Carvalho *et al.*, 2020; Baroni; Silva, 2022).

Em relação a estratégias no ambiente escolar para prevenção do suicídio em adolescentes, uma revisão integrativa artigos de 2009 a 2019 da base encontrou 19 artigos, que descreveram 14 estratégias de prevenção. Constatou-se a predominância de treinamento para funcionários das escolas na identificação de risco e intervenção (*gatekeeper*), além de triagem com alunos para detecção de risco e a psicoeducação (Neves; Pereira, A; Pereira, C, 2020)

Os resultados das intervenções descritos nos estudos envolveram: redução de tentativas de suicídio (3), maior conhecimento e compreensão sobre suicídio (3), aumento de atitudes favoráveis para obter ajuda (2), aumento de atitudes

adaptativas frente a depressão e suicídio (1), maior aceitabilidade quanto à ajuda de adultos e amigos (1), melhora na depressão e ansiedade (1), enfrentamento positivo de situações adversas (1), facilitação da vinculação de alunos (1), favorecimento na criação de rede entre escola e serviços de saúde (1), maior segurança em reconhecer e abordar adolescentes em risco (1) (Neves; Pereira, A; Pereira, C, 2020).

Área temática 2: Contribuições da UBS no cuidado em Saúde Mental dos adolescentes

“No geral, de um jeito muito bom, a UBS sempre esteve disposta a me ajudar e com certeza é assim com outros adolescentes.” (Carla)

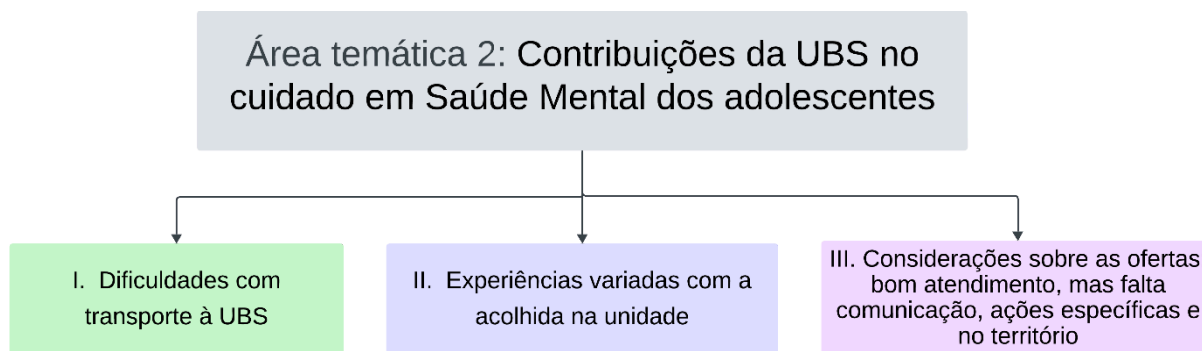


Figura 2

I. Dificuldades com transporte à UBS

Cinco dos entrevistados referiram que a dificuldade com o transporte seria uma barreira de acesso dos adolescentes à UBS. Referem que alguns usuários moram a uma distância considerável da UBS e precisariam despender tempo e dinheiro – passagem de ônibus – para se locomover até a unidade. Uma das entrevistadas referiu que esse foi um fator que lhe fez interromper o acompanhamento psicológico. Como sugestões frente a essa barreira, mencionaram-se a possibilidade de disponibilizar passe gratuito para aqueles que necessitassem, e a oferta de consultas online.

“Ah, acho que tem o negócio pessoal de horário, disponibilidade, acesso a ônibus, que tem lugar que não dá para vir andando também. [...] Eu não sei se é uma coisa possível para fazer aqui, mas eu acho que tinha que ter consulta online. Acho muito bacana, porque, para mim por exemplo: eu queria muito continuar ainda fazendo [acompanhamento psicológico], eu só não faço porque eu não tenho tempo, eu não tenho como ficar vindo para cá, esse é o maior problema. E principalmente gastar passe [passagem de ônibus]. E... Escola, curso, trabalho... Se eu tivesse como fazer isso [acompanhamento psicológico] pelo celular, seria muito mais fácil. Não sei se pode, mas é uma coisa bacana para nós.” (Carla)

O estudo de Martins *et al.* (2019) que buscou investigar facilitadores e dificultadores de acesso de adolescentes e jovens a serviços da APS em um

município da Bahia, utilizou como variável de acessibilidade geográfica o tempo de deslocamento a pé do domicílio à unidade de referência – estratificado em ≤ 15 minutos ou > 15 minutos, baseando-se em estudos que indicaram o tempo de 15 minutos como razoável para este percurso, e a disponibilidade de transporte coletivo (sim ou não). Com uma amostra de 812 indivíduos de 15 a 24 anos, dos motivos relatados pelos participantes da não procura pelos serviços de referência de seu domicílio nos últimos 12 meses, 7,7% relataram terem dificuldade de encontrar atendimento; 1,4%, a distância do serviço de saúde e 1,2%, o horário incompatível.

Os autores discutem que, embora o transporte coletivo seja importante em cidades de médio e grande porte, estudos indicam que o deslocamento a pé é a principal forma de acessibilidade geográfica aos serviços da ESF e que as condições de vulnerabilidade social dos indivíduos que vivem em áreas cobertas pela ESF podem afetar negativamente sua capacidade de custear o transporte coletivo para deslocamento até a unidade de saúde. (Martins *et al.* , 2019).

No presente estudo, cinco dos oito participantes residiam a uma distância da UBS cuja estimativa de deslocamento a pé é superior a 15 minutos. Ainda assim, apesar da uma distância considerável, nenhum destes precisava atravessar a rodovia que cruza parte do território atendido pela UBS – há uma passarela para travessia sobre a rodovia –, que pode constituir uma barreira adicional para que alguns usuários se locomovam a pé até a unidade.

A universalidade é um dos princípios do SUS, cabendo ao Estado formular e executar políticas sociais e econômicas que estabeleçam condições que assegurem o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde (Brasil, 1988; Brasil, 1990b). Desse modo, os serviços deveriam encontrar-se em localização acessível, ou serem criadas outras condições favorecedoras do acesso.

Em relação aos atendimentos online no SUS, também sugeridos por uma entrevistada, a Lei 14.510 de 2022 regulamentou a Telessaúde, que

abrange a prestação remota de serviços relacionados a todas as profissões da área da saúde regulamentadas pelos órgãos competentes do Poder Executivo federal (Art 26-A), e traz como um de seus princípios a promoção da universalização do acesso dos brasileiros às ações e aos serviços de saúde (Art 26-A, VII).

No período de realização das entrevistas e no período anteriormente vivido de isolamento social devido à pandemia de COVID-19, todavia, no município e na UBS local desta pesquisa não havia ainda práticas oficiais de teleatendimento, nem sistemas e dispositivos tecnológicos para tal fim.

O artigo de revisão de escopo de Ádnanes *et al.* (2024) sobre a estratégia de uso da videoconferência como alternativa às consultas presenciais em serviços de saúde mental para crianças e adolescentes que recebem apoio de serviços de assistência à infância, aponta que são necessárias mais pesquisas e atenção a questões ainda não resolvidas para que consultas por videoconferência tornem-se uma ferramenta confiável e estabelecida no cuidado em saúde mental para crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade; particularmente, se esta diminui ou agrava as desigualdades no acesso aos serviços de saúde mental. Além disso, os autores questionam-se esta forma de tratamento traria novas barreiras, ameaçando as boas relações terapêuticas, a qualidade do tratamento e os desfechos clínicos.

II. Experiências variadas com a acolhida na unidade

Ana, Carla e Fernanda relataram, como meio para acesso de cuidado em saúde mental, o contato com a recepção da unidade. Disseram que é necessário “falar que precisa”. Duas delas relatam, após essa demanda à recepção da unidade, terem sido atendidas por profissionais de enfermagem antes do agendamento com psicólogo.

As participantes tiveram diferentes opiniões e experiências em relação ao funcionamento da organização desse fluxo (recepção – acolhimento de enfermagem – agendamento psicólogo) de atendimento na unidade, variando de uma considerar que a organização da agenda é muito boa, uma ter experienciado falhas no agendamento e outra abordar longas esperas para ser avaliada, mas considerar que conseguiu acessar o atendimento porque estava em uma situação em que realmente precisava.

“Ah, chega aqui, falar que não está muito bem. Aí vai passar por um enfermeiro, fazer todo aquele negócio, ser encaminhado... E eu acho que, por mais que a agenda às vezes fique um pouco apertada, a organização é muito boa. Então eu acho que é uma coisa que funciona aqui. Não é, tipo...

Você nunca vai ser atendido, sabe? Você vai. Eu acho... E acho que é uma coisa que todo mundo tem que ir atrás. Se tem condição, que faça num lugar particular, mas, aqui da região, é muito difícil. Então, que não tenha medo de vir.” (Carla)

“Bom, ele [o adolescente] vem aqui. Conversando lá na recepção, falando que precisa e aí marcar uma consulta, conversar com alguém especializado e ver quais alternativas ele pode fazer enquanto não estiver ainda consultando ou coisa do tipo, distrair um pouco, sabe? Algumas recomendações. [...] As consultas em si são boas. Mas, o problema realmente é que às vezes dá errado a organização aqui. Aí não é totalmente mil maravilhas. [...] Chegar aqui e não ter alguém para atender, ou coisa do tipo. Marcar e a pessoa não cumprir o que falou. Coisa do tipo assim. Não fazer o que realmente falou o que ia fazer, sabe?” (Ana)

“Na verdade, para mim foi um pouquinho fácil, porque era urgente. Mas, nem sempre é tão fácil. [...] Ele tem que passar [...] e contar para a enfermeira. O que eu acho um pouquinho ruim, porque nem sempre você quer falar para a enfermeira “Olha, eu quero pular de um prédio”. Ou, por exemplo, eu estava com a minha mãe. Então para eu falar foi muito mais difícil do que se eu estivesse sozinha. Mas tipo, tem que passar ali, passa ali na recepção, pega o papelzinho e fica esperando umas três horas mesmo. Mas quando você está precisando você acaba fazendo esse esforço. Aí você passa lá, aí ela vê se você precisa, vê a necessidade, e passa o caso para a psicóloga. E aí a psicóloga atende, acho que é isso.” (Fernanda)

Danilo e Ester contaram que solicitaram à escola que fizesse o encaminhamento para atendimento psicológico. Segundo os relatos, as escolas fizeram encaminhamentos por escrito e orientaram os responsáveis, tendo estes adolescentes contado com o apoio de um responsável na busca do atendimento.

Danilo relatou que já sabia por meio da escola, de seus familiares e dos pais de amigos que na UBS havia disponibilidade de atendimento psicológico, tendo procurado diretamente este serviço.

Ester disse que, junto a sua mãe, buscou inicialmente atendimento particular, mas que era muito caro, sendo inviável manter um acompanhamento. Buscou então atendimento na UBS, por meio do contato com uma conhecida que trabalhava na unidade, que agendou atendimento psicológico para ela.

No caso de Gláucia, seu pedido de ajuda foi direcionado a uma familiar que trabalha em um outro serviço de saúde e foi por meio dela que conseguiu atendimento psicológico em dois diferentes momentos.

“Quando eu precisei a minha [familiar] me ajudou a ter contato aqui com a [psicóloga da UBS], com outra psicóloga do posto dela e, novamente aqui, com a [psicóloga residente]. Então, até aqui, ok.” (Gláucia)

As descrições sobre como acessaram apontaram para alguns fatores relativos à organização do serviço, com avaliações positivas ou negativas nesse aspecto pelos participantes. Não houve menção a aspectos atitudinais dos profissionais da recepção e acolhimento. Em outros estudos, mencionaram-se preconceitos dos profissionais, com uma visão distorcida, negativa e estigmatizante sobre a adolescência (Barros *et al.*, 2021; Silva; Engstrom, 2020), o que parece não ter sido percebido pelos adolescentes na UBS estudada.

Foram apontadas como barreiras para o acesso: haver poucas psicólogas na UBS (2), a disponibilidade de horários para atendimento não ser compatível com a rotina do adolescente (2), número limitado de senhas para atendimento no dia, sendo necessário chegar muito cedo para pegar senha (1), longa espera para ser atendida (1), ter que falar com mais de um profissional sobre o problema (1), constrangimento em ter que ser atendida acompanhada por responsável (no acolhimento de enfermagem, no atendimento ginecológico) (1), falha nos agendamentos: “Chegar aqui e não ter alguém para atender” (...) / “Marcar e a pessoa não cumprir o que falou” (1), demora em conseguir atendimento psicológico quando o caso não é avaliado como urgente, podendo haver agravamento da situação do usuário enquanto este aguarda por atendimento (1).

Por outro lado, identificou-se como facilidades para o acesso: a possibilidade de falar de seu sofrimento com algum adulto de sua família ou de sua escola (3), o adolescente ou seu familiar ter contato prévio com algum trabalhador da UBS (3), o atendimento ser gratuito (2), o encaminhamento pela escola (2), a disponibilidade de psicólogas na unidade (1), boa organização da agenda (1), critérios de prioridade que garantem atendimento psicológico em situação de urgência (1).

Sugeriu-se como melhorias: ter mais profissionais especialistas em saúde mental na unidade (2), organização do serviço para atender mais pessoas, por exemplo, por meio de atendimentos com menor duração, atendimentos em grupo (1), dinâmicas em grupo com adolescentes e jovens, para que estes pudessem conversar sobre saúde mental, atividades de interesse e formar laços de amizade – em formato presencial ou online (1), participação de ginecologista como profissional de apoio para questões da vida sexual, com a possibilidade de a adolescente ser atendida sem a presença de um responsável (1), atenção ao problema de saúde mental em tempo oportuno, evitando agravamento (1).

As barreiras estruturais apontadas pelos participantes coincidem com as encontradas em outros estudos, como limitação de recursos humanos, filas de espera, dificuldade para atendimento, demora para marcação de consultas e falta de privacidade (Silva; Engstrom 2020).

Em relação à privacidade, o documento do Ministério de Saúde *Proteger e Cuidar da Saúde de Adolescentes na Atenção Básica* (Brasil, 2017a) afirma o direito da autonomia dos adolescentes, com base no ECA, expressa nos direitos à privacidade – os adolescentes poderem ser atendidos sozinhos, caso desejem – e à confidencialidade e sigilo – ter a garantia de que as informações não serão repassadas a outrem sem a sua concordância. O documento sugere, ainda, em relação ao acolhimento dos adolescentes:

A acolhida nos serviços deve ser cordial e compreensiva. Uma acolhida hostil, que imponha uma série de exigências, pode afastar o adolescente, perdendo-se a oportunidade de adesão ao serviço. Pelas características próprias dessa etapa do desenvolvimento, muitas vezes eles têm dificuldades em respeitar os horários e as datas de agendamento, determinando que o serviço construa mecanismos de organização mais flexíveis (p. 107).

Os entrevistados de modo geral não descreveram grandes dificuldades no acesso a cuidado em saúde mental na unidade. É importante considerar, no entanto, o viés dessa amostra, visto que a maioria dos participantes da pesquisa já tinham acessado cuidado em saúde mental na unidade. Silva e Engstrom (2020) apontam que obstáculos no acesso podem levar à insatisfação do usuário e à busca por outros serviços. Desse modo, é possível que usuários da UBS estudada que tenham experienciado dificuldades de acesso possam ter desistido de ser atendidos no serviço e/ou buscado atendimento em outro lugar.

III. Considerações sobre as ofertas: bom atendimento, mas falta comunicação, ações específicas e no território

Foram apontadas fragilidades na divulgação sobre o serviço e comunicação com a unidade: falta de informação aos adolescentes sobre as ofertas e como acessá-las (2), campanhas e ações educativas sobre o cuidado da saúde mental acontecerem somente pontualmente (Setembro Amarelo) (2), não conseguir contato por telefone com a UBS para tirar dúvidas (1).

Diante destas, foram sugeridas como melhorias: o envolvimento da UBS em campanhas educativas sobre cuidado em saúde mental e informativas sobre a UBS como espaço de cuidado em saúde mental (5), profissionais da UBS irem às escolas periodicamente, conversar com os adolescentes e jovens e perguntar se eles têm interesse no cuidado em saúde mental (3), ações/ campanhas da UBS direcionadas a pais de adolescentes que os orientem a observar e conversar sobre saúde mental com seus filhos (2).

Dos oito adolescentes participantes do estudo, seis relataram ter recebido atendimento psicológico como cuidado em saúde mental na UBS, e uma também atendimento médico para problemas de saúde mental.

Os seis participantes que relataram ter recebido atendimento em saúde mental na unidade referiram satisfação com a qualidade. Cinco abordaram benefícios trazidos pelo suporte recebido. Três destacaram posturas das profissionais de empatia e não julgamento.

“Eu já tinha ido em outra psicóloga, só que eu não tive o mesmo apoio. Mas quando eu pisei aqui, [a psicóloga] me acolheu e tudo. Quando apareceu aquela luzinha amarela [no vídeo disparador] me fez lembrar de quando... É, de quando eu recebi ajuda. Porque eu não tinha apoio dentro de casa, entre outras milhares de coisas. E depois tudo foi se encaixando no seu lugar. Minha ansiedade foi diminuindo, eu consegui controlá-la de uma forma mais leve, sem forçar tanto.” (Ester)

“Eu tinha muita vergonha, no começo. Muita vergonha. Na verdade, eu odiava vir no começo. Mas depois que eu conheci melhor [a psicóloga] eu me senti mais tranquila e sempre me atendeu muito bem. Com muita empatia e eu nunca me senti julgada, então, um ótimo papel. [...] Que eu passo aqui em relação à saúde mental tem a [médica de referência da ESF], que também é um amor de pessoa, eu adoro ela, me atende super bem. E nunca deixou a desejar, sabe? Sempre com muita empatia, ela tem muita empatia.” (Carla)

Os participantes destacaram a importância de ações de saúde mental nas escolas, localizando este como o lugar “onde os adolescentes estão”. Sugeriram estratégias como o uso de dinâmicas, brincadeiras e rodas de conversa para a abordagem da temática. Foi também proposta maior integração entre a UBS e as escolas.

Apontaram a disponibilidade de atividades de esporte, lazer e cultura no território como um aspecto importante para a promoção da saúde, não tendo sido colocada necessariamente como uma atribuição da UBS, mas como uma estratégia

possível de aproximação com os adolescentes. Uma participante sugeriu também ações solidárias da UBS com os adolescentes voltadas para a comunidade.

“Acho que [a UBS poderia fazer] coisas que os adolescentes se interessassem. Alguma brincadeira ou alguma coisa de esporte, de futebol. Ou alguma coisa que se interessassem, tipo um projeto, entendeu? E, seria muito bom para os adolescentes.” (Bernardo)

“Adolescente precisa de... Mais lugar para exercitar a mente, para ocupar a cabeça. [...] Então, eu acho que se tivesse [...] mais coisa que ocupasse a mente dos jovens, de forma boa e positiva. [...] Por exemplo, eu jogo vôlei. Dança, ajuda. Porque quando eu era pequeninha, [...] depois que eu saía da escola, eu ia para outra escola e lá eu fazia: assistia filme, eu brincava, eu dançava, tinha teatro, tinha um monte de coisa. Então eu acho que isso é muito bom. Está vendo, eu não usei drogas quando eu era pequeninha! Ainda bem.” (Fernanda)

“Eu adoro ajudar idosos. Eu sempre quis ir a um asilo, para ajudar as moças a cuidarem deles. Fazer essas visitas com auxílio do posto, conhecer crianças de orfanato, conhecer as histórias delas, porque elas têm muitas histórias. [...] Arrecadar coisas, doar coisas com ajuda dos adolescentes. Ser porta-voz nas escolas para doação, de roupas, roupas de crianças, de neném também. Eu acho que isso.” (Ester)

No estudo de Silva, Engstrom (2020), encontrou-se que muitos serviços de APS não possuem atividades específicas para adolescentes. No presente estudo, é descrita pelos participantes uma realidade semelhante. Houve, no entanto, ações desenvolvidas pela unidade direcionadas aos adolescentes em alguns momentos, como um grupo conduzido pela própria pesquisadora em 2019, com duração delimitada e, no ano seguinte, descontinuado devido à emergência da pandemia de COVID-19. Na época das entrevistas, havia um grupo para adolescentes conduzido por profissionais residentes. Profissionais da UBS também desenvolviam algumas ações educativas pontualmente nas escolas do território. De forma semelhante aos achados nos estudos de Carvalho *et al.* (2020) e Baroni, Silva (2022) sobre o Programa Saúde na Escola (PSE), onde as ações de saúde frequentemente são executadas isoladamente por alguns profissionais, sem o envolvimento da comunidade escolar e a devida adaptação ao contexto, essa situação também ocorre nos serviços de saúde. Isso demonstra limitações na efetividade e resolutividade das ações, além de, por vezes, gerar sobrecarga e frustração nos profissionais envolvidos.

As atitudes de acolhimento, não julgamento e respeito à confidencialidade foram valorizadas pelos adolescentes atendidos na UBS e possibilitaram a

construção de vínculos terapêuticos, em consonância com o encontrado na revisão de Silva, Engstrom (2020).

A psicóloga e a médica de família foram reconhecidas como participantes no cuidado em saúde mental, bem como foi corretamente identificado pelos participantes que a primeira escuta / acolhimento na unidade costuma ser realizada por uma profissional de enfermagem.

Em pesquisa realizada em 2008 pelo Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas (CFP, 2008, apud CFP, 2019), em recortes das falas dos psicólogos participantes, atuantes na AB, constatou-se a expectativa de gestores, equipes multiprofissionais e usuários alinhada a uma lógica curativo-individualista – da escuta feito dentro de um consultório.

No município em que o estudo foi conduzido, apesar da presença de profissionais de equipes de saúde mental na atenção primária (psicólogos, psiquiatras e assistentes sociais) ter uma história longa, a superação deste modelo e a construção da interdisciplinaridade persistem como grandes desafios na Atenção Básica. Os próprios adolescentes participantes do presente estudo, inclusive, quando enfatizaram que seria importante ter psicólogos nas escolas, trouxeram a expectativa desse modo de atuação:

“Eu acho que deveria também ter um lugar específico na escola para acompanhamento psicológico. Ou pelo menos uma sala com uma psicóloga. Que nem no meu curso técnico tem, para quando a gente quiser sair da sala, não estiver se sentindo bem, ter um apoio psicológico, de conversar, querendo ou não, alivia o estresse. Acho que devia ter isso principalmente nas [escolas de] ensino médio.” (Heloísa)

Foi destacada pelos participantes do presente estudo a importância do envolvimento da UBS em campanhas educativas sobre o cuidado em saúde mental, tanto direcionadas aos adolescentes quanto a seus responsáveis, explicitando uma lacuna importante na atuação da unidade estudada.

Para Souza *et. al* (2021), o cuidado aos adolescentes tem se baseado nos problemas de saúde, com pouca consideração para os determinantes sociais, estando as ações de promoção de saúde infantojuvenil distantes das práticas de cuidado ofertadas pela UBS, mesmo nos territórios mais vulneráveis. Referem que estudos têm sinalizado a necessidade do investimento em políticas públicas, pesquisas e estratégias de cuidado que promovam a saúde mental dos

adolescentes, visto o crescente acometimento dessa população por esses problemas.

As autoras abordam, a partir de revisão integrativa sobre promoção de saúde mental de adolescentes na América Latina, a potencialidade da parceria entre os setores saúde e educação. Citando Vieira (2014), destacam que as escolas são mais acessíveis aos adolescentes que os serviços de saúde e que oportunizam intervenções menos estigmatizantes, e que as práticas de promoção de saúde partiriam da construção colaborativa do cuidado entre educadores, familiares e comunidade, com objetivo de garantia de acesso e inclusão à escola, não sendo de natureza clínica (Cid, 2019 *apud* Souza *et. al.*, 2021). Além disso, considerou-se que nos estudos encontrados não havia propostas que considerassem as demandas locais e que incluíssem diferentes atores, como os próprios adolescentes, na definição das estratégias.

Barata *et al.* (2015) realizaram pesquisa-ação com quinze participantes residentes no território de quatro Unidades de Saúde da Família (USF), com idades de 6 a 17 anos (10 do sexo masculino), que apresentavam situação de risco e vulnerabilidade social, problemas comportamentais, dificuldade na aprendizagem, relação conflituosa com a família e na comunidade - condições essas detectadas por ACSs treinados, que os encaminharam para participar da pesquisa. Os participantes eram predominantemente de famílias de baixa renda e 14 dos 15 frequentavam a escola. Constatou-se que as atividades de brincar e de lazer, no entanto, estavam sendo pouco vivenciadas pelas crianças e adolescentes, tendo sido apontados pelos responsáveis que a restrição do espaço físico e a violência eram fatores dificultadores para essas atividades.

A partir disso, foram propostas intervenções pela pesquisadora e outros estudantes de terapia ocupacional do grupo de pesquisa. As intervenções tiveram foco na rede de cuidados, no domicílio e no contexto escolar. As primeiras, envolveram mapeamento dos dispositivos de apoio e articulação com tais serviços, encaminhamentos para os serviços especializados, ações de matriciamento com os CAPSij e USF e criação de um projeto de brinquedoteca comunitária (Barata *et al.*, 2015).

Concluiu-se que são aplicáveis e efetivas uma diversidade de ferramentas, que podem ser utilizadas pelos profissionais inseridos na APS, como as

práticas de promoção da saúde e o desenvolvimento de ações clínicas, além da articulação e mapeamento de dispositivos na rede e de estratégias coletivas realizadas nas escolas, nos domicílios e em outros espaços da comunidade que servem como equipamentos de apoio e de promoção da saúde (Barata *et al.*, 2015, p. 232).

No território da UBS estudada, os equipamentos sociais mais numerosos eram as escolas – havia cerca de 10, das diferentes etapas da educação básica (ensino infantil, fundamental e médio). Além disso, havia um serviço de convivência e fortalecimento de vínculos, alguns espaços esportivos (quadras comunitárias) e de lazer a céu aberto (parque / praças) e igrejas que desenvolviam atividades comunitárias.

Esportes coletivos foram relatados como atividades de lazer/ bem-estar pelos entrevistados, principalmente futebol e vôlei, algumas vezes praticados em espaços localizados no território da UBS.

Um estudo de revisão sobre como e por que a participação em comunidades de lazer organizado voltadas para jovens pode promover saúde mental identificou, nos diferentes tipos de comunidades/atividades, cinco fatores: conexão social, desenvolvimento de habilidades, desenvolvimento de autoconfiança, participação movida pelo prazer, e segurança e confiança. A conexão social foi a mais proeminente entre todos os tipos de atividades, relacionada à importância das amizades, da experiência de estar junto e de relações positivas com pares e adultos na comunidade de lazer para o bem-estar dos jovens. Os sete tipos de atividades/comunidades encontradas nos estudos foram: esportes, dança, música, arte e criatividade, trabalho voluntário e ativismo, comunidades de lazer com atividades mistas e outras comunidades de lazer (treinamento de habilidades circenses, clube de jovens) (Kusier; Ubessen; Folker, 2024).

No presente estudo, nos relatos dos entrevistados, as escolas foram o principal equipamento citado, tendo alguns referido já terem frequentado serviço de fortalecimento de vínculos quando criança e um frequentar igreja. Em relação a acessar cursos (livres ou técnicos), precisavam deslocar-se para o centro da cidade ou a outros bairros.

Tavares *et al.* (2023) apontam como vantagem que a escola, por ser mais acessível e natural do que os serviços de saúde para os adolescentes, oportuniza intervenções sobre saúde mental menos estigmatizantes. Reconhecem também a

necessidade de ouvir e envolver os adolescentes em propostas transformadoras do espaço escolar.

Na UBS estudada, realizaram-se por muitos anos na unidade reuniões mensais para discussão de casos em que participavam a psicóloga e a assistente social da UBS, representantes de algumas escolas do território, do serviço de fortalecimento de vínculos e, a depender do caso a ser discutido, conselheiras(os) tutelares em algumas ocasiões. As ações deste coletivo em geral resultavam em encaminhamentos e acompanhamento compartilhado dos casos. Apesar da longevidade do espaço de trocas e envolvimento das profissionais, o coletivo não chegou a ser propositivo na construção de ações conjuntas que extrapolassem o local de atuação de cada uma, similar à experiência relatada por Baroni e Silva (2022).

Nos artigos analisados em revisão integrativa por Silva e Engstrom (2020), apesar do reconhecimento da escola como um ambiente de grande potencialidade para o desenvolvimento de ações de saúde, destacaram-se relatos de ações pontuais e sem continuidade, geralmente com enfoque preventivo.

De acordo com Silva e Engstrom (2020), os profissionais da AB desconhecem a rede e o seu funcionamento, o que dificulta o diálogo e a cooperação com essa rede intersetorial; embora reconheçam que ações compartilhadas são mais efetivas, desacreditam da possibilidade de articulação; as equipes geralmente carecem de profissionais como psicólogos e assistentes sociais, importantes para o desenvolvimento de ações integrais com adolescentes; o apoio matricial, em vez de auxiliar na resolutividade dos casos, muitas vezes atua como triagem para encaminhamentos a especialistas. A intersetorialidade é reconhecida como necessária para melhor resolutividade das situações complexas da população e para a integralidade do cuidado com os adolescentes, não obstante, tal configuração acima descrita torna a implementação da intersetorialidade um desafio para os serviços de Atenção Básica.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo possibilitou conhecer estratégias utilizadas por adolescentes usuários de uma UBS para o cuidado da sua saúde mental,

destacando-se: falar sobre seus sentimentos, inclusive no contexto de atendimento psicológico na UBS, envolver-se em atividades prazerosas e estratégias de enfrentamento e resolução de problemas.

O acesso às atividades de cuidado na UBS se deu por meio do apoio de algum familiar responsável e, para alguns, com o encaminhamento da escola. A atividade de cuidado relatada pelos que acessaram foi o atendimento psicológico individual, que foi visto como benéfico.

Apontaram-se fragilidades no acesso condizentes às já conhecidas na literatura, como dificuldades de transporte, dificuldades em conseguir atendimento relacionado a longas esperas, limitação de recursos humanos e preocupação quanto à privacidade / confidencialidade. Além disso, os participantes consideraram faltar informação sobre as ofertas de cuidado da unidade e como acessá-las.

Os participantes destacaram a importância de ações voltadas à saúde mental nas escolas, sendo primordial que as escolas e o serviço de atenção básica se articulem para o desenvolvimento de atividades educativas e de promoção de saúde para a comunidade escolar, envolvendo estudantes, profissionais das escolas e os responsáveis pelos adolescentes.

O estudo apresentou como limitações o pequeno número de participantes, estes residirem em áreas do território relativamente homogêneas em relação ao nível de desenvolvimento humano (alto) e possíveis vieses pela relação prévia com a pesquisadora (seis dos oito participantes já haviam sido atendidos pela pesquisadora).

Os achados deste estudo apontam para a importância da articulação intersetorial, especialmente no desenvolvimento de atividades com e nas escolas e da capacitação contínua dos profissionais da saúde e da educação sobre a identificação e manejo de questões de saúde mental, de modo que estejam preparados para prestar suporte aos adolescentes. As campanhas educativas sobre saúde mental direcionadas aos adolescentes e seus familiares foram uma forte sugestão. Considerando que no presente estudo os adolescentes que acessaram cuidado em saúde mental na UBS foram acompanhados de seus responsáveis e/ou com encaminhamentos da escola, informar os responsáveis e professores sobre o tema é primordial.

São necessárias melhorias no acesso, seja por meio de arranjos organizativos do sistema de saúde (dimensionamento adequado das equipes para a

população atendida, organização das agendas) ou intersetoriais (por exemplo, articulados à melhoria de outras políticas, como o transporte público) e na divulgação sobre o funcionamento dos serviços, as ofertas de cuidado disponíveis e como acessá-las.

REFERÊNCIAS

- ÁDNANES, M. *et al.*. Videoconferencing in mental health services for children and adolescents receiving child welfare services: a scoping review. **BMC Health Services Research** 2024 24:729. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12913-024-11157> Acesso em: 30 jun. 2024.
- ÁLVARES, L. G. G. S. *et al.*. Associação entre a violência psicológica e o transtorno de estresse pós-traumático em adolescentes de uma coorte. **Cadernos de saúde pública**, v. 37, n. 12, p. e00286020, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/YGww5Fr4sjD9XjHrkzQzGKd/#> Acesso em: 30 jun. 2024.
- ANTUNES, J. T. .; DUMONT-PENA, E. .; SILVA, A. G. da .; MOUTINHO, C. dos S. .; VIEIRA, M. L. F. P. .; MALTA, D. C.. A saúde mental dos adolescentes brasileiros: Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar de 2019. **REME-Revista Mineira de Enfermagem**, [S. l.], v. 26, 2022. DOI: 10.35699/2316-9389.2022.38984. Disponível em: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/rem/article/view/38984>. Acesso em: 30 jun. 2024.
- BARATA M.F.O., *et al.* Rede de cuidado a crianças e adolescentes em sofrimento psíquico. *Rev Ter Ocup Univ São Paulo*. 2015 maio/ago.;26(2):225-33 Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rto/article/view/90134/101721> Acesso em: 30 jun. 2024.
- BARBIANI, R. *et al.* Atenção à saúde de adolescentes no Brasil: scoping review. **Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Ninez y Juventud**, [s. l.], v. 18, n. 3, p. 1–26, 2020. Disponível em: <https://revistaumanizales.cinde.org.co/rllcsnj/index.php/Revista-Latinoamericana/article/view/4180/1057>. Acesso em: 30 jun. 2024.
- BARONI, J. G.; SILVA, C. C. B. DA .. Percepção de profissionais da saúde e da educação sobre o Programa Saúde na Escola. **Saúde em Debate**, v. 46, n. spe3, p. 103–115, nov. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E307> Acesso em: 30 jun. 2024.
- BARROS, R. P. *et al.* Necessidades em Saúde dos adolescentes na perspectiva dos profissionais da Atenção Primária à Saúde. **Ciencia e Saude Coletiva**, [s. l.], v. 26, n. 2, p. 425–434, 2021. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232021000200425&tlng=pt. Acesso em: 30 jun. 2024.
- BENETTI, S. P. da C. *et al.* Adolescência e saúde mental: revisão de artigos brasileiros publicados em periódicos nacionais. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 23, n. 6, p. 1273–1282, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/LbqLvbFcrnFLsGBDXWLjLgp#> Acesso em 26 jun. 2024.
- BOCK, A. M. B. A adolescência como construção social: estudo sobre livros destinados a pais e educadores. **Psicologia Escolar e Educacional**, v. 11, n. 1, p. 63–76, 2007. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/pee/a/LJkZzRzQ5YgbmhcnkKzVq3x/> Acesso em 26 jun. 2024.

BRASIL. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em: 6 dez. 2024.

(a) BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 16 jul. 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm. Acesso em: 30 jun. 2024.

(b) BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 6 dez. 2024.

BRASIL. **Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007**. Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm. Acesso em: 30 jun. 2024.

BRASIL. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 30 jun. 2024.

(a) BRASIL. Lei 12.852 de 5 de agosto de 2013. Institui o **Estatuto da Juventude** e dispõe sobre os direitos dos jovens, os princípios e diretrizes das políticas públicas de juventude e o Sistema Nacional de Juventude - SINAJUVE. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12852.htm. Acesso em: 30 jun. 2024.

(b) BRASIL. **Cadernos de Atenção Básica, nº 34: Saúde Mental**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf. Acesso em: 30 jun. 2024.

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. Disponível em: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_psicossocial_crianças_adolescentes_sus.pdf. Acesso em: 30 jun. 2024.

(a) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Proteger e cuidar da saúde de adolescentes**

na atenção básica [recurso eletrônico], 2017. 234 p. Disponível em: :
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/proteger_cuidar_adolescentes_atencao_basica.pdf> Acesso em: 30 jun. 2024.

(b) BRASIL. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em:
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 30 jun. 2024.

BRASIL. Ministério Da Saúde. **Boletim Epidemiológico. Secretaria de Vigilância em Saúde**, v. 52, n. 33, set. 2021. Disponível em:
https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2021/boletim_epidemiologico_svs_33_final.pdf?form=MG0AV3
Acesso em: 02 dez 2024.

BRASIL. **Lei nº 14.510, de 27 de dezembro de 2022**. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para autorizar e disciplinar a prática da tele-saúde em todo o território nacional, e a Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015; e revoga a Lei nº 13.989, de 15 de abril de 2020. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2022/Lei/L14510.htm. Acesso em: 6 dez. 2024.

BRASIL. **Portaria GM/MS nº 635, de 22 de maio de 2023**. Institui, define e cria incentivo financeiro federal de implantação, custeio e desempenho para as modalidades de equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde. Ministério da Saúde, 2023. Disponível em:
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt0635_22_05_2023.html
Acesso em: 30 jun. 2024.

BRASIL, E. G.; QUEIROZ, M.V.O.; CUNHA, J.M.H.; MAGALHÃES, S. da S.. Estabelecimento de vínculo com a mãe adolescente: vislumbrando o cuidado à criança. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental**, Fortaleza, v. 8, n. 3, p. 4601-4608, 2016. Disponível em:
<https://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2842>. Acesso em: 6 dez. 2024.

CARVALHO, C. B. *et al.* “Help Me Control My Impulses!”: Adolescent Impulsivity and Its Negative Individual, Family, Peer, and Community Explanatory Factors. **Journal of Youth and Adolescence**, [s. l.], v. 52, n. 12, p. 2545–2558, 2023. Disponível em: <https://link.springer.com/10.1007/s10964-023-01837-z>. Acesso em: 30 jun. 2024.

CARVALHO, K. N. de; ZANIN, L.; MARTÃO FLÓRIO, F. Percepção de escolares e enfermeiros quanto às práticas educativas do programa saúde na escola. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, [s. l.], v. 15, n. 42, p. 2325, 2020. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2325/1580> Acesso em: 30 jun. 2024.

COIMBRA, C. C.; BOCCO, F.; NASCIMENTO, M. L. Subvertendo o conceito de adolescência Subverting the concept of adolescence. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, [s. l.], v. 57, n. 1, p. 2–11, 2005. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/arbp/v57n1/v57n1a02.pdf> Acesso em: 30 jun. 2024.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Referências técnicas para atuação de psicólogas(os) na atenção básica à saúde / Conselho Federal de Psicologia, Conselhos Regionais de Psicologia e Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas. 2. ed. Brasília: CFP, 2019. 87 p. ; 21 cm. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/publicacao/referencias-tecnicas-para-atuacao-de-psicologasos-na-atencao-basica-a-saude/> Acesso em: 30 jun. 2024.

COUTO, M. C. V.; DELGADO, P. G. G. Crianças e adolescentes na agenda política da saúde mental brasileira: inclusão tardia, desafios atuais. **Psicologia Clínica**, v. 27, n. 1, p. 17–40, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652015000100017&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 30 jun. 2024.

COUTO, M. C. V.; DUARTE, C. S.; DELGADO, P. G. G.. A saúde mental infantil na Saúde Pública brasileira: situação atual e desafios. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 30, n. 4, p. 390–398, dez. 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbp/a/MwhVn9BBDdZQTH6qxsxLNkf/#> Acesso em: 30 jun. 2024.

DAYRELL, J.; CARRANO, P.. Juventude e ensino médio: quem é este aluno que chega à escola In: DAYRELL, J.; CARRANO, P.; MAIA, C. L. (orgs). **Juventude e ensino médio: sujeitos e currículos em diálogo**. Belo Horizonte : Editora UFMG, 2014. 339 p. 101-133. Disponível em: https://educacaointegral.org.br/wp-content/uploads/2015/01/livro-completo_juventude-e-ensino-medio_2014.pdf. Acesso em: 30 jun. 2024.

FERNANDES, A. D. S. A. *et al.*. Reflexões sobre a atenção psicossocial no campo da saúde mental infantojuvenil. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 28, n. 2, p. 725–740, abr. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadbto/a/PrkFtFhMLgTR9pLj8y4QNsk/?lang=pt#> Acesso em: 30 jun. 2024.

FERNANDES, A. D. S. A. *et al.*. Possibilidades de atuação da Terapia Ocupacional no campo da saúde mental infantojuvenil: bullying e sofrimento psíquico na adolescência. **Estudos Interdisciplinares em Psicologia**, [s. l.], v. 14, p. 01–16, 2023. Disponível em: <https://ojs.uel.br/revistas/uel/index.php/eip/article/view/47300/50139> Acesso em: 30 jun. 2024.

FREITAS, M. V. de; ABRAMO, H. W.; LEÓN, O. D. **Juventude e Adolescência no Brasil: Referências Conceituais**. p. 1–40, 2005. Disponível em: http://www.emdialogo.uff.br/sites/default/files/caderno_juventude_e_adolescencia_no_brasil_0.pdf Acesso em: 30 jun. 2024.

FUKUDA, C. C. *et al.* Mental health of young Brazilians: Barriers to professional

help-seeking. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, [s. l.], v. 33, n. 2, p. 355–365, 2016. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2016000200355&lng=en&tlng=en. Acesso em: 30 jun. 2024.

G. B. D. MENTAL DISORDERS COLLABORATORS. Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. **The Lancet Psychiatry**, v. 9, n. 2, p. 137–150, 2022. Disponível em:
[https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366\(21\)00395-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366(21)00395-3/fulltext)
Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00395-3](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00395-3). Acesso em: 30 jun. 2024.

KOEHLER, S. M. F.; GONZALES, N. G. P.; MARPICA, J. B. A escola como promotora da saúde mental e do bem-estar juvenil oficinas pedagógicas com adolescentes. **Desidades**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 9, p. 168–185, 2021. Disponível em
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2318-92822021000100011&lng=pt&nrm=iso Acesso em: 30 jun. 2024.

KUSIER A.O., UBBESEN T.R., FOLKER A.P.. Understanding mental health promotion in organized leisure communities for young people: a realist review. **Front Public Health**. 2024 Apr 17;12:1336736. doi: 10.3389/fpubh.2024.1336736.
Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC11061465/> Acesso em: 30 jun. 2024

LANDIM, I. D. de S. P.; TANNURE, R. A. P.; REIGADA, C. L. de L. Experiência de um grupo de saúde mental para adolescentes na Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, [s. l.], v. 18, n. 45, p. 3812, 2023. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/3812/1873> Acesso em: 30 jun. 2024.

LIM, K. S. *et al.* Global lifetime and 12-month prevalence of suicidal behavior, deliberate self-harm and non-suicidal self-injury in children and adolescents between 1989 and 2018: A meta-analysis. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 16, n. 22, 2019. Disponível em:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31752375/> Acesso em: 30 jun. 2024.

LIVERPOOL, S. *et al.* Factors associated with children and young people’s mental health in the English-speaking Caribbean region: Systematic review and narrative synthesis. **PLoS ONE**, v. 18, n. 3 March, p. 1–23, 2023. Disponível em:
<http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0282666>. Acesso em: 30 jun. 2024.

MAGALHÃES, J. *et al.* Vulnerabilidade social e saúde mental de crianças e jovens: relato de dois estudos longitudinais brasileiros. **Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento**, [s. l.], v. 21, n. 2, p. 9–38, 2021. Disponível em:
<http://editorarevistas.mackenzie.br/index.php/cpgdd/article/view/14364>. Acesso em: 30 jun. 2024.

MARQUES, J. F.; QUEIROZ, M. V. O.. Cuidado ao adolescente na atenção básica:

necessidades dos usuários e sua relação com o serviço. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 33, n. 3, p. 65–72, set. 2012. Disponível em: <http://www.seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/33180>. Acesso em: 30 jun. 2024.

MARTINS, M. M. F. *et al.*. Acesso aos serviços de atenção primária à saúde por adolescentes e jovens em um município do Estado da Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 1, p. e00044718, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00044718> Acesso em: 30 jun. 2024.

MILIAUSKAS, C. R. *et al.* Community violence and internalizing mental health symptoms in adolescents : A systematic review . **BMC Psychiatry**, p. 1–24, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12888-022-03873-8>. Acesso em: 30 jun. 2024.

MILIAUSKAS, C. R. *et al.* Community violence in neighborhoods and common mental disorders among Brazilian adolescents. **BMC Psychiatry**, v. 23, n. 1, p. 1–12, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12888-023-05269-8>. Acesso em: 30 jun. 2024.

MINAYO, M.C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. Editora Hucitec. 14ª Edição. São Paulo, 2014.

MINAYO, M. C. S. *et al.* (org.). **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. Ed. Vozes, Petrópolis-RJ, 2015.

MONTEIRO, D. da S. *et al.* Fatores associados ao transtorno mental comum em adolescentes escolares. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s. l.], v. 73, n. Suppl 1, p. e20190847, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/dSfCCJj434cdT3JSyHc7kBz/abstract/?lang=pt> Acesso em: 30 jun. 2024.

MOREIRA, É. de S. *et al.* Multidimensionalidade de significados da automutilação na adolescência: perspectiva de adolescentes, responsáveis e profissionais de saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 25, p. 73640, 2023. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/73640/39901> Acesso em: 30 jun. 2024.

NEVES, C. C. S.; PEREIRA, A. P. C.; PEREIRA, C. A. S. Estratégias de prevenção do suicídio na escola para adolescentes: uma revisão de literatura na base medline. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 9, n. 7, p. e300973945, 2020. DOI: 10.33448/rsd-v9i7.3945. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/3945>. Acesso em: 6 jul. 2024.

OMS. **Mental health of adolescents**. 2021. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health> Acesso em: 30 jun. 2024.

OMS **Adolescent and young adult health**. 2023. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions> Acesso em: 30 jun. 2024

OPAS. **Suicide Mortality in the Americas – Regional Report 2015-2019**. [S. l.]: Pan American Health Organization, 2021-. ISSN 2015-2019. Disponível em: <https://doi.org/10.37774/9789275124765>. Acesso em: 30 jun. 2024.

ORELLANA, J. D. Y. *et al.* Transtornos mentais em adolescentes, jovens e adultos do Consórcio de Coortes de Nascimento brasileiras RPS (Ribeirão Preto, Pelotas e São Luís). **Cadernos de Saude Publica**, [s. l.], v. 36, n. 2, p. 1–13, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/vwb4zLk6LpJ5RrKzRmgBvbh/?lang=pt> Acesso em: 30 jun. 2024.

OZELLA, S. Adolescência: uma perspectiva crítica. In: CONTINI, M. L. J.; KOLLER, S. H.; BARROS, M. N. S. (orgs.) **Adolescência e psicologia: concepções, práticas e reflexões críticas**. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2002. p.16-24. Disponível em: <http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2008/01/adolescencia1.pdf>. Acesso em: 30 jun. 2024.

PAPALIA, E. D.; FELDMAN, R., D.. **Desenvolvimento Humano**. 12ª ed. São Paulo: Mc Graw Hill, 2013.

PESSOA, D. M. de S. *et al.*. Assistência de enfermagem na atenção primária à saúde de adolescentes com ideações suicidas. **Reme : Rev. Min. Enferm.**, Belo Horizonte , v. 24, e-1290, 2020 . Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-27622020000100217&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 30 jun. 2024.

PETERLE, C. F. *et al.*. Emotional and behavioral problems in adolescents in the context of COVID-19: a mixed method study . **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 30, n. spe, p. e3744, 2022. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692022000200216&tlng=en. Acesso em: 30 jun. 2024.

PNUD; IPEA; FJP. **Atlas do Desenvolvimento Humano nas Regiões Metropolitanas Brasileiras: Baixada Santista, Campinas, Maceió e Vale do Paraíba**. – Brasília, 2015. 67 p.

ROSSI, L. M. *et al.*. Crise e saúde mental na adolescência: a história sob a ótica de quem vive. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 3, p. 1–12, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2019000305004&tlng=pt. Acesso em: 30 jun. 2024.

SENNA, S. R. C. M.; DESSEN, M. A. Reflexões sobre a saúde do adolescente brasileiro. **Psicologia, Saúde & Doenças**, [s. l.], v. 16, n. 2, p. 217–229, 2015. Disponível em: [www.sp-ps.comdoi:http://dx.doi.org/10.15309/15psd160208](http://dx.doi.org/10.15309/15psd160208)www.sp-ps.pt. Acesso em: 30 jun. 2024.

SILVA, A. G. da *et al.*. Procura e utilização dos serviços de saúde por adolescentes brasileiros, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar de 2019. **Revista**

Brasileira de Epidemiologia, v. 26, n. suppl 1, 2023. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2023000200406&tlng=pt. Acesso em: 30 jun. 2024.

SILVA, J. F. da *et al.*. Adolescência e saúde mental: a perspectiva de profissionais da Atenção Básica em Saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 23, p. 1–14, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.180630%0ASubmetido>. Acesso em: 30 jun. 2024.

SILVA, R. F.; ENGSTROM, E. M. Atenção integral à saúde do adolescente pela Atenção Primária à Saúde no território brasileiro: uma revisão integrativa. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [s. l.], v. 24, n. suppl 1, p. 1–17, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832020000200300&tlng=pt. Acesso em: 30 jun. 2024.

SIMÕES, É. V. *et al.* Relações de rede de apoio social do adolescente com comportamento suicida. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 43, p. e20210033, 2022. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/rgenf/a/zxrZkQ4hqWCgYhqXwKGTgjB/?lang=pt>. Acesso em: 30 jun. 2024.

SOUZA, T. T. *et al.* . Promoção em saúde mental de adolescentes em países da América Latina: uma revisão integrativa da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 7, p. 2575–2586, jul. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021267.07242021>
Acesso em: 30 jun. 2024.

STDREZK, B.H.S.; GONÇALVES, L.; DEUS, M. I. P. de; SOO A YOO. **BRILHANTE** - Curta-metragem de animação. Direção: Projeto de graduação do curso de Design de Projeto Visual da Universidade Positivo. Publicado pelo Canal Happy Kappy no Youtube, 2021. 1 vídeo (2min50). Disponível em: <https://youtu.be/21mDekTZsw>. Acesso em: 30 jun. 2024.

TAKUNO, T. *et al.* A (in)visibilidade do adolescente na atenção primária na percepção do profissional da saúde. **Online braz. j. nurs. (Online)**; 19(3) set. 2020. Disponível em: <https://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/6407> Acesso em: 30 jun. 2024.

TAÑO, B. L.; MATSUKURA, T. S. Saúde Mental Infantojuvenil E Desafios Do Campo: Reflexões a Partir Do Percurso Histórico. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, v. 23, n. 2, p. 439–447, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4322/0104-4931.ctoAR0479> Acesso em: 30 jun. 2024.

TAVARES, C. M. M. *et al.* Percepção de professores de uma escola pública sobre a saúde mental dos escolares adolescentes. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 22, 2023. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/66072>. Acesso

em: 30 jun. 2024.

TAVARES, C. M. M.; BARROS, S. Programas de Capacitação em Saúde Mental do Adolescente no Contexto Escolar: Revisão de Literatura. **Revista Pró-UniverSUS**, v. 13, n. Especial, p. 29–39, 2022. Disponível em: <https://editora.univassouras.edu.br/index.php/RPU/article/view/3430/1925> Acesso em: 30 jun. 2024.

TEIXEIRA, M. R.; COUTO, M. C. V.; DELGADO, P. G. G.. Atenção básica e cuidado colaborativo na atenção psicossocial de crianças e adolescentes: facilitadores e barreiras. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 6, p. 1933–1942, jun. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017226.06892016> Acesso em: 30 jun. 2024.

TONETTO, N.; CARLOTTO, M. S. Fatores de risco e proteção aos transtornos mentais comuns em estudantes adolescentes. **Bol. - Acad. Paul. Psicol.**, São Paulo, v. 41, n. 101, p. 217-228, dez. 2021. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-711X2021000200008&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 30 jun. 2024.

UNICEF. **30 Anos Da Convenção Sobre Os Direitos Da Criança: Avanços e desafios para meninas e meninos no Brasil**. 2019. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/media/6276/file/30-anos-da-convencao-sobre-os-direitos-da-crianca.pdf>. Acesso em: 30 jun. 2024.

UNICEF. **As múltiplas dimensões da pobreza na infância e na adolescência no Brasil**. 2023. Acesso em: 30 jun. 2024.

WELLER, W.. Jovens no ensino médio: projetos de vida e perspectivas de futuro. In: DAYRELL, J.; CARRANO, P.; MAIA, C. L. (orgs). **Juventude e ensino médio: sujeitos e currículos em diálogo**. Belo Horizonte : Editora UFMG, 2014. 339 p. 135-154. Disponível em: https://educacaointegral.org.br/wp-content/uploads/2015/01/livro-completo_juventude-e-ensino-medio_2014.pdf. Acesso em: 30 jun. 2024.

YANG, Y. *et al.* Effects of Impulsivity and Interpersonal Problems on Adolescent Depression: A Cross-Lagged Study. **Behavioral Sciences**, v. 14, n. 1, 2024. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38247704/> Acesso em: 30 jun. 2024.

ZAPPE, J. G.; DAPPER, F. Drogadição na Adolescência: Família como Fator de Risco ou Proteção. **Rev. Psicol. IMED**, Passo Fundo, v. 9, n. 1, p. 140-158, jun. 2017. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-50272017000100010&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 30 jun. 2024.

APÊNDICE A -TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - PARTICIPANTE MAIOR DE 18 ANOS

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

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Resolução CNS 510/2016)

PERCEPÇÃO DE ADOLESCENTES SOBRE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL E O PAPEL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Você está sendo convidado(a) para participar da pesquisa Percepção de adolescentes sobre cuidado em saúde mental e o papel da Atenção Primária à Saúde.

Queremos saber de você e de outros adolescentes o que entendem como cuidado de sua saúde mental e como percebem o Centro de Saúde nesse cuidado.

A partir disto, esperamos que os serviços de atenção primária – Centros de Saúde / Unidades Básicas de saúde, por exemplo – possam direcionar melhor suas ações e oferecer ajuda e cuidado à saúde mental dos adolescentes de forma adequada.

Sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. A sua participação ou não, não gerará nenhuma consequência para a sua relação com o Centro de Saúde ou com a pesquisadora.

Sua participação será: participar de uma conversa em grupo sobre saúde mental e o cuidado em saúde mental. O encontro desse grupo será no próprio Centro de Saúde. Participarão a pesquisadora, uma assistente, e 4 a 10 adolescentes (com idades entre 15 e 19 anos).

No encontro, vocês assistirão ao vídeo de animação *Brilhante* (<https://youtu.be/21mDekTZwsw>), com cerca de 3 minutos. No vídeo, o jovem Brilhante se sente perdido com sua lâmpada apagada, em um mundo em que as cabeças dos indivíduos são lâmpadas, que brilham de acordo com seu estado emocional. Vendo os outros brilharem em sua volta, busca sua própria maneira de brilhar.

Em seguida, vocês conversarão sobre ele, sobre saúde mental e sobre o Centro de Saúde que frequentam. O tempo utilizado será entre uma hora e meia e duas horas.

Essa conversa será gravada em áudio, armazenada nos aparelhos de celular da pesquisadora, em modo offline (desconectados da internet). Logo após o término do grupo, os arquivos serão movidos para pen drive ou HD externo, sendo apagados dos celulares. Somente a pesquisadora e seu professor orientador terão acesso às gravações. Completado um ano após o término do mestrado da pesquisadora, as gravações serão então apagadas.

Participar nesta conversa apresenta o risco de que você se sinta mal ou desconfortável. Você pode ter sentimentos ou lembranças desagradáveis ao falarmos sobre saúde mental e sentir-se nervoso(a) ou com vergonha por interagir em grupo e expor suas

opiniões. Você também pode ficar inibido(a) ou tímido(a) pela pesquisadora trabalhar neste Centro de Saúde, e pelo fato de conhecer ou não as outras pessoas do grupo.

Se algo disso acontecer, você poderá chamar a pesquisadora ou assistente e conversarmos a sós, no momento ou depois. Você terá a liberdade de não falar, não responder a perguntas, sair da sala, e deixar de participar da pesquisa a qualquer momento.

Coisas boas também podem acontecer, como trocar experiências e dicas com outros adolescentes e expressar suas ideias. Além disso, o resultado dessa pesquisa poderá ajudar este e outros serviços de saúde a cuidarem melhor dos adolescentes.

Após esse encontro, será feito um relatório da conversa. Marcaremos um segundo encontro para apresentá-lo a vocês, que poderão aprovar ou sugerir alterações.

Os resultados da pesquisa vão ser publicados, mas sem colocar os nomes das pessoas que participarem. Também faremos o combinado, logo no início do encontro em grupo, de todos manterem segredo sobre o que conversarmos.

Você não precisará gastar nenhum dinheiro para participar desta pesquisa, e também não receberá nenhuma quantia como pagamento pela sua participação. Você terá direito a indenização por qualquer tipo de dano resultante da sua participação na pesquisa.

Se você tiver alguma dúvida, você pode me perguntar pessoalmente, enviar um e-mail ou ligar naquele telefone que está escrito abaixo.

Dados para contato (24 horas por dia e sete dias por semana):

Pesquisador Responsável: Professor Jair Borges Barbosa Neto

Endereço: Rodovia Washington Luiz, Km 235, São Carlos – UFSCar – Departamento de Medicina, Telefone: (16) 3351-8382, E-mail: jairbneto@ufscar.br

Eu, _____ aceito participar da pesquisa Percepção de adolescentes sobre cuidado em saúde mental e o papel da Atenção Primária à Saúde.

Entendi os objetivos, riscos e benefícios (coisas boas e ruins que podem acontecer) dessa pesquisa. Entendi que posso dizer *sim* e participar, mas que, a qualquer momento, posso dizer *não* e desistir da pesquisa. Esse termo foi lido para mim pela pesquisadora, que tirou minhas dúvidas. Eu recebi uma via dele e concordo em participar dessa pesquisa.

A pesquisadora me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP – Brasil. Fone (16) 3351-8028. Endereço eletrônico: cephumanos@ufscar.br

Campinas, ____ de _____ de _____.

Nome do Pesquisador

Assinatura do pesquisador

Nome do Participante

Assinatura do Participante

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - AUTORIZAÇÃO DA PARTICIPAÇÃO DO ADOLESCENTE

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

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Resolução CNS 510/2016)

PERCEPÇÃO DE ADOLESCENTES SOBRE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL E O PAPEL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Eu, Isis Fernanda Arenhart, estudante do Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica da Universidade Federal de São Carlos – UFSCar, venho convidar o adolescente pelo qual você é responsável para participar da pesquisa Percepção de adolescentes sobre cuidado em saúde mental e o papel da Atenção Primária à Saúde, orientada pelo Prof. Dr. Jair Borges Barbosa Neto.

O objetivo desse estudo é explorar o que os adolescentes entendem como cuidado de sua saúde mental e suas percepções sobre o papel do Centro de Saúde nesse cuidado. Foram selecionados adolescentes que tenham entre 15 e 19 anos de idade e que morem na área atendida pelo Centro de Saúde.

A participação é voluntária, isto é, a qualquer momento o(a) adolescente pode desistir de participar e você retirar seu consentimento. A recusa não trará nenhum prejuízo na relação com a pesquisadora ou com o serviço de saúde.

A participação do adolescente consistirá em participar de uma conversa em grupo sobre saúde mental e o cuidado em saúde mental nesse serviço. O encontro desse grupo será realizado no próprio Centro de Saúde; terá a participação da pesquisadora, de uma assistente de pesquisa, e de 4 a 10 adolescentes com idades entre 15 e 19 anos.

No encontro, será apresentado um vídeo e feitas algumas perguntas para discussão. No vídeo de animação *Brilhante* (<https://youtu.be/21mDekTZsw>), com cerca de 3 minutos, o jovem Brilhante se sente perdido com sua lâmpada apagada, em um mundo em que as cabeças dos indivíduos são lâmpadas, que brilham de acordo com seu estado emocional. Vendo os outros brilharem em sua volta, busca sua própria maneira de brilhar. O tempo utilizado para coleta dos dados será entre uma hora e meia e duas horas.

Essa conversa será gravada em áudio, armazenada nos aparelhos de celular da pesquisadora, em modo offline (desconectados da internet). Logo após o término do grupo, os arquivos serão movidos para pen drive ou HD externo, sendo apagados dos celulares. Somente a pesquisadora e seu professor orientador terão acesso às gravações. Completado um ano após o término do mestrado da pesquisadora, as gravações serão então apagadas.

A participação nessa conversa em grupo oferece como risco que o adolescente se sinta mal ou desconfortável, tenha sentimentos ou lembranças desagradáveis ao abordar a saúde mental como tema e experimente ansiedade ou estresse como resultado da

interação em grupo e da exposição de opiniões pessoais. Também é possível que experimente algum constrangimento ou inibição pela pesquisadora trabalhar neste Centro de Saúde.

Caso algumas dessas possibilidades ocorram, o adolescente poderá sinalizar imediatamente para a pesquisadora ou assistente e conversarmos a sós. Podemos esclarecer os objetivos desse trabalho, assim como seus possíveis benefícios. Será garantida a liberdade de não falar, não responder a perguntas e de encerrar sua participação na pesquisa a qualquer momento.

Após esse encontro, será feito um relatório da conversa, que será apresentado aos participantes em um segundo encontro em grupo, para que validem o que foi relatado (confirmem ou sugiram alterações).

As falas dos adolescentes serão tratadas de forma anônima e confidencial, ou seja, em nenhum momento serão divulgados seus nomes em qualquer fase do estudo. Os resultados dos dados coletados poderão ser divulgados em eventos, revistas e/ou trabalhos científicos.

O adolescente não terá nenhum custo ou compensação financeira ao participar do estudo. Qualquer eventual dano resultante da sua participação na pesquisa será indenizado.

Este trabalho poderá contribuir na ampliação do conhecimento sobre a percepção dos adolescentes sobre cuidado em saúde mental e como os serviços de atenção primária – Centros de Saúde / Unidades Básicas de saúde, por exemplo – podem direcionar melhor suas ações a essa população.

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

Dados para contato (24 horas por dia e sete dias por semana):

Pesquisador Responsável: Professor Jair Borges Barbosa Neto

Endereço: Rodovia Washington Luiz, Km 235, São Carlos – UFSCar – Departamento de Medicina, Telefone: (16) 3351-8382, E-mail: jairbneto@ufscar.br

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios da participação do adolescente na pesquisa e concordo com sua participação.

A pesquisadora me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP – Brasil. Fone (16) 3351-8028. Endereço eletrônico: cephumanos@ufscar.br

Campinas, ____ de _____ de _____.

Nome do Pesquisador

Assinatura do pesquisador

Nome do responsável pelo adolescente

Assinatura do responsável pelo adolescente

APÊNDICE C - TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - PARTICIPANTE MENOR DE 18 ANOS

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

PERCEPÇÃO DE ADOLESCENTES SOBRE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL E O PAPEL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Resolução CNS 510/2016)

Você está sendo convidado(a) para participar da pesquisa Percepção de adolescentes sobre cuidado em saúde mental e o papel da Atenção Primária à Saúde.

Queremos saber de você e de outros adolescentes o que entendem como cuidado de sua saúde mental e como percebem o Centro de Saúde nesse cuidado.

A partir disto, esperamos que os serviços de atenção primária – Centros de Saúde / Unidades Básicas de saúde, por exemplo – possam direcionar melhor suas ações e oferecer ajuda e suporte a vocês de forma adequada.

Seus pais ou responsáveis deixaram você participar. Mas você não precisa participar da pesquisa se não quiser, é um direito seu e não terá nenhum problema se aceitar e depois desistir. A sua participação ou não, não gerará nenhuma consequência para a sua relação com o Centro de Saúde ou com a pesquisadora.

Sua participação será participar de uma conversa em grupo sobre saúde mental e o cuidado em saúde mental. O encontro desse grupo será no próprio Centro de Saúde. Participação a pesquisadora, uma assistente, e 4 a 10 adolescentes (com idades entre 15 e 19 anos).

No encontro, vocês assistirão ao vídeo de animação *Brilhante* (<https://youtu.be/21mDekTZsw>), com cerca de 3 minutos. No vídeo, o jovem Brilhante se sente perdido com sua lâmpada apagada, em um mundo em que as cabeças dos indivíduos são lâmpadas, que brilham de acordo com seu estado emocional. Vendo os outros brilharem em sua volta, busca sua própria maneira de brilhar.

Em seguida, vocês conversarão sobre ele, sobre saúde mental e sobre o Centro de Saúde que frequentam. O tempo utilizado será entre uma hora e meia e duas horas.

Essa conversa será gravada em áudio, armazenada nos aparelhos de celular da pesquisadora, em modo offline (desconectados da internet). Logo após o término do grupo, os arquivos serão movidos para pen drive ou HD externo, sendo apagados dos celulares. Somente a pesquisadora e seu professor orientador terão acesso às gravações. Completado um ano após o término do mestrado da pesquisadora, as gravações serão então apagadas.

Participar nesta conversa apresenta o risco de que você se sinta mal ou desconfortável. Você pode ter sentimentos ou lembranças desagradáveis ao falarmos sobre saúde mental e sentir-se nervoso(a) ou com vergonha por interagir em grupo e expor suas

opiniões. Você também pode ficar inibido(a) ou tímido(a) pela pesquisadora trabalhar neste Centro de Saúde, e pelo fato de conhecer ou não as outras pessoas do grupo.

Se algo disso acontecer, você poderá chamar a pesquisadora ou assistente e conversarmos a sós, no momento ou depois. Você terá a liberdade de não falar, não responder a perguntas, sair da sala, e deixar de participar da pesquisa a qualquer momento.

Coisas boas também podem acontecer, como trocar experiências e dicas com outros adolescentes e expressar suas ideias. Além disso, o resultado dessa pesquisa poderá ajudar este e outros serviços de saúde a cuidarem melhor dos adolescentes.

Após esse encontro, será feito um relatório da conversa. Marcaremos um segundo encontro para apresentá-lo a vocês, que poderão aprovar ou sugerir alterações.

Os resultados da pesquisa vão ser publicados, mas sem colocar os nomes das pessoas que participarem. Também faremos o combinado, logo no início do encontro em grupo, de todos manterem segredo sobre o que conversarmos.

Você não precisará gastar nenhum dinheiro para participar desta pesquisa, e também não receberá nenhuma quantia como pagamento pela sua participação. Você terá direito a indenização por qualquer tipo de dano resultante da sua participação na pesquisa.

Se você tiver alguma dúvida, você pode me perguntar pessoalmente, enviar um e-mail ou ligar naquele telefone que está escrito abaixo.

Dados para contato (24 horas por dia e sete dias por semana):

Pesquisador Responsável: Professor Jair Borges Barbosa Neto

Endereço: Rodovia Washington Luiz, Km 235, São Carlos – UFSCar – Departamento de Medicina, Telefone: (16) 3351-8382, E-mail: jairbneto@ufscar.br

Eu, _____ aceito participar da pesquisa Percepção de adolescentes sobre cuidado em saúde mental e o papel da Atenção Primária à Saúde.

Entendi os objetivos, riscos e benefícios (coisas boas e ruins que podem acontecer) dessa pesquisa. Entendi que posso dizer *sim* e participar, mas que, a qualquer momento, posso dizer *não* e desistir da pesquisa. A pesquisadora tirou minhas dúvidas e conversou com os meus responsáveis. Esse termo foi lido para mim pela pesquisadora, eu recebi uma via dele e concordo em participar dessa pesquisa.

Campinas, ____ de _____ de _____.

Nome do Pesquisador

Assinatura do pesquisador

Nome do Participante

Assinatura do Participante

APÊNDICE D – FORMULÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE

Nome:

Idade:

Gênero:

Cor da pele/ raça/ etnia:

Escolaridade:

Endereço:

APÊNDICE E - ROTEIRO DE PERGUNTAS NORTEADORAS

1. Quais foram suas impressões sobre o vídeo?
2. O que vocês acham que afeta a saúde mental dos adolescentes?
3. Como vocês viram no vídeo, a luzinha mostrou possibilidades ao personagem. Se vocês fossem a luzinha, como o ajudariam?
4. Quais estratégias, dessas que vocês sugeriram, ou outras, vocês usam para cuidar da saúde mental?
5. De que modo o Centro de Saúde está ou poderia estar envolvido nessas estratégias?
6. Como um adolescente pode buscar cuidado em saúde mental na unidade de saúde?
7. Na experiência de vocês, como é a qualidade das ofertas de cuidado em saúde mental da unidade?
8. O que poderia melhorar?

APÊNDICE F – DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS UTILIZADOS NA ANÁLISE DE DADOS

No presente estudo, foram escolhidos como documentos para compor o *corpus* da pesquisa as entrevistas transcritas e o relatório elaborado sobre cada uma delas (validado pelo respectivo participante). Realizou-se a leitura flutuante e exploratória do material e iniciou-se a codificação de acordo com os temas que emergiram nesses contatos com o material.

A análise foi realizada com apoio do software Atlas.ti23, seguindo os passos:

1. Foram adicionados ao projeto os arquivos contendo as transcrições das entrevistas já anonimizadas e os relatórios de cada entrevista na versão já validada. Foram nomeados dois grupos de arquivos – *Entrevistas*, para as transcrições das entrevistas e *Relatórios*, para os relatórios.
2. Para o grupo de documentos *Entrevistas* foi utilizada a função *Codificação de grupo focal*, que codificou os trechos conforme o enunciado anterior separado por dois pontos. Por exemplo, as falas iniciadas por *E*: receberam o código “E”, enquanto as falas iniciadas por *P1*: receberam o código P1, e assim sucessivamente. Essa etapa gerou os 11 códigos:

Quadro 2. Códigos criados no passo 2

○ E
○ Filipeta-síntese
○ P1
○ P2
○ P3
○ P4
○ P5
○ P6
○ P7
○ P8
○ Palavras-impressões sobre o vídeo

3. Foi realizada manualmente a codificação dos trechos dos dois grupos de documentos (*Entrevistas* e *Relatórios*) que correspondiam às respostas a cada pergunta do roteiro (Q1 a Q8), bem como do formulário de identificação, adicionando-se os códigos e subcódigos:

Quadro 3. Códigos criados no passo 3

Códigos	Subcódigos
○ Cor da pele/ raça/ etnia	
	○ amarela
	○ branca
	○ parda
	○ preta
○ Endereço	
○ Escolaridade	
○ Gênero	
	○ feminino
	○ masculino
○ Idade	
	○ 15
	○ 16
	○ 17
	○ 18
	○ 19
○ Q1	
○ Q2	
○ Q3	
○ Q4	
○ Q5	
○ Q6	
○ Q7	
○ Q8	

4. Na sequência, iniciou-se a identificação nas Entrevistas de alguns conteúdos e codificação manual destes, como as *Estratégias de cuidado em saúde mental recomendadas e utilizadas pelos adolescentes e Potencialidades do serviço, Fragilidades do serviço, e o Características do cuidado em saúde mental no território.*
5. Com a atualização do software e nova ferramenta de AI Coding (Codificação utilizando a inteligência artificial Open AI), selecionou-se o grupo de documentos Entrevistas para aplicar essa codificação. A codificação por AI gerou cerca de 735 códigos (não foi salva a tela de resumo da codificação e depois não pudemos recuperá-la no software, por isso não conseguimos descrever exatamente o número de códigos que foram criados e trechos codificados). Em simulações posteriores,

repetindo os passos 1 e 2 e utilizando a ferramenta de AI Coding no grupo de documentos Entrevistas, foram criados 735 códigos e codificados 380 trechos (tela de exemplo na Figura 1). Apesar dos números de códigos e trechos codificados se repetirem em diferentes simulações, os códigos criados foram diferentes a cada vez. Não foi possível no momento da codificação optar que fossem codificadas apenas as falas dos participantes, tendo sido as falas da entrevistadora também codificadas.

6. Após a codificação da ferramenta AI, a pesquisadora revisou os códigos criados, utilizando algumas estratégias:

6.1. Foram removidos códigos que apareciam somente em falas da entrevistadora;

6.2. Códigos com nomes parecidos foram revisados e, quando possível, foram mesclados em um único (por exemplo: adolescente, adolescentes, adolescent – em inglês);

6.3. Códigos com sentidos parecidos também foram mesclados quando possível (ex: *estigma negativo da saúde* com *estigma* com *tabu em saúde mental* com *vergonha* com *medo de julgamento* com *medo*).

6.4. Códigos referentes a temas gerais e com maior frequência de ocorrências foram analisados e, quando pertinente, divididos em subcódigos, como *Amizade* que teve várias ocorrências e foi subdividido em subcódigos como: dificuldade em fazer amigos, amizade como espaço de apoio emocional, fazer amizades, influência boa ou ruim, não ter amigos etc. Até esse ponto, os trechos destacados haviam sido organizados em 194 códigos e subcódigos.

7. Retomando os objetivos da pesquisa e principais temas e assuntos sintetizados nos relatórios das entrevistas, foram relacionados e organizados os códigos mais relevantes para responder à pergunta de pesquisa e objetivos, permitindo a criação de categorias organizadoras para a descrição dos resultados.

8. A divisão e nomes das categorias organizadoras foram discutidas entre a pesquisadora e orientador, até a construção de um consenso.

9. As áreas temáticas e categorias foram organizadas conforme apresentado nas Figuras 4 e 5 .

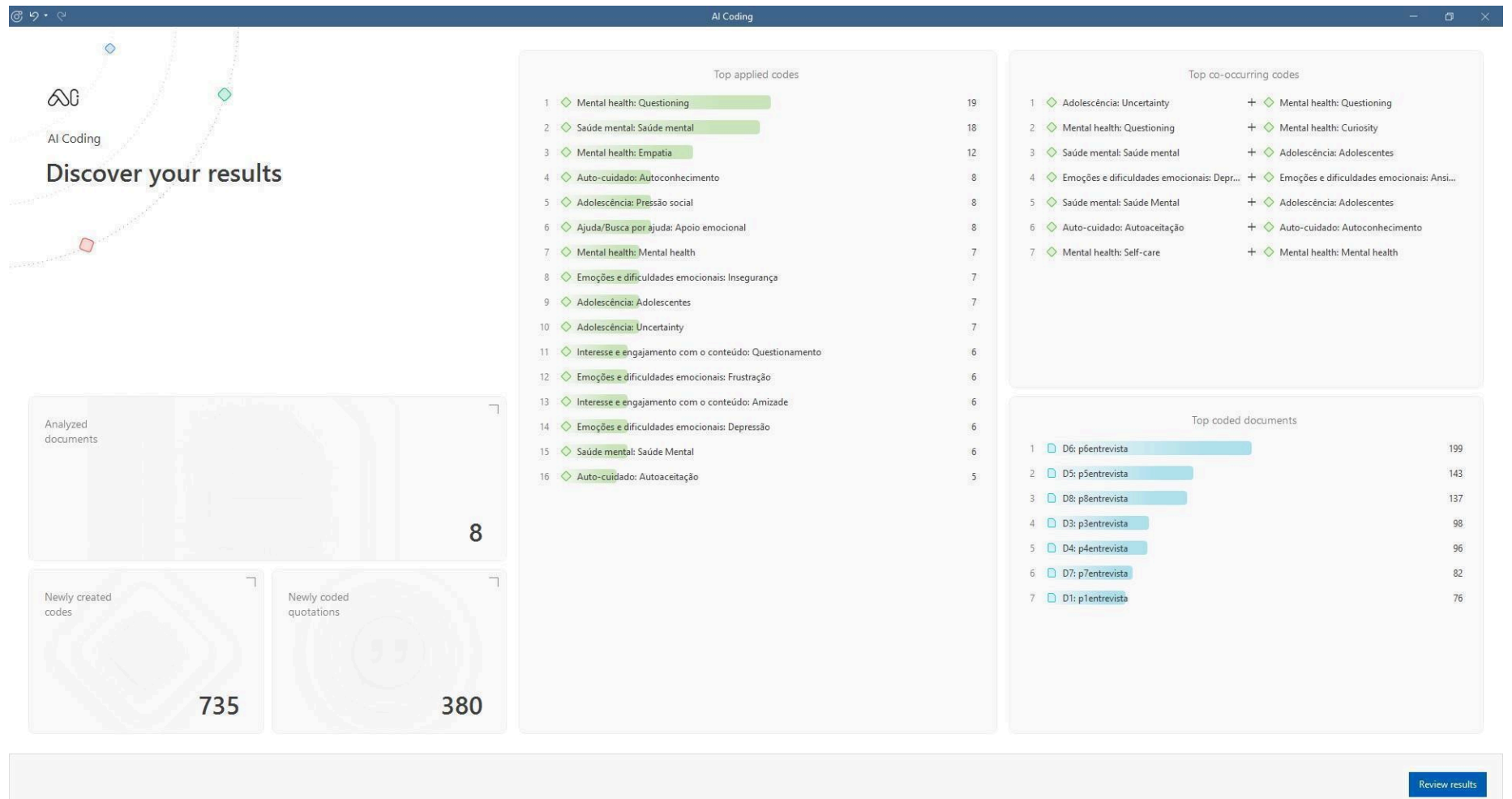


Figura 3. Exemplo de tela resumo da codificação AI

Área temática 1: Perspectiva dos adolescentes sobre cuidado em Saúde Mental

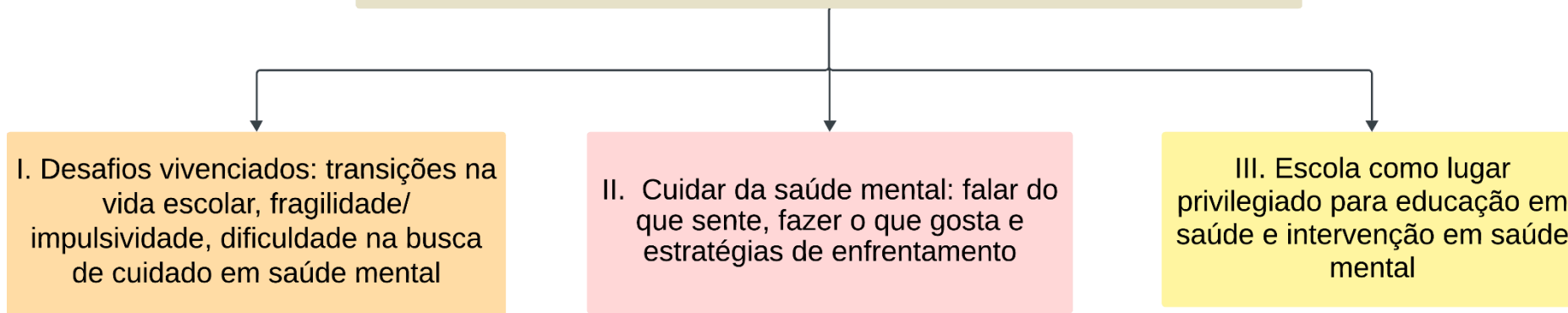


Figura 4. Categorias da Área Temática 1

Área temática 2: Contribuições da UBS no cuidado em Saúde Mental dos adolescentes

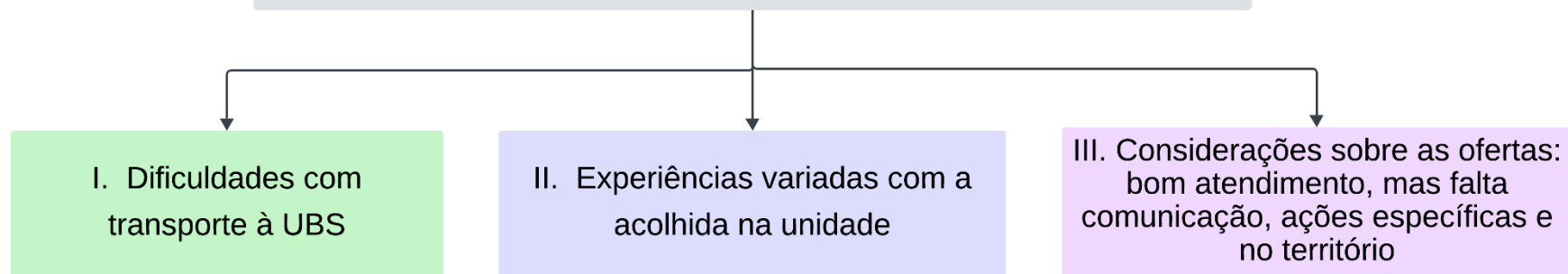


Figura 5. Categorias da Área Temática 2

ANEXO A – Parecer Consubstanciado do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Percepção de adolescentes sobre cuidado em saúde mental e o papel da Atenção Primária à Saúde

Pesquisador: Jair Borges Barbosa Neto

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 59453622.7.0000.5504

Instituição Proponente: Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.759.270

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram extraídas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_1938964 (3).pdf, de 06/10/2022) e/ou Projeto (0925_VERSAO2ProjetoPesquisa_Isis_F_Arenhart.pdf).

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral:

Explorar como os adolescentes entendem o cuidado da sua saúde mental e o papel do serviço de atenção primária à saúde (APS).

Objetivos específicos:

Acessar o entendimento dos adolescentes que usam a APS sobre o cuidado em saúde mental.

Entender quais estratégias os adolescentes usam para o cuidado em saúde mental.

Acessar o entendimento dos adolescentes sobre o cuidado da saúde mental na APS.

Entender como os adolescentes acessam as atividades de saúde mental na APS.

Acessar as fragilidades e potencialidades da APS no cuidado em saúde mental dos adolescentes.

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

UF: SP

Município: SAO CARLOS

CEP: 13.565-905

Telefone: (16)3351-9685

E-mail: cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 5.759.270

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A participação na pesquisa, que consiste em um grupo focal com de 4 a 10 adolescentes, oferece como risco que o adolescente se sinta mal ou desconfortável, tenha sentimentos ou lembranças desagradáveis ao abordar a saúde mental como tema e experimente ansiedade ou estresse como resultado da interação em grupo e da exposição de opiniões pessoais. Também é possível que experimente algum constrangimento ou inibição pela pesquisadora trabalhar no Centro de Saúde que o adolescente frequenta. Caso algumas dessas possibilidades ocorram, o adolescente poderá sinalizar imediatamente para a pesquisadora ou assistente. Poderão ser esclarecidos os objetivos do estudo, assim como seus possíveis benefícios. Será garantida a liberdade de não falar, não responder a perguntas e de encerrar a participação na pesquisa a qualquer momento.

Benefícios:

Os participantes poderão ter como benefício trocar experiências e dicas com outros adolescentes e expressar suas ideias. Este trabalho poderá contribuir na ampliação do conhecimento sobre a percepção dos adolescentes sobre cuidado em saúde mental e indicar aos serviços de atenção primária – Centros de Saúde / Unidades Básicas de saúde, por exemplo – como melhor direcionar suas ações a essa população.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Segundo consta na página 2 do item Desenho, do documento Informações básicas, trata-se de estudo exploratório, transversal, de natureza qualitativa. Consta também no texto:

"A estratégia utilizada para a produção dos dados com os participantes será o grupo focal. No grupo focal, estimula-se os participantes a falarem uns com os outros sobre suas percepções, opiniões e sentimentos, a partir de um disparador trazido pelo pesquisador de acordo com os objetivos da pesquisa (vídeo, pergunta, imagem), sendo necessária a criação de um ambiente favorável à discussão (KITZINGER, 1995; GATTI, 2005; TRAD, 2009). Para isso, deve ocorrer espaço físico apropriado e de fácil acesso e ter um número de participantes que permita a efetiva participação de todos. Em relação ao tamanho, autores sugerem entre 4 a 8 (KITZINGER, 1995), 6 a 10 (GATTI, 2005) e foi encontrado de 6 a 15 participantes em estudos da área da saúde coletiva (TRAD, 2009). No estudo em questão, optou-se por delimitar o tamanho do grupo entre 4 e 10 participantes, de modo a possibilitar a efetiva participação de todos na discussão. O espaço físico a ser utilizado será a sala de reuniões da própria unidade de saúde".

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: 5.759.270

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O autor apresenta: TCLE responsáveis, TCLE adolescentes a partir de 18 anos e TALE. Todos readequados

Recomendações:

Ver conclusões

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Agradecemos as providências e os cuidados tomados pelos pesquisadores ao apresentarem a 2ª versão do protocolo de pesquisa ao CEP da UFSCar. Seguem abaixo as pendências listadas no parecer anterior do CEP e seu status (atendida, não atendida, parcialmente atendida).

Pendência 1- Sobre delimitação do número de participantes: consta que os pesquisadores optaram pelo número de 4 a 10 participantes. Caso haja mais adolescentes interessados em participar, apontar como os pesquisadores conduzirão a situação.

STATUS: ATENDIDA

Pendência 2- Para recrutamento dos adolescentes, consta Ficha de Manifestação de Interesse, na qual quem tiver interesse em participar preencherá seu nome, idade, informações de contato e preferência de turno (manhã ou tarde). Os pesquisadores devem fornecer um ou mais meios de contato para serem contatados pelos interessados em participar do estudo, ao contrário de solicitar informações pessoais dos interessados nesse momento.

STATUS: ATENDIDA

Pendência 3- Detalhar no método e nos TCLE e TALE o vídeo que será apresentado aos participantes. Enviar o conteúdo do vídeo e preferencialmente um link para apreciação pelo CEP.

STATUS: ATENDIDA

Pendência 4- Apontar os riscos, inclusive nos TCLE e no TALE, sem mencionar que "não existem riscos imediatos".

STATUS: ATENDIDA

Pendência 5- É necessário indicar em método e no TCLE como o material gravado será cuidado (quem terá acesso, como será arquivado ou se será apagado/excluído).

STATUS: ATENDIDA

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: 5.759.270

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".

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1938964.pdf	06/10/2022 18:45:29		Aceito
Outros	Carta_Resposta_versao1.pdf	06/10/2022 18:43:34	Isis Fernanda Arenhart	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	0925_ProjetoPesquisa_Isis_F_Arenhart.pdf	25/09/2022 18:16:08	Isis Fernanda Arenhart	Aceito
Cronograma	cronograma_0925.pdf	25/09/2022 18:15:41	Isis Fernanda Arenhart	Aceito
Outros	D_formularioidentificacao.pdf	25/09/2022 18:14:09	Isis Fernanda Arenhart	Aceito
Outros	E_rotairogrupofocal.pdf	25/09/2022 18:13:50	Isis Fernanda Arenhart	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	C_TALE_0925.pdf	25/09/2022 18:13:17	Isis Fernanda Arenhart	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	B_TCLEresponsavel_0925.pdf	25/09/2022 18:12:49	Isis Fernanda Arenhart	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	A_TCLEmaior18_0925.pdf	25/09/2022 18:12:39	Isis Fernanda Arenhart	Aceito

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: 5.759.270

Justificativa de Ausência	A_TCLEmaior18_0925.pdf	25/09/2022 18:12:39	Isis Fernanda Arenhart	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto_assinado_assinado.pdf	07/06/2022 12:30:36	Isis Fernanda Arenhart	Aceito
Declaração de concordância	autorizacaopmc.pdf	07/06/2022 08:12:25	Isis Fernanda Arenhart	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO CARLOS, 16 de Novembro de 2022

Assinado por:
Adriana Sanches Garcia de Araújo
(Coordenador(a))

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

UF: SP

Município: SAO CARLOS

CEP: 13.565-905

Telefone: (16)3351-9685

E-mail: cephumanos@ufscar.br