

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

**JAQUELINE FERREIRA DA SILVA**

**ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE ADOLESCENTES: A PERCEPÇÃO DE  
PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA E ESTRATÉGICA EM SAÚDE MENTAL**

São Carlos  
2016

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

**JAQUELINE FERREIRA DA SILVA**

**ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE ADOLESCENTES: A PERCEPÇÃO DE  
PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA E ESTRATÉGICA EM SAÚDE MENTAL**

**Orientadora:** Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Fernanda  
Barboza Cid.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, da Universidade Federal de São Carlos, para obtenção do título de Mestre em Terapia Ocupacional.

Área de Concentração: Processos de Intervenção em Terapia Ocupacional.

São Carlos  
2016

**FINANCIAMENTO:**  
**CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior**



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde  
Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional

---

Folha de Aprovação

---

Assinaturas dos membros da comissão examinadora que avaliou e aprovou a Defesa de Dissertação de Mestrado da candidata Jaqueline Ferreira da Silva, realizada em 19/12/2016:

\_\_\_\_\_  
Profa. Dra. Maria Fernanda Barboza Cid  
UFSCar

\_\_\_\_\_  
Profa. Dra. Isabela Aparecida de Oliveira Lussi  
UFSCar

\_\_\_\_\_  
Profa. Dra. Luciana Togni de Lima e Silva Surjus  
UNIFESP

\_\_\_\_\_  
Profa. Dra. Sábria Helena Ferigato  
UFSCar

## AGRADECIMENTOS

A Deus por ser o caminho, a verdade e a luz em minha vida.

À minha orientadora, Profa. Dra. Maria Fernanda Barboza Cid, que desde a minha graduação, em 2010, tem acompanhado e acolhido de forma tão singular meu processo de construção de Terapeuta Ocupacional. Pela parceria e orientação no processo de concepção deste estudo. Pela acolhida e pelas oportunidades de trabalho no campo de Saúde Mental Infantojuvenil e, também pela confiança e por me incentivar a participação de novos projetos relacionados.

À Profa. Dra. Thelma Simões Matsukura, pela acolhida, apoio, compreensão, amizade, pela co-orientação e por suas grandiosas contribuições no desenvolvimento deste trabalho.

Aos membros do Laboratório de Pesquisa em Saúde Mental do Departamento de Terapia Ocupacional da UFSCar, que desde a concepção deste projeto tem me acolhido nos encontros realizados, auxiliado no desenvolvimento da pesquisa, e em minha formação crítica no campo acadêmico da Saúde Mental Infantojuvenil.

Às Profa. Dra. Isabela A.O. Lussi, Profa. Dra. Luciana Togni, Profa. Dra. Sabrina Helena Ferigato, Profa. Dra. Thelma Simões Matsukura e Profa. Dra. Adriana Sparemberg Oliveira pelas grandiosas contribuições no Exame de Qualificação.

À Secretaria Municipal de Saúde por permitir a realização do estudo.

Aos profissionais dos serviços de Atenção Básica em Saúde e Atenção Psicossocial Estratégica participantes, pelo acolhimento e a disponibilidade na realização das entrevistas.

Aos colegas do Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional e, em especial, as minhas amigas de turma de Mestrado de 2015: Belle, Bruna, Carol, Isa, Lays, Luma, Mari, Miki, Natasha, Paula, Sofia, Stephany, pela amizade, risadas, cuidado, partilhas e acompanhamento cotidiano em nosso processo de formação como mestres. Obrigada meninas, o apoio de vocês foi fundamental!

Aos docentes do Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional pelos ensinamentos e dedicação.

À minha família, mãe, pai, Liana, Marcelo, primos, pelo apoio, dedicação e incentivo em minha luta rumo à construção da carreira em Terapia Ocupacional. À minha amada Gigi, a sobrinha-filha tão especial que encanta os meus dias com seu carisma, doçura e a partilha das descobertas de sua infância.

Ao Thomas, meu amor, companheiro e amigo, por seu carinho, compreensão e incentivo na realização deste Programa de Mestrado e também na busca de construção da carreira em Terapia Ocupacional.

Às Terapeutas Ocupacionais Débora, Fábria, Luana e Patrícia Pati pelos momentos de compreensão diante as minhas angustias, pelas trocas e o afeto, e por se fazerem presentes e essenciais em minha vida, independente da distância, desde nossa formação em Terapia Ocupacional.

Às minhas amigas de longa data Lilian, Mariana, Paulinha, Priscila, Claudinha e Poliana, pela amizade e as partilhas de vida.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo financiamento desta pesquisa.

## RESUMO

O percurso histórico da atenção à saúde mental de crianças e adolescentes acompanhou, de maneira particular e tardiamente, os caminhos trilhados no cuidado com a população adulta com sofrimento psíquico, de modo que, a partir do início do século XIX, há o reconhecimento das necessidades de cuidado à população infantojuvenil, sendo, a priori, o histórico assistencial delegado aos setores educacionais e de assistência social. Entretanto, a partir de alguns marcos, como a reforma psiquiátrica brasileira e a declaração dos direitos humanos, tornou-se possível o desenvolvimento de uma nova concepção para a infância e a adolescência, bem como o reconhecimento da atenção psicossocial infantojuvenil no cenário das políticas públicas. No entanto, a literatura da área tem apontado sobre a escassez de pesquisas que focalizem a assistência à Saúde Mental de adolescentes, visto que estes têm apresentado índices significativos de sofrimento psíquico, e indicam a necessidade de mais investigações que possam subsidiar as ações e políticas voltadas a essa população. Assim, o presente estudo objetivou identificar como tem ocorrido a atenção psicossocial ao adolescente sob a ótica de Profissionais vinculados a um serviço de Atenção Psicossocial Estratégica, no caso o Centro de Atenção Psicossocial Estratégica Infantojuvenil (CAPSij), e a serviços da Atenção Básica em Saúde referentes à Unidade Básica de Saúde (UBS) e à Unidade de Saúde da Família (USF). Para responder aos objetivos propostos, foi desenvolvida uma pesquisa qualitativa, de caráter descritivo e exploratório. O estudo contou com a participação de 19 profissionais de serviços de Atenção Psicossocial Estratégica (CAPSij) e Atenção Básica em Saúde (UBS e USF) localizados em um município de médio porte do interior do Estado de São Paulo. Foram desenvolvidos quatro instrumentos de coleta de dados, sendo dois formulários para caracterização dos profissionais e dos serviços, e dois roteiros de entrevistas semiestruturados destinados aos profissionais. Os dados advindos dos formulários foram analisados de forma descritiva e os das entrevistas foram tratados por meio da Análise Temática, uma das técnicas previstas no Método da Análise do Conteúdo. Os principais resultados das entrevistas com os profissionais do CAPSij indicaram que o órgão atua como porta de entrada da demanda de saúde mental de adolescentes no município, o que é percebido como um desafio, considerando o papel solitário do serviço na definição dos casos elegíveis ou não para o CAPSij. Além disso, os participantes relataram, também, sobre as dificuldades que a equipe enfrenta no que se refere à adesão dos adolescentes usuários ao serviço, indicando a necessidade de mais estratégias que facilitem a vinculação deles e a efetivação do trabalho, assim como em relação às famílias dos usuários. A dificuldade em viabilizar a RAPS no município também foi um desafio apontado pelos profissionais. Por outro lado, os dados mostram o empenho dos participantes nas ações de cuidado voltadas às premissas das políticas e a busca de articulação em rede, em especial com a Atenção Básica em Saúde. Os resultados advindos das entrevistas com os profissionais da Atenção Básica em Saúde apontaram os desafios no cuidado e acompanhamento da população adolescente de forma geral, especialmente aquela que vivencia o sofrimento psíquico que, segundo as falas, dificilmente chegam ao serviço e, quando chegam, são encaminhadas para o CAPSij. Observou-se, ainda, que as atividades realizadas nos serviços de ABS junto aos adolescentes são fundamentalmente curativas, sendo raras as ações de promoção e prevenção em saúde, bem como aquelas de articulação de rede de atenção que, quando ocorrem, são disparadas pelo CAPSij. Portanto, foi possível verificar, com o presente estudo, que a atenção psicossocial de adolescentes no contexto investigado é um campo em construção e, atualmente, dá-se no CAPSij. Espera-se que os achados obtidos possam fornecer mais subsídios para reflexão e planejamento de políticas e intervenções mais efetivas direcionadas à população de adolescentes em sofrimento psíquico.

**Palavras-Chave:** Saúde Mental Infantojuvenil. Adolescentes. Atenção Psicossocial. Serviços de saúde mental.

## ABSTRACT

The historical path of the attention to the mental health of children and adolescents accompanied, in a particular and late way, the paths taken in the care of the adult population with psychic suffering, so that from the beginning of the nineteenth century there is recognition of the needs of care to the child and adolescent population, being, at first, the historical care delegated to the educational and social assistance sectors. However, from a few milestones, such as the Brazilian psychiatric reform and the declaration of human rights, it became possible to develop a new conception for childhood and adolescence, as well as the recognition of child and adolescent psychosocial care in the public policy arena. However, literature in the area has pointed to the scarcity of research that focuses on the assistance to Mental Health of adolescents, since they have presented significant indexes of psychic suffering, and indicate the need for more research that can subsidize the actions and policies aimed at this population. Thus, the present study aimed to identify how psychosocial attention has been given to the adolescent from the perspective of professionals linked to a service of Strategic Psychosocial Care (CAPS) and to Basic Health Care services (UBS and USF). In order to respond to the proposed objectives, a qualitative, descriptive and exploratory research was developed. The study was attended by 19 professionals from the Strategic Psychosocial Attention Service (CAPSij) and Basic Health Care (UBS and USF) and located in a medium-sized municipality in the interior of the State of São Paulo. Four data collection instruments were developed, two forms for characterization of professionals and services, and two semi-structured interviews for professionals. The data coming from the forms were analyzed in a descriptive way and those of the interviews were investigated by the Thematic Analysis, one of the techniques foreseen in the Content Analysis Method. The main results of the interviews with CAPSij professionals indicated that it acts as a gateway to the mental health demand of adolescents in the municipality, which is perceived as a challenge, considering the role of the service in the definition of eligible cases or not for the CAPSij. In addition, the participants also reported on the difficulties that the team faces with regard to the adherence of the adolescents users to the service, indicating the need for more strategies that facilitate the linkage of the same and the effectiveness of the work, as well as in relation to the users' families. The difficulty in enabling RAPS in the municipality was also a challenge pointed out by professionals. On the other hand, the data show the commitment of the participants in care actions focused on the premises of policies and the search for network articulation, especially with the Basic Health Care. The results of the interviews with the professionals of Basic Health Care Pointed out the challenges in the care and follow-up of the adolescent population in general, especially those who experience the psychological suffering that, according to the statements, hardly reach the service and, when they arrive, are referred to CAPSij. It was also observed that the activities carried out in adolescent ABS services are fundamentally curative, and health promotion and prevention actions are rare, as well as those of a network of care that, when they occur, are triggered by the CAPSij. Therefore, it was possible to verify with the present study that the psychosocial attention of adolescents in the investigated context is a field under construction and, currently, it occurs in CAPSij. It is hoped that the findings obtained may provide more subsidies for reflection and planning of policies and more effective interventions directed at the population of adolescents in psychological distress.

**Keywords:** Child and Youth Mental Health. Adolescent. Psychosocial Attention. Mental health services.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica em Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS Ad	Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e drogas
CAPS Adi	Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e drogas Infantojuvenil
CAPSij	Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil
Ceco	Centros de Convivência
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
III CNSM	III Conferência Nacional de Saúde Mental
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Componentes e pontos de atenção da RAPS .....	18
Quadro 2 - Caracterização do CAPSij .....	43
Quadro 3 - Identificação dos Profissionais do CAPSij.....	44
Quadro 4 - Caracterização dos Serviços de UBS e USF .....	49
Quadro 5 - Identificação dos Profissionais dos Serviços de UBS e USF .....	51

## SUMÁRIO

<b>1 APRESENTAÇÃO</b> .....	<b>10</b>
<b>2 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>12</b>
<b>2.1 A Saúde Mental Infantojuvenil e a Atenção Psicossocial</b> .....	<b>12</b>
<b>2.2 A clínica da atenção psicossocial: a interface entre a Saúde Mental e a Atenção Básica</b> .....	<b>20</b>
<b>3. O ADOLESCENTE EM SOFRIMENTO PSÍQUICO</b> .....	<b>23</b>
<b>4 OBJETIVOS</b> .....	<b>32</b>
<b>4.1 Objetivo Geral</b> .....	<b>32</b>
<b>4.2 Objetivos Específicos</b> .....	<b>32</b>
<b>5 MÉTODO</b> .....	<b>33</b>
<b>5.1 Participantes</b> .....	<b>33</b>
<b>5.2 Local da Pesquisa</b> .....	<b>33</b>
<b>5.3 Instrumentos de coleta de dados</b> .....	<b>35</b>
<b>5.4 Procedimentos</b> .....	<b>36</b>
5.4.1 Aspectos Éticos .....	36
5.4.2 Elaboração e validação dos Questionários e Roteiros de Entrevista Semiestruturado. ....	36
<b>5.5 Coleta dos Dados</b> .....	<b>38</b>
<b>5.6 Análise dos Dados</b> .....	<b>39</b>
<b>6 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	<b>41</b>
<b>6.1 Caracterização dos Participantes e Serviços</b> .....	<b>41</b>
6.1.1 Caracterização do CAPS Infantojuvenil (CAPSIJ) .....	41
6.1.1.2 Caracterização do CAPSIJ.....	42
6.1.1.3 Identificação dos profissionais .....	45
6.1.2 Caracterização dos Serviços de Atenção Básica em Saúde (UBS e USF) .....	47
6.1.2.1 Caracterização dos Serviços de UBS e USF .....	47
6.1.2.2 Identificação dos profissionais .....	50
<b>6.2. Resultados e discussões advindos das entrevistas junto aos profissionais do CAPSij</b> .....	<b>51</b>
6.2.1. O cuidado ao adolescente e sua família oferecido pelo CAPSij.....	51
6.2.2 A relação entre a Atenção Básica e a Saúde Mental na atenção psicossocial a adolescentes. ....	62
<b>6.3. Resultados e discussões advindos das entrevistas junto aos profissionais da Atenção Básica em Saúde.</b> .....	<b>68</b>
6.3.1 O acesso do adolescente aos serviços de Atenção Básica em Saúde; .....	68
6.3.2 Atenção a adolescentes com demandas relacionadas à saúde mental na Atenção Básica em Saúde .....	72
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>77</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>80</b>
<b>APÊNDICES</b> .....	<b>89</b>

## 1 APRESENTAÇÃO

Durante a graduação em Terapia Ocupacional, tive a oportunidade de participar de atividades e projetos voltados para a infância e a adolescência no campo da saúde mental e em outros, o que me permitiu uma maior aproximação com essa clientela e também despertou o desejo de buscar aprimorar-me para, depois de formada, direcionar minha atuação enquanto terapeuta ocupacional à população infantojuvenil e suas famílias.

Logo em meu primeiro ano de formada, surgiu uma vaga para atuar como Terapeuta Ocupacional no campo da saúde mental, especialmente junto a pessoas com uso abusivo de álcool e outras drogas. Nessa breve experiência, que para mim foi bastante marcante, o trabalho era voltado para adultos e adolescentes, e, neste processo, a prática com os adolescentes sensibilizou-me, pois era possível partilhar momentos de trocas de experiências, de construção de vínculo, alguns erros e acertos, e também muitas indagações quanto às reais necessidades apresentadas por esses sujeitos e as estratégias mais atrativas que auxiliassem na vinculação com tais adolescentes, inclusive no âmbito de contribuições da Terapia Ocupacional frente às políticas públicas de saúde voltadas para essa população e sua família.

Assim, surgiu o interesse pela pesquisa que foi se delineando no sentido de responder à questão sobre como tem se dado a atenção psicossocial de adolescentes segundo a percepção de profissionais nos âmbitos da Saúde Mental e da Atenção Básica em Saúde. O presente estudo foi realizado no Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional – PPGTO/UFSCar, na linha de pesquisa 1, voltada para a promoção do desenvolvimento humano nos contextos da vida diária.

Sobre a organização do estudo, tem-se a introdução dividida a partir dos subtemas: “A Saúde Mental Infantojuvenil e a Atenção Psicossocial” e “A Atenção psicossocial: a interface entre a Saúde Mental e a Atenção Básica”, seguida do capítulo “O adolescente em Sofrimento Psíquico”. Após a fundamentação teórica que justifica o estudo, são apresentados os objetivos propostos.

Na sequência, a metodologia é apresentada em pormenores, sendo evidenciados o tipo de estudo e a sua abordagem qualitativa. Apresentam-se, também os participantes, o local do estudo, os procedimentos da coleta de dados, bem como a técnica de Análise de Conteúdo, em especial a Análise Temática, para tratamento dos dados. Na seção dos resultados obtidos, a partir da coleta de dados com os profissionais, são apresentadas juntamente com as discussões emergidas as seguintes seções: “Caracterizações dos participantes e serviços”; “Resultados e

discussões advindos das entrevistas junto aos profissionais do CAPSij”; “Resultados e discussões advindos das entrevistas junto aos profissionais da Atenção Básica em Saúde”.

Ao fim, são apresentadas as considerações alcançadas pelo estudo sobre o adolescente em sofrimento psíquico, incluindo aqueles com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas, segundo o reconhecimento das singularidades dessa população e das necessidades em saúde mental na adolescência, a fim de reforçar a necessidade de reflexões, planejamentos e implementações de estratégias de acolhida, pautadas em um modo de cuidado já direcionado pela política de atenção psicossocial, considerando as complexidades do sofrimento psíquico.

## **2 INTRODUÇÃO**

### **2.1 A Saúde Mental Infantojuvenil e a Atenção Psicossocial**

Segundo a OMS (2001), o conceito de Saúde Mental pode ter diversas definições por abranger uma perspectiva transcultural, no entanto é consenso entre os estudiosos que o termo abrange o bem-estar físico, a autoeficácia percebida, a autonomia, a competência, a dependência intergeracional e a autorrealização do potencial intelectual e emocional da pessoa. Logo, a saúde mental é algo mais além da ausência de sofrimento psíquico. Complementando, a saúde mental também pode ser associada à habilidade de percepção de sentimentos positivos que implicam o bem-estar próprio e as relações (NAIDOO; WILLS, 2009).

Porém, ausência de saúde mental, o sofrimento psíquico, pode ser compreendido como alterações emocionais ou comportamentais que causam prejuízos no funcionamento do sujeito, em diferentes níveis de gravidade, sendo que a presença dessa problemática vem crescendo na população infantojuvenil (OMS, 2001).

De qualquer forma, a produção de saúde não é possível sem a produção da saúde mental, de forma que, se uma criança ou adolescente apresentar algum grau de sofrimento psíquico, isso deverá ser considerado de forma ampliada, visto que muitas intercorrências físicas podem ter origem em situações de sofrimento psíquico causado por motivos de ordem variada, tais como na relação consigo, com a família ou com outras instituições sociais (BRASIL, 2014). Assim, a busca de promoção de saúde mental passa a ter como norte a consideração sobre as possibilidades e singularidades da vida cotidiana e comunitária, o estímulo à cidadania e ao protagonismo dos usuários e a articulação em rede (BRASIL, 2013a).

De acordo com Reis e colaboradores (2012), os dados relacionados à incidência e prevalência de problemas de saúde mental infantojuvenil têm sido apontados por diversos estudos, porém nem sempre concordantes entre si. Assim, no Brasil, podemos encontrar estudos que indicam taxas de prevalência de problemas de saúde mental nessa população variando entre 7% e 35% (PAULA et al., 2010), e outros que focalizam dados de prevalência segundo a percepção de pais e professores apresentam variações entre 13% a 35%, enquanto as taxas de prevalência relatadas pelos próprios adolescentes oscilam entre 12,6% e 13,1%

(BORDIN; PAULA, 2007). A nível mundial, tais taxas de prevalência variam entre 10% e 20% nessa população (OMS, 2001).

Apona-se que um dos fatores que podem influenciar nessas taxas é o uso de instrumentos padronizados que avaliam condições específicas (autismo, por exemplo), indicando, então, taxas menores, ou o uso de instrumentos que abarcam um maior espectro de sintomas e tipos de sofrimento psíquico, como, por exemplo, os questionários de rastreamento de problemas de saúde mental (FATORI; GRAEFF-MARTINS, 2016; CID, 2011).

De qualquer forma, pesquisas de caráter longitudinal têm indicado uma continuidade dos problemas de saúde mental ao longo da vida. Tais estudos têm mostrado que a maior parte dos adultos que vivenciam o sofrimento psíquico já apresentava os primeiros sinais na infância ou na adolescência (AMSTALDEN et al., 2010; SÁ et al., 2010; PATEL et al., 2007).

A despeito disso, as políticas de atenção à saúde mental infantojuvenil são recentes, conforme apontam estudiosos na área (BRASIL, 2014; ZANIANI; LUZIO, 2014; DELFINI; REIS, 2012).

A atenção à saúde mental (da população em geral) tem suas raízes no modelo manicomial, caracterizado por um sistema semelhante às instituições carcerárias, correccionais e penitenciárias (AMARANTE, 2007). Diante de um modelo dessa natureza, a história da saúde mental foi agregando grande marcos, tais como o movimento das Comunidades Terapêuticas, o movimento da Psiquiatria Preventiva e a Psiquiatria de Setor, e as experiências das Reformas Psiquiátricas que levaram a transformações na busca de inovação da assistência psiquiátrica (REIS et al., 2012; NICÁCIO; MÂNGIA, 2001; BASAGLIA et al., 1994).

Em meio a esse processo de busca de reformulação da instituição psiquiátrica, ocorreram, de forma não linear, entre países como Estados Unidos, França, Inglaterra e Itália, as experiências de Reforma Psiquiátrica, as quais, mediante suas peculiaridades, buscaram abordar:

a democratização das relações entre equipe e pacientes, o desenvolvimento das terapias de grupo e de família, a necessidade da melhoria das condições de tratamento, o desenvolvimento de novas formas de tratar, o deslocamento da assistência do asilo para serviços na comunidade (NICÁCIO; MÂNGIA, 2001, p. 70).

Os processos das reformas psiquiátricas, embora buscassem modificar a assistência, foram também marcados por grandes desafios que não possibilitaram a transformação da instituição psiquiátrica e a desvinculação do cuidado asilar e/ou hospitalar, o que, em alguns

momentos, acabou subordinando tais experiências a uma simples reestruturação dos equipamentos de cuidado, ou a mudanças na atenção ou na agenda dos profissionais e dirigentes (ROTELLI, 1994; AMARANTE, 2007).

No entanto, entre essas experiências observa-se na Reforma Psiquiátrica Italiana o início do processo de ruptura manicomial pela desinstitucionalização, caracterizado como um processo político, social e complexo, constituído por um conjunto de transformações de práticas, saberes e valores culturais e sociais no cotidiano das instituições, dos serviços e das relações interpessoais, sendo tal experiência marcada fortemente por tensões e desafios (BRASIL, 2005; ROTELLI, 1994).

Ainda, a transição do modelo psiquiátrico resultou na construção de um novo modelo de atenção em saúde mental diversificado, territorial, voltado à reinserção social da população com sofrimento psíquico (OLIVEIRA, 2009).

No Brasil, o processo de Reforma Psiquiátrica foi influenciado por tais experiências mundiais de reforma, em especial a Desinstitucionalização Italiana, porém envolveu outros aspectos sócio-políticos complexos e distintos que serão a seguir explicitados.

Os processos de luta pelo reconhecimento do direito à saúde ocorreram a partir dos anos 1980, em meio à redemocratização nacional no contexto de fim da Ditadura Militar. O início do movimento popular pela saúde foi organizado pela elite intelectual e, em seguida, difundido entre os movimentos sociais, voltado à promoção da reconstrução social e à ampliação da consciência sanitária (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

Decorrente desse movimento que se tornou conhecido como Reforma Sanitária, tem-se a conquista da noção do direito social à saúde, reconhecido pela Constituição Federal de 1988 como uma obrigação do Estado (PAIVA; TEIXEIRA, 2014). Outro marco que resulta desse movimento é a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988, âmbito de cuidados das pessoas em sofrimento psíquico, e na efetivação das políticas de saúde nacionais. Regulamentado pelas leis nº 8080/90 e nº 8142/90, o SUS tem como principais objetivos coordenar e integrar as ações de saúde das esferas de governo municipal, estadual e federal, além de realizar ações de articulações de vigilância e de assistência à saúde entre os subsistemas de base territorial para atender as demandas de atenção à saúde (VASCONCELOS; PASCHE, 2006).

Concomitantemente a esse processo da Reforma Sanitária, mas de modo distinto e singular, tem-se o ano de 1978 como marco da Reforma Psiquiátrica Brasileira, impulsionada pela militância de trabalhadores da saúde mental em prol da reorientação da assistência

psiquiátrica. Decorrente da Desinstitucionalização Italiana e sua ruptura com o modelo manicomial, surgiram propostas de estruturação de uma rede extra-hospitalar e inovadora em saúde mental, tais como a criação do primeiro CAPS do Brasil, no ano de 1987, em São Paulo, a intervenção no hospital psiquiátrico Casa Anchieta, e a implantação dos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) em Santos, que comprovou a possibilidade de construção de uma rede substitutiva extra-hospitalar (BRASIL, 2005).

Outro importante marco foi a entrada no Congresso da Lei nº 10.216, em 1989, e concretizada no ano de 2001, que propiciou a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais por meio do redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental (BRASIL, 2005).

A partir do processo de instauração da Saúde Mental, inicialmente para adultos, somente no início do século XIX surge o reconhecimento da necessidade de ações destinadas à população infantojuvenil, a partir do histórico de cuidados a esta população, que eram delegados aos setores educacionais e de assistência social, e que passaram a identificar como excepcionais crianças e adolescentes que apresentassem dificuldades comportamentais e no desempenho escolar (REIS et al., 2010).

Frente a essa questão, surgiram as primeiras experiências de cuidado no campo da psiquiatria infantil na Europa, principalmente na França, em hospitais e escolas especializados, como a Escola para Crianças Idiotas, anexa ao Hospício de Salpêtrière, em 1821. Assim, cabia aos médicos psiquiatras desvendar a incapacidade intelectual infantil a partir de diagnósticos ligados a idiotia, imbecilidade e debilidade, as quais, embora fossem derivações do sistema psicopatológico adulto para o universo infantil – o adultomorfismo –, levaram ao início dos estudos sobre a psicopatologia infantil (REIS et al., 2010).

Essa lógica da psicopatologia infantil também se estendeu aos adolescentes e jovens, os quais, quando identificados com um problema de ordem social, eram considerados “delinquentes” (TAÑO, MATSUKURA, 2015; REIS et al., 2010).

Acerca de tais considerações sobre a psicopatologia infantojuvenil, diversas iniciativas de estudiosos voltadas à promoção do desenvolvimento intelectual e moral da criança e de novos métodos de avaliação e tratamento associados buscaram constituir o campo da psiquiatria infantil. Dentre tais estudiosos, destaca-se Leo Kanner, quem, em 1943, em suas pesquisas sobre o Autismo, descreve essa condição como um transtorno infantil do contato afetivo, ocorrendo, aí, uma ruptura na constituição da psicopatologia infantojuvenil vinculada aos fenômenos de déficit intelectual e a constituição da psiquiatria infantojuvenil baseada no

reconhecimento dos transtornos mentais e sua consequente influência patológica na transformação das relações com o mundo (REIS et al., 2010).

A partir do movimento internacional de constituição da psiquiatria infantojuvenil, no Brasil, a partir do século XIX tem início o campo da Saúde Mental, marcado por processos sócio-político-econômicos distintos. A princípio, era delegado às escolas o cuidado às crianças e jovens do sexo masculino oriundos da elite vigente a fim de manter, por meio da educação e da medicina infanto-juvenil, o controle moral e social. Já no século XX, torna-se também interesse do Estado a questão da deficiência mental no universo infantojuvenil, sendo assim criado, em 1903, no Hospital Psiquiátrico da Praia Vermelha, um pavilhão para as crianças portadoras de enfermidades mentais, em conjunto com os adultos (TAÑO, MATSUKURA, 2015, REIS et al., 2010).

Nesse cenário, houve a forte influência do movimento europeu higienista, que visava a erradicar os males que desfavorecessem o desenvolvimento do país, incentivando ações de prevenção e educação como meio de livrar a população das doenças hereditárias ou congênitas de sua população. Tal ideário passa a ser difundido na Saúde mental pelo psiquiatra Gustavo Riedel, responsável pela criação da Liga Brasileira de Higiene Mental, em 1922, com o intuito de prevenir o tratamento dos transtornos mentais em hospitais, favorecer a assistência médica nos âmbitos escolar, em serviços de higiene e de saúde escolar, e promover ações de orientação aos familiares para ajustar seu ente ao ambiente social (REIS et al., 2010).

Contudo, a atenção aos transtornos mentais infantojuvenis tende a permanecer atrelada à deficiência e à delinquência até o período da ditadura no país, sendo nessa era voltadas poucas ações à infância e à adolescência, com exceção da publicação do Código de Menores, que entendia como responsabilidade do Estado a oferta de tratamento para menores em condição de alienação ou deficiência mental. Dessa forma, houve pelo país a criação de diversas instituições para crianças deficientes ou com perturbação mental.

Ainda nesse período, também foi desenvolvido o Departamento Nacional para Criança, que determinava a criação de equipamentos públicos e programas direcionados ao cuidado materno, ao desenvolvimento da criança e, em especial, à saúde mental infantojuvenil, embora tais transformações pouco tivessem favorecido, de fato, o campo da saúde mental infantojuvenil (TAÑO, MATSUKURA, 2015; REIS et al., 2010)

Somente no final dos anos 1970, mediante os processos sócio-políticos que culminaram no final da ditadura, notam-se transformações nos âmbitos da saúde e social em

prol da democracia. Cabe destacar, nesse sentido, a promulgação da Constituição de 1988, momento em que se passa a haver o reconhecimento da criança e do adolescente como sujeito de direitos por meio da promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), configurado como um marco que direcionou avanços importantes para as políticas direcionadas a essa população em todas as esferas de atenção (REIS et al., 2010).

Nessa direção, ocorre a mudança na posição do Estado em relação à assistência infantojuvenil, que passa a adquirir destaque no cenário das políticas públicas, inclusive naquelas relacionadas à saúde mental, que também estavam em processo de mudança a partir do processo de Reforma Psiquiátrica (REIS et al., 2012). Trata-se de uma transformação que propiciou a concretização da Lei nº 10.216, voltada para a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais por meio do redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental, e da expansão da rede de serviços substitutivos extra-hospitalares, na qual os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), a priori, foram preconizados como o principal dispositivo e regulamentados pela portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002 (BRASIL, 2002; 2003).

Dessa forma, os CAPS passam a assumir um papel estratégico na atenção às pessoas com sofrimento psíquico, a partir do trabalho pautado no acolhimento e em espaços coletivos, seja por meio de grupos, assembléias de usuários, reunião diária de equipe, de forma articulada com os demais pontos de atenção das redes de saúde e das redes intersetoriais (BRASIL, 2015a; 2013b).

A configuração dos CAPS ocorre mediante as modalidades: CAPS I (municípios com população acima de 15.000 habitantes); CAPS II (municípios com população acima de 70.000 habitantes); CAPS III (que possui funcionamento 24h; indicado para municípios com população acima de 150.000 habitantes); CAPS AD (álcool e drogas – indicado para municípios com população acima de 70.000 habitantes); CAPS AD III (indicado para municípios com população acima de 150.000 habitantes); e CAPS ij (Infantojuvenil –, para municípios com população acima de 70.000 habitantes) (BRASIL, 2013b).

A assistência em Saúde Mental a ser realizada nos CAPS é de caráter aberto e comunitário, e deve ser desenvolvida por meio do Projeto Terapêutico Singular (PTS). (BRASIL, 2012a; 2015a).

Observa-se que, atualmente, as ações de saúde mental destinadas às pessoas com sofrimento psíquico e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas devem estar articuladas por meio da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Instituída pela portaria n.º 3088, em 2011, e republicada no

DOU nº 96 de 21/05/2013, a RAPS visa à criação, ampliação e articulação dos pontos de atenção psicossocial. Dentre seus principais objetivos, incluem-se a ampliação e a promoção do acesso para tal população e suas famílias, a garantia de articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território por meio de ações qualificadas voltadas para o acolhimento, o acompanhamento contínuo e a atenção às urgências (BRASIL, 2013b). Quanto à constituição da RAPS, têm-se os seguintes componentes e pontos de atenção:

Quadro 1 – Componentes e pontos de atenção da RAPS

<b>COMPONENTES</b>	<b>PONTOS DE ATENÇÃO</b>
<b>Atenção Básica em Saúde</b>	Unidade Básica de Saúde (UBS); Estratégia de Saúde da Família; Núcleo de Apoio à Saúde da Família; Consultório na Rua; Centros de convivência e cultura
<b>Atenção Psicossocial Estratégica</b>	Centros de Atenção Psicossocial (em suas modalidades)
<b>Atenção de Urgência e Emergência</b>	SAMU; Sala de Estabilização; UPA 24 horas e portas hospitalares de atenção a urgência/pronto socorro, UBS
<b>Atenção Residencial de Caráter Transitório</b>	Unidade de Acolhimento; Serviço de atenção em regime residencial
<b>Atenção Hospitalar</b>	Enfermaria especializada em Hospital Geral; Leitos de Saúde Mental no Hospital Geral
<b>Estratégias de Desinstitucionalização</b>	Serviços residenciais terapêuticos; Programa “De volta para Casa”
<b>Estratégias de Reabilitação Psicossocial</b>	Iniciativas de geração de trabalho e renda; Empreendimentos solidários e cooperativas sociais

Fonte: BRASIL, 2014.

Entre os componentes da RAPS, destaca-se que a ABS, além de considerada o primeiro componente, envolve como pontos de atenção os serviços de Unidade Básica de Saúde (UBS), as Equipes de Atenção Básica para populações em situações específicas, como o Consultório na rua; o Núcleo de Atenção à Saúde da Família (NASF) e o Centro de Convivência e Cultura (BRASIL, 2013b, 2014).

No que se refere à RAPS na atenção a crianças e adolescentes, em 2014 foi publicado pelo Ministério da Saúde um documento voltado para profissionais que atuam no sistema de garantia de direitos de crianças e adolescentes, especialmente na Rede de Atenção Psicossocial no âmbito do SUS. Em tal documento, é abordada a dimensão do cuidado diante do sofrimento psíquico, permeado pelos aspectos biológicos, psíquicos e sociais dos sujeitos, de forma que, na Atenção Psicossocial Estratégica, cabe aos serviços de saúde mental infantil assumir uma função social para além do fazer técnico, no sentido de ações de acolhimento,

escuta, cuidado, emancipação, enfrentamento de estigmas, melhora da qualidade de vida, exercício de participação social e cidadania, partindo de uma rede de cuidados que considere as singularidades do sujeito e as construções que cada um faz a partir de suas condições (BRASIL, 2014).

Desse modo, o cuidado especializado direcionado a essa população deve ser realizado pelos CAPS infantojuvenil (CAPSij) e de Álcool e Drogas (CAPS Ad), que irão atuar no cuidado de crianças e adolescentes com sofrimento psíquico intenso, inclusive aqueles que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas. Contudo, as portarias também estabelecem que, a depender da organização da RAPS no território, todas as modalidades dos CAPS podem atender crianças e adolescentes (BRASIL, 2014).

As portarias que regem a saúde mental também ressaltam o trabalho em rede na atenção psicossocial a ser realizada pelos CAPS, em especial aos CAPSij ou o CAPSad considerados responsáveis pela atenção à população infantojuvenil, em vista do direcionamento do cuidado para uma rede de serviços diversificados com ênfase comunitária e territorial (BRASIL, 2014).

Nessa perspectiva, tem-se, segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a ênfase no papel da Atenção Básica em Saúde em atuar como porta de entrada aberta e preferencial da rede de atenção e dispor de um conjunto de ações de saúde, seja individuais ou coletivas, voltadas para a promoção, a proteção e a manutenção em saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, a redução de danos, o tratamento e a reabilitação, a fim de desenvolver uma atenção integral nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2013b; 2012).

Ainda na PNAB (BRASIL, 2012a), consideram-se os princípios norteadores do SUS como a universalidade, a acessibilidade, o vínculo, a continuidade do cuidado, a integralidade da atenção, a responsabilização, a humanização, a equidade e a participação social, a partir dos quais se implica o desenvolvimento de trabalho em equipe, baseado no exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, direcionadas a populações de territórios definidos e a dinamicidade existente nos contextos.

Com relação à expansão e à consolidação da ABS, a PNAB tem apostado no emprego da Estratégia de Saúde da Família (ESF) como uma estratégia prioritária, visto que:

a qualificação da Estratégia de Saúde da Família e de outras estratégias de organização da Atenção Básica deverão seguir as diretrizes da Atenção Básica e do SUS configurando um processo progressivo e singular que considera e inclui as especificidades locais (BRASIL; 2013b, p. 22).

Preconiza-se também à ABS o reconhecimento do sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural e, sempre que necessário, o desenvolvimento de ações de promoção de saúde mental, prevenção e cuidado dos transtornos mentais, ações de redução de danos e cuidado para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, articuladas com os demais pontos da rede (BRASIL, 2013b; SOUZA, A., 2015).

Na seção a seguir, busca-se tratar das problematizações atuais sobre a articulação entre a saúde mental e a atenção básica em saúde.

## **2.2 A clínica da atenção psicossocial: a interface entre a Saúde Mental e a Atenção Básica**

Esta seção tem como intuito focalizar o movimento de inclusão das ações de saúde mental na atenção básica e na clínica da atenção psicossocial, buscando problematizar as discussões da literatura da área sobre algumas características desse movimento a partir das diretrizes para a saúde mental e a atenção básica em saúde, as possibilidades de consolidação e a superação dos impeditivos e a relação com a atenção psicossocial.

De acordo com as portarias centrais da saúde mental, tem-se o CAPS como o dispositivo estratégico da rede de saúde mental e que necessita estar articulado a uma rede, na qual é necessária a ênfase no território, em especial com a Atenção Básica em Saúde (BRASIL, 2004).

Para Souza (2015, p. 23), a inclusão da saúde mental na atenção básica pode ser considerada “a saída ou o ponto de chegada de uma atenção compartilhada, de uma formação ampliada e de possibilidades concretas de rupturas e avanços para a clínica da atenção psicossocial”. No entanto, a autora considera que a ênfase na atenção básica em saúde ainda é recente no Brasil, em vista do processo de reorientação do modelo tradicional de atenção em saúde para um novo paradigma em saúde, no qual a atenção básica volta-se para a consolidação da rede de cuidados e a reestruturação dos serviços e sistemas (SOUZA, 2015).

A literatura tem apontado que, nesta última década, a temática da saúde mental na atenção básica tem sido cada vez mais problematizada, pois mundialmente tem se configurado um aumento significativo dos transtornos mentais, sendo a atenção básica uma referência para o cuidado por ser considerada um nível de assistência de grande complexidade que mais se

aproxima da vida das pessoas e que pode auxiliar na resolutividade dos problemas de saúde da população, bem como na construção de novos modos e práticas de atenção (SOUZA, 2015; GAMA, 2011; BRASIL, 2004).

Desse modo, as práticas da Atenção Básica em saúde podem ser pautadas também pelas ações em saúde mental, já que, além das intervenções implicarem o território, também visam à promoção das singularidades individuais e coletivas, a fim de se criarem novas ferramentas e estratégias em vista do cuidado compartilhado entre profissionais e usuários da área (BRASIL, 2013a).

Entretanto, essa articulação entre os âmbitos da saúde mental e da atenção básica em saúde tem enfrentado desafios e encontra-se em construção. De acordo com Pôrto (2012), um dos principais desafios ligados à saúde mental na atenção básica diz respeito ao estigma e na sua superação, seja na gestão, seja na clínica, ou com relação ao usuário, pois o estigma pode dificultar o acesso aos cuidados de saúde e de saúde mental no âmbito da atenção básica em saúde.

Ademais, em busca da articulação entre saúde mental e atenção básica em saúde por meio de uma clínica inovadora de cuidados, torna-se imprescindível a ocorrência dos princípios da equidade, integralidade, território, responsabilização, acolhimento e rede, o tensionamento das redes, à reinvenção no dia a dia e ao direcionamento de novas tecnologias mais efetivas à atenção ao sofrimento psíquico (SOUZA, 2015).

No intuito de efetivação das ações de saúde mental na atenção básica, tem-se, a partir das políticas de saúde, a proposição das seguintes estratégias norteadoras: o apoio matricial (voltado ao suporte técnico às equipes a fim de romper com a lógica da desresponsabilização e promover a resolutividade local), a formação diferenciada (que implica a capacitação das equipes, visando a qualificar a rede e o cuidado), e a inclusão de indicadores de saúde mental no sistema de informação da atenção básica (SOUZA, 2015).

Ressalta-se que, dentre tais estratégias, segundo a literatura da área, o apoio matricial tem sido o mais utilizado como uma das tecnologias de gestão facilitadora para as articulações da saúde mental na atenção básica. Porém, essa tecnologia necessita de ajustes, em especial no direcionamento de uma perspectiva de formação de pessoas e da rede de cuidado, em que as equipes da atenção básica em saúde venham a ser qualificadas a fim de se obter redução do encaminhamento e promover-se o cuidado integral em saúde mental. Ainda, cabe ao desenvolvimento das ações de apoio matricial a configuração em diferentes modalidades nas

unidades de saúde e a flexibilidade das ações diante as urgências cotidianas (SOUZA, 2015; GAMA, 2011; BRASIL, 2004).

Contudo, na busca de consolidação desse desafio complexo de articulações e de novas tecnologias de cuidado, é imprescindível o emprego de estratégias ligadas aos princípios dessa clínica inovadora em vista da superação dos impeditivos. Assim, dentre as principais estratégias para a inclusão das ações da saúde mental na atenção básica, implica-se a urgência de adoção de práticas pautadas na integralidade a partir das noções de vínculo, acolhimento e responsabilização; a adoção de práticas equânimes para a ampliação do acesso aos usuários nos âmbitos da atenção básica ou nos CAPS, e para mudanças flexíveis na organização das linhas de cuidado e dos serviços perante as singularidades e necessidades dos sujeitos e seus familiares diante ao sofrimento psíquico (SOUZA, 2015, BRASIL, 2004).

No capítulo a seguir, pretende-se aprofundar o estudo na população juvenil e no direcionamento do cuidado à saúde mental e das políticas públicas, buscando abordar brevemente algumas especificidades desse ciclo de vida e discorrer sobre o que tem sido trabalhado na literatura da área sobre a saúde mental dessa população.

### 3. O ADOLESCENTE EM SOFRIMENTO PSÍQUICO

De acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), criança é considerada a pessoa com até 12 anos de idade incompletos, e adolescente, o indivíduo com idade entre 12 e 18 anos, sendo que, para casos expressos em lei, o ECA também se aplica a jovens pertencentes à faixa etária dos 18 aos 21 anos (BRASIL, 2015b).

Essa lei inovadora, considerada um marco jurídico para a infância e a adolescência, tem como principal intuito a proteção integral à criança e ao adolescente, ambos reconhecidos como sujeitos de deveres individuais e coletivos e também de direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária (BRASIL, 2015b). Ainda, em consonância com a Constituição Federal, tem-se, por meio do artigo 227, que toda criança e adolescente deve estar a salvo de qualquer tipo de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão (BRASIL, 2012b).

No que concerne ao direito de proteção à saúde, por intermédio dos estabelecimentos do Sistema Único de Saúde (SUS), visa-se à garantia do acesso universal e igualitário às ações voltadas para a promoção, a proteção e a recuperação em saúde, mediante a efetivação das políticas sociais públicas que assegurem, de forma geral, o desenvolvimento saudável e harmonioso (BRASIL, 2015b).

Alguns autores compreendem a adolescência como um período de transição entre a infância e a idade adulta, no qual fatores biológicos, psicológicos e sociais passam por acentuadas mudanças evolutivas, sendo as relações interpessoais na família, com os amigos e na escola importantes meios de experimentação das competências, capacidades cognitivas e para a definição de um senso de si mesmo (MARTINS; PILLON, 2008; HUTZ, 2005; MARTURANO, et al., 2004).

Amorim e Santos (2010) destacam a adolescência a partir de determinadas características. Inicialmente, têm-se os aspectos físicos, caracterizadas pelas mudanças no desenvolvimento orgânico e corporal, marcos da fase de puberdade. No decorrer do processo que as autoras chamam de “adolescimento”, há as transformações sociais na vida do adolescente, principalmente em suas relações familiares, com os amigos e os demais grupos em que está inserido. E, por fim, tem-se o desenvolvimento psicológico fortemente marcado pela busca de identidade e de emancipação. Assim:

Considerando a dinamicidade do processo de “adolescimento”, não se pode assim, falar em adolescência, mas em “adolescências”. Isto também significa que mesmo os adolescentes “categorizados” em um determinado grupo em certo momento histórico, como aqueles em conflito com a lei, não podem ser “homogeneizados” (AMORIM; SANTOS et al., 2010, p. 18).

Estudos têm apontado que a adolescência tem sido considerada uma faixa etária mais vulnerável para o sofrimento psíquico em todas as categorias, como depressão, dificuldades comportamentais, transtornos alimentares e uso abusivo de drogas (BENETTI et al., 2007; SAPIENZA; PEDROMÔNICO, 2005).

Especificamente em relação ao consumo de drogas na adolescência, de acordo com o II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD) realizado em 2012, cerca de 9,4% da população brasileira na faixa etária de 14 a 17 anos faziam uso de álcool e outras drogas. Observa-se que aproximadamente 14 milhões de adolescentes declararam já ter feito uso de algum tipo de substâncias ilícitas, sendo citados, dentre as drogas de maior consumo, o uso de maconha, seguido de cocaína, solventes, estimulantes e crack (INPAD, 2012).

A despeito desses dados, a literatura relacionada à atenção à saúde mental infantojuvenil e seu reconhecimento como uma questão de saúde pública ainda é recente, assim como também são recentes e escassos os estudos na área (DELFINI; REIS, 2012).

No que diz respeito à inserção e à assistência para adolescentes nos serviços públicos de saúde mental, a literatura indica que há poucos trabalhos que se debruçam sobre essa temática (AVANCI et al., 2007; ASSIS et al., 2009; BENETTI et al., 2007).

Em um levantamento bibliográfico realizado nas bases de dados BVS, LILACS e Scielo, utilizando os descritores Adolescente e Saúde Mental, buscaram-se trabalhos nacionais e internacionais publicados nos últimos dez anos (2006 a 2016) que tratavam da atenção em saúde mental de adolescentes. Foram encontradas 12 publicações nacionais, sendo uma voltada especificamente à atenção à saúde mental de adolescentes em medida socioeducativa (VILARINS, 2014); quatro abordando a atenção psicossocial de adolescentes e jovens com uso abusivo de álcool e outras drogas (BERNARDI; KANAN, 2015; BASTOS et al., 2014; ARAÚJO et al., 2012; VASTERS; PILLON, 2011); cinco que se debruçaram sobre a atenção em saúde mental de crianças e adolescentes (NUNES et al., 2016; COUTO; DELGADO, 2015; TEIXEIRA et al., 2015; ZANIANI; LUZIO, 2014; DELFINI; REIS, 2012); e dois trabalhos que focalizaram a atenção à saúde mental de adolescentes, especificamente (FERNANDES; MATSUKURA, 2016; PEREIRA et al., 2014)

Apresentam-se, a seguir, as principais contribuições desses estudos. Sobre a atenção à adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas, Vilarins (2014), em seu estudo,

buscou analisar como se dá a assistência interna e na rede externa (CAPS Ad/CAPSij) ao adolescente com sofrimento psíquico em cumprimento de medidas socioeducativas em meio fechado. A partir de análise de prontuários, da observação dos adolescentes participantes e de entrevistas com os profissionais da instituição executora da medida socioeducativa, a autora encontrou a necessidade de reconhecimento das questões de saúde mental desses adolescentes e a caracterização do atendimento no âmbito da medida socioeducativa de internação. Assim, a autora aponta a privação de liberdade como um agravante do sofrimento psíquico, e a configuração da assistência fragilizada desenvolvida nesses espaços, em sua maioria devido às falhas no acompanhamento desses sujeitos em serviços de CAPS Ad e CAPSij, principalmente pelo cuidado realizado estar voltado para a medicalização do adolescente.

No que diz respeito ao reconhecimento da atenção ao adolescente que vivencia o uso abusivo de álcool e outras drogas, Vasters e Pillon (2011) focalizaram as demandas na adesão ao tratamento, desenvolvendo um estudo que buscou conhecer o uso de drogas entre adolescentes, abordando desde a primeira experimentação às percepções sobre adesão e dificuldades relacionadas ao tratamento. Para isso, os autores entrevistaram 14 adolescentes, de 14 a 19 anos, usuários de um CAPS Ad II do interior paulista. Os achados indicaram que os fatores que levaram esses adolescentes ao tratamento foram: a criação do vínculo com a equipe, a oferta de atividades atrativas, a disponibilidade de horários, a convivência com outros adolescentes de mesma faixa etária e a proximidade do domicílio. Como aspecto mencionado que os auxilia a se manter no tratamento tem-se a compreensão de suas singularidades e necessidades, a construção conjunta do cuidado e a configuração da rede de apoio; por outro lado, o que pode vir a dificultar tal acompanhamento seria a influência de grupo de amigos e a falta de apoio familiar (VASTERS; PILLON, 2011).

Diante dos resultados, os autores discutem sobre a necessidade de se ampliar a vinculação com os adolescentes nos serviços de atenção à saúde mental, de auxílio na constituição de relações mais saudáveis e de reestruturação das estratégias de cuidado como meio de estímulo à participação ativa do adolescente (VASTERS; PILLON, 2011).

Bastos e colaboradores (2014) abordam o cuidado em um CAPS Adij no intuito de compreender a identidade desse cuidado a nível técnico e institucional, segundo as percepções de profissionais e de usuários. Nos resultados, os autores discorrem sobre as dificuldades na atuação frente às demandas trazidas pelos usuários, seja por haver uma centralidade no tratamento em dependência química, e não no adolescente em sofrimento, seja pela carência de ações articuladas com a rede, assim como de se problematizar e refletir sobre as diferentes

concepções e as suas apropriações no espaço do serviço. A partir desses resultados, os autores dialogam sobre a necessidade de se pensar a gestão de cuidados voltados a essa população e o direcionamento da produção de ações mais efetivas diante da complexidade representada pelos usuários que podem ser acolhidas, de forma integral, pelos dispositivos de atenção psicossocial voltada a crianças e adolescentes.

Focalizando em verificar os esforços na assistência a essa população de adolescentes usuários de álcool e outras drogas em serviços de saúde mental, o estudo de Bernardi e Kanan (2015) apresenta as características de estrutura física, de recursos humanos e de atendimentos ofertados a essa população de adolescentes nos serviços públicos de saúde mental, distribuídos em 9 municípios do estado de Santa Catarina. Foram participantes 75 profissionais de 19 serviços de Saúde Mental (CAPS), a saber: 7 CAPSij, 9 CAPS Ad e 3 CAPS III. A partir dos resultados, foi possível verificar as potencialidades dos CAPS quanto aos esforços de consolidar os princípios da reforma psiquiátrica e do SUS, atuar na perspectiva da atenção psicossocial, clínica ampliada, território e projetos terapêuticos singulares aos usuários do serviço.

Contudo, as fragilidades apresentadas pelos serviços estão associadas a diversos fatores, como a constituição das equipes, as estratégias de acesso aos usuários, as deficiências de recursos humanos e estruturais, dificuldade na efetivação das reuniões de equipe, o que indica a necessidade de apoio constante dos órgãos governamentais para a garantia e a efetividade do atendimento em saúde mental. Ainda, apontam sobre a fragmentação do cuidado ao adolescente com uso abusivo de drogas, que traz como lacuna a existência e a efetivação da RAPS, e sinaliza a necessidade de fomentar pesquisas relacionadas à saúde mental infantojuvenil, em especial a essa população adolescente usuária de álcool e outras drogas, a fim de fortalecer a assistência, a reflexão e o planejamento de políticas públicas eficazes (BERNARDI; KANAN, 2015).

O estudo de Araújo e colaboradores (2012) também visa a dialogar sobre adolescentes usuários de CAPS ADij a partir de uma comparação, baseada no registro de prontuários de 125 pacientes, sobre o perfil clínico e sociodemográfico dos adolescentes que permaneceram ou não em tratamento no CAPS Adi. Os resultados indicam que a permanência no serviço foi predominante no sexo masculino, entre usuários que fazem uso pesado de substâncias psicoativas, encaminhados por setores social e judicial, que possuíam relações familiares conflituosas e que contavam com sua participação no tratamento. Já quanto aos que não permaneceram em acompanhamento, atribui-se à evasão a falta de integração do serviço com

outros dispositivos da rede. Dessa forma, os autores discutem sobre a responsabilidade do CAPS na efetivação da articulação em rede e da relevância da participação das famílias na intervenção.

Quanto à atuação dos serviços de saúde mental infantojuvenis, porém com ênfase na articulação da RAPS, o estudo de Delfini e Reis (2012) contou com a participação de gerentes atuantes em CAPSij e na Estratégia de Saúde da Família – ESF para descrever e analisar as articulações entre tais equipes no âmbito de ações voltadas à saúde mental de crianças e adolescentes. Os resultados voltam-se para a discussão das ações de encaminhamento, matriciamento ou até parcerias que possibilitam a articulação com os CAPSij. No entanto, aspectos ligados à falta de recursos humanos, a cobrança por produtividade e a ausência de capacitação dos profissionais da ESF para atuar com saúde mental são indicados como obstáculos nas ações de articulação. Diante dos resultados, os autores também sugerem a realização de novos estudos que possam discutir a concretização das ações de saúde mental infantojuvenis articuladas em rede.

Nessa mesma direção, acerca da busca de efetivação na Atenção à Saúde Mental Infantojuvenil, o estudo de Teixeira e colaboradores (2015) buscou retratar no município de Campinas – SP o processo de reestruturação de dois serviços de Saúde Mental infantojuvenil segundo a ampliação do acesso e a reorientação do fluxo de atendimento. A partir da análise documental por meio da coleta de informações e dados de prontuários e documentos de dois serviços de Saúde Mental infantojuvenil, foram identificados, dentre os resultados, avanços e desafios na rede de Saúde Mental infantojuvenil do município. Dessa forma, os principais desafios encontrados nesse processo de mudanças foram associados à atuação multidisciplinar e à colaboração intersetorial. Entretanto, houve importantes avanços na organização da rede de saúde mental infantojuvenil, em especial pela ampliação do acesso mediante a articulação entre os serviços de CAPSij e Atenção Básica em Saúde como dispositivos de base comunitária articulados ao território, assim como a outros setores, a fim de atender o aumento na busca de cuidado pelos adolescentes e ampliar as condições de acesso à infância.

Nessa direção, o estudo de Nunes e colaboradores (2016) teve o intuito de conhecer as ações e parcerias que compõem a RAPS direcionada a crianças e adolescentes assistidos no CAPSij. A pesquisa adotou uma abordagem qualitativa e utilizou como instrumentos a observação e entrevistas semiestruturadas, tendo como participantes familiares de um CAPSij e a categoria de profissionais do referido CAPSij e ligados à rede intersetorial. A partir da análise dos dados, por meio da análise operativa, obtiveram-se três categorias voltadas para os

arranjos intersetoriais, as estratégias de articulação no cotidiano e o território. Dentre tais categorias, as autoras refletem sobre o compromisso coletivo nas ações em saúde mental para crianças e adolescentes fomentadas por ações intersetoriais entre saúde, educação, assistência social e promoção dos direitos; a corresponsabilização dos profissionais em vista da construção de uma rede articulada, territorializada e transdisciplinar; e a perspectiva de cuidado articulada ao território a fim de promover-se uma aproximação das singularidades e realidade dos indivíduos, bem como a garantia de um cuidado contínuo.

Frente à discussão das políticas públicas de Saúde Mental Infantojuvenil, o estudo de Couto e Delgado (2015) analisou os possíveis determinantes da inclusão tardia desse tema na agenda política da saúde mental brasileira por meio da análise do processo de construção das redes de cuidado direcionados a essa população. Dentre os apontamentos observados, os autores discutem sobre o histórico assistencial à infância e adolescência voltado aos setores da educação, assistência social, justiça e direito, que, a priori, ofertavam cuidados disciplinares e institucionalizantes. Entretanto, a partir do reconhecimento aos Direitos Humanos e da ocorrência de grandes marcos, tais como a Convenção da ONU, a promulgação do ECA no Brasil, a III Conferência Nacional de Saúde Mental (III CNSM) e a emergência da Lei de Saúde Mental, tornou-se possível o desenvolvimento de uma nova concepção para a infância e a adolescência, bem como suas implicações no cenário das políticas públicas, o que, além de legitimar ao Estado brasileiro a responsabilidade de cuidado à população infantojuvenil, reafirmou a necessidade da atenção psicossocial para crianças e adolescentes pautada na compreensão de sujeitos de direitos, da operação em rede e territorial, e da promoção de inclusão social e cidadania (COUTO; DELGADO, 2015).

Ademais, os autores ressaltam que há a necessidade de superação de impeditivos na busca de efetivação da atenção psicossocial infantojuvenil, principalmente nas questões relacionadas à expansão insuficiente dos CAPSij, às fragilidades na formação em saúde mental, às contradições institucionais que impactam no vínculo e no processo do trabalho, a falta de supervisão clínico-institucional aos profissionais, a baixa institucionalidade das redes de atenção no âmbito nacional, a carência de estratégias de avaliação e monitoramento para a atenção psicossocial, dentre outros desafios relacionados à efetivação da atenção psicossocial como forma de cuidado na saúde mental infantojuvenil (COUTO; DELGADO, 2015).

O trabalho de Zaniani e Luzio (2014) enfatiza o cenário da política nacional de saúde mental infantojuvenil desenvolvida nos CAPSij, assim como a função e o local que a intersetorialidade tem ocupado nas produções científicas da última década divulgadas em

periódicos brasileiros e a concepção de saúde mental que elas revelam. Dessa forma, foram analisados 14 artigos que tratavam, de forma geral, dos CAPSij segundo os relatos de práticas/experiências, pesquisas com profissionais e usuários, perfil de usuários e serviços e, em específico, da intersetorialidade e a concepção de saúde mental associada. Nessas publicações, os autores encontraram diversas considerações sobre intervenções centradas nos indivíduos, o que leva à reflexão de que a literatura da área possa estar dialogando mais com a clínica tradicional ou das especialidades e pouco com a clínica ampliada, que os autores pontuam como uma das diretrizes do campo da saúde mental.

Já sobre a intersetorialidade, alguns dos estudos somente a referenciam como premissa para a integralidade do cuidado no CAPSij, porém não é posta em destaque. Uma vez que se trata de um campo marcado por impasses e desafios, os autores concluem que é preciso a continuidade na discussão sobre as ações dos CAPSij associadas às ações intersetoriais, seja nas ações de cuidado, seja nas publicações veiculadas nos meios científicos (ZANIANI, LUZIO, 2014).

No que diz respeito à discussão sobre a articulação em saúde mental na atenção ao adolescente, o trabalho de Pereira e colaboradores (2014) visa a debater algumas estratégias utilizadas por serviços e entre serviços para a atenção à crise psicossocial desses sujeitos com base em seus itinerários terapêuticos. Assim, analisa as trajetórias compreendidas por usuários e familiares na busca por cuidado em saúde, bem como os sentidos dados por eles ao adoecimento e à atenção recebida. Foi realizada uma pesquisa qualitativa, em um serviço de CAPSij de um município da região metropolitana do Rio de Janeiro, que utilizou como principais estratégias metodológicas os Itinerários Terapêuticos e as técnicas de Narrativas de Vida. Os participantes do estudo foram três adolescentes, um familiar responsável por cada adolescente, e cinco profissionais do CAPSij.

Nos resultados, devido ao limite de espaço do artigo, foi apresentado o itinerário terapêutico de apenas uma adolescente de 17 anos, a partir do qual foi possível notar que a crise não pode ser vivida no e pelo CAPSij, assim como o desenvolvimento das ações em rede fora do espaço institucional, o que evidencia, no estudo, a realidade de um serviço de atenção psicossocial a adolescentes marcada por precariedades no trabalho, ausência de espaços de acolhida diante a horários e condições restritas, dificuldades de implementação do cuidado ao sofrimento psíquico e na realização do trabalho intersetorial. Desse modo, aponta-se a necessidade de acompanhamento do Ministério da Saúde e dos governos estaduais e municipais para que haja a viabilização de recursos que venham a sustentar o Projeto de

Saúde Mental dos serviços de CAPS, pautados em espaços de educação permanente, articulação em rede, acolhida em situações de crise e estímulo à participação ativa de adolescentes e seus familiares.

Na busca de compreensão do universo adolescente, o estudo de Fernandes e Matsukura (2016) buscou identificar o dia a dia de adolescentes em sofrimento psíquico inseridos em um CAPSij e compreender os alcances e limites desse dispositivo de cuidado na saúde mental infantojuvenil. Tratou-se de um estudo de caso qualitativo, que envolveu a metodologia de Inserção Ecológica. A pesquisa contou com a participação de 13 adolescentes, com idades entre 12 e 18 anos, e a análise dos dados ocorreu de forma descritiva e pela identificação de extratos representativos baseados na Teoria Bioecológica de Bronfenbrenner, sendo referentes ao processo, à pessoa, ao contexto e ao tempo.

Dentre os principais resultados, as autoras encontraram a prática de ações que buscam atender as premissas da reabilitação psicossocial e das políticas públicas, pautadas por uma gama de atividades que visam à inserção social dos usuários e ao estímulo aos relacionamentos interpessoais. Já sobre os desafios, foi relacionada somente a necessidade de efetivação das ações intersetoriais, em especial com o âmbito da educação (FERNANDES; MATSUKURA, 2016).

A partir do exposto, ainda que o levantamento apresentado aqui não seja proveniente de revisão sistematizada, é possível observar que parece haver uma escassez importante de estudos que se debrucem sobre a atenção psicossocial de crianças e adolescentes de forma geral e, especialmente, que focalizem as especificidades da atenção ao adolescente que vivencia o sofrimento psíquico, de modo que é consenso entre os autores a necessidade de mais investigações e ações que se dediquem a essa questão, desenvolvendo discussões e reflexões que possam considerar as realidades da vivência do sofrimento psíquico na adolescência e da atenção a esse sofrimento, singularizando essa realidade e destacando-a da infância (DELFINI; REIS, 2012; SANTOS et al., 2011; ZANIANI; LUZIO, 2014; FERNANDES; MATSUKURA, 2016).

Portanto, o presente estudo focalizou a atenção psicossocial de adolescentes, buscando compreender como tem sido ofertado o cuidado a essa população em pontos de Atenção Básica e Psicossocial da RAPS, a partir da percepção de profissionais. Acredita-se que estudos como este podem fornecer subsídios e instrumentalizar discussões e planejamentos de políticas públicas voltadas a essa população, bem como contribuir com a melhor compreensão

a respeito dos caminhos percorridos pelos adolescentes e suas famílias na busca de tratamento frente ao sofrimento psíquico, incluindo o uso de álcool e outras drogas.

## **4 OBJETIVOS**

### **4.1 Objetivo Geral**

Identificar como tem ocorrido a atenção psicossocial ao adolescente sob a ótica de Profissionais vinculados aos serviços de Atenção Básica em Saúde (UBS e USF) e ao serviço da Atenção Psicossocial Estratégica (CAPS infantojuvenil – CAPSij).

### **4.2 Objetivos Específicos**

- Identificar as percepções de profissionais do CAPSij a respeito da inserção e da atenção psicossocial a adolescentes e suas famílias em tal serviço;
- Identificar as percepções de profissionais de Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades de Saúde da Família (USF) a respeito da inserção e do cuidado a adolescentes com sofrimento psíquico e suas famílias em tais serviços;
- Identificar as percepções dos profissionais dos serviços de CAPSij e UBS/USF a respeito das ações em rede direcionadas à atenção psicossocial de adolescentes.

## **5 MÉTODO**

O presente estudo é uma pesquisa exploratória e descritiva, em que a investigação de uma problemática pouco conhecida possibilita a exploração dos conceitos e o apontamento para realização de estudos futuros (SAMPIERI; COLLADO; LUCIO, 2006).

E, buscando responder aos objetivos propostos de forma efetiva, adotou-se a abordagem qualitativa, na medida em que visa a apreender as percepções presentes na compreensão dos profissionais de serviços de Atenção Psicossocial Estratégica e dos serviços da Atenção Básica em Saúde e de como tem ocorrido a atenção psicossocial de adolescentes (MINAYO; SANCHES, 1993).

### **5.1 Participantes**

O estudo contou com a participação de 19 profissionais de nível superior e médio, a saber: 7 profissionais que atuam na Atenção Psicossocial Estratégica (CAPSij), e 12 profissionais vinculados aos serviços de Atenção Básica em Saúde, sendo 6 profissionais de Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 6 profissionais de Unidades de Saúde da Família (USF).

Adotaram-se como critérios de inclusão para a participação dos profissionais neste estudo os seguintes aspectos: (a) estar vinculado há pelo menos 6 meses no serviço; (b) desenvolver ações de cuidado com os adolescentes em sofrimento psíquico e suas famílias; (c) aceitar participar do estudo; e (d) assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). No que concerne à participação dos profissionais de serviços da Atenção Básica em Saúde (UBS e USF), ressalta-se que ocorreu pela indicação inicial do CAPSij quanto aos serviços de UBS e USF que mais realizassem ações em rede.

### **5.2 Local da Pesquisa**

O estudo foi desenvolvido em quatro serviços de Atenção Básica em Saúde, sendo duas UBSs e duas USFs, e em um serviço de Atenção Psicossocial Estratégica, representado pelo CAPSij, localizados em um município de médio porte do interior do Estado de São Paulo. O município tem população estimada em 200 mil habitantes, renda per capita de R\$ 944,11, e população residente para o grupo de 10 a 14 anos de idade equivalente a 13.900

pessoas, aproximadamente 7% da população geral, e, para a faixa de 15 a 19 anos de idade, estimada em 14.490 indivíduos, cerca de 7,3% do total (IBGE, 2015).

Conforme o Plano de Saúde Municipal (PMS 2014-2017), observa-se que a rede de saúde pública e privada prestadora de serviços ao SUS é composta por 69 estabelecimentos de Saúde, sendo a gestão municipal responsável por 66 estabelecimentos, e a esfera estadual, por 3 equipamentos. Com relação à gerência destes 66 estabelecimentos de saúde, tem-se que 41 equipamentos são administrados pela rede pública, 23 estabelecimentos são da esfera privada, e 2 serviços de saúde são gerenciados pelo Estado (FUNDAÇÃO SAÚDE, 2014).

Com referência aos equipamentos de saúde, eles são estruturados para atender aos diversos níveis de atenção, a saber: Unidades Básicas de Saúde, Centro de Especialidades (Ambulatórios, CAPS, Centro de Habitação), Urgência/Emergência, Vigilância em Saúde, Central de Regulação e Hospital Geral (FUNDAÇÃO SAÚDE, 2014).

Sobre a organização voltada para a Atenção Básica em Saúde no município, ele conta com seis equipamentos de Unidade Básica de Saúde (UBS), onze Unidades de Saúde da Família (USF), treze Equipes de Saúde da Família (ESF) e um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Na Atenção Psicossocial Estratégica, o município vem implementando a RAPS e conta com pontos de atenção em cinco componentes da RAPS: os CAPS nas modalidades CAPS infantojuvenil (CAPSij), CAPS III, CAPS Ad, além dos ambulatórios de referência para a Infância e Adolescência e de especialidade em Saúde Mental; Atenção à Urgência e Emergência; Estratégia de Desinstitucionalização (Programa de Volta para Casa) e Estratégias de Reabilitação Psicossocial (empreendimentos solidários) (FUNDAÇÃO SAÚDE, 2014).

Ressalta-se que a escolha de participação exclusiva do serviço de CAPSij no que se refere à atenção especializada em saúde mental, em detrimento do ambulatório especializado para crianças e adolescentes, disponível entre os serviços de saúde do município-alvo, deu-se em consonância com as políticas públicas vigentes na atenção psicossocial do adolescente, bem como pelo fato de o serviço de CAPSij no município pesquisado atuar como porta de entrada da Saúde Mental na tentativa de efetivação da RAPS, sendo o órgão responsável pelo encaminhamento dos casos ao ambulatório. Ainda, segundo consta do documento da Fundação de Saúde datado de 2014, as ações de saúde mental junto à Atenção Básica, em especial com a USF, estão sendo iniciadas por meio das ações de matriciamento.

### **5.3 Instrumentos de coleta de dados**

Foram utilizados quatro instrumentos para a coleta de dados, sendo dois formulários para registro e caracterização dos profissionais e dos serviços, e dois roteiros de entrevistas semiestruturados. A seguir, apresenta-se uma descrição de tais instrumentos.

#### **5.3.1 Formulário de Caracterização para o CAPS infantojuvenil – CAPSij**

Composto por 10 questões relacionadas a tempo e horário de funcionamento, número de técnicos, identificação de técnicos que ofertam cuidados aos adolescentes e suas famílias, área de abrangência, prontuários inscritos, identificação de ações desenvolvidas para os adolescentes e suas famílias.

#### **5.3.2 Formulário de Caracterização para os serviços de Atenção Básica em Saúde**

Composto por 6 questões referentes a tempo e horário de funcionamento, número de técnicos, identificação de técnicos que ofertam cuidados aos adolescentes e suas famílias, área de abrangência, prontuários e inscritos, identificação de ações desenvolvidas para os adolescentes e suas famílias.

#### **5.3.3 Roteiro de Entrevista direcionado aos Profissionais do CAPSij**

Composto por 24 questões que abordaram as seguintes temáticas: dados de identificação, estratégias de cuidado desenvolvidas para o adolescente e sua família no CAPSij, ações em rede, articulações com os serviços de UBS e USF, percepção dos participantes a respeito da adesão do adolescente no serviço, do trabalho com as famílias, sobre a assistência ao adolescente com sofrimento psíquico, e a respeito da formação profissional.

#### **5.3.4 Roteiro de Entrevista direcionado aos Profissionais da Atenção Básica em Saúde**

Composto por 15 questões que tratam das seguintes temáticas: dados de identificação, percepção dos profissionais sobre a adesão do adolescente em sofrimento psíquico e sua

família no serviço, percepção do cuidado realizado com o adolescente e sua família, conhecimento das políticas públicas direcionadas para essa população adolescente, articulações com o CAPSij, ações em rede, percepções sobre a assistência ao adolescente com sofrimento psíquico, percepção sobre a formação profissional.

## **5.4 Procedimentos**

### **5.4.1 Aspectos Éticos**

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) em 09/10/2015, tendo sido aprovado em 12/02/2016, sob o número 1.406.881. Somente após sua aprovação os procedimentos de coleta de dados foram efetuados.

Primeiramente, entrou-se em contato com o serviço de Atenção Psicossocial Estratégica que atende adolescentes do município, ou seja, o CAPSij, a fim de apresentar o estudo e iniciar os procedimentos necessários para autorização de sua execução na cidade. No caso, houve o interesse de participação pelo serviço, porém foi informado à pesquisadora que era preciso entrar em contato com a Fundação Municipal de Saúde para protocolar o projeto e encaminhá-lo para ciência e autorização do Secretário de Saúde. Foi, então, realizado esse procedimento e, após o retorno do aceite do protocolo, foi efetuado o contato com a Coordenadora da Saúde Mental e a Coordenadora da Atenção Básica em Saúde para apresentação do estudo e de seus objetivos.

### **5.4.2 Elaboração e validação dos Questionários e Roteiros de Entrevista Semiestruturados**

Foram elaborados pelas pesquisadoras dois roteiros de entrevista semiestruturados baseados em revisão de literatura e conforme os objetivos do presente estudo.

Segundo Manzini (1991), a entrevista consiste em todo tipo de informação solicitada por alguém a fim de se obterem dados. Assim, a elaboração dos roteiros de entrevistas semiestruturados no processo da pesquisa deve facilitar a sua condução pelo pesquisador, uma vez que ajuda indiretamente o entrevistado a fornecer informações de modo mais claro, além de propiciar a possibilidade de interação social.

Seguida a elaboração dos roteiros e a fim de torná-los mais adequados aos objetivos da pesquisa, conforme sugere Manzini (2003), eles foram encaminhados para validação de um Comitê de Juízes Especialistas. Assim, cinco juízes especialistas, ou seja, profissionais e pesquisadores atuantes em Saúde Mental Infantojuvenil, foram convidados e aceitaram realizar a avaliação dos instrumentos.

Após o aceite à participação, foi enviado a esses juízes considerações sobre os objetivos do estudo e os roteiros para serem avaliados dentro de um prazo estabelecido. Ao fim desse período, os juízes retornaram suas considerações quanto à especificação dos formulários para os serviços participantes, à inclusão de informações específicas, à inclusão de questões sobre as atividades desenvolvidas com os adolescentes, às ações de cuidado em rede, e sugeriram retirar dados de identificação.

Findados os ajustes necessários nos instrumentos de pesquisa, foram realizadas entrevistas-piloto e, para tanto, foram convidados dois profissionais de serviços de Atenção Básica em Saúde e Atenção Psicossocial Estratégica, os quais não apresentavam vínculo com o local de pesquisa. Feitas a transcrição e a análise da estrutura das questões e das respostas obtidas, realizou-se nova adequação dos instrumentos, elaborando-se a versão final para ser utilizada na coleta de dados (Apêndices A, B, C, D).

#### 5.4.3 Identificação e localização dos participantes

Após as etapas de autorização do estudo pela Secretaria Municipal de Saúde, e do contato com as coordenadoras da Atenção Básica em Saúde e da Saúde Mental, a pesquisadora pôde procurar diretamente as Coordenadoras dos serviços de UBS/USF e CAPSij.

No contato com o CAPSij para o convite à participação no estudo, de início, foi realizada uma reunião somente com a Coordenadora do serviço para esclarecer dúvidas e pedir a indicação de profissionais do CAPSij. A seguir, foi ofertado à pesquisadora participar de uma reunião de equipe e fazer o convite direto aos oito profissionais presentes, sendo, nessa conversa, demonstrado o aceite à participação por sete profissionais e também já agendado com a pesquisadora um novo encontro para a realização das entrevistas no serviço.

Também foi solicitada à Coordenação do CAPSij que indicasse até quatro serviços de UBS e USF que mais realizam ações de articulação (encaminhamentos, ações em conjunto, matriciamento, dentre outros) no cuidado com adolescentes, porém o CAPSij apontou que no

município está sendo iniciado um projeto de matriciamento com os equipamentos de Atenção Básica em Saúde (ABS) e que, portanto, não poderiam indicar um serviço de UBS ou USF que correspondesse completamente a tal critério definido no estudo. Assim, coube ao CAPSij fazer apenas a indicação de equipamentos da ABS que já realizaram algum encaminhamento referenciado ou outro tipo de intervenção em conjunto com o CAPSij, sendo, então, disponibilizados os contatos de somente duas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e de duas Unidades de Saúde da Família (USF).

Após a indicação da coordenação do CAPSij de cada uma das quatro unidades da ABS (2 UBSs e 2 USFs), as coordenadoras desses serviços foram procuradas individualmente pela pesquisadora a fim de explicar-lhe os objetivos do estudo e solicitar-lhe a identificação de profissionais que mais realizassem atividades com adolescentes em sofrimento psíquico. Ao todo, foram indicados para o convite à participação 15 profissionais; destes, três recusaram-se a participar, sendo dois profissionais da classe médica e um da enfermagem. Tais profissionais apresentaram como justificativas o fato de não realizarem ações com o adolescente em sofrimento psíquico e a falta de horário na agenda.

Portanto, aceitaram participar do estudo 12 profissionais dos serviços de UBS e USF.

## **5.5 Coleta dos Dados**

A coleta de dados foi realizada nas dependências dos serviços participantes em horários previamente agendados com os profissionais, buscando não prejudicar as suas atividades de trabalho. As entrevistas, a seu turno, foram feitas individualmente com cada profissional, em salas de atendimentos dos serviços, e tiveram, em média, a duração de 40 minutos.

Na situação das entrevistas, eram apresentados aos profissionais o Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), e, após a assinatura, os instrumentos de coleta de dados sob a forma de entrevista. Ressalta-se que todas as entrevistas foram gravadas em áudio e, após a transcrição, os participantes foram procurados novamente, e outro horário foi agendado com cada um para a realização do processo de validação de suas falas.

Assim, foram realizadas no CAPSij entrevistas com 8 profissionais, porém, na fase de validação dos dados, uma profissional desistiu de participar, restando, portanto, sete profissionais participantes do CAPSij.

Com relação aos participantes dos serviços de UBS/USF, foram realizadas entrevistas com 12 profissionais, sendo seis profissionais das USFs e seis da UBSs. Registra-se que, durante as entrevistas, todos os profissionais foram informados sobre a possibilidade de validação de suas falas após a transcrição, exceto em caso de indisponibilidade do participante para a realização de tal procedimento. Contudo, nesse processo houve o consenso de todos os sujeitos quanto ao uso de suas falas no estudo. Dessa forma, dentre os profissionais, foi possível realizar a validação das falas com 10 deles, pois o 11º participante havia entrado em período de férias, e o 12º justificou-se pela indisponibilidade de horário.

## 5.6 Análise dos Dados

Os Questionários de Caracterização dos Serviços foram analisados de forma descritiva a partir de tabelas confeccionadas no Programa Excel, considerando seus objetivos.

A análise dos dados das entrevistas semiestruturadas foi feita pela técnica de Análise Temática, uma das técnicas preconizadas no método da Análise de Conteúdo de Bardin (BARDIN, 2009).

Segundo a autora, o método de Análise de Conteúdo consiste em uma única técnica ou em um conjunto de técnicas que emprega procedimentos sistemáticos e objetivos a fim de analisar e interpretar o conteúdo das verbalizações, de forma que o interesse reside naquilo que o conteúdo e suas significações possam oferecer ao investigador após ser tratado e classificado (BARDIN, 2009).

Em especial, a Análise Temática, para a autora, consiste na técnica de Análise dos Significados, em que a concepção da unidade de registo e contexto *tema*, característica principal da Análise de Conteúdo, seja por meio de recortes em ideias constituintes, seja por meio de enunciados ou outros, representa a expressão de significados libertos de um material ao nível de análise que se faz sob ele. Nesse sentido, o emprego da Análise Temática permite a descoberta dos núcleos de sentido que compõem a comunicação, sendo a aparição e a frequência de tais núcleos de sentido possíveis indicadores de significados frente ao objeto analítico escolhido (BARDIN, 2009).

A organização dessa técnica envolve as seguintes etapas: a) Pré-análise (organização e sistematização das ideias iniciais por meio da escolha dos documentos, definição de hipóteses e objetivos, e elaboração de indicadores precisos e seguros); b) Exploração do material (envolve a aplicação sistemática segundo alguns critérios, como as operações de codificação, decomposição e/ou enumeração, e regras previamente formuladas; destaca-se, entre tais

sistematizações, o emprego da codificação, na qual se compreende o recorte – escolha das unidades – por meio do tema e a sua agregação, isto é, a escolha das categorias temáticas); c) Tratamento dos Resultados e Interpretações (BARDIN, 2009).

Nessa direção, as entrevistas realizadas no presente estudo foram gravadas, transcritas na íntegra e, posteriormente, realizou-se a leitura exaustiva do material. Por meio desse processo sistemático de leitura, foi possível identificar os temas e os núcleos de sentido pertinentes aos objetivos do estudo, e, em seguida, realizou-se a etapa de categorização do conteúdo.

## **6 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Os resultados obtidos neste estudo, a partir da coleta de dados com os profissionais dos serviços da Atenção Psicossocial Estratégica e da Atenção Básica em Saúde, serão apresentados, juntamente com as discussões emergidas, nas seguintes seções:

6.1 Caracterizações dos serviços e participantes;

6.2 Resultados e discussões advindos das entrevistas junto aos profissionais do CAPSij;

6.3 Resultados e discussões advindos das entrevistas junto aos profissionais da Atenção Básica em Saúde.

### **6.1 Caracterização dos Participantes e Serviços**

Nesta seção, são apresentados os resultados obtidos no presente estudo referentes às informações sobre a identificação dos profissionais e dos serviços participantes da Atenção Básica em Saúde (UBS e USF) e do CAPSij, seguidos das discussões.

Assim, a seção será organizada da seguinte forma:

- Caracterização do serviço e das ações desenvolvidas para os adolescentes em sofrimento psíquico e seus familiares no CAPSij;
- Identificação dos profissionais participantes do CAPSij;
- Caracterização do serviço e das ações desenvolvidas para os adolescentes em sofrimento psíquico e seus familiares na ABS;
- Identificação dos profissionais participantes da ABS.

#### **6.1.1 Caracterização do CAPS Infantojuvenil (CAPSij)**

A seguir, serão apresentados os dados referentes ao CAPSij, subdivididos em duas subseções com seus respectivos quadros.

### 6.1.1.2 Caracterização do CAPSIJ

Na sequência, no Quadro 2, são apresentados e discutidos os dados de caracterização do CAPSIj, como tempo de funcionamento, equipe, área de abrangência, unidades de referência, prontuários ativos, total de inscritos, prontuários de adolescentes, faixa etária dos adolescentes, distribuição por gênero (geral), distribuição por gênero (adolescentes), atividades para os adolescentes e atividades para os familiares.

Quadro 2 – Caracterização do CAPSij

<b>Tempo de Funcionamento</b>	<b>Equipe</b>	<b>Área de Abrangência</b>	<b>Total de Inscritos</b>	<b>Prontuários Ativos</b>	<b>Prontuários de Adolescentes</b>	<b>Distribuição por gênero (geral)</b>	<b>Distribuição por gênero (adolescentes)</b>	<b>Diagnósticos</b>	<b>Atividades para Adolescentes</b>	<b>Atividades para Familiares</b>
2 anos e 6 meses	1 Assistente Social 1 Auxiliar de Serviços Gerais 1 Escriturário 1 Fonoaudióloga 2 Médicos 3 Psicólogas 1 Recepcionista 1 Técnico de Enfermagem 1 Terapeuta Ocupacional	Área do município de 498,4 km², com cerca de 200 mil habitantes.	2702	539	241	37,6% F 62,3% M	45,2% F 54,7% M	Transtornos Alimentares; Depressão; Uso e abuso de álcool e drogas; Dificuldade escolar; Psicoses; Queixas sociais.	Ambiência; Grupos e oficinas; Construção do PTS; Ações externas em parceria com a rede.	Escuta qualificada; Grupo de pais.

Fonte: elaborado pelo autor

A partir dos dados apresentados sobre o CAPSij em questão, observa-se ser um serviço recém implantado no município. Quanto à equipe multidisciplinar, nota-se que está composta por doze profissionais, sendo oito profissionais de nível técnico/superior, três de nível médio, e uma de nível fundamental.

Com relação à área de abrangência, verifica-se que engloba todos os serviços de saúde do município, apresentando população estimada em cerca de duzentos mil habitantes (IBGE, 2015). A partir do exposto, depreende-se uma possível sobrecarga do serviço diante da tentativa de efetivação da atenção psicossocial, já que, segundo a RAPS, os serviços de CAPSij justificam-se em territórios com população acima de 70.000 habitantes (BRASIL, 2013b), condição que não se evidencia no serviço participante do presente estudo.

Bernardi e Kanan (2015) dissertam sobre as fragilidades apresentadas pelos serviços de saúde mental mediante diversos fatores, tais como déficits em recursos humanos e estruturais, na constituição da equipe e na estratégia de acesso aos usuários. Couto e Delgado (2015) também discutem sobre os impeditivos na atenção psicossocial, que, para os autores, envolvem outras carências que necessitam ser problematizadas, tais como a expansão insuficiente dos CAPSij, a baixa institucionalidade das redes de atenção no âmbito nacional, a carência de estratégias de avaliação e monitoramento para a atenção psicossocial, dentre outros desafios.

Nessa direção, nota-se, quanto às ações desenvolvidas para os adolescentes em sofrimento psíquico e seus familiares, que há uma gama de ações em curso para esse público-alvo e suas famílias, como a ambiência, a realização de grupos e oficinas e atendimentos individuais, o que está em consonância com a literatura da área e as premissas das políticas públicas de saúde mental. Verifica-se, também, que, pelo fato de a área de abrangência imposta ao CAPSij ser extensa, pode-se compreender a realização das atividades, em sua maioria, no interior do serviço, apesar da busca do CAPSij em desenvolver ações compartilhadas, porém ainda sem iniciativas comunitárias e territoriais.

Sobre os dados referentes ao índice de adolescentes atendidos e a questão de gênero, identifica-se que essa população corresponde a 9,24% dos usuários do CAPSij, com prevalência de maior utilização do serviço pelos meninos (55,6%), situados entre as faixas de 14 a 17 anos. Tais achados corroboram alguns estudos, que indicam poder haver uma maior concentração de adolescentes nos CAPSij entre as faixas de 15 a 18 anos; entretanto tal indicação ainda não é um consenso na literatura da área, pois há a necessidade de efetivação da atenção psicossocial a adolescentes exclusivamente nos serviços de CAPSij, ao invés da

difusão da possibilidade de atendimentos em diferentes centros de atenção à saúde mental (LIMA et.al, 2015).

#### 6.1.1.3 Identificação dos profissionais

A partir do Quadro 3, são apresentados e discutidos os resultados que caracterizam os profissionais atuantes no serviço de CAPSij, como gênero, idade, escolaridade, formação, instituição, tempo de atuação no serviço, tempo de formação e formação complementar.

Quadro 3 – Identificação dos Profissionais do CAPSij

	<b>Sexo</b>	<b>Idade</b>	<b>Escolaridade</b>	<b>Formação</b>	<b>Tempo de Atuação no Serviço</b>	<b>Tempo de Formação</b>	<b>Formação Complementar</b>
<b>P1</b>	F	28	Superior	Assistente Social	2 anos	6 anos	Saúde Mental
<b>P2</b>	F	27	Superior	Fonoaudióloga	1 ano e 1 mês	5 anos	Neonatologia
<b>P3</b>	F	30	Superior	Psicóloga	4 anos	7 anos	Mestrado em Psicologia
<b>P4</b>	F	29	Superior	Psicóloga	7 meses	4 anos	Mestrado em Psicologia e Psicanálise
<b>P5</b>	F	45	Superior	Psicóloga	2 anos e 6 meses	21 anos	Psicologia Institucional
<b>P6</b>	F	55	Ensino Fundamental	Agente Administrativo – Serviços Gerais	3 anos	-----	Não
<b>P7</b>	F	29	Superior*	Agente Administrativo – Recepcionista	1 ano	6 anos	Não

\* Embora esta profissional tenha formação em nível superior, sua atuação no serviço envolve uma função de nível médio.

Fonte: Elaborado pelo autor

Observa-se, entre as sete participantes, que todas são mulheres. Com relação à escolaridade, seis apresentam nível superior, porém cinco participantes atuam como profissionais de saúde na categoria nível superior e duas são profissionais da categoria nível médio na atenção psicossocial do CAPSij. Quanto à diversidade profissional das participantes, nota-se um predomínio de formação na área de Psicologia. As idades das participantes variam de 27 a 55 anos, e somente cinco profissionais apresentam formação complementar, sendo quatro delas especializações voltadas para a Saúde Mental.

Ainda sobre a equipe participante, é composta por doze profissionais, dos quais oito são de nível técnico/superior, três de nível médio e uma de nível fundamental. Assim, nota-se uma variedade de categorias profissionais de nível superior, sendo dois médicos, três psicólogas, um terapeuta ocupacional, um fonoaudiólogo e um assistente social, o que favorece a oferta de cuidados médicos, psicológicos, de assistência social e por meio de grupos com diversos objetivos. Porém, de acordo com as políticas públicas da saúde mental, observa-se a ausência do profissional da enfermagem, de outros profissionais de nível técnico, como, por exemplo, o técnico educacional e o artesão, que também têm a contribuir na promoção da atenção psicossocial com ênfase em espaços coletivos e articulados às redes de saúde (BRASIL, 2014).

#### 6.1.2 Caracterização dos Serviços de Atenção Básica em Saúde (UBS e USF)

A seguir, são apresentados os dados referentes aos serviços de UBS e USF, subdivididos em duas seções com seus respectivos quadros.

##### 6.1.2.1 Caracterização dos Serviços de UBS e USF

No Quadro 4, são apresentados e discutidos os dados de caracterização dos serviços de UBS e USF a partir das variáveis: tempo de funcionamento, equipe, área de abrangência, unidades de referência, prontuários ativos, total de inscritos, prontuários de adolescentes, faixa etária dos adolescentes, distribuição por gênero (geral), distribuição por gênero (adolescentes), atividades para os adolescentes, atividades para os familiares e outras observações.

Quadro 4 – Caracterização dos Serviços de UBS e USF

	Tempo de Funcionamento	Equipe	Área de Abrangência	Total de Inscritos	Prontuários Ativos	Prontuários de Adolescentes	Unidades de Referência para Saúde Mental	Atividades para Adolescentes	Atividades para Familiares
UBS 1	30 anos	2 Enfermeiros, 13 Médicos, 3 Dentistas, 1 Assistente Social, 16 Técnicos de Enfermagem, 6 Recepcionistas, 1 Escriturário, 6 Auxiliares de Serviços Gerais.	Atende 21 bairros adstritos à área central.	28.594	25.000	950	CAPS III, CAPS Ad, CAPSij	Atendimento com médica hebiatra; Encaminhamentos referenciados da hebiatra para a rede de serviços.	Acompanhamento nos programas Bolsa Família e Viva Leite.
UBS 2	30 anos	2 Enfermeiros, 18 Médicos, 3 Dentistas, 1 Assistente Social, 1 Nutricionista, 16 Técnicos de Enfermagem, 1 Auxiliar de Saúde Bucal, 8 Recepcionistas, 1 Escriturário, 1 Cadastrador Cartão SUS, 1 Auxiliar de Serviços Gerais	Atende 23 bairros.	61.000	Não soube informar*	Não soube informar**	CAPS III, CAPS Ad, CAPSij	A oferta de cuidados é a mesma para os adolescentes e os demais usuários.	Consultas médicas; Assistência ao Pré-Natal; Vacinação; Programas de auxílio social, Exame Papa Nicolau; Teste para DSTs, Cadastro Cartão SUS.
USF 1	11 anos	2 Médicos, 2 Enfermeiros, 1 Dentista, 2 Técnicos de Enfermagem, 7 Agentes Comunitários de Saúde, 1 Auxiliar de Serviços Gerais	Atende nove microáreas distribuídas entre dois distritos, além da zona rural	4000	1500	Não soube informar**	CAPS III, CAPS Ad, CAPSij	Grupos na USF e na escola voltados aos temas: uso e abuso de drogas, gravidez na adolescência, DSTs e outras questões ligadas à fase.	Visitas domiciliares; Acompanhamento na USF.
USF 2	10 anos	3 Médicos, 1 Enfermeiro, 1 Dentista, 1 Educador Físico, 3 Técnicos de Enfermagem, 7 Agentes Comunitários de Saúde, 1 Auxiliar de Saúde Bucal, 1 Auxiliar de Serviços Gerais	Atende dois bairros.	Acima de 5000	Não soube informar*	Não soube informar**	CAPS III, CAPS Ad, CAPSij	Assistência ginecológica; Acompanhamento de Pré-Natal; Ações de contracepção.	Orientações sobre: exame Papa Nicolau; Assistência Pré-Natal; Uso de álcool e outras drogas.

\*Os serviços de UBS 1 e UBS 2 estão descritos com tempo de funcionamento igual a 30 anos, o que corresponde ao fato de tais equipamentos serem antigos no município. No entanto, com as atuais normativas do SUS e da ABS, os serviços participantes passaram por modificações associadas.

\*\* Os serviços participantes que não souberam informar os dados numéricos de caracterização dos usuários, em especial dos adolescentes, justificaram não conter registro de tais informações devido à mudança de sistema de dados em saúde ocorrida no ano de 2015, que levou à implantação do E-sus como o principal sistema de informações. Porém, as coordenadoras dos serviços mencionam dificuldades para compreender o sistema e o modo de registro atual dos dados dos usuários e de caracterização do serviço.

Fonte: Elaborado pelo autor.

A partir dos dados apresentados sobre os serviços de atenção básica participantes, observa-se que estão em funcionamento há bastante tempo no município.

Conforme preconizado pela política de atenção básica, a implantação de UBS deve levar em consideração a parceria com a estratégia de saúde da Família. Assim, uma UBS que não conte com a USF deve abranger até no máximo 18 mil habitantes, enquanto à UBS que conta com a USF recomenda-se a abrangência de até no máximo 12 mil habitantes. Já para as equipes de Saúde da Família, é preconizado que cada dispositivo seja responsável por até 4000 pessoas, com média recomendada de 3000 pessoas. Diante de tais considerações, é importante ressaltar que são respaldadas segundo os princípios do acesso, do vínculo, da continuidade do cuidado e da responsabilidade sanitária, em vista do reconhecimento das diferentes realidades sócio-epidemiológicas, bem como das diversas necessidades de saúde dos usuários (BRASIL, 2012a).

No que diz respeito às ações voltadas para os adolescentes e seus familiares nos serviços participantes, nota-se a realização de ações mais curativas desenvolvidas por intermédio de consultas especializadas, vacinas, exames, orientações e, em casos de demandas sociais, ocorrem o encaminhamento e o acompanhamento em programas sociais. Além disso, especialmente no que concerne à atenção aos adolescentes, observam-se, na USF 1, ações de promoção da saúde voltadas diretamente para essa população (grupos na escola), na USF 2, ações relacionadas a consultas ginecológicas e acompanhamento da gravidez, e, na UBS 1, as ações concentram-se na consulta com médico hebiatra.

Cabe ressaltar que os resultados apresentados acima, referentes, principalmente, às atividades voltadas aos adolescentes nas unidades básicas de saúde, serão aprofundados a partir das entrevistas realizadas com os profissionais e, portanto, discutidos na ocasião de apresentação de tais dados qualitativos, na seção 6.3.

## 6.1.2.2 Identificação dos profissionais

No Quadro 4, são apresentados e discutidos os resultados que caracterizam os profissionais atuantes no serviço de UBS e USF, como gênero, idade, escolaridade, formação, instituição, tempo de atuação no serviço, tempo de formação e formação complementar.

Quadro 5 - Identificação dos Profissionais dos Serviços de UBS e USF

	<b>Sexo</b>	<b>Idade</b>	<b>Escolaridade</b>	<b>Formação</b>	<b>Tempo de Atuação no Serviço</b>	<b>Tempo de Formação</b>	<b>Formação Complementar</b>
<b>P1</b>	F	50 anos	Superior	<sup>a</sup> Serviço Social	3 anos	23 anos	Não
<b>P2</b>	F	33 anos	Superior	<sup>a</sup> Enfermagem	8 anos	9 anos	-Gestão em Enfermagem; -Saúde da Família
<b>P3</b>	F	37 anos	Superior	<sup>a</sup> Enfermagem	7 anos	13 anos	Não
<b>P4</b>	F	52 anos	Superior	<sup>a</sup> Nutrição	1 ano	30 anos	Não
<b>P5</b>	F	51 anos	Superior	<sup>b</sup> Enfermagem	1 ano e 6 meses	30 anos	-Enfermagem Médico Cirúrgico; -Saúde Mental
<b>P6</b>	F	41anos	Superior	<sup>b</sup> Medicina	1 ano	10 anos	-Residência em Pediatria -Residência em Hebiatria
<b>P7</b>	F	53 anos	Superior	<sup>c</sup> Odontologia	16 anos	31anos	-Saúde da Família; -Odontologia Hospitalar.
<b>P8</b>	F	31 anos	Superior	<sup>c</sup> Enfermagem	6 meses	9 anos	-Saúde da Família
<b>P9</b>	F	48 anos	Superior	<sup>c</sup> Enfermagem	8 meses	8 anos	-Saúde da Família
<b>P10</b>	F	Não relatada	Superior	<sup>c</sup> Medicina	2 anos e 4 meses	35 anos	-Saúde Pública -Saúde da Família
<b>P11</b>	F	39 anos	Superior	<sup>d</sup> Odontologia	5 anos	6anos	-Saúde da Família
<b>P12</b>	F	59 anos	Superior	<sup>d</sup> Enfermagem	8 anos	9 anos	-Saúde Pública -Saúde da Família - Saúde Mental (andamento)

a) Profissionais participantes da UBS 1, b) Profissionais participantes da UBS 2, c) Profissionais participantes da USF 1, d) Profissionais participantes da USF 2. Fonte: Elaborado pelo autor

Observa-se que, entre os doze participantes, há uma diversidade profissional e de experiências de atuação nos serviços, assim como as diferenças na faixa etária; de qualquer forma, metade das participantes (6) é enfermeira. Dentre todos os participantes, há uma prevalência de especializações realizadas na área de Saúde da Família, além de duas no campo da Saúde Mental.

Nota-se, também, que os serviços possuem uma equipe multidisciplinar composta, no geral, por médicos, enfermeiros, dentistas e assistentes sociais, o que responde, em grande parte, às exigências das políticas públicas de saúde quanto à formação de uma equipe da atenção básica em saúde, que pode ainda ser acrescida de outros profissionais, a depender das necessidades institucionais e da população (BRASIL, 2012a).

## **6.2. Resultados e discussões advindos das entrevistas junto aos profissionais do CAPSij**

Nesta seção, são apresentadas as análises temáticas e as discussões dos resultados das entrevistas realizadas junto aos profissionais do CAPSij, a partir das seguintes categorias temáticas que foram configuradas pelas entrevistas:

- O cuidado ao adolescente e sua família oferecido no CAPSij;
- A relação entre a Atenção Básica e a Saúde Mental na atenção psicossocial à adolescentes.

A seguir, no item 6.2.1., são apresentados os resultados e discussões referentes ao cuidado oferecido pelo CAPSij aos adolescentes e suas famílias.

### **6.2.1. O cuidado ao adolescente e sua família oferecido pelo CAPSij.**

Sobre o processo de cuidado direcionado ao adolescente e sua família no CAPSij, os relatos dos profissionais participantes revelam a trajetória percorrida pelo adolescente nesse processo, desde sua chegada ao serviço, que se dá pela busca espontânea ou referenciada para acolhimento no CAPSij, seguida das ações de triagem voltadas para o encaminhamento e/ou contrarreferenciamento, e, caso a demanda seja elegível para acompanhamento no serviço,

são estabelecidas, em conjunto com o adolescente e sua família, as estratégias de ação, por intermédio do Projeto Terapêutico Singular.

Observa-se, a partir dos relatos, que a demanda elegível para o CAPSij em questão refere-se às crianças e adolescentes com sofrimento psíquico intenso e uso de álcool e outras drogas. Além disso, os participantes apontam que os equipamentos que referenciam adolescentes para o CAPSij são: escola, CREAS, CRAS, Conselho tutelar e Medidas Socioeducativas. Alguns relatos abaixo ilustram estes resultados:

Ele chega através do acolhimento, faz uma primeira entrevista, se ele vem com o responsável, sempre tem uma técnica disponível para fazer o acolhimento, pegar os dados na avaliação que consideram desde a gestação até o que está acontecendo no momento (P7).

Aí vão decidir se ele fica aqui, se vai para outro serviço, se vai ficar nas oficinas para ser avaliado e poder conhecê-lo melhor (P6).

Aqui nós atendemos os transtornos mais graves e o uso de substâncias psicoativas mais graves também, então, se ele tiver uma demanda, ele vai ser inserido no serviço imediatamente, a gente vai construir junto o PTS com as atividades que tem interesse, consideramos algumas solicitações para saber se a gente está ou não atendendo o que ele quer e pensa (P1).

Todo mundo acaba chegando aqui, os adolescentes chegam mais, acho que a infância vem com MUITO encaminhamento escolar, a adolescência também, mas nem tanto, e daí já entram outras questões, por exemplo, o CREAS acaba encaminhando mais, o Conselho, o CRAS, muitas vezes os meninos chegam com Medidas Socioeducativas, e aí acho que acaba ampliando um pouco as fontes de encaminhamento geralmente, ou até acho que aumenta, inclusive, a busca espontânea dessa faixa etária (P3).

Também foi possível verificar, a partir dos resultados, que o CAPSij exerce a função de porta de entrada da Saúde Mental Infantojuvenil no município, assim como de triagem da demanda relacionada para os serviços de saúde (básica e especializada) da rede de cuidados à criança e ao adolescente. Vale apontar que o município possui um ambulatório de saúde mental infantojuvenil, para o qual o CAPSij também realiza encaminhamento após acolher e avaliar a demanda baseada na complexidade do sofrimento psíquico. Essa função exercida pelo serviço configura, de acordo com os profissionais, um dos principais desafios do serviço, na medida em que a avaliação de gravidade e elegibilidade deve ser constantemente feita pela equipe, o que é muito difícil tanto no que se refere à identificação da demanda para o próprio CAPSij, quanto ao que deverá ser encaminhado para Atenção Básica ou ambulatorial.

Os participantes apontam que, dessa forma, é o CAPSij que acaba assumindo a função de organizar o fluxo, o que gera, muitas vezes, a necessidade de ter de se responsabilizar por demandas que não seriam para o serviço por conta da resistência de outros equipamentos em

lidar com a problemática da saúde mental de crianças e adolescentes. A seguir, algumas falas relacionadas a esse ponto:

A gente tem um ambulatório e tem o CAPSij. É muito difícil você mensurar o que vai para o ambulatório e o que fica no CAPSij. Essa é uma das maiores dificuldades nossas. O que é um sofrimento mais leve? O que é um sofrimento mais grave? Quem está precisando mais de uma abordagem psicossocial? Quem vai para o ambulatorial? (P4).

Na verdade, a portaria do Ministério da Saúde indica que a porta de entrada tem de partir da Atenção Básica, e que os CAPS não têm de ficar com a porta fechada, a gente brinca que é uma porta semiaberta, os atendimentos sempre vão acontecer, mas que o fluxo preferencial seja da AB, este município funciona na contramão disso, apesar de que há um investimento muito grande dessa gestão, da coordenadora do Programa de Saúde Mental para essa inversão, mas que a gente esbarra em inúmeras resistências (P3).

É uma equipe mínima e que tem de dar conta desse fluxo pela porta de entrada ser aqui, então fica muito tempo tendo que se haver com o que chega e que muitas vezes não é uma demanda legítima nossa, e aí a gente acaba legitimando o que não é nosso e tirando o lugar de quem é legítimo de estar aqui, então acho que a gente tem muitas dificuldades (P3).

Tais resultados caracterizam as peculiaridades de um município em fase de implementação da RAPS (FUNDAÇÃO SAÚDE, 2014), visto que, de acordo as premissas das políticas públicas centrais sobre a atenção em saúde mental, em especial da RAPS, os CAPS são dispositivos estratégicos que visam a agenciar e articular a atenção psicossocial (BRASIL, 2015). Entretanto, a função de atuação como porta de entrada aberta e preferencial da rede de atenção em saúde deve ser ampliada e compartilhada com a Atenção Básica em Saúde, bem como o reconhecimento de ações de prevenção e promoção em saúde mental articulada com a rede, em consonância com o princípio da integralidade do SUS (BRASIL, 2012a; 2013b; SOUZA, 2015).

Observa-se, dentre as falas, que, além de ser atribuída ao CAPSij participante a atuação como porta de entrada da saúde mental, tem-se que esse órgão deve realizar a triagem de todo o município, que possui população estimada em cerca de duzentos mil habitantes.

Esses dados conversam com outros advindos de pesquisas que buscaram problematizar a efetivação da assistência e das políticas públicas relacionadas à atenção à saúde mental infantojuvenil, os quais reafirmam que a questão da assistência ao sofrimento psíquico de crianças e adolescentes continua sendo um desafio e que há um descompasso entre o que está preconizado nas políticas públicas e o que tem sido efetivado nos serviços (TEIXEIRA et al., 2015; TAÑO, MATSUKURA, 2015).

Sobre a organização dos fluxos, por exemplo, Bueno (2013), ao caracterizar o trabalho dos terapeutas ocupacionais que atuam nos Centros de Atenção Psicossocial, afirma que a

população que mais acessa o serviço, em totalidade de atendimentos, não é a população prioritariamente descrita na política de saúde mental infantojuvenil (crianças e adolescentes com prejuízos severos), apontando que há um desamparo na atenção a crianças em intenso sofrimento psíquico.

Outros impeditivos a serem superados na questão do acesso e na reorientação da atenção psicossocial infantojuvenil, apontados pela literatura da área, envolvem a atuação multidisciplinar, a colaboração intersetorial, formação profissional e controle social (TEIXEIRA et al., 2015, TAÑO, MATSUKURA, 2015).

De todo modo, verifica-se um esforço dos profissionais participantes e, de forma geral, deste CAPSij em desempenhar essa função considerada um desafio, ao mesmo tempo em que tencionam a rede de saúde do município para compartilhar e corresponsabilizar pela ação de acolhimento e referenciamento das demandas. Ademais, demonstram sentir a necessidade de discutir, de forma mais ampliada, a avaliação da gravidade e elegibilidade das situações acolhidas e inseridas (ou não) no CAPSij.

Nessa direção, Lauridsen-Ribeiro e colaboradoras (2016) refletem sobre os critérios de admissão de crianças e adolescentes aos CAPSij, pois observam-se, nas práticas clínicas, por vezes, considerações associadas a fatores diagnósticos, a gravidade do prognóstico, a constituição de apoio social e na rede de saúde, entre outros. No entanto, para as autoras, a literatura ainda não tem se debruçado sobre a problematização dos critérios de inclusão nos serviços de CAPS; além disso, na prática, têm sido verificadas controvérsias nas pautas das equipes quanto à elegibilidade dos casos, principalmente devido a fragilidades/sobrecarga nas condições de trabalho, e aos desafios diante da gama de possíveis complexidades apresentadas pelos usuários dentro dos contextos de vida que podem implicar processos de sofrimento psíquico.

Assim, Lauridsen-Ribeiro e colaboradoras (2016) ressaltam que não deve haver critérios fechados de inclusão nos CAPSij, cabendo às equipes pactuar seus próprios critérios segundo uma perspectiva ampliada de cuidados, articulada ao território e a outros setores. Nessa concepção, inviabiliza-se o emprego de critérios de exclusão em vista do fortalecimento das práticas avaliativas, construídas em conjunto, a fim de evitar a segregação dos problemas de saúde mental. Ainda, mesmo após a inclusão de uma criança ou adolescente no CAPSij, eles devem continuar sendo acompanhados nos serviços da Atenção Básica e em outros serviços da rede com o intuito de manter a corresponsabilização dos casos (LAURIDSEN-RIBEIRO et al., 2016).

Sobre as ações de cuidado direcionadas para os adolescentes no CAPSij após serem inseridos no serviço, os resultados indicam a existência de grupos, oficinas, algumas ações em conjunto com a escola, visitas domiciliares e atendimentos individuais.

Ele chega para o acolhimento e aí a gente encaminha ou fica aqui dentro mesmo, onde a gente tem esse grupo de adolescentes com transtornos. Se é um adolescente que tem uma demanda de álcool e outras drogas, também tem um grupo aqui em que o adolescente já é atendido (P5).

A equipe sempre tenta dar atenção ao adolescente fazendo visitas, fazendo coisas interessantes nas escolas, sempre interagindo com eles [adolescentes] (P6).

A gente também tem aqui uma oficina de cuidado em que fazemos várias atividades, seja para estimular a autoimagem, então a gente faz maquiagem, nós fazemos também algumas receitas culinárias, e outros (P1).

Verifica-se que as atividades realizadas pelos profissionais no CAPSij foco do presente estudo assemelham-se ao que foi encontrado por Fernandes e Matsukura (2016) em um estudo que objetivou compreender os contextos de inserção e as relações sociais presentes no dia a dia desses jovens. Os resultados encontrados pelas autoras em relação às atividades que os jovens desenvolvem no CAPSij referem-se a ações pautadas na realização de uma gama de atividades que visam à inserção dos usuários no serviço, tais como a convivência, os atendimentos individuais, grupos e oficinas dentro do serviço, bem como em espaços externos, sejam locais públicos ou as residências dos usuários (FERNANDES; MATSUKURA, 2016).

Observa-se, portanto, o envolvimento dos profissionais no desenvolvimento de atividades que sejam significativas aos adolescentes e características de um serviço com abordagem psicossocial, ou seja, para além do espaço do CAPSij, compreendendo-o enquanto um espaço potente de produção de cuidado que vise à emancipação do sujeito e à sua participação social, a partir de uma prática contextualizada. Tal fato também se configura como um desafio, na medida em que o CAPSij em questão é único no município.

Vale ressaltar, ainda, que essa é uma realidade vivenciada por muitos outros CAPSij, considerando que, embora sua existência esteja preconizada para territórios que abranjam 70 mil habitantes, não se trata de uma prioridade nas políticas públicas, ou seja, muitos CAPSij existentes trabalham com populações muito maiores, o que dificulta sobremaneira o alcance das ações territoriais e psicossociais colocados para esse dispositivo (COUTO; DELGADO, 2015).

Nessa direção, acredita-se que mais estudos que pudessem dedicar-se às diferentes realidades vivenciadas por CAPSij em diferentes contextos brasileiros seriam importantes no

sentido de compreender melhor o que tem sido realizado pelos serviços de atenção estratégica em saúde mental infantojuvenil colocados em territórios extensos e populosos, bem como o impacto dessas ações no território e na produção de cuidado das crianças e adolescentes assistidos (PEREIRA et al., 2014; SANTOS et al., 2011).

No que tange à atenção oferecida aos adolescentes no serviço, notou-se, nos resultados, a indicação de dificuldades na atenção psicossocial de adolescentes, em especial pela adesão deles ao serviço e às atividades ofertadas. Ainda, os relatos apontaram que essa não é uma dificuldade somente do CAPSij, mas de outros equipamentos que assistem essa população, tais como a escola e a assistência social, principalmente no que concerne aos adolescentes que vivenciam o uso abusivo de álcool e outras drogas e/ou que estão envolvidos no tráfico de drogas:

Geralmente, quando eles se recusam, eles nem vêm para o acolhimento, e aí eu acho que o mais difícil para a gente são os adolescentes que estão envolvidos com o tráfico. É muito difícil que a escola, ou mesmo que a próprio Assistência Social, a Saúde, consigam oferecer outra coisa para eles que seja mais interessante do que o tráfico, que geralmente eles estão lá pela grana, pelo status (P4).

Antes a gente tinha mais a presença desses adolescentes aqui, inclusive no intensivo, então era uma demanda mais próxima nossa, hoje em dia eles só vêm para o grupo, ou para alguma atividade da semana, então acaba sendo um pouquinho mais distanciado (P7).

Essa dificuldade na adesão dos adolescentes parece constituir-se como um dos importantes desafios na atenção a essa população, e alguns profissionais apontam a falta de atividades mais interessantes pensadas para esse público, como, por exemplo, oficinas de atividades culturais, esportivas, dentre outras que seriam viabilizadas a partir de parcerias para além do CAPSij, o que é uma dificuldade de acordo com os profissionais.

Os nossos maiores desafios aqui no CAPSij é conseguir vincular esse adolescente de fato, muitos começam a vir e depois acabam desistindo, e eu acho que é principalmente pelo estigma, o que é o CAPSij (P1).

O que falta acho que é entrar nessa coisa cultural, de conseguir ações mais focadas para o público adolescente, então eu penso que um trabalho com a arte, com a música, com esporte e tudo o mais, e isso para mim é o mais difícil, assim teriam de partir de algumas parcerias, mas eu acho que é nesse sentido, acho que um oficinairo para o CAPSij seria muito legal (P3).

Eu acho que a gente teria de pensar em uma série de estratégias de profissionalização, de investir no potencial daquilo que eles gostam, que muitas vezes a gente acaba não tendo todas as ferramentas, coisas para oferecer que sejam interessantes para eles assim, então, na prática, são poucos que a gente consegue trazer assim, quando é nessa situação, que está envolvido no tráfico, assim, eu acho que é o mais difícil (P3).

A partir do exposto, tem-se, em consonância com a literatura, que a adesão dos adolescentes no CAPSij é uma questão relevante na busca de efetivação da atenção em saúde mental, de modo a ser necessária uma maior compreensão da saúde mental segundo a escuta e a acolhida das significações e singularidades de jovens e adolescentes (MORAIS et al., 2012), assim como da necessidade de reconhecimento de um novo modo de cuidado levando-se em conta as peculiaridades da adolescência diante do sofrimento psíquico (SANTOS et al., 2011). Porém, Taño (2014) afirma que ainda é uma tarefa árdua para os serviços o estabelecimento de linhas de cuidado para os adolescentes que estão em sofrimento psíquico, na medida em que a política de saúde mental infantojuvenil é pensada para crianças e adolescentes como um todo, sem considerar as especificidades dessa faixa etária.

No que concerne ao reconhecimento do sofrimento psíquico apresentado por adolescentes com problemáticas de uso de álcool e outras drogas, a literatura também tem indicado a necessidade de compreensão das singularidades da população adolescente, assim como de suas percepções quanto à experimentação do uso das substâncias psicoativas, o significado do uso e as demandas que interferem na adesão aos serviços (DIETZ et al., 2011; GARCIA et al., 2011; VASTERS; PILLON, 2011; SOUZA et al., 2010).

Enfim, a questão da adesão aos serviços de atenção em saúde mental leva à reflexão sobre em quais espaços os adolescentes em sofrimento psíquico têm circulado e como (e se) têm sido vistos e ouvidos em suas necessidades e singularidades, considerando o aumento na prevalência de problemas relativos à saúde mental nessa população (FERNANDES; MATSUKURA, 2016; BERNARDI; KANAN, 2015; PEREIRA et al., 2014; MORAIS et al., 2012). Acredita-se que mais estudos que focalizem os adolescentes e jovens sob a ótica dos próprios atores e demais envolvidos em seu contexto são importantes no sentido de favorecer processos de reflexão e planejamento de estratégias e políticas que sejam, de fato, mais efetivas na atenção psicossocial juvenil (SANTOS et al., 2011).

Os profissionais, em suas falas, também indicaram os percalços vivenciados no dia a dia do trabalho, especialmente junto aos adolescentes, mencionando dificuldade na implementação das políticas previstas na RAPS, a falta de formação e recursos para a implementação do trabalho, a psiquiatrização da infância e adolescência, a distribuição do tempo de trabalho, que, muitas vezes, torna-se burocrático, restando pouco tempo para criação de estratégias mais efetivas e motivadoras. A seguir, apresentam-se algumas falas que ilustram esses dados:

Acho que há lacunas no sentido, assim, de formação mesmo. A prefeitura acaba não proporcionando isso ao funcionário, muitas vezes ela não libera o funcionário para estar se especializando, ela não dá recursos, inclusive materiais para isso, muitas vezes a pessoa, quando ela quer se especializar, tem de ir por conta própria. Então acho que isso tudo acaba dificultando [...] Acho que falta um pouco também da parte da coordenação geral, não é nem da coordenação do CAPSij, um olhar aí mais específico também para questão dos funcionários, porque eu acho que trabalhar num CAPSij é um dos trabalhos mais desgastantes [...] (P5).

Eu acho que uma das maiores dificuldades, tanto na adolescência quanto na infância, é o quanto a gente fica submetido ao discurso psiquiátrico, então todo caso que vou discutir necessariamente ele passa pela caracterização do DSM, a gente acaba usando muito esse discurso e, como eu não acredito no DSM, eu me oponho à forma como aquilo já é caracterizado a partir do DSM, e essa é uma dificuldade, porque fica um discurso hegemônico, e o fato de a gente ser da saúde, a gente fica submetido, então sair um pouco fora desse discurso é um pouco difícil e não existe muito esse espaço, mas ao mesmo tempo eu acho que o potencial dessa equipe é estar se repensando, por mais que a gente acabe fazendo coisas que não fujam muito desse discurso, a gente questiona, não necessariamente a gente às vezes consegue transformar aquilo que está questionando, mas a gente tem uma crítica em relação a isso (P4).

Acerca das fragilidades apresentadas pelos serviços de saúde mental infantojuvenis, o trabalho de Bernardi e Kanan (2015) aponta que, embora alguns serviços de CAPS sejam engajados no intuito de consolidar os princípios da reforma psiquiátrica e do SUS, ainda encontram obstáculos de diversas ordens, como a constituição das equipes, as estratégias de acesso aos usuários, as dificuldades quanto a recursos humanos e estruturais, e a efetivação das reuniões de equipe.

Para Muylaert e colaboradores (2015), há ainda outras complexidades no campo de atenção à saúde mental infantojuvenil que merecem destaque, mencionando-se a terceirização da área da saúde, a precarização do trabalho, as contradições atuais entre a lógica capitalista e o modo de atenção psicossocial frente à promoção das relações interpessoais e a promoção da saúde mental, a carência de formação e capacitação profissional em saúde mental, e a ausência de espaços de discussão entre os profissionais (MUYLAERT et al., 2015).

No que diz respeito aos relatos que tratam da problematização do discurso psiquiátrico e suas implicações quanto à ocorrência da medicalização infantojuvenil, o estudo de Tesser (2006) busca abordar o fenômeno da medicalização social e a urgência de discussão quanto à incompletude do saber médico respaldado na biomedicina e em sua socialização ampla diante da ilusão e a influência de resolução das complexidades em saúde e o fomento às forças de poder social e econômico mercantis.

Em relação à ocorrência de medicalização dos comportamentos infantojuvenis considerados desviantes diante das dificuldades de efetivação de linhas de cuidado, para Brzozowski e Caponi (2013) é necessária a conscientização crítica quanto à difusão das práticas médicas voltadas à psiquiatrização da infância, que tendem a desconsiderar as

questões sociais e suas implicações nas nuances da vida, bem como a urgência de reflexão sobre a construção e efetivação da saúde mental voltada para crianças e adolescentes.

Nessa direção, observa-se que os resultados do presente estudo conversam com algumas reflexões já realizadas por pesquisadores da área e incitam discussões que levem ao avanço da compreensão do sofrimento psíquico para além de sintomas e controle de comportamentos “desviantes” que necessitam de remédio, sobretudo no que se refere à infância e à adolescência, na medida em que a saúde é compreendida em uma dimensão de produção de cuidado de si e do outro por meio da garantia do direito à palavra e à escuta (BRASIL, 2014).

No que tange aos adolescentes, a implementação das políticas sociais deve contemplar sua situação peculiar de desenvolvimento. A área da Saúde, por exemplo, precisa estar atenta e resguardar os direitos de sigilo, privacidade, acolhimento e atenção independentemente de consentimento familiar e/ou dos responsáveis, entre outras garantias éticas, a fim de prover atenção adequada às suas singularidades. Há que se construir com os adolescentes, *pari passu*, ambientes de apoio e condições para escolhas e decisões voluntárias. Isso implica que familiares, responsáveis, profissionais de saúde e de setores correlatos assumam condutas de abertura ao diálogo, de transmissão de informações e de construção compartilhada de conhecimentos, de acolhida às dúvidas e de suporte à emancipação gradual e responsável (BRASIL, 2014, p. 15).

Enfim, ressalta-se, nos resultados, a tentativa dos profissionais participantes em desenvolver seu trabalho, respondendo ao que é possível às políticas e tensionando os demais setores para o compartilhamento e corresponsabilização das ações. Nesse sentido, algumas potencialidades no processo de trabalho junto aos adolescentes no CAPSij também são ressaltadas, tratando da motivação da equipe no desenvolvimento do trabalho com o adolescente e sua família, bem como nas ações em rede; e do retorno positivo que recebem dos adolescentes e de suas famílias. O fato de a equipe resistir à internação dos adolescentes em comunidade terapêutica também é apontado como uma potência do trabalho, na medida em que eles têm conseguido se fortalecer e trabalhar na perspectiva da atenção psicossocial. A seguir, algumas falas que ilustram esse resultado:

Acho que a equipe do CAPSij é muito boa, eu acho que as pessoas são muito disponíveis, acho que não tem ninguém aqui que não faça o seu trabalho da melhor maneira possível (P5).

A partir do momento que eles sentam e trazem algumas questões que é difícil falar sobre aquilo, acho que você percebe que está indo no caminho certo (P1).

Acho que a gente nunca internou nenhum menino em Comunidade Terapêutica, a gente já fez muita resistência no judiciário em relação a isso, então foram poucas vezes que a gente precisou utilizar até mesmo os leitos do município, que é um nó também, porque não tem leito em hospital geral, então acho que nesse sentido da

não internação acho que sim, é um serviço que tenta, a gente não funciona como um ambulatório, é como eu já disse, a gente acredita nesses espaços informais, na potência do vínculo, na escuta, na intersetorialidade, então eu acredito que sim, acho que a gente tem muita coisa a melhorar, acho que não é um trabalho fácil, a gente tem muito a tencionar ainda com essa rede (P3).

A partir dos relatos, observa-se o movimento dos profissionais em se fortalecer enquanto serviço de saúde mental a fim de efetivar a atenção psicossocial e atender as premissas da RAPS pautados na atuação de acordo com a perspectiva da atenção psicossocial, em especial pela clínica ampliada, território e projetos terapêuticos singulares aos usuários do serviço (BERNARDI; KANAN, 2015), além do fomento a ações intersetoriais voltadas à corresponsabilização profissional em vista da construção de uma rede articulada, territorializada e transdisciplinar (NUNES et al., 2016).

Contudo, nota-se, entre as falas, o predomínio do engajamento pessoal dos profissionais em vista da efetivação da RAPS, de forma que, embora tal conduta adotada seja uma característica imprescindível e potencial à atenção em saúde mental, segundo autores tal característica pode estar relacionada à fragilidade de alguns serviços de saúde mental infantojuvenil face à ausência de respaldo quanto ao emprego das iniciativas pessoais mediante as dificuldades na implementação do cuidado ao sofrimento psíquico (PEREIRA et al., 2014; BERNARDI, KANAN, 2015).

Ainda, entre as potencialidades, verifica-se a consideração quanto ao vínculo desenvolvido com o adolescente e suas famílias, o que nos remete à lógica de que o afeto, o respeito e o vínculo possível no trabalho favorecem a permanência do adolescente no serviço, e também nos leva à reflexão sobre que outras estratégias mais efetivas e potentes poderiam ser lançadas no sentido de favorecer tal processo.

A esse respeito, Fernandes e Matsukura (2016) apontam que o estabelecimento de relações pautadas segundo o companheirismo, o afeto e a compreensão implicam a inclusão social dos usuários e o exercício de autonomia e protagonismo diante aos domínios da vida cotidiana e aos contextos externos aos serviços de saúde mental.

E, contribuindo para a continuação dessa reflexão, têm-se os resultados referentes às possibilidades no trabalho com as famílias dos adolescentes, nos quais foi possível observar, nas falas dos participantes, aspectos positivos e desafiadores sobre a participação das famílias na atenção psicossocial a adolescentes em sofrimento psíquico, sendo a seguir retratados alguns apontamentos:

Acho que o desafio é também a questão de a gente conseguir vincular eles (famílias), a gente sabe que eles têm uma vida lá fora para tocar e às vezes a questão

da atenção ao filho acaba ficando desassistida, eles acabam por estar muito cansados, acho que o desafio é conseguir de fato vincular eles, que eles tenham um entendimento que a gente está junto (P1).

Mas por outro lado tem alguns pais que são bem vinculados ao serviço, são alguns poucos pais, e aí a gente sabe que eles estão aqui e que têm vínculo com a equipe também e tudo o mais, mas infelizmente a família acaba participando pouco, mesmo a gente entendendo que é a chave do cuidado e que a demanda está atrelada à dinâmica familiar (P3).

A partir dos relatos, verificou-se a tentativa dos profissionais em realizar uma atenção psicossocial que possibilite o envolvimento das famílias no cuidado à saúde mental de adolescentes, de acordo com o preconizado nas políticas públicas, em especial a RAPS, quanto às construções compartilhadas das necessidades em saúde mental, incluindo a participação da família (BRASIL, 2014).

Campelo e colaboradores (2014) afirmam que, no processo de cuidado em saúde mental de crianças e adolescentes, a família pode tornar-se suscetível à vivência de dificuldades em diferentes âmbitos da vida cotidiana, em seus relacionamentos interpessoais e, em especial, ao processo de cuidado em saúde mental que lhes é dispensado nos serviços de saúde.

Monteiro e colaboradores (2012) complementam, indicando que a família pode exercer, também, um papel colaborativo no tratamento, sendo necessária a reflexão acerca da atenção direcionada ao sofrimento psíquico e suas implicações para as famílias que estão envolvidas nesse processo.

A partir desses resultados e reflexões, conjectura-se que as famílias de adolescentes que vivenciam o sofrimento psíquico e encontram-se em processo de assistência em saúde mental ainda atuam muito mais como receptoras de orientações e ações de cuidado do que participantes ativas no processo de atenção a seus filhos, incluindo colaboração na definição do PTS e protagonismo na dinâmica do serviço.

Sobre isso, Taño (2014) reforça e afirma que um cuidado voltado para a participação das famílias e que estimule o protagonismo diante do acompanhamento das crianças e adolescentes pelos quais são responsáveis ainda é um desafio a ser superado em vista da efetivação da atenção psicossocial.

Sugerem-se, a partir disso, mais investigações que busquem avançar na compreensão sobre o papel da família no processo de atenção psicossocial de crianças e adolescentes, sob a ótica do empoderamento familiar e do controle social, no sentido de avançar nas reflexões e ações nesse campo.

Na seção a seguir, são apresentados e discutidos os resultados referentes à relação entre o CAPSij e a Atenção Básica em Saúde no processo de atenção psicossocial dos adolescentes.

### 6.2.2 A relação entre a Atenção Básica e a Saúde Mental na atenção psicossocial a adolescentes.

Nesta categoria temática, os resultados discorrem sobre a relação do CAPSij com os serviços de Atenção Básica em Saúde no cuidado ao adolescente com sofrimento psíquico. Observa-se que as falas enfatizam que tal relação é distante, porém recente, e está se tornando mais fortalecida, na medida em que o CAPSij foi criado e passou a buscar os serviços de Atenção Básica, viabilizando reuniões para discussão e acompanhamento de casos. Os relatos abaixo evidenciam essa condição:

É uma relação distanciada, também acho que ela própria característica da nossa demanda, então a AB encaminha menos e acaba que a gente conversa menos e a gente também tem uma responsabilidade quanto a isso, porque também não provoca, a gente começou a provocar há cerca de um ano atrás, mas, assim: “olha eu vou fazer visita no território e vamos junto, já que conhece a família”, às vezes a gente esquece um pouco da AB e acaba que não provocando e não trabalhando junto, mas é algo que a gente tem se atentado, e é como eu falei, tem algumas unidades que são superpotentes e que a gente já conseguiu articular coisas e estar junto e que foi legal (P3).

Acho que do ano passado para este a gente conseguiu dar uma boa deslanchada com relação à Atenção Básica. Na maior parte são realizadas reuniões mesmo, onde a gente acaba se articulando para conseguir ter uma ação mais efetiva com relação a cada caso. Mas a gente faz visitas conjuntas, muitas vezes a gente acaba cuidando da família junto, ao invés só do usuário em si, dentro do domicílio. Avalio essas ações como essenciais e de muita importância para todo tratamento do usuário (P2).

Ainda, os relatos indicam a tentativa de matriciamento, que se encontra em andamento pelos profissionais da Saúde Mental junto aos profissionais de UBSs e USFs, assim como as percepções quanto às potencialidades nesse processo, na medida em que facilita aos profissionais da saúde mental uma aproximação com o território e com o contexto de vida dos adolescentes assistidos.

Já foi até um tempo atrás tentado fazer um matriciamento da Atenção Básica que não teve sucesso. Aqui no município a gente tem essa questão do fluxo invertido, então chega tudo aqui primeiro ao invés da Atenção Básica acolher e só direcionar realmente os casos de saúde mental aqui para o CAPSij ou para o ambulatório [...] A

gente começou agora uma nova tentativa de matriciamento. Estamos sendo bem recebidos pela Atenção Básica (P2).

No início tivemos bastante dificuldade, principalmente com a articulação em rede, nós convocávamos reuniões para tratar de um paciente que não estava vindo aqui, mas estava sendo acompanhado na Atenção Básica e eles não estavam se vinculando com a gente para estar fazendo esse trabalho em conjunto. Isso ainda acontece em algumas unidades, mas temos conseguido melhorar essa questão (P2).

Eu acho que é um trabalho bastante interessante, eu acredito que esse é um trabalho muito potente, porque eu sinto muita falta de conhecer o território. Então, por exemplo, quando eu encaminho é para o ambulatório ou para o CREAS e o CRAS, que são serviços centralizados. E eu não sei se tem um grupo lá de artesanato, eu não sei quais são os grupos e as ações ou mesmo ONGs, coisas informais que tem no bairro, que eu possa encaminhar essas crianças e esses adolescentes. Eu sinto muita falta disso no meu trabalho de acolhimento, porque eu entendo que muitas vezes ele não precisa de uma atenção especializada de saúde, mas ele precisa ter um grupo, ele precisa estar inserido em outras coisas que não só a escola para dar uma fortalecida. Só que eu não conheço o território. Eu entendo que isso vai ser muito importante e acho que esse vai ser o caminho, assim, de se aproximar da Atenção Básica, porque eu entendo que eles conheçam mais o território do que a gente, e sejam mais próximos dessas famílias do que a gente tem a possibilidade de ser. Então, eu acho um trabalho muito potente, mas é uma coisa que está muito no início ainda (P4).

Verifica-se, entre os relatos, que os profissionais do CAPSij parecem compreender a necessidade de aproximação com os serviços de ABS, indicando e vislumbrando potências na articulação em rede, tendo em vista a ampliação, a corresponsabilização e a efetivação do acesso à saúde mental (TEIXEIRA et al., 2015, OMS, 2009).

Para Delfini e colaboradores (2016), as demandas de saúde mental abrangem complexidades que inviabilizam a prática de cuidado por somente um serviço. Assim, considerando os CAPS e a ABS como principal dispositivo do SUS, torna-se fundamental a sua articulação, embora haja impeditivos a ser superados quanto às resistências encontradas em alguns serviços da ABS.

Entre os relatos, depreende-se a tentativa, por parte do CAPSij, de desenvolver ações voltadas ao encaminhamento referenciado, seja para os serviços de UBS e USF, seja para atividades em curso no território ou em ONGs locais. Acerca desse apontamento, o estudo de Delfini e Reis (2012) discute as proposições/finalidades da ocorrência da lógica do encaminhamento como principal estratégia de articulação entre os serviços de ESF e CAPSij. Assim, tem-se que tal prática pode estar voltada à desresponsabilização do cuidado, bem como implicar a busca de compartilhamento de saberes como meio de auxílio no manejo a desafios na promoção da saúde mental.

Em contrapartida a esse movimento, são presentes nos relatos a tentativa de matriciamento do CAPSij junto aos serviços de Atenção Básica em Saúde visando à efetivação de uma atenção partilhada entre os atores envolvidos (DELFINI; REIS, 2012).

Matriciamento ou apoio matricial consiste em um novo modo de produção de saberes compartilhado, de forma que possibilita, por meio de uma proposta de intervenção terapêutica-pedagógica, a corresponsabilização pelos usuários e a construção de ações conjuntas em vista de um cuidado colaborativo entre a saúde mental e a atenção primária. Assim, nessa proposta de horizontalização da lógica tradicional dos sistemas de saúde, busca-se transformar as práticas centralizadas na reprodução de encaminhamentos, referências e contrarreferências, protocolos e centros de regulação (BRASIL, 2011). No entanto, Souza (2015) destaca que, em meio a este processo de fortalecimento da rede de cuidado integral em saúde mental, é preciso acompanhamento das ações de apoio matricial, que devem ser voltadas para as urgências cotidianas e as diferentes complexidades presentes no âmbito das unidades de saúde.

Ainda sobre o apoio matricial, Delfini e colaboradores (2016) complementam sobre a possibilidade de ocorrer a partir do Núcleo de Atenção à Saúde da Família (NASF) para as equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), Programa de Tabagismo e a Política de Redução de Danos. Sobre as implicações do apoio matricial para a saúde mental infantojuvenil, os autores ampliam a possibilidade do alcance dessa estratégia, indicando que, além da oferta de apoio aos profissionais da ABS, é relevante o envolvimento de outros setores (educação, assistência social, dentre outros) na promoção da saúde mental de crianças e adolescentes (DELFINI et al., 2016).

Sobre isso, os participantes falaram, também, da articulação do CAPSij com os outros setores da rede de atenção à infância e à adolescência, no caso referentes à educação, assistência social, conselho tutelar e judiciário. Observa-se, mediante os relatos, o engajamento da equipe em realizar ações em rede com os setores envolvidos, assim como o acompanhamento de tais ações a fim de se efetivar a atenção psicossocial a adolescentes.

Algumas vezes a gente acaba fazendo, após alguns dias, uma reunião com a rede intersetorial depois que ocorreu aquela primeira para saber o que foi feito, se essas estratégias têm tido uma boa resposta, se não, o porquê, então qual que foi o papel de cada serviço naquele determinado caso, então acho que funciona mais ou menos assim (P1).

Então, a gente conversa muito com as redes dos usuários, e aí acho que a gente tem duas ações, uma pensando no “micro”, de poder discutir casos, pactuar condutas na lógica da corresponsabilização, e a outra acho que acaba tendo um efeito “macro”, mas a longo prazo, e aí as outras estratégias de articulação, acho que a gente tem uma proximidade grande com o pessoal da assistência, principalmente os CREAS, a educação, a gente conversa e já tentou diversas vezes fazer algumas intervenções junto (P3).

Diante dos apontamentos sobre a construção da rede de atenção à saúde mental de crianças e adolescentes por meio da articulação intersetorial, ressalta-se que, para Couto e Delgado (2015), historicamente se tem verificado a assistência à infância e adolescência envolvida junto aos setores da educação, assistência social, justiça e direito, embora, a princípio, esse cuidado não fosse voltado ao reconhecimento das necessidades da infância e adolescência, e, sim, ao desenvolvimento de práticas disciplinares e institucionalizantes.

Os autores afirmam que, a partir dos anos 1990, ocorrem grandes marcos nesse histórico que levam ao reconhecimento dos Direitos Humanos, incluindo crianças e adolescentes, tais como a Convenção da ONU, a promulgação do ECA no Brasil, a III Conferência Nacional de Saúde Mental (III CNSM) e a emergência da Lei de Saúde Mental, que possibilitam o desenvolvimento de uma nova concepção para a infância e a adolescência, bem como suas implicações no cenário das políticas públicas, o que legitima ao Estado brasileiro a responsabilidade de cuidado à população infantojuvenil. Ainda nesse sentido, há de se considerar que se trata de seres de direitos diante das fragilidades da condição humana, sendo passíveis de sofrimento e adoecimento mental, reafirmando a necessidade da atenção psicossocial para crianças e adolescentes pautada na compreensão de sujeitos de direitos, da operação em rede e territorial e da promoção de inclusão social e cidadania (COUTO; DELGADO, 2015).

Nessa tentativa de trabalho articulado e intersetorial, surgem apontamentos dos profissionais do CAPSij sobre os desafios relacionados à superação de resistências institucionais, à superação da prática de abordagens preconceituosas, à relação com as escolas e à sobrecarga do próprio CAPSij mediante a tentativa de atuação compartilhada.

A gente está tendo muita dificuldade com a gestão atual do Conselho Tutelar, principalmente com casos de adolescentes que estão numa situação de vulnerabilidade, que estão envolvidos com drogas. O Conselho Tutelar, a gestão atual tem uma visão muito preconceituosa dessa população que a gente atende. E aí eles geralmente vão atender eles numa abordagem mais policiaisca, mais de código de menor mesmo, de ser polícia do menor, e não com uma abordagem mais de fortalecer a família, tentar entender, ou de pensar em ações que possam ajudar. Geralmente eles vão lá e dão uma advertência ou acolhem. Então a gente está tendo muita dificuldade. Agora a gente está em um embate muito grande com o conselho, porque eles entendem muita coisa que a gente entende que é papel deles fazer, eles querem não fazer. E agora a gente está numa discussão, porque existem casos graves que a gente precisa do Conselho Tutelar, e se o conselho não faz o que a gente entende que é o papel dele, a gente fica só, entendeu? Nosso trabalho termina às 18h, e, depois que o serviço fecha, quem fica de plantão é o Conselho Tutelar, e a gente não tem um acesso tão fácil a esse serviço, assim. Então, eu acho que a gente faz um trabalho em rede e nem sempre é eficaz (P4).

Outra dificuldade na rede é com algumas escolas estaduais. A gente percebe que o acesso à escola municipal é muito mais fácil do que o acesso com a escola estadual (P5).

Eu percebo hoje o CAPSij bastante sobrecarregado. Teve que muitas vezes que arcar com as próprias funções e funções de outros órgãos. Então acho que ainda existem as parcerias sim, existe um trabalho em rede, mas ainda tem muita dificuldade de trabalhar nessa rede, de entender que é isso que funciona, e não um trabalho solitário (P5).

Acho que o maior dos desafios é que a gente encontra muita gente ainda que não é disposto a trabalhar em rede (P5).

A partir destes resultados, observa-se que, ainda que a legitimização do CAPSij tenha em vista a ampliação do acesso e a qualificação do cuidado dispensado a crianças e adolescentes, são presentes nesses serviços alguns impeditivos de diversas ordens que podem comprometer a consolidação da política de Saúde Mental para essa população.

Pereira e colaboradores (2014) complementam, afirmando que os serviços de CAPSij podem ser tomados por outros impeditivos que merecem destaque, tais como a ausência de espaços de acolhida diante de horários e condições restritas, as dificuldades de implementação do cuidado ao sofrimento psíquico e na realização do trabalho intersetorial, fato que sinaliza a urgência de apoio dos órgãos governamentais para a garantia e a efetividade da atenção à saúde mental (PEREIRA et al., 2014; BERNARDI; KANAN, 2015).

Ainda, para além da efetivação do trabalho intersetorial, tem-se como necessidade o estímulo a espaços de discussão e potencialização profissional em vista de promoção do engajamento coletivo e compartilhado frente às complexidades do campo de atenção à saúde mental infantojuvenil (MUYLAERT et al., 2015).

No entanto, os participantes também reconhecem, nesse processo de construção de cuidado partilhado, a presença de potencialidades entre os setores envolvidos, que estimulam a luta pela efetivação de um trabalho integrado à atenção psicossocial de adolescentes.

Eu já fui fazer uma atividade na Fundação Casa pelo CAPSij, eles convidaram a gente para fazer uma dinâmica, fazer uma atividade ou uma palestra e uma dinâmica sobre drogas, foram algumas pessoas do CAPSij e do CAPS Ad (P4).

Acho que são muito positivas, que são muito importantes, porque a saúde sozinha não vai dar conta de toda a demanda daquele adolescente... Acho que a gente precisa desses parceiros (P1).

Acho que é tencionar a rede mesmo e poder pensar no cuidado do adolescente dentro desse território, ver ali o que se tem para oferecer, se tem algum esporte, trabalhar as potencialidades deles, eu acho que é nesse sentido (P1).

Então, a gente conversa com a rede, isso é claro, agora que sempre vai precisar afinar esse trabalho mas a gente teve ações bem interessantes, que a gente entende como de sucesso e que a gente conseguiu sentar e se corresponsabilizar pelos casos (P3).

Desse modo, é ponto de concordância entre alguns autores que a intersetorialidade na atenção psicossocial infantojuvenil é potente, imprescindível e deve ser uma das premissas

para a integralidade do cuidado, a despeito dos desafios emergidos desse processo (TEIXEIRA et al., 2015; BRASIL, 2014; ZANIANI; LUZIO, 2014; DELFINI; REIS, 2012).

De acordo com Nunes e colaboradores (2016), é preciso ampliar a necessidade de articulação intersetorial por meio da reestruturação de novos arranjos, de novas estratégias pautadas no cotidiano dos serviços e com ênfase no território, de modo a assegurar um cuidado contínuo e integral.

Nessa direção, e buscando somar ao que tem sido apontado por estudiosos da área, a presente pesquisa, na medida em que focaliza o adolescente em sofrimento psíquico e seu processo de cuidado psicossocial, sinaliza a necessidade de ampliação da discussão da intersetorialidade para além do “infantojuvenil”, ou seja, para as singularidades e necessidades dos adolescentes e jovens em sofrimento psíquico, cujas demandas devem ser “ouvidas”, consideradas e atendidas no processo do cuidado, o que pode culminar em ações intersetoriais ainda mais amplas, envolvendo setores do esporte, da cultura, da ciência e tecnologia, entre outros, com o objetivo de qualificar os PTSs, melhorar o processo de vinculação dos adolescentes ao serviço, e tornar o cuidado a essa população mais efetivo em termos de participação social e garantia de direitos.

A partir dos resultados apresentados aqui, advindos das entrevistas realizadas com os profissionais da Atenção Psicossocial Estratégica, foi possível verificar que o CAPSij atua como porta de entrada da demanda de saúde mental de adolescentes no município, e que, embora a equipe tenha de lidar em suas práticas com os diversos desafios, em especial a baixa vinculação dos próprios adolescentes e a sobrecarga das ações de triagem e as complexidades do cuidado, observou-se o empenho dos profissionais do CAPSij em responder às políticas preconizadas e atender as demandas específicas de adolescentes e suas famílias, a partir das quais o CAPSij busca direcionar suas ações de cuidado por meio da realização de grupos e oficinas para adolescentes, grupos para familiares e parcerias com outros setores para a realização de atividades externas.

Nota-se, também, a partir dos relatos, que a equipe tem se envolvido em ações de matriciamento junto à atenção básica em saúde para que esse âmbito seja também uma porta de entrada efetiva e partilhada, conforme previsto na RAPS.

Na sequência, são apresentados os temas decorrentes da coleta de dados junto aos profissionais da Atenção Básica em Saúde.

### 6.3. Resultados e discussões advindos das entrevistas junto aos profissionais da Atenção Básica em Saúde

Nesta seção, são apresentadas as categorias temáticas e as discussões dos resultados das entrevistas realizadas junto aos profissionais das UBSs e USFs participantes do estudo, a partir dos seguintes tópicos:

- O acesso do adolescente aos serviços de Atenção Básica em Saúde;
- Atenção a adolescentes com demandas relacionadas à saúde mental na Atenção Básica em Saúde.

#### 6.3.1 O acesso do adolescente aos serviços de Atenção Básica em Saúde

A respeito do acesso da população adolescente às unidades de atenção básica em saúde (UBS e USF), os discursos indicam que a busca ocorre de maneira espontânea ou por meio de encaminhamentos (assim como para outras populações), tendo como finalidade a oferta de ações de saúde pontuais comuns aos demais usuários dos serviços.

Com relação às necessidades apresentadas por essa população de adolescentes, os participantes relatam que se refere geralmente à questão da gravidez na adolescência e ao uso problemático de álcool e outras drogas. A seguir, apresentam-se algumas falas que ilustram tais resultados:

Entram por busca espontânea para passar com o clínico, vem por encaminhamento para passar com as especialidades (P8).

[...] encaminhamentos de CRAS, CAPSij, já vi também adolescente sendo trazido aqui pela empresa [...] Acho que a busca é muito pequena e o encaminhamento também (P15).

Só procuram em situação difícil, geralmente o teste de gravidez, exame Papa Nicolau, problemas familiares (P14).

[...] Pré-natal, exames laboratoriais, vacinação (P10).

Eu percebo como problema, mas não como procura a questão da drogadição [...] (P15).

Verifica-se, a partir das falas, que o adolescente busca os serviços de UBS e USF quando vivencia problemas específicos que requerem somente um cuidado clínico, parecendo, assim, haver baixa adesão do adolescente à Atenção Básica em Saúde no que se refere às ações de promoção e prevenção. Tal resultado vai ao encontro do que Pôrto (2012) considera

como a cultura do especialismo, que envolve a busca de cuidados específicos para uma determinada demanda sem levar em consideração as complexidades e subjetividades presentes no processo de adoecimento, em especial no que toca as questões de saúde mental. Assim, tem-se que:

a oferta de cuidado então tende a ser de pronta-entrega: consultas rápidas, pedidos de exames e medicações prescritas quase que instantaneamente. Nesta perspectiva, as demandas ficam cada vez maiores e a resolução das necessidades de saúde cada vez menores (PÓRTO, 2012, p. 50).

Estudos da área têm apontado a presença do adolescente como usuário participativo dos serviços da ABS. Nessa direção, o estudo de Nunes e colaboradores (2012) evidenciou que um a cada quatro adolescentes relatou fazer uso mensal de algum dos serviços da rede de saúde, dentre eles as UBSs e ESFs, devido à proximidade com o domicílio. Já o trabalho de Ferrari et al. (2008) aponta que os adolescentes, em especial na faixa etária dos 14 aos 19 anos, tendem a frequentar diariamente serviços de ESF, sendo retratada a procura maior pelos serviços por parte das meninas.

Dentre as demandas apresentadas por adolescentes no acesso aos serviços da ABS, estudos afirmam que são relacionadas à atenção à gravidez e ao pré-natal, à realização de exames laboratoriais, ao tratamento de doenças, como, por exemplo, o acompanhamento de HIV, problemas do aparelho respiratório; ao esclarecimento de dúvidas sobre os serviços, à prevenção de DSTs e ao uso de métodos anticoncepcionais, à imunização, à saúde bucal, à violência e maus tratos, ao uso de drogas, à busca por medicamentos e outros (AMORIM, D. et al., 2014; MARQUEZ; QUEIROZ, 2012; NUNES et al., 2012; FERRARI et al., 2008).

Outro aspecto apontado nos discursos dos participantes do presente trabalho diz respeito aos profissionais envolvidos e às estratégias desenvolvidas nas UBSs e USFs participantes na atenção ao adolescente. Dentre os relatos, de forma geral, são apontados que tais serviços de Atenção Básica em Saúde têm como conduta o acompanhamento de adolescentes com o pediatra até os 12 anos de idade completos, e, após, tal população tende a ser encaminhada aos cuidados clínicos de uma médica especialista (hebiatra) que atende somente em uma das UBS participantes, tendo sido participante do presente estudo.

Assim, por meio dos relatos, observa-se que nas UBSs e USFs participantes não há ações específicas para os adolescentes, mas, sim, ações pontuais nas situações em que os indivíduos procuram os serviços, sendo, assim, identificada pelo esclarecimento de dúvidas, prática de assistência voltada ao cuidado odontológico, ginecológico e obstétrico, bem como

ações relacionadas à prevenção de gravidez e Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs), e ações externas, em especial nas escolas. Abaixo, seguem falas relacionadas aos achados:

É como para a população em geral, não tem nada específico para adolescente aqui (P7).

Nós temos o clínico geral, a pediatra que atende até os 12 anos, o dentista, a ginecologista e a hebiatra que atende em outra UBS [...] trabalhamos com a prevenção [...] temos também uma cestinha no balcão com os preservativos (P6).

Estruturada nenhuma ação no meu entendimento. A gente vai à escola, eu atendo consulta e mães que agendam, eu tento falar de uma coisa geral e não só orgânica, eu escrevo um monte de coisa no receituário [...] eu acho que a gente faz uma fala que não pegue no adolescente (P15).

Dúvidas em relação à sexualidade, busca por atendimento ginecológico, odontológico, adolescentes gestantes ou com suspeita de DST, vêm para buscar contraceptivo, eles buscam por orientação (P7).

A respeito das ações de cuidados promovidas na ABS, em consonância com as falas dos participantes, Ferrari e colaboradores (2008) revelam que os serviços da ABS possuem dificuldades para o desenvolvimento de ações específicas para os adolescentes. Desse modo, dentre as especialidades médicas presentes nos serviços, tais como pediatria, clínica geral, ginecologia e obstetrícia, são ofertados cuidados à população de adolescentes, assim como ocorre para as demais faixas etárias. Entre outras ações que por vezes são voltadas para as demandas de adolescentes, tem-se a realização de orientações sobre o uso de preservativos e a prevenção de gravidez e DST, palestras em escolas e vacinação.

Amorim e colaboradores (2014) pontuam que o cuidado ao adolescente na ESF pode ganhar outro enfoque a partir da prática do Agente Comunitário de Saúde (ACS), pois tais profissionais têm como possibilidades a criação do vínculo com os adolescentes, seja por meio das visitas domiciliares, seja pela convivência no território, por meio do acolhimento das necessidades de saúde, do acompanhamento da carteira do adolescente, bem como dos devidos encaminhamentos à unidade de saúde, o que pode propiciar a prática de cuidado ao adolescente pautada na construção do vínculo e na promoção do acesso a essa população.

No entanto, Nunes e colaboradores (2012) destacam a necessidade de aprimoramento da rede de saúde no que tange à atenção ao adolescente, já que são serviços de base comunitária, em que as ações de promoção e prevenção, integradas à participação das famílias, contribuem para a melhora da qualidade de vida dessa população.

Marquez e Queiroz (2012) também sinalizam a necessidade de compreensão e inclusão dos determinantes da saúde do adolescente na agenda de saúde pública, no intuito de se promover a autonomia dessa população e uma visão ampliada de saúde.

Nessa direção, na tentativa de cuidado ao adolescente, os profissionais participantes discorrem sobre a existência de diversos desafios que influem no trabalho com essa população no âmbito da ABS. Pelos discursos, são citados como principais desafios a adesão do adolescente ao serviço, bem como seu acompanhamento, a formação profissional, a falta de recursos humanos e a dificuldade de estabelecimento de estratégias específicas para a atenção a adolescentes, incluindo a articulação em rede. A seguir, apresentam-se as falas que ilustram o tema.

O desafio maior é trazê-los e ir a eles quando nós não temos mais profissionais disponíveis, fazer grupo dentro da ação preventiva, fazer com que eles deem continuidade quando iniciam o acompanhamento (P14).

Acho que trabalhar a questão da gravidez e os conflitos nas relações familiares (P13)

É ter uma equipe voltada em saúde do adolescente, não que a gente não seja capacitada (P7).

É trabalhar com a intersetorialidade, para saber sobre o adolescente que você encaminhou, tem de ligar para saber como está o acompanhamento (P6).

Verifica-se, por meio dos relatos, a percepção dos profissionais sobre a lacuna existente na atenção voltada para a população de adolescentes no âmbito da Atenção Básica. Para Teixeira e colaboradores (2016), na Atenção Básica em Saúde é mais recorrente a percepção de possíveis problemas na infância do que na adolescência, de modo que as ações de cuidado acabam por ser pouco realizadas ou são consideradas quase inexistentes, seja por conta da falta de formação específica, da falta de recursos humanos e físicos, ou da prática recorrente de encaminhamentos para centros especializados.

Observa-se, portanto, que, embora os adolescentes estejam presentes nos serviços de ABS participantes, as ações direcionadas a eles acontecem na mesma linha do que é oferecido para a população adulta, a partir de demandas específicas que chegam ao serviço, sendo que as ações de prevenção são menos desempenhadas que as curativas. Tal achado vai ao encontro do que alguns estudos da área têm identificado no que se refere às ações dos serviços de ABS direcionados à população adolescente, cujos autores apontam os inúmeros desafios dessa atenção e a necessidade de tais serviços desenvolverem ações de promoção de saúde mais pertinentes à faixa etária (TEIXEIRA et al., 2016; NUNES et al., 2012; QUEIROZ; MARQUEZ, 2012; FERRARI et al., 2008).

Ressalva-se que o presente estudo não focalizou o cuidado à saúde do adolescente na atenção básica em saúde, de forma geral, mas, sim, a população de adolescentes que vivenciam o sofrimento psíquico. De qualquer forma, os resultados e discussões apresentados parecem sinalizar que essa população está excluída no que concerne às especificidades das políticas de atenção à saúde e, portanto, indica a necessidade de uma maior compreensão de

como essa população tem acessado seu direito à saúde no âmbito da atenção básica, incluindo outros setores que poderiam estar articulados nessa ação, como a escola, por exemplo.

### 6.3.2 Atenção a adolescentes com demandas relacionadas à saúde mental na Atenção Básica em Saúde

São apresentados, nesta subseção, relatos sobre a atenção ao sofrimento psíquico do adolescente na atenção básica, indicando que o adolescente e sua família que vivenciam tal situação raramente buscam por auxílio nos serviços de UBS e USF, direcionando-se aos serviços especializados – CAPSij ou CAPS III.

Entretanto, os participantes relatam que, por vezes, podem ocorrer exceções, isto é, tais serviços de UBS e USF serem procurados por adolescentes com sofrimento psíquico, e, mediante a tal demanda, pode ocorrer a tentativa de escuta como meio de cuidado, assim como o acionamento de outros serviços da rede, como a UPA e o CAPS III, e/ou o encaminhamento referenciado para os CAPS III ou CAPSij. A seguir, há algumas falas ilustrativas:

Difícilmente somos procurados por adolescentes em sofrimento emocional, eles procuram o CAPSij ou o ambulatório infantojuvenil [...] o que eu sei sobre esses serviços é que a criança e o adolescente com algum problema emocional têm de ser encaminhados para lá (P6).

Eu já me deparei aqui com uma pessoa em sofrimento psíquico solicitando atendimento emergencial, então a gente teve de encaminhar para a UPA para depois mandar para o CAPS III entendeu, então não tem um sistema (P17).

Geralmente a gente encaminha para o CAPS III, em caso de surto, alguma coisa que necessite de urgência, já aconteceu de encaminhar para o CAPSij (P8).

Vêm poucos casos aqui, alguns vão para o CAPSij, outros a gente conversa, e até se vier alguém mais grave eu não me sinto capacitada para atender, mas eu escuto sim, mas de repente eu não sei e aciono os outros serviços (P13).

Frente ao exposto, a literatura da área tem apontado a prática recorrente de encaminhamentos voltados para o referenciamento dos casos quando se trata da demanda de saúde mental não só para crianças e adolescentes, fato que pode ser causado pelo estigma do campo da saúde mental, mas que, por conta da complexidade da questão, a falta de formação pessoal tem sido empregada como justificativa para a legitimização de tal conduta (TEIXEIRA et al., 2016).

Para Fukuda e colaboradores (2016), outros obstáculos vivenciados por adolescentes na busca por ajuda em saúde mental podem estar relacionados a barreiras estruturais – como os problemas de transporte, a burocratização do serviço –; barreiras limitantes às percepções em saúde mental e barreiras limitantes sobre os serviços de saúde mental.

Porém, em alguns discursos de profissionais das Unidades de Saúde da Família (USF), observam-se algumas tentativas de acolhida e cuidado diante da identificação do sofrimento psíquico de adolescentes e suas famílias, como ilustrado no relato de experiências vivenciadas por alguns profissionais participantes.

Tem um caso complicado de uma adolescente do distrito vizinho que estou querendo fazer um PTS com a família. A avó é hipertensa, porém é jovem, tem entre 53 ou 54 anos, e essa mulher é a responsável por cuidar de três netos adolescentes, pois o pai deles está preso e a mãe foi assassinada. Essa senhora vive com um companheiro e se mudou para o distrito vizinho achando que ia melhorar sua vida em família. Entre seus netos, tem uma adolescente, de 16 anos, que já é mãe de uma criança de 1 ano e meio que acaba sendo cuidada pela bisavó, que relata que a menina maltrata a criança nos dias em que pega para cuidar, e chega até a ficar pelas ruas com a bebê por cerca de 2 a 3 dias. Então essa avó não tem deixado mais a adolescente cuidar da criança e, então, veio nos procurar. Pedi para ela trazer numa próxima vez a adolescente, e essa semana a menina apareceu para a gente conversar. Me pareceu uma boa jovem, perguntei sobre seus parceiros, e ela respondeu que se relaciona com quatro homens, embora a avó relate que a neta se envolva com homens em troca de recarregar seu celular ou de quitar dívidas. Essa menina também não fazia uso de anticoncepcional e dizia que para ela estava tudo bem, pois não ia engravidar de novo. Perguntei a ela sobre sua mãe, e me contou que havia morrido de HIV quando ela era criança, mas a avó trouxe que a mãe havia sido assassinada e que optou por não contar a verdade aos netos. Tentei falar sobre os sonhos de vida, e a menina relatou ter vontade de ser juíza ou advogada, mas já não frequenta mais a escola. Busquei orientar também sobre as DSTs e o uso de anticoncepcional, ofereci dela tomar já a injeção por ter menstruado recentemente e correr o risco de engravidar, e então ela ficou de pensar, pois não gostava de tomar remédio. Fiquei pensando no que fazer, marquei um retorno com ela, e pode ser que nessa volta a gente já tenha de começar o pré-natal ou a tratar de uma nova DST, pois ela teve condiloma e não conhecia quase nada de DST. Peguei um livro e mostrei para ela as figuras associadas, mas a sensação que eu tive é que tudo que eu falei entrou por um ouvido e saiu pelo outro, por mais que eu a deixasse falar o que pensava de si e do futuro de sua filha, me pareceu que não tinha um retorno, sabe, é muito difícil. Eu busquei conversar bastante com ela sobre os seus sonhos de vida, os desejos para o futuro, sobre o presente, a relação com a avó e o avô posticho, e ela só me respondia: “ah, tá”. Eu vou fazer uma visita nessa família e ver como é a interação, sentar, conversar junto, mas eu acho bem “punk”, a gente tenta, mas eu acho que eu preciso de mais estudo, técnica, não sei (P15).

Eu tive uma oportunidade de receber uma adolescente junto com a mãe, e depois eu fiz questão de ficar com ela sozinha, porque percebi que tinha coisas que ela não gostaria de falar perto da mãe. Após estarmos a sós, ela começou a contar sobre a separação dos pais, o fato de na escola estar se envolvendo sexualmente com jovens e também fazendo uso de drogas, coisas que a mãe não sabia e ela achava que não ia aprovar. Depois da nossa conversa, eu propus de ajudá-la, e ela aceitou. Acabei fazendo o intercâmbio entre as duas e, em seguida, fiz o devido encaminhamento para o CAPSij, eu só não sei se ela conseguiu dar continuidade no atendimento lá no CAPSij, que eu preciso ver com o ACS (P14).

Esses relatos exemplificam a realidade da vida de alguns adolescentes e suas famílias acolhidas e acompanhadas em seu território a partir dos serviços de Atenção Básica em Saúde e acessadas por profissionais que, ao ampliarem a escuta, identificam situações de sofrimento psíquico causadas não necessariamente por um transtorno específico ou diagnóstico fechado, mas por situações que emergem a partir de um contexto social de não garantia de direitos sociais e que necessitam de escuta qualificada, conforme apontado nas políticas que regem a atenção à saúde mental (BRASIL, 2014).

Tais relatos revelam, também, que dificilmente um profissional ou serviço será capaz de lidar sozinho com uma demanda que exige variados saberes e contextos de atenção, ou seja, demanda que pede articulação de diferentes profissionais, de diferentes setores que possam se corresponsabilizar pelo cuidado. Por outro lado, demonstram a potência da ABS, na medida em que está localizada em um território, o que permite uma aproximação real e física da população residente em seu entorno, o favorecendo o vínculo e os processos de escuta que são demandados.

Sobre as ações em rede desenvolvidas pelos profissionais da ABS e relacionadas à atenção psicossocial de adolescentes, foi possível observar a inexistência de um trabalho em rede voltado para a efetivação da saúde mental de adolescentes.

Assim, nota-se que, no geral, as ações consideradas em rede são voltadas para sanar dúvidas dos diferentes setores sobre informações de saúde ou de relato de atendimentos, o direcionamento de casos que buscam auxílios em programas sociais e os encaminhamentos referenciados para o CAPSij. A seguir, os relatos associados:

É tudo pontual, seja com a escola, CRAS, Conselho Tutelar, CAPSij (P15).  
O único setor que a gente trabalha quando solicitado é com o CRAS, e às vezes com a escola quando preciso divulgar o Programa Bolsa Família (P6).  
Aqui que eu pegue é mais com a escola, me mandam laudo e tem uma troca via laudo, via relatório (P11).  
Às vezes, eles (escola) buscam por palestras e orientação, uma coisa que aconteceu é a vacina do HPV [...] solicitam distribuição de material com relação à informação de saúde (P7).  
Jurídico teve um caso ocorrido porque teve de levar relatos do atendimento (P14).  
Eu conto com psicóloga, TO, com o CAPSij, psiquiatra, tem a assistência social, acredito que no município a gente consegue lidar bastante com esse cuidado com adolescentes multidisciplinar [...] mas não saio daqui para ir diretamente ao serviço, eles encaminham e a gente atende o problema pontual aqui (P11).

No que diz respeito às ações realizadas pelos serviços de ABS junto ao CAPSij, observa-se que também é comum a prática de ações pontuais, sendo que, de forma geral, ocorrem por iniciativa da equipe do CAPSij em promover discussões de casos, pactuar ações conjuntas no território, conforme é possível observar nas seguintes falas:

Começou agora pelo pouco que estou sabendo e sei que são ações pontuais, não tem nada estabelecido que seja rotineiro, parece que está encaminhando no sentido de ter algum contato (P15).

Já teve casos direcionados pelo CAPSij para a gente de jovens com violência doméstica, até já iniciando com drogas. Nós recebemos a visita da equipe do CAPSij, eles trazem os casos e a gente faz a devolutiva de como está aqui, os ACS fazem o acompanhamento (P14).

Às vezes tem pacientes em comum e que precisam de troca, são reuniões de troca para que seja pactuada a melhor forma de cuidar desse paciente (P11).

Embora sejam presentes na literatura os impasses na busca de construção da atenção psicossocial, em especial pela articulação entre os âmbitos da Saúde Mental e da Atenção Básica em Saúde, sabe-se que o trabalho conjunto entre possibilita a garantia de um cuidado integral em saúde mental para crianças e adolescentes, assim como a aproximação com a Atenção Básica em Saúde favorece a construção e a promoção de uma nova lógica de cuidados em saúde mental, pautada pelo compartilhamento e pela corresponsabilização dos casos (DELFINI; REIS, 2012).

Nessa lógica de promoção de saúde mental na Atenção Básica em Saúde, o trabalho de Teixeira e colaboradores (2015) reforça a consolidação da Saúde Mental para crianças e adolescentes por meio da articulação entre Saúde Mental e Atenção Básica, em especial no que se refere à adesão e à continuidade do acompanhamento, já que a vinculação com a Atenção Básica em Saúde propicia uma maior efetividade nos encaminhamentos. Outras importantes ferramentas a serem utilizadas pelos serviços de Atenção Básica em Saúde envolvem a proximidade com a população, a atuação como porta de entrada do sistema de saúde, o caráter menos estigmatizante que representa socialmente, e a possibilidade de acolhimento precoce dos casos, independentemente do tipo de gravidade (TEIXEIRA et al., 2016).

Dentre as possibilidades de oferta de cuidado no âmbito da Atenção Básica em Saúde para a população adolescente, a literatura tem indicado a escassez de produções voltadas para o reconhecimento do sofrimento psíquico na adolescência, bem como de estudos que apontem como os serviços de Atenção Básica em Saúde têm lidado com a demanda relacionada à saúde mental na adolescência (TEIXEIRA et al., 2016).

A partir dos relatos apresentados, advindos das falas dos profissionais dos serviços da Atenção Básica em Saúde (UBS e USF), foi possível identificar algumas considerações sobre a atenção psicossocial de adolescentes. Os achados revelaram que a busca dos adolescentes, de forma geral, pelos serviços de UBS e USF é voltada para os atendimentos pontuais com as especialidades, exceto no caso das adolescentes gestantes, sendo que, no que se refere ao

adolescente em sofrimento psíquico, a entrada parece ser feita diretamente nos serviços especializados – CAPS –, sendo raros os casos que iniciam em UBS ou USF.

Quanto ao cuidado desenvolvido em tais dispositivos para os adolescentes, observou-se que não há práticas em específico para essa população, apenas a oferta de cuidado ginecológico e obstétrico, bem como ações relacionadas à prevenção de gravidez e de doenças sexualmente transmissíveis. Na questão do cuidado, também surgiram apontamentos sobre os desafios de adesão do adolescente, de forma geral, ao serviço e de seu acompanhamento, estratégias mais efetivas para trabalhar com essa clientela, a capacitação da equipe e a falta de recursos.

Com relação às ações em rede realizadas pelas UBS e USF, foram relatadas que ocorrem de forma pontual, sendo voltadas para o esclarecimento de dúvidas de saúde ou de atendimentos e por meio dos encaminhamentos referenciados. Quanto às ações junto ao CAPS infantojuvenil (CAPSij), nota-se que também são pontuais e pautadas pelos esforços de aproximação da equipe do CAPSij.

E, por fim, sobre as questões da inclusão da saúde mental na atenção básica, foi verificado o predomínio de práticas de encaminhamentos referenciados para os serviços especializados – CAPSij ou CAPS III –, porém se observaram também algumas tentativas de acolhida e cuidado diante da identificação do sofrimento psíquico de adolescentes e suas famílias.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve por objetivo geral identificar como tem ocorrido a atenção psicossocial ao adolescente sob a ótica de Profissionais vinculados ao Serviço da Atenção Psicossocial Estratégica (CAPS infantojuvenil – CAPSij) e aos serviços de Atenção Básica em Saúde (UBS e USF). Especificamente, buscou identificar: as percepções de profissionais do CAPSij a respeito da inserção e da atenção psicossocial a adolescentes e suas famílias em tal serviço; as percepções de profissionais de UBS e USF a respeito da inserção e do cuidado a adolescentes com sofrimento psíquico e suas famílias em tais serviços; as percepções de todos os profissionais participantes (CAPSij e UBS/USF) a respeito das ações em rede que realizam direcionadas à atenção psicossocial de adolescentes.

De forma geral, os resultados alcançados, referentes à coleta de dados com os profissionais do CAPSij, revelam que esse serviço atua como porta de entrada ao reconhecimento do adolescente em sofrimento psíquico e de suas necessidades em saúde mental, bem como o engajamento profissional frente ao atendimento das premissas da RAPS e das necessidades em saúde mental de adolescentes. Observou-se, também, a busca de ações intersetoriais por parte do CAPSij, em especial pela tentativa de matriciamento junto à Atenção Básica em Saúde.

Os achados advindos das entrevistas com os profissionais da Atenção Básica em Saúde apontaram fragilidades no acesso da população adolescente aos serviços e a constante prática de encaminhamentos referenciados no caso do sofrimento psíquico. A oferta de ações pontuais, de natureza mais curativa, é a mesma para todos os usuários do serviço, não havendo a prática de ações específicas para a população de adolescentes. Quanto à prática de ações consideradas em rede, ocorrem também de forma pontual ou implicada por meio de encaminhamentos, embora, no que se refere à relação com o CAPSij, verifique-se a tentativa de aproximação do serviço com as UBSs e USFs. E, no que concerne às ações voltadas aos adolescentes com demandas de saúde mental, notou-se, mais uma vez, a prática de encaminhamentos referenciados aos CAPSij e CAPS III.

Sobre o cuidado realizado pelos profissionais do CAPSij participantes junto aos adolescentes em sofrimento psíquico, verificaram-se ações pautadas no vínculo e na utilização de espaços internos e externos ao serviço, no intuito de favorecer a adesão do adolescente ao serviço e a garantia do acesso e do direito ao cuidado, bem como vislumbrando sua

participação social. Foram também observados desafios nessa linha de cuidado, em especial no que se refere à adesão do adolescente e no trabalho em rede.

Em contrapartida, nos resultados advindos das entrevistas com os profissionais da ABS, verificaram-se a ausência de reconhecimento das peculiaridades dessa população, bem como desafios e potencialidades no fomento às práticas com os adolescentes.

A intersectorialidade como meio de potencializar a garantia e efetivação da atenção psicossocial, em especial com a Atenção Básica em Saúde, foi apontada pelos participantes do presente estudo como permeada de desafios relacionados às fragilidades nos serviços de saúde ou no direcionamento das políticas públicas para tais dispositivos.

Ressalta-se que, mediante o fato particular de o município estudado estar em fase de implementação da RAPS, notou-se a presença de diversos desafios e potencialidades que se justificam por essa situação, como, por exemplo, o engajamento e a motivação dos profissionais do CAPSij verificados nos resultados, remetendo-nos ao movimento de luta antimanicomial contínuo, com toda sua pertinência.

Mediante aos achados do presente estudo, acredita-se que pôde fornecer elementos para a problematização do acesso e do cuidado ao adolescente entre os serviços de saúde de forma geral, especialmente na esfera psicossocial, reforçando apontamentos da literatura que indicam que, para além do movimento de militância pessoal, exercido pelos profissionais da atenção psicossocial, também é fundamental na efetivação do cuidado o apoio institucional e de órgãos públicos que têm, dentre suas competências, tal função, ou seja, garantir o acesso dos adolescentes aos seus direitos expressos em lei, incluindo o cuidado em saúde e o cuidado em saúde mental.

Trata-se de direitos conquistados por meio de participação popular e mobilização social, que desembocaram em importantes reformas na legislação direcionada às crianças e aos adolescentes, com destaque para a implementação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), bem como do sistema de saúde como um todo (Reforma Sanitária, SUS) e, também, especificamente na saúde mental (Reforma Psiquiátrica).

São conquistas fundamentais que, conforme apontado insistentemente pela literatura da área abordada neste trabalho e por ele reforçada, necessitam de constantes revisões e investimentos para que continuem a avançar na perspectiva de favorecer o acesso dos cidadãos aos seus direitos, sendo focalizado, aqui, o acesso de adolescentes à saúde e à saúde mental. Trata-se de questões colocadas em xeque neste momento da história do Brasil, na medida em que direitos conquistados têm sido banalizados e não priorizados, reforçando a

necessidade de resistência e posicionamento das instituições produtoras de conhecimento na perspectiva de informar, divulgar e registrar os avanços e também possíveis retrocessos disparados pelas escolhas políticas dos atuais líderes do país.

Ainda que se considerem os limites do estudo, configurado pelo recorte dos locais de pesquisa, no caso um único serviço de CAPSi e quatro serviços da atenção básica em saúde que constituem a rede de saúde de um município de médio porte do Estado de São Paulo, e pelo foco dado somente aos profissionais envolvidos nas ações de cuidados realizadas em tais serviços, considera-se que os objetivos propostos foram atingidos.

Logo, para outros estudos a serem realizados, apontam-se considerações sobre novas possibilidades de investigação, como a compreensão das percepções dos adolescentes sobre suas trajetórias na atenção psicossocial e os desafios e potencialidades vivenciados no processo de cuidado; as percepções das famílias quanto ao exercício da participação ativa no cuidado e suas implicações na vida cotidiana; as percepções da rede intersetorial e da atenção básica em saúde sobre a construção da atenção psicossocial, dentre outros.

Ao abordar o adolescente em sofrimento psíquico, incluindo aqueles com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas, segundo as considerações sobre as singularidades e o reconhecimento das necessidades em saúde mental na adolescência e suas implicações nos contextos de vida social, escolar e familiar, o estudo contribui para reforçar a necessidade de reflexões, planejamentos e implementações de estratégias de acolhida das singularidades da população composta por adolescentes, pautadas em um modo de cuidado já direcionado pela política de atenção psicossocial, considerando as complexidades do sofrimento psíquico.

## REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007.

AMORIM, S. M. Novos arranjos na Sociedade Contemporânea. In: PAES, P. C. D; AMORIM, S. M; PEDROSSIAN, D. R. S. **Formação continuada de Socioeducadores, caderno 2**. Ed UFMS, 2010.

AMORIM, Daniela U. et al. Percepções e práticas de agentes comunitários de saúde sobre seu trabalho com adolescentes. **Saúde Debate**: Rio de Janeiro, v. 38, n. 101, abr/jun, 2014, p. 254-266.

AMSTALDEN, A. L. F; HOFFMANN, M. C. C. L; MONTEIRO, T. P. M. A política de saúde mental infantojuvenil: seus percursos e desafios. In: LAURIDSEN-RIBEIRO, E; TANAKA, O. Y. (Orgs). **Atenção em Saúde Mental para crianças e adolescentes no SUS**. São Paulo. Editora Hucitec. 2010; p. 33-45.

ARAUJO, Nayara B. et al. Perfil clínico e sociodemográfico de adolescentes que permaneceram e não permaneceram no tratamento em um CAPS ad de Cuiabá/MT. **J. bras. psiquiatr.**, 2012, vol. 61, no. 4, p. 227-234. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v61n4/06.pdf>> Acesso em: mar. 2015.

ASSIS, S. G et al. Situação de crianças e adolescentes brasileiros em relação à saúde mental e à violência. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 2, p. 349-361, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n2/a02v14n2.pdf>> Acesso em: out. 2014.

AVANCI, J. Q et al. Fatores Associados aos Problemas de Saúde Mental em Adolescentes. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 23, n. 3, p 287-294, jul-set, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v26n4/08.pdf>> Acesso em: out. 2014

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA, 2009.

BASAGLIA, Franco et al Considerações sobre uma experiência comunitária. In: AMARANTE, Paulo D. C. **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1994. Cap. 1, p. 11-40.

BASTOS, Isabella Teixeira et al. Identity of care in a Psychosocial Care Center for Children and Adolescents who uses drugs. **Rev. esc. enferm. USP**, Dec 2014, vol. 48, no. Spe 2, p. 116-122. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48nspe2/0080-6234-reeusp-48nspe2-00116.pdf>> Acesso em: abr. 2015.

BENETTI, S. P.C et al. Adolescência e saúde mental: revisão de artigos brasileiros publicados em periódicos nacionais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1273-1282, jun, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n6/02.pdf>> Acesso em: abr. 2015.

BERNARDI, Aline. B; KANAN, Lilia A. Características dos serviços públicos de saúde mental (Capsi, Capsad, Caps III) do estado de Santa Catarina. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro,

v. 39, n. 107, p. 1105-1116, out-dez/2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n107/0103-1104-sdeb-39-107-01105.pdf>> Acesso em: dez. 2015.

BORDIN, I. A. S; PAULA, C. S. Estudos populacionais sobre saúde mental de crianças e adolescentes brasileiros. In: MELLO, M. F; MELLO, A. A. F; KOHN, R. **Epidemiologia da Saúde Mental no Brasil**. Porto Alegre: Artmed, 2007. Cap. 4. p. 101-118.

BRASIL. Ministério da Saúde. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Comissão Organizadora da III CNSM. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002, 213 p. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/saude\\_mental.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/saude_mental.pdf)> Acesso em: mar. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. **A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_atencao\\_alcool\\_drogas.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_atencao_alcool_drogas.pdf)> Acesso em: mar. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Coordenação de Gestão da Atenção Básica. **Saúde Mental e Atenção Básica: Vínculos e o Diálogo necessários**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004, 7 p. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1734.pdf>> Acesso em: set. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas**. Brasília, 2005. 56 p. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15\\_anos\\_Caracas.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf)> Acesso em: mar. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva. **Guia prático de matriciamento em saúde mental**, Brasília, 2011, 236 p. Disponível em: <<http://www.redehumanizausus.net/90969-guia-pratico-de-matricamento-em-saude-mental>> Acesso em: set. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2012a. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/pnab>> Acesso em: fev. 2016.

\_\_\_\_\_. **Constituição da República Federativa do Brasil**: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais nos 1/1992 a 68/2011, pelo Decreto Legislativo nº 186/2008 e pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/1994. 35ª edição, Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2012b. Disponível em: <[http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/legislacao/Constituicoes\\_Brasileiras/constituicao1988.html](http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/legislacao/Constituicoes_Brasileiras/constituicao1988.html)> Acesso em: set. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica. Saúde Mental. 34.** Brasília, 2013a. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_atencao\\_basica\\_34\\_saude\\_mental.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf)> Acesso em: set. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011.** Brasília, 2013b. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011.html)> Acesso em: set. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos.** Brasília, 2014. 60 p. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_psicossocial\\_crianças\\_adolescentes\\_sus.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_psicossocial_crianças_adolescentes_sus.pdf)> Acesso em: mai. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como lugares da atenção psicossocial nos territórios: orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA.** Brasília, 2015a. 44 p. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/centros\\_atencao\\_psicossocial\\_unidades\\_acolhimento.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/centros_atencao_psicossocial_unidades_acolhimento.pdf)> Acesso em: fev. 2016.

\_\_\_\_\_. **Estatuto da Criança e do Adolescente: 25 anos: Lei n.8069, de 13 de julho de 1990, e legislação correlata. Edição Comemorativa.** Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2015b. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/docummentos-e-pesquisa/edicoes/paginas-individuais-dos-livros/estatuto-da-crianca-e-do-adolescente>> Acesso: set. 2016.

BRZOWSKI, Fabíola S; CAPONI, Sandra N. C. Medicalização dos desvios de comportamento na infância: aspectos positivos e negativos. **Psicol. cienc.prof.**, v. 33, n. 1, Brasília, 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932013000100016](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932013000100016)> Acesso em: out. 2016

BUENO, Andressa R. **Terapia ocupacional no campo da saúde mental infantojuvenil: revelando as ações junto aos Centros de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil (CAPSi).** Dissertação (Mestrado). São Carlos: UFSCar, 2014, 145 f.

CAMPELO, Lany et al. Difficulties of families in caring for children and adolescents with mental disorders: an integrative review. **Rev. esc. enferm. USP**, Aug 2014, vol. 48, no. spe, p. 192-198. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48nspe/0080-6234-reeusp-48-esp-196.pdf>> Acesso em: mar. 2015.

CID, M. F. B. **Saúde mental de escolares: um estudo de prevalência e de fatores de risco e proteção.** Tese (Doutorado). Programa de Pós-Graduação em Educação Especial. Universidade Federal de São Carlos. São Carlos. 2011. 141 f.

COUTO, Maria C. V; DELGADO, Pedro G. G. Crianças e adolescentes na agenda política da saúde mental brasileira: inclusão tardia, desafios atuais. **Psic. Clin.**, Rio de Janeiro, vol. 27, n. 1, p. 17-40, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pc/v27n1/0103-5665-pc-27-01-00017.pdf>> Acesso em: out. 2016.

DELFINI, P. S. D; REIS, A. O. A. Articulação entre serviços públicos de saúde nos cuidados voltados à saúde mental infantojuvenil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. 357-366, fev, 2012. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v28n2/14.pdf>> Acesso em: out. 2014.

DELFINI et al. Articulação Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil e Atenção Básica a Saúde. In: LAURIDSEN-RIBEIRO; Edith; LYKOUROPOULOS, Cristiana B. **O Capsi e o desafio da gestão em Rede**. São Paulo: Hucitec, 2016. Cap. 14, p. 208-220.

DIETZ, Graciele et al. As relações interpessoais e o consumo de drogas por adolescentes. **SMAD Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, v. 7, n. 2, p. 85-91, maio/agosto, 2011. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/smad/article/view/49577/53653>> Acesso em: nov. 2015.

FATORI, D; GRAEFF-MARTINS, A. S. Epidemiologia dos transtornos mentais de crianças e adolescentes. In: LAURIDSEN-RIBEIRO; Edith; LYKOUROPOULOS, Cristiana B. **O Capsi e o desafio da gestão em Rede**. São Paulo: Hucitec, 2016. Cap. 2, p. 39-54.

FERNANDES, A. D. S. A., MATSUKURA, T. S. Adolescentes Inseridos em um CAPSi: Alcances e Limites deste Dispositivo na Saúde Mental Infantojuvenil. **Temas em Psicologia**, v. 24, n° 3, p. 977-990, 2016. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-389X2016000300011](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2016000300011)> Acesso em: out. 2016.

FERRARI, Rosângela et al. Adolescência: ações e percepção dos médicos e enfermeiros do Programa Saúde da Família. **Comunic.,Saúde, Educ.**, v. 12, n. 25, p. 387-400, abr./jun, 2008. Disponível em :<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832008000200013](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832008000200013)> Acesso em: out. 2016.

FUKUDA, Cláudia C. et al. Saúde mental de jovens brasileiros: barreiras à busca por ajuda profissional. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 33, n. 2, p. 355-365, abril – junho. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v33n2/0103-166X-estpsi-33-02-00355.pdf>> Acesso em: out. 2016.

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE. **Plano Municipal de Saúde 2014-2017**. Secretaria de Saúde: 2014.

GAMA, Carlos A. P. **Saúde Mental na Atenção Básica: As relações entre a subjetividade e o território**. Tese (Doutorado). Campinas: Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Faculdade de Ciências Médicas, 2011, 181 f. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=000785005>> Acesso em: dez. 2016.

GARCIA, Jairo J. et al. Relações entre contexto familiar e uso de drogas em adolescentes de ensino médio. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 19, p. 753-761, maio-junho, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19nsp/13.pdf>> Acesso em: nov. 2015.

HALPERN, R; FIGUEIRAS, A. C. M, Influências ambientais na saúde mental da criança. **Jornal de Pediatria**, v. 80, n. 2, p. 104-110, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jped/v80n2s0/v80n2Sa12.pdf> > Acesso em: out. 2014.

HUTZ, C. S. (org). **Violência e risco na infância e adolescência: pesquisa e intervenção**. São Paulo. Editora Casa do Psicólogo. 2005.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Características da população e do domicílio**. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=354390&idtema=67&search=sao-paulo|rio-claro|censo-demografico-2010:-resultados-do-universo-caracteristicas-da-populacao-e-dos-domicilios->>> Acesso em: mai. 2015

INPAD. Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas. **II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD)**, 2012. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). 2014. Disponível em: <<http://inpad.org.br/wp-content/uploads/2014/03/Lenad-II-Relat%C3%B3rio.pdf>> Acesso em: abr. 2015.

LAURIDSEN-RIBEIRO; Edith et al. A chegada ao Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil. In: LAURIDSEN-RIBEIRO; Edith; LYKOUROPOULOS, Cristiana B. **O Capsi e o desafio da gestão em Rede**. São Paulo: Hucitec, 2016. Cap. 4, p. 69-86.

LIMA, Letícia S. et al. Características dos adolescentes usuários de um centro de atenção psicossocial infantil da região sul do Brasil. **Revista Adolescência & Saúde**, v. 12, n. 1, jan/mar, 2015. Disponível em: <[http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe\\_artigo.asp?id=480](http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=480)> Acesso em: set. 2016.

MARTINS; M. C; PILLON, S. C. A relação entre a iniciação do uso de drogas e o primeiro ato infracional entre os adolescentes em conflito com a lei. **Cad. Saúde Pública**, RJ, 24(5): 1112-1120, mai, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n5/18.pdf>> Acesso em: out. 2015.

MARTURANO, E. M.; ELIAS, L. C. S.; CAMPOS, M. A. S. O percurso entre a meninice e a adolescência: mecanismos de vulnerabilidade e proteção. In: MARTURANO, E. M.; LINHARES, M. B. M.; LOUREIRO, S. R. (Orgs.). **Vulnerabilidade e Proteção: indicadores na trajetória de desenvolvimento do escolar**. São Paulo: Casa do Psicólogo. 2004. p. 253-282.

MANZINI, E. J. A Entrevista na Pesquisa Social. **Didática**, São Paulo, v.26/27, 1991, p. 149-158.

MANZINI, E. J. Considerações sobre a elaboração do roteiro para entrevista semi-estruturada. In: MARQUEZINE, M. C; ALMEIDA, M. A; OMOTE, S. **Colóquios sobre pesquisa em educação especial**. 1º ed. Londrina, v.1, p. 11-25, 2003.

MARQUES, Juliana F.; QUEIROZ, Maria. V. O. Cuidado ao adolescente na atenção básica: necessidades dos usuários e sua relação com o serviço. **Rev Gaúcha Enferm**. v. 33, n. 3, p.

65-72, 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472012000300009](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472012000300009)> Acesso em: out. 2016.

MINAYO, M. C. S; SANCHES, O. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade? **Cad.Saúde.Públ.** Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 239-262, jul/set, 1993. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v9n3/02.pdf>> Acesso em: jun. 2015.

MONTEIRO, Ana R. Sofrimento psíquico em crianças e adolescentes - a busca pelo tratamento. **Esc. Anna Nery**, v. 16, n. 3, p. 523-529, Rio de Janeiro, Sept. 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452012000300014&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452012000300014&script=sci_arttext)> Acesso em: abr. 2015.

MONTEIRO, Claudete F. S et al. Adolescentes e o uso de drogas ilícitas: um estudo transversal. **Rev. Enferm.** Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 344-8, jul/set, 2012. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/4105/2881>> Acesso em: out. 2015.

MORAIS, Camila A. et al. Concepções de saúde e doença mental na perspectiva de jovens brasileiros. **Estudos de Psicologia**, v. 17, n. 3, setembro-dezembro, p. 369-379, 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-294X2012000300004](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2012000300004)> Acesso em: out. 2016.

MUYLAERT, Camila J. et al. Vivências de trabalhadoras de Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil: organização social de saúde e prefeitura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 11, p. 3467-3476, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n11/1413-8123-csc-20-11-3467.pdf>> Acesso em: out. 2016.

NAIDOO, Jennie; WILLS, Jane. Concepts of Health. In: \_\_\_\_\_ Foundations for Health Promotion. 3rd Edition. Elsevier. 2009. Chapter 1.

NICÁCIO, Fernanda; MÂNGIA, Elisabete. F. Terapia Ocupacional em Saúde Mental: tendências principais e desafios contemporâneos. In: DE CARLO, Marysia M. R; BARTALOTTI, Celina C. **Terapia Ocupacional no Brasil: Fundamentos e Perspectivas.** São Paulo: Editora Plexus, 2001, Cap. 3, p. 63-86.

NUNES, Bruno P. Utilização dos serviços de saúde por adolescentes: estudo transversal de base populacional, Pelotas-RS, 2012. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 24, n. 3, jul-set, p. 411-420. 2015.

NUNES, C. K; KANTORSKI, L. P; COIMBRA, V. C. C. Interfaces entre serviços e ações da rede de atenção psicossocial às crianças e adolescentes. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 37, n. 3, set, p. 1-8, 2016. Disponível em: <[www.seer.ufrgs.br/revistagauchadeenfermagem](http://www.seer.ufrgs.br/revistagauchadeenfermagem)> Acesso em: out. 2016.

OLIVEIRA, M. G. P. N. **Consultório de rua:** relato de uma experiência. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, 2009. 152 f. Disponível em: <[http://twiki.ufba.br/twiki/pub/CetadObserva/Outros/Dissertacao\\_final\\_MIRIAN\\_GRACIE\\_2.pdf](http://twiki.ufba.br/twiki/pub/CetadObserva/Outros/Dissertacao_final_MIRIAN_GRACIE_2.pdf)> Acesso em: mar. 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório sobre a Saúde Mental no Mundo 2001**. Saúde Mental: Nova concepção, nova esperança. Geneva, World Health Organization, 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Strengthening mental health promotion**. Geneva, World Health Organization (Fact sheet no.220). 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários: uma perspectiva global**. Lisboa, 2009.

PAIVA, Carlos H. A; TEIXEIRA, Luiz A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**: Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, jan.-mar. 2014, p. 15-35.

PATEL, V. et al. Mental health of young people: a global public-health challenge. **Lancet**, v. 369, p. 1302-1313, april, 2007. Disponível em: <[http://www.clinique-transculturelle.org/pdf/lancet\\_2007\\_1.pdf](http://www.clinique-transculturelle.org/pdf/lancet_2007_1.pdf)> Acesso em: fev. 2016.

PAULA, C. S. et al. Saúde Mental na infância e adolescência: revisão dos estudos epidemiológicos brasileiros. In: LAURIDSEN-RIBEIRO, E; TANAKA, O. Y. (orgs). **Atenção em Saúde Mental para crianças e adolescentes no SUS**. Editora Hucitec. São Paulo. 2010.

PEREIRA, M. O; SÁ, M. C; MIRANDA, L. Um olhar sobre a atenção psicossocial a adolescentes em crise a partir de seus itinerários terapêuticos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 10, p. 2145-2154, out, 2014.

PÔRTO, Karime F. **Elementos para uma política de Avaliação das Ações de Saúde Mental na Atenção Primária**: contribuições para uma pesquisa qualitativa avaliativa. Dissertação (Mestrado), Campinas: UNICAMP, Faculdade de Ciências Médicas, 2012, 257 p. Disponível em: <<http://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/paganex/karime2012mestrado.pdf>> Acesso em: dez. 2016.

REIS, A. O. A; DELFINI, P. S. S; DOMBI-BARBOSA, C; NETO, M. M. B. Breve história da Saúde Mental Infantojuvenil. In: LAURIDSEN-RIBEIRO, E.; TANAKA, Oswaldo Yoshimi. **Atenção em Saúde Mental para crianças e adolescentes no SUS**. São Paulo: Hucitec, 2010. Cap. 5, p. 109-130.

REIS, A. O. A; MORENO, D. M; PRATES, M. M. L; DELFINI, P. S. S. Saúde Mental e o Advento dos Centros de Atenção Psicossocial. In: REIS, A. O. A; FONSECA, F. L; NETO, M. L. R; DELFINI, P. S. S. **As crianças e os adolescentes dos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil**. São Paulo: Schoba, 2012. Cap. 1, p. 41-47.

ROTELLI, Franco. Superando o manicômio: o circuito psiquiátrico de Trieste. In: AMARANTE, Paulo D. C. **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1994. Cap. 7, p. 149-169.

SÁ, D. G. F.; BORDIN, I. A. S.; MARTIN, D.; PAULA, C. S. P. Fatores de risco para Problemas de Saúde Mental na Infância/Adolescência. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. v. 26,

n. 4, p. 643-652. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v26n4/08.pdf>> Acesso em: jun. 2015.

SANTOS, Danielle C. M. et al. Adolescentes em sofrimento psíquico e a política de saúde mental infanto-juvenil. **Acta Paul Enferm**, v. 24, n. 6, p. 845-850, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n6/a20v24n6.pdf>> Acesso em: mai. 2015.

SAMPIERI, R. H; COLLADO, C. F; LUCIO, P. B. O processo de pesquisa e os enfoques quantitativo e qualitativo: rumo a um modelo integral. In: \_\_\_\_\_. **Metodologia de Pesquisa**. 3º Ed, São Paulo: Mc Graw Hill, 2006. Cap. 1, p. 2-21.

SAPIENZA, G.; PEDROMÔNICO, M. R. M. Risco, proteção e resiliência no desenvolvimento da criança e do adolescente. **Psicologia em Estudo**, v. 10, n. 2, p. 209-216, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v10n2/v10n2a07>> Acesso em: out. 2014.

SOUZA, Ândrea C. **Estratégias de Inclusão da Saúde Mental na atenção básica: um movimento das marés**. São Paulo: Hucitec, 2015.

TAÑO, Bruna L. **Os Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis (CAPSi) e as práticas de cuidado para as crianças e adolescentes em intenso sofrimento psíquico**. Dissertação (Mestrado). São Carlos: UFSCar, 2014, 206 f.

TAÑO, Bruna L; MATSUKURA, Thelma S. Saúde mental infantojuvenil e desafios do campo: reflexões a partir do percurso histórico. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, São Carlos, v. 23, n. 2, p. 439-447, 2015. Disponível em: <<http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/865/624>> Acesso em: out. 2016.

TEIXEIRA, M. R; COUTO, M. C. V; DELGADO, P. G. G. Repercussões do processo de reestruturação dos serviços de saúde mental para crianças e adolescentes na cidade de Campinas, São Paulo (2006-2011). **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 32, n. 4, outubro/dezembro, 2015, p. 695-703. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-166X2015000400695&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-166X2015000400695&script=sci_abstract&tlng=pt)> Acesso em: out. 2016.

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 e Saúde Coletiva**. Disponível em: <[http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/ingles/artigos/artigo\\_int.php?id\\_artigo=15679](http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/ingles/artigos/artigo_int.php?id_artigo=15679)> Acesso em: out. 2016.

TESSER, Charles D. Medicalização social (I): o excessivo sucesso do epistemicídio moderno na saúde. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v. 10, n. 19, p. 61-76, jan/jun 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/icse/v10n19/a05v1019.pdf>> Acesso em: out. 2016.

VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, D. F. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006, p. 531-562.

VASTERS, Gabriela P.; PILLON, Sandra C. O uso de drogas por adolescentes e suas percepções sobre adesão e abandono de tratamento especializado. **Revista Latino Americana**

**de Enfermagem**, v. 19, n. 2, p. T0-T8, Maio/Abril, 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n2/pt\\_13.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n2/pt_13.pdf)> Acesso em: dez. 2015.

VILARINS, Natália P. G. Adolescents with mental disorders while serving time and being subjected to socio-educative measures. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 19, n. 3, Rio de Janeiro, mar/2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n3/1413-8123-csc-19-03-00891.pdf>> Acesso em: dez. 2015.

ZANIANI, Ednéia J. M; LUZIO, Cristina A. A intersectorialidade nas publicações acerca do Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 20, n. 1, p. 56-77, abr. 2014. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/per/v20n1/v20n1a05.pdf>> Acesso em: jul. 2015.

## APÊNDICES

---

### A - FORMULÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO – S1

Título da Pesquisa: **ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE ADOLESCENTES: A PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA E ESTRATÉGICA EM SAÚDE MENTAL**

Pesquisadora: Jaqueline Ferreira da Silva

Contato: [jacsilva.terapiaocupacional@gmail.com](mailto:jacsilva.terapiaocupacional@gmail.com) ; (19) 98114-2989 e (19) 99932-8931.

1. Serviço Participante

2. a) Tempo de Funcionamento

b) Horário de Funcionamento

3. Composição da equipe:

- ( ) Médico. Se sim, quais especialidades?
- ( ) Enfermeiro.
- ( ) Psicólogo.
- ( ) Assistente Social
- ( ) Terapeuta Ocupacional
- ( ) Fonoaudiólogo
- ( ) Pedagogo
- ( ) Outro profissional. Se sim, qual especialidade?
- ( ) Técnico e/ou auxiliar de Enfermagem
- ( ) Técnico administrativo
- ( ) Técnico educacional e artesão.
- ( ) Outros? Se sim, especificar

4. Território de abrangência CAPSij (n)

a) unidades de referência (UBS/USF)

5. Total de inscritos no serviço:

a) quantidade de prontuários ativos:

b) distribuição por sexo

c) faixa etária aproximada dos inscritos

d) tempo de vinculação no serviço

e) tipo de encaminhamento

f) tipo de sofrimento psíquico apresentado pelos usuários

6. Sobre os adolescentes e seus familiares acompanhados no serviço:

a) quantidade aproximada de prontuários ativos:

b) quantidade de usuários que se encontram em acompanhamento

c) distribuição aproximada (%) de usuários que se encontram em acompanhamento em relação ao total

d) faixa etária aproximada dos inscritos

e) distribuição por sexo

7. Cite as estratégias de cuidado realizadas neste serviço junto aos adolescentes e seus familiares

8. Quais técnicos realizam ações de cuidados junto aos adolescentes?

9. Quais técnicos realizam ações de cuidados junto aos familiares e/ou responsáveis de adolescentes?

10. Outras observações:

## **B - FORMULÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO – S2**

Título da Pesquisa: **ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE ADOLESCENTES: A PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA E ESTRATÉGICA EM SAÚDE MENTAL**

Pesquisadora: Jaqueline Ferreira da Silva

Contato: [jacsilva.terapiaocupacional@gmail.com](mailto:jacsilva.terapiaocupacional@gmail.com) ; (19) 98114-2989 e (19) 99932-8931.

1. Serviço Participante:

1. a) Tempo de Funcionamento:

b) Horário de Funcionamento:

2. Composição da equipe:

- ( ) Médico. Se sim, quais especialidades?
- ( ) Enfermeiro.
- ( ) Cirurgiões-dentista
- ( ) Outros profissionais. Se sim, quais especialidades
- ( ) Técnico e/ou auxiliar de Enfermagem
- ( ) Técnico e/ou auxiliar de saúde bucal
- ( ) Agentes Comunitários de Saúde
- ( ) Outros? Se sim, especificar

3. Área de abrangência UBS/USF (n):

a) unidades de referência (CAPS):

4. Total de inscritos no serviço:

a) quantidade de prontuários ativos:

b) proporção de prontuários ativos de adolescentes (em relação ao total):

c) distribuição por sexo:

d) faixa etária:

5. Sobre os adolescentes e seus familiares acompanhados no serviço:

a) distribuição aproximada por sexo

b) atividades desenvolvidas pelo serviço junto aos adolescentes

c) atividades desenvolvidas pelo serviço que envolve os familiares e/ou responsáveis de adolescentes

6. Outras observações:

**C - ROTEIRO DE ENTREVISTA PROFISSIONAIS ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ESTRATÉGICA.**

Título da Pesquisa: **ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE ADOLESCENTES: A PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA E ESTRATÉGICA EM SAÚDE MENTAL**

Pesquisadora: Jaqueline Ferreira da Silva

Contato: [jacsilva.terapiaocupacional@gmail.com](mailto:jacsilva.terapiaocupacional@gmail.com); (19) 98114-2989 e (19) 99932-8931.

**ROTEIRO DE ENTREVISTA PROFISSIONAIS**

**A. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO**

Profissional CAPSij:

Idade:

Sexo: F ( ) M ( )

Tempo de atuação neste serviço:

Escolaridade:

Formação:

Tempo de Formação:

Outras Formações:

**B. ROTEIRO DE ENTREVISTA**

**Sobre as estratégias de cuidado desenvolvidas no CAPSij**

1. Você poderia me falar um pouco sobre como é o seu trabalho com os adolescentes no serviço?
2. Quais os procedimentos do CAPSij assim que o adolescente chega e, geralmente, qual o percurso no serviço?
3. Como você vê as potencialidades no trabalho com adolescentes? Poderia me falar um pouco sobre elas?
4. Como você vê os desafios no trabalho com adolescentes? Poderia me falar um pouco sobre eles?
5. Considerando as políticas públicas voltadas para a atenção à saúde mental infanto-juvenil, você acha que este CAPSij responde a essas políticas? Fale sobre isso.
6. Quais são os principais desafios que o serviço enfrenta para atender a estas políticas?
7. O CAPSij realiza ações em rede (educação, assistência social, outros) no trabalho com os adolescentes? Se sim, quais? Como você avalia essas ações?

8. Na sua opinião, a equipe do serviço discute sobre as ações em rede? Há ações em rede neste serviço? Fale sobre isso.
9. Como se dá a relação do CAPSij com a Atenção Básica em Saúde (ABS)? Fale sobre isso.
10. Na sua opinião, o CAPSij encontra dificuldades na relação com a ABS? E potencialidades?
11. Como é a atenção do CAPSij ao adolescente em crise? Fale sobre isso.
12. Como é a atenção do CAPSij ao adolescente usuário de álcool e outras drogas? Fale sobre isso.
13. A partir do que conversamos, como você avalia o trabalho que desenvolve com os adolescentes em sofrimento psíquico?
14. Como você avalia o trabalho que o CAPSij desenvolve com os adolescentes?
15. O que você acha que poderia ser feito para melhorar a atenção a esta população adolescente?

#### **Sobre o trabalho com as famílias**

16. Como a família participa do processo de tratamento do adolescente pela qual é responsável?
17. Quais as ações do CAPSij com as famílias dos adolescentes usuários?
18. Comente sobre os desafios e as potencialidades na assistência às famílias.
19. Você participa do trabalho desenvolvido para as famílias? Poderia nos contar um pouco sobre?
20. Na sua opinião, como é atuar com as famílias?
21. Você pode contar alguma experiência que lhe foi significativa?
22. O que você acha que poderia ser feito para melhorar a atenção aos familiares de adolescentes?
23. Você gostaria de falar sobre alguma outra questão que não foi dita?

#### **Sobre a formação**

24. Sobre a formação desta equipe que trabalha com os adolescentes, você vê lacunas nessa formação que poderiam ser preenchidas? Fale um pouco sobre. Fique a vontade para falar de si e do geral.

## **D – ROTEIRO DE ENTREVISTA PROFISSIONAIS ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE**

**Título da Pesquisa: ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE ADOLESCENTES: A PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA E ESTRATÉGICA EM SAÚDE MENTAL**

Pesquisadora: Jaqueline Ferreira da Silva

Contato: [jacsilva.terapiaocupacional@gmail.com](mailto:jacsilva.terapiaocupacional@gmail.com); (19) 98114-2989 e (19) 99932-8931.

### **ROTEIRO DE ENTREVISTA PROFISSIONAIS**

#### **A. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO**

Profissional ABS:

Idade:

Sexo: F ( ) M ( )

Tempo de atuação neste serviço:

Escolaridade:

Formação:

Tempo de Formação:

Outras Formações:

#### **B. ROTEIRO DE ENTREVISTA**

1. Como se dá a entrada dos adolescentes no serviço (encaminhamento, busca espontânea, outros)? Fale sobre isso.
2. Quais as principais necessidades trazidas pelos adolescentes que procuram o serviço?
3. Quais ações de cuidado são oferecidas pelo serviço à população adolescente?
  - a) quais os técnicos envolvidos nestas ações?
  - b) há articulações ou ações desenvolvidas junto a escola ou outros setores?
4. Considerando a população adolescente, neste serviço quais são os principais desafios no trabalho realizado?
  - a) E quais são as principais potencialidades no trabalho?
5. Este serviço é procurado por adolescentes em sofrimento emocional? Fale sobre isso.
6. Neste serviço, o que você acha do trabalho realizado com essa população de adolescentes em sofrimento psíquico?
7. O serviço e/ou você atua junto à essa população de adolescentes em sofrimento psíquico? Poderia nos falar um pouco sobre como é este trabalho?

8. O serviço e/ou você atua junto aos familiares dessa população de adolescentes? Poderia nos falar um pouco sobre como é este trabalho?
9. Você conhece sobre as políticas públicas voltadas para a atenção à saúde mental infanto-juvenil? Poderia falar um pouco sobre elas?
10. Se sim, você acha que este serviço responde a essas políticas?
11. Este serviço realiza ações (articulações) com o CAPSij? Fale sobre isso.
  - a) Como você vê a relação do serviço com o CAPSij?
  - b) Quais os principais desafios nesta relação?
  - c) Quais as principais potencialidades?
12. O serviço realiza ações em rede com outros equipamentos (educação, assistência social, outros)?
13. Você tem sugestões sobre como avançar o cuidado à população adolescente em sofrimento psíquico? Fale sobre isso.
14. Você estudou na sua formação acadêmica sobre a atenção a adolescente em sofrimento psíquico? Se sim, tem interesse em realizar e/ou participa de cursos de atualização relacionados? Fale sobre isso.
15. Você gostaria de falar sobre alguma outra coisa que não foi dita?

## E - CARTA CONVITE AOS JUÍZES



# Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional

São Carlos, 02 de dezembro de 2015.

Você está sendo convidado à contribuir no processo de adequação dos roteiros de entrevista desenvolvidos pela pesquisadora Jaqueline Ferreira da Silva, em sua pesquisa intitulada “ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE ADOLESCENTES: A PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA E ESTRATÉGICA EM SAÚDE MENTAL”, sob orientação da Profa. Dra. Maria Fernanda Cid.

Acreditamos que você, especialista no campo da Saúde Mental Infantojuvenil, possa nos auxiliar na avaliação dos roteiros de entrevista que serão utilizados com os profissionais dos serviços de CAPSij e UBS/USF. Os instrumentos deverão ser julgados quanto à pertinência do conteúdo das questões e ao modo de apresentação (redação, seqüência, clareza e abrangência).

O presente estudo tem o intuito de estudar a atenção psicossocial de adolescentes, buscando compreender como têm se dado a atenção a esta população com sofrimento psíquico nos serviços de Atenção Básica em Saúde e Atenção Psicossocial Estratégica, a partir da percepção de profissionais. Espera-se, com esta pesquisa, fornecer subsídios para reflexão e planejamento das políticas e intervenções mais efetivas direcionadas a população de adolescentes em sofrimento psíquico, incluindo os usuários de álcool e outras drogas, bem como maior compreensão sobre a forma como os serviços de Saúde Mental tem se estruturado para atender esta clientela e sua família.

Os participantes do estudo serão profissionais de nível superior que atuam nos serviços de Atenção Básica em Saúde e Atenção Psicossocial Estratégica, localizados em um município de médio porte do interior do Estado de São Paulo.

Foram desenvolvidos pelas pesquisadoras quatro instrumentos de coleta de dados, sendo dois roteiros de entrevista semi-estruturados e dois formulários para registro e caracterização dos profissionais e serviços, sendo abaixo explicitados:

- Formulários de Caracterização dos Serviços

Em tais instrumentos - um destinado ao CAPSij e outro específico aos serviços de UBS/USF -, são abordados, de forma geral, questões relacionadas ao funcionamento do serviço, a equipe, aos aspectos administrativos e as ações desenvolvidas para os adolescentes e suas famílias.

- Roteiros de entrevista semi-estruturados

Para a categoria dos profissionais da Atenção Psicossocial Estratégica o roteiro de entrevista, composto por 24 questões, abrange as temáticas: 1) identificação pessoal e profissional; 2) compreensão das ações de cuidado para os adolescentes em sofrimento psíquico e suas famílias desenvolvidas no CAPSij; 3) compreensão das ações em rede; 4) compreensão das ações entre o CAPSij e a Atenção Básica em Saúde (UBS/USF) e 5) compreensão da formação profissional.

Já para a categoria dos profissionais da Atenção Básica em Saúde o roteiro de entrevista, composto por 15 questões, aborda os seguintes temas: 1) identificação pessoal e profissional; 2) compreensão das ações de cuidado voltadas para os adolescentes e suas famílias desenvolvidas em UBS/USF; 3) compreensão das ações de cuidado voltadas para os adolescentes em sofrimento psíquico e suas famílias desenvolvidas em UBS/USF; 4) compreensão das ações em rede; 5) compreensão das ações entre a Atenção Básica em Saúde (UBS/USF) e o CAPSij e 6) compreensão da formação profissional.

Agradecemos desde já sua contribuição, que será de grande relevância para o desenvolvimento e a adequação dos roteiros de entrevista semi-estruturada que serão utilizados na pesquisa.

Caso aceite este convite, por favor, nos responda confirmando para receber os roteiros através dos contatos: [jacsilva.terapiaocupacional@gmail.com](mailto:jacsilva.terapiaocupacional@gmail.com) ou (19) 9 8114-2989 e (19) 9 9932-8931.

Coloco-me à disposição para maiores esclarecimentos.

Grata.

Jaqueline Ferreira da Silva

Maria Fernanda Cid.

**F - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)**

Categoria dos profissionais da Atenção Básica em Saúde

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

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

---

**(Resolução 466/2012 do CNS)**

ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE ADOLESCENTES: A PERCEPÇÃO DE  
PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA E ESTRATÉGICA EM SAÚDE MENTAL

Eu, Jaqueline Ferreira da Silva, Terapeuta Ocupacional, estudante do Programa de Pós Graduação em Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos – UFSCar o(a) convido a participar da pesquisa “Atenção Psicossocial de Adolescentes: A percepção de profissionais.” orientada pela Profa. Dra. Maria Fernanda Barboza Cid.

A busca por estratégias que focalizem a assistência à Saúde Mental na adolescência devido aos índices significativos de sofrimento psíquico apresentados por esta população tem indicado uma escassez de estudos relacionados. Parece haver certo consenso na literatura que trata da Saúde Mental Infantojuvenil de que há a necessidade de mais investigações que possam subsidiar as ações e políticas voltadas a estes adolescentes e suas famílias. A proposta desta pesquisa é estudar a atenção psicossocial de adolescentes, buscando compreender como têm se dado o cuidado a esta população nos serviços de Atenção Básica em Saúde (ABS) e Atenção Psicossocial Estratégica (CAPSij), a partir da percepção de profissionais.

Você foi selecionado (a) por ser profissional do serviço de saúde de um município de médio porte do interior do Estado de São Paulo, local onde o estudo será realizado, e por compor a equipe multiprofissional de apoio a Atenção Básica em Saúde (UBS/USF). Primeiramente você será convidado a responder uma entrevista semi-estruturada com tópicos

sobre diversos aspectos que envolvem as ações de cuidado com os adolescentes e suas famílias e as ações em rede, em especial nos âmbitos da Atenção Básica em Saúde (ABS) e da Atenção Psicossocial Estratégica (CAPSij).

A entrevista será individual e realizada nas dependências das instituições participantes ou em outro local, se assim o preferir, e em horários previamente agendados com os profissionais. Nessa situação, o instrumento de coleta de dados será apresentado sob a forma de entrevista. As perguntas não serão invasivas à intimidade dos participantes, entretanto, esclareço que a participação na pesquisa pode gerar estresse e desconforto como resultado da exposição de opiniões pessoais em responder perguntas que envolvem as próprias ações de trabalho e por dispor de uma parte de seu tempo. Diante dessas situações, os participantes terão garantidas pausas nas entrevistas, a liberdade de não responder as perguntas quando a considerarem constrangedoras, podendo interromper a entrevista a qualquer momento. Serão retomados nessa situação os objetivos a que esse trabalho se propõe e os possíveis benefícios que a pesquisa possa trazer. Em caso de encerramento das entrevistas por qualquer fator descrito acima, a pesquisadora irá orientá-la e encaminhá-la para profissionais especialistas e serviços disponíveis, se necessário, visando o bem-estar de todos os participantes.

Sua participação nessa pesquisa auxiliará na obtenção de dados que poderão ser utilizados para fins científicos, proporcionando maiores informações e discussões que poderão trazer benefícios para a área da Saúde Mental Infantojuvenil, e assim contribuir para compreender as percepções dos familiares e profissionais envolvidos no cuidado ao adolescente, assim como na estruturação dos serviços de Saúde Mental que atendem esta clientela e sua família. A pesquisadora realizará o acompanhamento de todos os procedimentos e atividades desenvolvidas durante o trabalho.

Sua participação é voluntária e não haverá compensação em dinheiro pela sua participação. A qualquer momento o (a) senhor (a) pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa ou desistência não lhe trará nenhum prejuízo profissional, seja em sua relação ao pesquisador, à Instituição em que trabalha ou à Universidade Federal de São Carlos.

Todas as informações obtidas através da pesquisa serão confidenciais, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação em todas as etapas do estudo. Caso haja menção a

nomes, a eles serão atribuídas letras, com garantia de anonimato nos resultados e publicações, impossibilitando sua identificação.

Solicito sua autorização para gravação em áudio das entrevistas. As gravações realizadas durante a entrevista semi-estruturada serão transcritas pela pesquisadora, garantindo que se mantenha o mais fidedigna possível. Depois de transcrita será apresentada aos participantes para validação das informações.

Todas as despesas com o transporte e a alimentação decorrentes da sua participação na pesquisa, quando for o caso, serão ressarcidas no dia da coleta. Você terá direito a indenização por qualquer tipo de dano resultante da sua participação na pesquisa.

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

Se você tiver qualquer problema ou dúvida durante a sua participação na pesquisa poderá comunicar-se pelo telefone (019) 35345470/ 9 81142989 ou vir neste ambulatório de 2<sup>a</sup>. ou 6<sup>a</sup>. das 7:00 às 16:00 h e procurar a pesquisadora Jaqueline, responsável pela pesquisa. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

**Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pós-Graduação e 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) 3351-8110. Endereço eletrônico: [cephumanos@power.ufscar.br](mailto:cephumanos@power.ufscar.br)**

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

Pesquisador Responsável: Jaqueline Ferreira da Silva

Endereço: Rua 11A, nº 1109, Vila Nova, Rio Claro – SP

Contato telefônico: (19) 3534-5470 / 9 8114-2989

e-mail: [jacsilva.terapiaocupacional@gmail.com](mailto:jacsilva.terapiaocupacional@gmail.com)

Local e data: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nome do Pesquisador

\_\_\_\_\_

Assinatura do Pesquisador

\_\_\_\_\_

Nome do Participante

\_\_\_\_\_

Assinatura do Participante

**G - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)**

Categoria dos profissionais da Atenção Psicossocial Estratégica

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

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

---

**(Resolução 466/2012 do CNS)**

ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE ADOLESCENTES: A PERCEPÇÃO DE  
PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA E ESTRATÉGICA EM SAÚDE MENTAL

Eu, Jaqueline Ferreira da Silva, Terapeuta Ocupacional, estudante do Programa de Pós Graduação em Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos – UFSCar o(a) convido a participar da pesquisa “Atenção Psicossocial de Adolescentes: A percepção de profissionais.” orientada pela Profa. Dra. Maria Fernanda Barboza Cid.

A busca por estratégias que focalizem a assistência à Saúde Mental na adolescência devido aos índices significativos de sofrimento psíquico apresentados por esta população tem indicado uma escassez de estudos relacionados. Parece haver certo consenso na literatura que trata da Saúde Mental Infantojuvenil de que há a necessidade de mais investigações que possam subsidiar as ações e políticas voltadas a estes adolescentes e suas famílias. A proposta desta pesquisa é estudar a atenção psicossocial de adolescentes, buscando compreender como têm se dado o cuidado a esta população nos serviços de Atenção Básica em Saúde (ABS) e Atenção Psicossocial Estratégica (CAPSij), a partir da percepção de profissionais.

Você foi selecionado (a) por ser profissional do serviço de saúde de um município de médio porte do interior do Estado de São Paulo, local onde o estudo será realizado, e por compor a equipe multiprofissional de apoio a Atenção Psicossocial Estratégica (CAPSij). Primeiramente você será convidado a responder uma entrevista semi-estruturada com tópicos sobre diversos aspectos que envolvem as ações de cuidado com os adolescentes e suas

famílias e as ações em rede, em especial nos âmbitos da Atenção Básica em Saúde (ABS) e da Atenção Psicossocial Estratégica (CAPSij).

A entrevista será individual e realizada nas dependências das instituições participantes ou em outro local, se assim o preferir, e em horários previamente agendados com os profissionais. Nessa situação, o instrumento de coleta de dados será apresentado sob a forma de entrevista. As perguntas não serão invasivas à intimidade dos participantes, entretanto, esclareço que a participação na pesquisa pode gerar estresse e desconforto como resultado da exposição de opiniões pessoais em responder perguntas que envolvem as próprias ações de trabalho e por dispor de uma parte de seu tempo. Diante dessas situações, os participantes terão garantidas pausas nas entrevistas, a liberdade de não responder as perguntas quando a considerarem constrangedoras, podendo interromper a entrevista a qualquer momento. Serão retomados nessa situação os objetivos a que esse trabalho se propõe e os possíveis benefícios que a pesquisa possa trazer. Em caso de encerramento das entrevistas por qualquer fator descrito acima, a pesquisadora irá orientá-la e encaminhá-la para profissionais especialistas e serviços disponíveis, se necessário, visando o bem-estar de todos os participantes.

Sua participação nessa pesquisa auxiliará na obtenção de dados que poderão ser utilizados para fins científicos, proporcionando maiores informações e discussões que poderão trazer benefícios para a área da Saúde Mental Infantojuvenil, e assim contribuir para compreender as percepções dos familiares e profissionais envolvidos no cuidado ao adolescente, assim como na estruturação dos serviços de Saúde Mental que atendem esta clientela e sua família. A pesquisadora realizará o acompanhamento de todos os procedimentos e atividades desenvolvidas durante o trabalho.

Sua participação é voluntária e não haverá compensação em dinheiro pela sua participação. A qualquer momento o (a) senhor (a) pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa ou desistência não lhe trará nenhum prejuízo profissional, seja em sua relação ao pesquisador, à Instituição em que trabalha ou à Universidade Federal de São Carlos.

Todas as informações obtidas através da pesquisa serão confidenciais, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação em todas as etapas do estudo. Caso haja menção a nomes, a eles serão atribuídas letras, com garantia de anonimato nos resultados e publicações, impossibilitando sua identificação.

Solicito sua autorização para gravação em áudio das entrevistas. As gravações realizadas durante a entrevista semi-estruturada serão transcritas pela pesquisadora, garantindo que se mantenha o mais fidedigna possível. Depois de transcrita será apresentada aos participantes para validação das informações.

Todas as despesas com o transporte e a alimentação decorrentes da sua participação na pesquisa, quando for o caso, serão ressarcidas no dia da coleta. Você terá direito a indenização por qualquer tipo de dano resultante da sua participação na pesquisa.

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

Se você tiver qualquer problema ou dúvida durante a sua participação na pesquisa poderá comunicar-se pelo telefone (019) 35345470/ 9 81142989 ou vir neste ambulatório de 2<sup>a</sup>. ou 6<sup>a</sup>. das 7:00 às 16:00 h e procurar a pesquisadora Jaqueline, responsável pela pesquisa. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

**Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pós-Graduação e 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) 3351-8110. Endereço eletrônico: [cephumanos@power.ufscar.br](mailto:cephumanos@power.ufscar.br)**

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

Pesquisador Responsável: Jaqueline Ferreira da Silva

Endereço: Rua 11A, nº 1109, Vila Nova, Rio Claro – SP

Contato telefônico: (19) 3534-5470 / 9 8114-2989

e-mail: [jacsilva.terapiaocupacional@gmail.com](mailto:jacsilva.terapiaocupacional@gmail.com)

Local e data: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nome do Pesquisador

\_\_\_\_\_

Assinatura do Pesquisador

\_\_\_\_\_

Nome do Participante

\_\_\_\_\_

Assinatura do Participante

\_\_\_\_\_

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SÃO CARLOS/UFSCAR



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Atenção Psicossocial de Adolescentes: A Percepção de Profissionais e Familiares

**Pesquisador:** Jaqueline Ferreira da Silva

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 50776515.2.0000.5504

**Instituição Proponente:** Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional - PPGTO

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.406.881

#### Apresentação do Projeto:

O presente projeto focalizará a atenção psicossocial estratégica de adolescentes com sofrimento psíquico, buscando compreender como têm se dado a atenção a esta população nos pontos de Atenção Básica e Psicossocial da RAPS, a partir da percepção de profissionais e familiares. Acredita-se que estudos como este podem fornecer subsídios e instrumentalizar discussões e planejamentos de políticas públicas voltadas a esta população, bem como contribuir com a melhor compreensão a respeito dos caminhos percorridos pelos adolescentes e suas famílias na busca de tratamento frente ao sofrimento psíquico, incluindo o uso de álcool e outras drogas. Para responder aos objetivos propostos, será desenvolvida uma pesquisa qualitativa, de caráter descritivo. Serão participantes, profissionais de serviços de Atenção Básica em Saúde e Atenção Psicossocial Estratégica (CAPSi) localizados em um município de médio porte do interior do Estado de São Paulo, e familiares de adolescentes de 12 a 18 anos usuários destas instituições. Os instrumentos de coleta de dados serão dois formulários para registro e caracterização dos profissionais e dos serviços, e três roteiros de entrevistas semi-estruturados (dois destinados aos profissionais e um aos familiares) a serem desenvolvidos pelas pesquisadoras e validados por juízes especialistas. Os dados advindos das entrevistas serão analisados a partir da técnica de análise de conteúdo. Espera-se que os resultados do estudo possam fornecer subsídios para reflexão e planejamento das políticas e intervenções mais efetivas direcionadas a população de

**Endereço:** WASHINGTON LUIZ KM 235

**Bairro:** JARDIM GUANABARA

**CEP:** 13.565-905

**UF:** SP

**Município:** SAO CARLOS

**Telefone:** (16)3351-9683

**E-mail:** cephumanos@ufscar.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SÃO CARLOS/UFSCAR



Continuação do Parecer: 1.406.881

adolescentes em sofrimento psíquico, incluindo os usuários de álcool e outras drogas, bem como maior compreensão sobre a forma como os serviços de Saúde Mental tem se estruturado para atender esta clientela e sua família.

#### **Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Primário:** O presente estudo objetiva identificar como tem se dado a atenção psicossocial a adolescentes sob a ótica de profissionais vinculados à Atenção Básica em Saúde e à Atenção Psicossocial Estratégica e de familiares de adolescentes vinculados aos serviços de Atenção Psicossocial Estratégica.

**Objetivo Secundário:** Identificar as percepções de familiares responsáveis por adolescentes usuários do serviço de Atenção Psicossocial Estratégica (CAPSi) a respeito da inserção dos adolescentes e famílias em tal serviço, bem como do impacto do mesmo no cotidiano do adolescente e sua família; Identificar as percepções de familiares de adolescentes usuários de serviço de atenção psicossocial estratégica sobre a participação das famílias no contexto de tratamento.

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos apontados pela pesquisadora:** Por se tratar de pesquisa que objetiva identificar percepções sobre a intersectorialidade na assistência à saúde mental do adolescente segundo as contribuições de técnicos e familiares, estes poderão estar submetidos ao risco de sofrer algum incômodo emocional ou de se sentir prejudicado por dispor de uma parte de seu tempo. Porém, profissionais. Ressaltamos que a participação neste estudo não é obrigatória e que a qualquer momento os participantes poderão desistir de participar da pesquisa.

**Benefícios:**

A compreensão sobre a assistência à Saúde Mental do Adolescentes a partir da intersectorialidade é questão relevante no campo da saúde pública e no planejamento das políticas públicas.

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Projeto de pesquisa relevante e apresenta caráter científico.

#### **Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

-Folha de rosto assinada pela diretora do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde com Título do projeto coincidente com o título da folha de rosto.

**Endereço:** WASHINGTON LUIZ KM 235

**Bairro:** JARDIM GUANABARA

**CEP:** 13.565-905

**UF:** SP **Município:** SAO CARLOS

**Telefone:** (16)3351-9683

**E-mail:** cephumanos@ufscar.br

Continuação do Parecer: 1.406.881

- Autorizações dos Serviços de Atenção Básica em Saúde e Saúde Mental localizados no município em questão foram apresentados.
- Projeto de pesquisa completo, de acordo.
- Documento informações básicas de acordo.
- TCLEs apresentados de acordo com as exigências da resolução 466/12.

**Recomendações:**

Sem recomendações.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Projeto segue os preceitos éticos estabelecidos pela resolução 466/12 do CNS.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_605309.pdf	06/01/2016 09:44:08		Aceito
Outros	Carta.pdf	06/01/2016 09:42:01	Jaqueline Ferreira da Silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEs_Categorias.pdf	06/01/2016 09:39:57	Jaqueline Ferreira da Silva	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	06/01/2016 09:38:53	Jaqueline Ferreira da Silva	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	06/01/2016 09:16:24	Jaqueline Ferreira da Silva	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Endereço:** WASHINGTON LUIZ KM 235

**Bairro:** JARDIM GUANABARA

**CEP:** 13.565-905

**UF:** SP

**Município:** SAO CARLOS

**Telefone:** (16)3351-9683

**E-mail:** cephumanos@ufscar.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SÃO CARLOS/UFSCAR



Continuação do Parecer: 1.406.881

SAO CARLOS, 12 de Fevereiro de 2016

---

**Assinado por:**  
**Ricardo Carneiro Borra**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** WASHINGTON LUIZ KM 235

**Bairro:** JARDIM GUANABARA

**CEP:** 13.565-905

**UF:** SP

**Município:** SAO CARLOS

**Telefone:** (16)3351-9683

**E-mail:** cephumanos@ufscar.br