



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE MEDICINA**

Renata Inah Tavares de Lacerda

**ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E ADOLESCÊNCIA:
As necessidades de cuidados e os recursos utilizados em
Saúde Mental**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Câmpus de Botucatu, para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^a Dr^a Sueli Terezinha Ferrero Martin

**Botucatu
2015**

Renata Inah Tavares de Lacerda

**ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E ADOLESCÊNCIA:
As necessidades de cuidados e os recursos utilizados em
Saúde Mental**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Câmpus de Botucatu, para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^a Dr^a Sueli Terezinha Ferrero Martin

Botucatu
2015

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE-CRB 8/5651

Lacerda, Renata Inah Tavares de.

Estratégia saúde da família e adolescência : as necessidades de cuidados e os recursos utilizados em saúde mental / Renata Inah Tavares de Lacerda. - Botucatu, 2015

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu

Orientador: Sueli Terezinha Ferrero Martin

Capes: 40600009

1. Adolescência. 2. Programa Saúde da Família (Brasil). 3. Família - Saúde e higiene. 4. Saúde mental. 5. Cuidados médicos. 6. Cuidados primários de saúde.

Palavras-chave: Adolescência; Saúde da família; Saúde mental.

Dedicatória e Agradecimentos

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a minha amada
mãe Maria, e aos meus queridos irmãos
Roberta e Luis.
Ao meu amor e companheiro Rafael

AGRADECIMENTOS

Esta foi uma longa caminhada, de muito aprendizado, de muitas reflexões, descobertas, dúvidas, anseios... E sem a presença de algumas pessoas, certamente esta caminhada teria sido muito mais difícil.

Gostaria de agradecer a minha mãe, Maria e aos meus irmãos, Roberta e Luis, que mesmo distantes se fazem presentes em minha vida. Obrigada por me ensinarem a não desistir dos meus sonhos, por acreditarem em mim e por compartilharem de muitas das minhas angústias e conquistas. Obrigada por todo apoio, carinho, compreensão e pela confiança que depositam em mim.

Ao meu amado companheiro Rafael, por sua dedicação, pela espera paciente nos momentos de ausência, por toda a sua capacidade de compreensão, enfim, por sua presença em minha vida.

À minha orientadora Sueli por suas sábias orientações, por sua preocupação, compreensão, paciência, comprometimento e generosidade durante todo o processo de construção e elaboração desse estudo. Agradeço sua disponibilidade sincera em ouvir meus questionamentos e dúvidas, dando-me, muitas vezes, a segurança que me faltava.

Aos meus queridos amigos Ana Lúcia, Flávia, Juliana, Marcelo, Rodrigo e Paulo, pelos momentos de descontração, pelas risadas que diminuíram as angústias, por toda nossa amizade que ajuda a compartilhar dificuldades e somar alegrias.

Às minhas queridas amigas Andressa e Maíra, aos amigos companheiros de viagens, e tantos outros por me incentivarem permanentemente e pela amizade que cultivamos.

Às minhas amigas de Pós-graduação Jéssica, Juliana, Alana e Mírian que compartilharam comigo estes momentos de aprendizado.

Aos colegas do Grupo de Estudos e Pesquisa em Psicologia Histórico-Cultural e Saúde Coletiva e Núcleo *Cuesta* da ABRAPSO, pelos ensinamentos, reflexões, diálogos e trocas que tanto contribuíram para meu aprendizado constante.

À equipe do CRAS São Geraldo, Bárbara, Fernanda, Elaine, Lilian e em especial à Bruna, seu amor, comprometimento e dedicação ao trabalho desenvolvido junto aos adolescentes despertou em mim o interesse que resultou neste trabalho.

Aos professores Débora Cristina Fonseca, Lilian Magda Macedo, Tiago Rocha Pinto e Cecília Pescatore Alves que tão prontamente aceitaram o convite para participar da banca. Obrigada por suas valiosas contribuições. A participação de vocês foi fundamental para o enriquecimento desse estudo.

Ao Wagner Barboza, funcionário de Departamento de Saúde Pública, e Gustavo Pascua de Freitas, pelas diversas contribuições e disponibilidade.

Aos trabalhadores da unidade de saúde da família, participantes dessa pesquisa, que tão generosamente aceitaram participar da mesma, colaborando na construção desse estudo.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Ensino Superior - CAPES- pela concessão de Bolsa de estudos.

Enfim, a todos vocês os meus mais sinceros agradecimentos.

Resumo e Abstract

RESUMO

LACERDA, R.I.T. **ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E ADOLESCÊNCIA:** As necessidades de cuidados e os recursos utilizados em Saúde Mental. 2015. 91 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, 2015.

O presente trabalho entende a adolescência como fenômeno histórico e social, em que é compreendida como uma etapa no desenvolvimento construída pelo homem como fato social e psicológico, que tem suas repercussões na subjetividade e no desenvolvimento humano. Avanços na proposição de políticas públicas de saúde mental voltadas para crianças e adolescentes ocorreram nas últimas décadas, porém há um longo caminho a se percorrer. Com esse entendimento, abordaremos o tema a partir dos subsídios teóricos e metodológicos da Psicologia Sócio-Histórica. Neste sentido, portanto, têm-se como objetivos: compreender as necessidades de cuidado em saúde mental de jovens atendidos em uma unidade básica de saúde (UBS) com equipe de saúde da família, na perspectiva dos trabalhadores do serviço, bem como identificar os recursos utilizados pelos trabalhadores da equipe para a abordagem desta população. Pretende-se também identificar a relação entre a UBS e a rede de atenção em saúde mental no município quanto ao atendimento dos adolescentes. Participaram deste estudo dez trabalhadores de saúde vinculados à unidade. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas. Os resultados obtidos foram analisados de acordo com o método e as categorias da Psicologia Sócio-Histórica e, assim sendo, as análises foram realizadas a partir da palavra com significado, organizando-se "núcleos de significação" a saber, *Porque nada substitui aquele exemplo, porque nossos pais são nossos espelhos; Você tenta ir conversando com jeitinho; A primeira referência nossa sempre é eles; E você fica com aquela incógnita: E agora o que eu faço?*. No primeiro núcleo as dificuldades nas relações e os conflitos na dimensão familiar são indicados como principais desencadeadores do sofrimento psíquico dos adolescentes. No segundo núcleo, o acolhimento e o vínculo são apontados pelos trabalhadores em saúde como principais recursos utilizados no atendimento dos adolescentes que necessitam de cuidados em saúde mental, enquanto que no terceiro eles destacam o NASF como principal referência na discussão e definição de estratégia de atenção em Saúde Mental. No quarto núcleo são apontadas fragilidades no apoio matricial ofertado pela equipe do NASF, o que dificulta a atuação da equipe da UBS na resolubilidade das problemáticas de saúde mental envolvendo adolescentes. Os resultados apontaram o quanto os adolescentes que necessitam de cuidados em saúde mental estão à margem dos atendimentos ofertados na Atenção Básica. A falta de capacitação, dificuldades técnicas encontradas pela equipe de saúde e as fragilidades no apoio matricial dificultam o manejo das problemáticas em saúde mental dos adolescentes, o que prejudica a abordagem e compromete a integralidade dos cuidados ofertados. A pouca utilização de recursos por parte destes profissionais prejudica a abordagem desta população, diminuindo a oferta de cuidados e ações estratégicas atrativas aos adolescentes.

Palavras-chave: Adolescência; Atenção Básica; Saúde Mental; Saúde da Família; Psicologia Sócio-Histórica; Políticas Públicas.

ABSTRACT

LACERDA, R.I.T. **HEALTH STRATEGY OF FAMILY AND ADOLESCENCE:** The necessity of care and the resources used in Mental Health. 2015. 91 f. Dissertation (Master's Degree in Collective Health Care) – College of Medicine of Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, 2015.

The present work interprets adolescence as a historic and social phenomenon, in which is understood as stage in the development built by men as a social and psychological fact, which has its repercussions in subjectivity and human development. Advancements in propositions of public policies of Mental Health focused on children and teenagers have taken place in the last decades, but there's a long way ahead. Along with that understanding, we'll approach the theme from theoretical and methodological subsidies of the Social-Historical Psychology. In this respect, however, we have as goals: understand the necessity of care in mental health of young people attended in a healthcare center (UBS) with health staff of the family, in the perspective of service workers, as well as identifying the resources used by the staff members so as to approach these people. It also aims to identify the relationship between the healthcare center (UBS) and the attention network in Mental Health in the municipality regarding the attendance of teenagers. Ten health workers linked to the unit have taken part in this study. Semi-structured interviews were made and transcribed in full. The results obtained were assessed in accordance to the methodology and the categories of Social-Historical Psychology and, thus, the analysis were performed from the word with meaning, having “groups of meaning” namely, *Because nothing replaces that example, because we mirror our parents; You try to talk little by little; Our first reference is always them; And you wonder what to do? In the first core, the difficulties in relationships and fights in the family scope are pointed as the main triggers of psychological sufferings in adolescents. In the second core, the housing and bondings are described by workers in Mental Health as chiefly used resources to attend adolescents who need care in Mental Health, while that in the third core, they point NASF as leading reference in discussing and defining the strategy of attention in Mental Health. In the fourth core, fragilities in matrix support offered by NASF team, what makes it hard for the UBS staff to act in solving the issues of Mental Health involving adolescents. The results pointed how much adolescents who need care in mental health are on the margin of attendance offered in Basic Attention. The lack of qualification, technical difficulties faced by health teams as well as fragilities in matrix support make it harder to manage the issues in mental health of adolescents, what hinders the approach and compromises the totality of support which is offered. Since staffs underuse the resources, the approaches related these people are prejudiced causing a reduction in the offer of supports together as well as strategic luring activities aimed at adolescents.*

Key words: Adolescence; Basic attention; Mental Health, Family Health; Social-Historical Psychology; Public Policies.

LISTA DE ABREVIATURAS

ABRAPSO	Associação Brasileira de Psicologia Social
ACS	Agente Comunitário de Saúde
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS ad	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CAPS i	Centro de Atenção Psicossocial InfantoJuvenil
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CEREST	Centro de Referência de Saúde do Trabalhador
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ESF	Estratégia Saúde da Família
FPS	Funções Psíquicas Superiores
MTSM	Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental
NAPS	Núcleo de Atenção Psicossocial
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários
PROSAD	Programa de Saúde do Adolescente
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura
UNESP	Universidade Estadual Paulista
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	12
I – INTRODUÇÃO	15
1.1 Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF)	16
1.2 Adolescência e as políticas públicas de saúde e saúde mental	18
1.2.1 <i>Reforma Psiquiátrica e Políticas Públicas de saúde mental infanto-juvenil</i>	21
1.3 Adolescência	29
1.3.1 <i>Adolescência na perspectiva sócio-histórica</i>	31
II – OBJETIVOS	36
III – MÉTODO	38
3.1 Desenvolvimento da Pesquisa e Procedimentos Metodológicos	41
3.1.1 <i>Campo de Pesquisa</i>	41
3.1.2 <i>Definição dos participantes da pesquisa</i>	42
3.2 Coleta de Dados	42
3.2.1 <i>Instrumento de Pesquisa</i>	42
3.2.2 <i>Procedimentos da coleta de dados</i>	43
3.2.3 <i>Realização das entrevistas</i>	44
3.3 Questões éticas	44
3.4 Análise dos dados	45
IV – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	48
4.1 Caracterização dos trabalhadores de saúde	48
4.2 Análise dos núcleos de significação	48
4.2.1 <i>Núcleos de significação</i>	52
V – CONSIDERAÇÕES FINAIS	75
REFERÊNCIAS	79
APÊNDICES	88

Apresentação

APRESENTAÇÃO

A aproximação com a temática cuidado em saúde mental vem sendo (re)construída em toda a minha trajetória acadêmica desde o período da graduação em Psicologia e participação em grupo de estudo vinculado ao tema.

O terceiro ano da graduação em Psicologia na Unesp de Bauru configurou-se como um momento de identificação do que mais tarde seria uma área de estudo e pesquisa. Neste período, ao cursar a disciplina de Saúde Pública e Saúde Mental, fui convidada a participar do Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde Pública e Mental na Atenção Primária, coordenado pela Prof^a. Dr^a. Sueli Terezinha Ferrero Martin, que representou uma nova etapa no meu percurso acadêmico, ampliando meu horizonte de conhecimento e percepção de uma nova maneira de se pensar e agir em saúde mental.

Minhas diferentes vivências em saúde mental, oportunizadas pela participação no grupo de estudo e estágio, me possibilitaram a compreensão e análise dos diferentes saberes e práticas que permeiam a área de Saúde Mental.

Ao final da graduação tive a oportunidade de trabalhar no Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), em São Manuel, desenvolvendo atividades socioeducativas com adolescentes. Dentre tantos adolescentes, um me chamou a atenção devido ao histórico de sofrimento psíquico. Na busca de atendimento e tratamento em saúde mental para este adolescente, deparei-me com inúmeros desafios, tais como a falta de atendimento voltado aos adolescentes que necessitam de cuidados em saúde mental na Estratégia Saúde da Família, bem como a falta de preparo dos profissionais em abordar e oferecer cuidados nesta área.

Logo, foi a partir desta situação vivenciada e outras tantas reflexões que nasceu o interesse em estudar a adolescência e as necessidades de cuidados em Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família (ESF), objeto de estudo da presente pesquisa.

Dessa forma, este trabalho pretende contribuir para uma melhoria na compreensão das necessidades de cuidados em Saúde Mental e dos recursos utilizados pelos trabalhadores em saúde no atendimento dos adolescentes na Atenção Básica, e como se organiza a rede de atenção em saúde mental voltada a este público.

Para tanto julgamos necessário, na introdução deste trabalho, retomarmos alguns temas pertinentes que nos ajudam a refletir sobre a problemática que envolve os adolescentes que necessitam de cuidados em saúde mental na Estratégia Saúde da Família (ESF). No primeiro capítulo contextualizamos sobre a ESF, seus propósitos, a composição das equipes que integram a Atenção Básica, suas ações de cuidados em saúde e saúde mental, destacando as dificuldades e desafios encontrados na realização das mesmas. Também realizamos um breve relato sobre a atuação do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), enfatizando o apoio matricial enquanto importante proposta para a articulação dos cuidados em saúde mental oferecidos às equipes que atuam na Atenção Básica. Em um segundo momento, contextualizamos sobre os avanços e desafios das Políticas Públicas de saúde e saúde mental voltadas ao público adolescente bem como as necessidades de cuidados nestas áreas a fim de compreendermos a situação dos adolescentes que necessitam de cuidados em saúde mental no Brasil.

No segundo capítulo buscamos compreender e refletir sobre a concepção de adolescência adotada sob a ótica de diferentes perspectivas, destacando a abordagem sócio-histórica, uma vez que a utilizaremos como subsídio teórico e metodológico deste estudo. Desta maneira a adolescência, nesta perspectiva é compreendida como um fenômeno social e historicamente construído.

Em seguida foram apresentados os objetivos deste estudo, bem como o método utilizado, tendo como base teórica e metodológica a Psicologia Sócio-Histórica, subsidiada pelo materialismo histórico e dialético. Também foram apresentados os procedimentos metodológicos, que envolveram a apresentação do campo de pesquisa e definição dos participantes. A pesquisa foi realizada em uma Unidade Básica de Saúde (USF) com ESF, onde foram entrevistados nove trabalhadores em saúde que compõem a equipe multiprofissional da USF e um profissional que atua no NASF. A análise dos resultados foi realizada a partir da palavra com significado, organizando os “núcleos de significação” do discurso dos participantes entrevistados.

Foram analisados quatro núcleos de significação: *Porque nada substitui aquele exemplo, porque nossos pais são nossos espelhos; Você tenta ir conversando com jeitinho; A primeira referência nossa sempre é eles; E você fica com aquela incógnita: E agora o que eu faço?*. E por fim apresentamos as considerações finais deste estudo.

Introdução

I – INTRODUÇÃO

Instituída pelo Ministério da Saúde em 2011, a Rede de Apoio Psicossocial (RAPS) tem como objetivo ampliar o acesso psicossocial da população, promovendo a vinculação de pessoas em sofrimento psíquico ou com transtorno mental e com necessidades de atenção em cuidados decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção, bem como garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências. A RAPS é constituída pelos seguintes componentes: Atenção Básica em Saúde; Atenção Psicossocial Especializada; Atenção de Urgência e Emergência; Atenção Residencial de Caráter Transitório; Atenção Hospitalar; Estratégias de Desinstitucionalização e Reabilitação Psicossocial (BRASIL, 2011).

A Atenção Básica é o primeiro nível de atenção em saúde e se caracteriza por um conjunto de ações de caráter individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente na situação de saúde das coletividades (BRASIL, 2006a).

No âmbito da saúde mental, a Atenção Básica deve promover ações de prevenção e cuidados aos usuários acometidos por transtornos mentais e redução de danos. Por estarem próximas aos espaços de convivência dos adolescentes, tais como escolas e moradia, possibilitam o estabelecimento de vínculo e efetividade do trabalho (BRASIL, 2014).

As principais diretrizes para orientar a articulação entre a saúde mental e atenção básica, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2003) são o apoio matricial (que propicia o aumento da capacidade resolutiva das equipes por meio de ações de supervisão e atendimento compartilhado); priorização da saúde mental na formação das equipes da atenção básica e avaliação das ações em saúde mental na atenção básica.

Este nível da atenção à saúde do SUS tem se destacado em intervenções em saúde mental devido à possibilidade de um trabalho que viabiliza a superação do modelo psiquiátrico, ainda hegemônico, na constituição de serviços de apoio aos

indivíduos em seu contexto de vida. Neste sentido a Estratégia Saúde da Família (ESF) surge como modelo para organização da atenção básica.

1.1 Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF)

Iniciada no ano de 1991, com a implantação do Programa de Agentes Comunitários (PACS), a ESF foi oficialmente implantada em 1994 com o propósito de substituir o modelo tradicional vigente representando uma transformação do modelo assistencial brasileiro (BRASIL, 2000).

A ESF tem como propósito a reorganização da prática da atenção à saúde em nível primário, cuja centralidade de suas ações é a integralidade da atenção e o cuidado à família, na busca de melhorias na qualidade de vida da população. É priorizado um conjunto de ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua, focadas na perspectiva da família e da comunidade a partir do trabalho de uma equipe interdisciplinar no âmbito da Atenção Primária à Saúde. Trata-se de uma estratégia de reorientação, primando pela vigilância da saúde, onde a assistência prestada deve ser integral, abrangendo todos os momentos ou dimensões do processo saúde-doença. (BRASIL, 2012a)

A equipe de saúde da família em seu formato básico é composta por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). As equipes podem ainda ser compostas por outros profissionais a critério do município, como por exemplo, assistentes sociais, cirurgiões dentistas e auxiliares de odontologia. Cada equipe é responsável pela população de um determinado território com abrangência de seiscentas a mil famílias. (BRASIL, 2012a).

Dentre as atribuições comuns a todos os trabalhadores que integram as equipes de atenção básica é importante destacar a garantia à atenção em saúde visando à integralidade dos cuidados oferecidos e a realização do acolhimento caracterizado pelo estabelecimento do vínculo, escuta qualificada das necessidades de saúde dos usuários, objetivando a identificação das necessidades de intervenção de cuidados (BRASIL, 2012a).

Com relação às necessidades de cuidado da população atendida pelas equipes de Saúde da Família, Brêda e Augusto (2001) propõem que para se

avançar nessa relação e na construção de novos modelos assistenciais a equipe deve compreender a dimensão social do cuidado, a inserção das redes sociais na atenção básica em saúde e vice-versa.

Portanto alguns aspectos são fundamentais na atuação dos trabalhadores das equipes de saúde da família para que as necessidades de cuidados da população sejam levadas em conta, tais como romper com uma relação unilateral, em que as pessoas da comunidade são consideradas objeto de cuidado (e não sujeitos do processo do cuidado), buscar uma relação interativa estabelecendo vínculos e desenvolver atitude de atenção e interesse pela população.

Na área da saúde mental cabe ressaltar que o estabelecimento de ações conjuntas entre esta área e a ESF deve proporcionar atenção integral, compartilhando a responsabilidade na melhoria da qualidade de saúde de um dado território, tornando os dispositivos de atenção mais acessíveis àqueles que necessitam. Assim, a ESF poderia operar como um dispositivo privilegiado de saúde mental para promover a inserção das pessoas em um território de abrangência. Nesse sentido, surge um dos maiores desafios, capacitar às equipes de ESF quanto aos novos serviços de saúde mental, para um pensar e agir voltado para a Atenção Psicossocial, sem recorrer às velhas estruturas (SOUZA, 2006).

Formiga e Germano (2005), ao analisarem a política de capacitação de recursos humanos para a Estratégia Saúde da Família (ESF), enfatizam a importância da transformação dos processos e organização do trabalho para que as mudanças no modelo de produção de saúde sejam efetivas e pautadas em “bases integralizadoras e humanísticas” (p.27). Assim a capacitação da equipe que atua na ESF deve ser articulada ao processo de trabalho, utilizando-se metodologias interativas visando a integralidade na produção dos cuidados em saúde.

Com o objetivo de ampliar a abrangência das ações da Atenção Básica, para torná-la mais resolutiva, o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) atua de forma integrada com as equipes de Saúde da Família compartilhando práticas em saúde visando o fortalecimento das seguintes diretrizes em saúde: a interdisciplinaridade, a intersetorialidade, o território, a integralidade, o controle social, a educação permanente em saúde, a promoção da saúde e a humanização, atuando em diferentes áreas estratégicas, dentre elas a saúde mental. Cabe ao NASF desenvolver ações junto às equipes da ESF de forma a apoiá-las em suas

práticas cotidianas por meio de planejamento e definições em conjunto e de acordo com as necessidades e realidade local. (BRASIL, 2009).

Dentre as práticas de saúde propostas para a equipe do NASF destacam-se o apoio matricial, o atendimento compartilhado entre os profissionais, bem como o suporte ao manejo de situações relacionadas ao sofrimento ou transtorno mental e aos problemas relacionados ao uso de *crack*, álcool e outras drogas (BRASIL, 2011).

Cabe destacar a necessidade da integração das ações em saúde mental às redes de serviços, no entanto, a possibilidade da atuação conjunta, integrada e intersetorial, que incorpore a participação dos usuários e traduza a nova concepção ampliada de saúde assumida pelo SUS, ainda são um desafio. (BRASIL, 2009). Desta forma, é indispensável que haja o entrosamento entre as equipes para a construção de uma rede de cuidados capaz de responder com efetividade às necessidades em saúde mental de adolescentes em sofrimento psíquico.

1.2 Adolescência e as políticas públicas de saúde e saúde mental

Nos últimos anos as discussões que permeiam a situação do adolescente na sociedade brasileira vêm ganhando destaque, deste modo cabe ressaltar algumas conquistas que por meio da participação da sociedade civil e poder público marcam importantes avanços nas políticas públicas de saúde e principalmente em saúde mental voltada este público.

Com a criação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) a população infantojuvenil passa a ser vista como sujeitos detentores de direito, e não mais como objeto de tutela, mercedores de atenção integral. Portanto “a criança e o adolescente têm direito a proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência” (p.12)

Neste sentido, o ECA inova, pois a ação governamental e social passa a defender a garantia de condições básicas e dignas de vida para que tanto a criança quanto o adolescente exerçam a cidadania.

Portanto, as discussões em torno desta fase da vida envolvem um complexo contexto que supera as divergências de seus limites cronológicos e se estendem a todos os âmbitos das políticas públicas, uma vez que os adolescentes

no Brasil, segundo dados publicados em 2010, correspondiam a 17,9% da população nacional (IBGE, 2010).

No Brasil, segundo os Relatórios de Desenvolvimento Juvenil (WAISELFISZ, 2003, 2007), as principais causas de mortalidade da população jovem (que compreende a faixa etária dos 14 aos 24 anos), são ocasionadas por fatores externos (72,8%), ou seja, aqueles provocados diretamente por intervenção humana, tais como homicídios, acidentes (transporte) e suicídios, consideradas causas violentas. Os estados do Rio de Janeiro e Pernambuco apresentam as maiores taxas de mortalidade desta população.

Dentre as causas violentas, o homicídio se destaca como principal causa de óbito juvenil no país acometendo principalmente os jovens de sexo masculino, pertencentes a raça negra, sendo que em alguns estados, tais como Alagoas, Bahia, Pernambuco e Paraíba, as taxas de mortalidades de jovens negros superam em 80% quando comparadas as dos jovens brancos (WAISELFISZ, 2003, 2007).

Inferiores à taxa de mortalidade por causas externas, as causas internas (enfermidades ou doenças) que acometem a população jovem são decorrentes de fatores relacionados à má qualidade de vida, como por exemplo, a falta de saneamento, redes de esgoto, e condições precárias de vida. Também é apontada a precariedade dos mecanismos de assistência à saúde, desigualdade no acesso aos serviços, fragilidade ou ausência de trabalhos preventivos e educativos relacionados à saúde. (WAISELFISZ, 2003, 2007). Contudo tais mortes seriam evitadas por meio de recursos médicos-sociais básicos.

No Relatório de Desenvolvimento Juvenil (WAISELFISZ, 2007) Jorge Werthen, representante da Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (UNESCO) no Brasil aponta:

No que diz respeito à saúde, o Relatório não somente reitera a preocupante exposição dos jovens às mortes por causas violentas. Ele também indica a fragilidade ou ausência de políticas de saúde específicas para a juventude, tanto do sexo masculino quanto do feminino, o que pode ser observado no número de mortes por causas internas. Afora os custos para o Estado que poderiam ser evitados com profilaxia, os atuais números da mortalidade juvenil explicitam, além de inestimáveis perdas humanas, uma imensa perda da potencial população economicamente ativa do país (p.6).

Devido à importante expressividade da mortalidade juvenil decorrentes de causas violentas e endógenas é necessário ter um olhar ampliado sobre as diversas

questões que envolvem os adolescentes atualmente, dentre as quais podemos considerar as Políticas de Saúde Pública voltadas à população jovem.

No final dos anos 1980, houve grande avanço em medidas político-sociais voltadas à população jovem. Em 1989, pela portaria nº 980/GM de 21/12/1989, o Ministério da Saúde cria o Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD), que prioriza um conjunto de ações de promoção, diagnóstico precoce, intervenção e prevenção em áreas da saúde para adolescente com idade entre 10 e 19 anos (BRASIL, 1996).

Tais ações foram embasadas nos princípios básicos do SUS: equidade, integralidade, acessibilidade e resolubilidade e incluía atividade em diferentes áreas temáticas tais como crescimento e desenvolvimento, sexualidade, saúde bucal, mental, reprodutiva (que inclui prevenção de gravidez e doenças sexualmente transmissíveis) e escolar, prevenção de acidentes, abordagem da violência e maus tratos, cultura, esporte e lazer. (BRASIL, 1996).

O PROSAD tem como princípios básicos a ênfase na promoção da saúde, do desenvolvimento e da autonomia dos adolescentes; a identificação e o fortalecimento dos fatores protetores (autoestima, convivência familiar, habilidades sociais, entre outros); a valorização da participação ativa do adolescente e do protagonismo juvenil; o envolvimento da família e da comunidade; a articulação da saúde com outros setores (educação, assistência social, cultura, esportes, justiça, conselhos tutelares, organizações não governamentais e outras organizações de atendimento) (BRASIL, 1996).

Neste contexto o adolescente é visto como sujeito social e autônomo que deveria ser inserido nas decisões do Estado, como sujeito de direitos à saúde integral com acesso a saúde pública, em serviços onde os profissionais devem ser capacitados para dirigir e executar ações, prestando serviços de qualidade na promoção de saúde para o público jovem.

Para que algumas estratégias fossem efetivadas o Ministério da Saúde (1996) definiu que as práticas em saúde deveriam considerar o adolescente como um ser integral, adequando as ações à cultura local, promovendo aumento da cobertura de maneira que as ações estivessem disponíveis a todos. Outras estratégias dizem respeito ao aperfeiçoamento dos sistemas de referências, a capacitação dos profissionais para que atuassem conforme as diretrizes do Programa, a promoção da participação do adolescente em ações educativas e

criação de fóruns de debates sobre os direitos dos adolescentes, bem como supervisão e avaliação constantes do programa com a utilização de indicadores institucionais, percepções da comunidade e dos adolescentes atendidos.

Em relação ao atendimento prático prestado aos adolescentes, Jager et al. (2014) afirmam que as ações previstas pelo programa apresentavam dificuldades em reconhecer a diversidade das vivências dos adolescentes e discutir sua participação efetiva como sujeitos ativos no desenvolvimento de ações prioritárias.

Segundo Sposito e Carrano (2003),

reconhece-se que muitas das intervenções voltadas para a melhoria da saúde do adolescente falharam em virtude do foco estreito e da desarticulação das iniciativas governamentais. Também é digno de nota o crítico reconhecimento do programa sobre a pouca participação dos jovens no planejamento, na implementação e na avaliação das atividades oriundas de políticas públicas (p.24).

Em relação à saúde mental do adolescente, o documento aponta a necessidade de conhecimento sobre o seu desenvolvimento normal e patológico, assim como a grande incidência de algumas causas de agravos de saúde ou mortalidade desta população. Entre essas citam o suicídio, “as depressões, o abuso de drogas, os desajustes na família, na escola e no trabalho” (BRASIL, 1996, p.22-23).

As políticas públicas em saúde voltadas aos adolescentes, incluindo o PROSAD, não conseguiram romper com a visão estigmatizada da população jovem, não favoreceram sua participação na construção de sua cidadania. A ausência de espaços de escuta deste público para a elaboração, avaliação e execução das ações em saúde tem como consequência a negligência de suas necessidades específicas.

1.2.1 Reforma Psiquiátrica e Políticas Públicas de saúde mental infanto-juvenil

Com o declínio da ditadura militar no final da década de 1970 e o processo de redemocratização nos anos 1980, a assistência psiquiátrica no Brasil sofre uma série de denúncias sinalizando os primeiros passos para sua reforma, dando início a um processo de formulação crítica e prática para a elaboração de uma proposta que visava à transformação do modelo psiquiátrico hospitalocêntrico existente. (TENÓRIO, 2002).

Neste contexto, o Movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira formula transformações no modelo assistencial em saúde mental, propondo mudanças no campo teórico-conceitual e técnico-assistencial. O doente mental passa a ser visto como uma pessoa singular na sua pluralidade, um cidadão de direitos. Esta nova perspectiva sobre a loucura traz questionamentos sobre as instituições, as práticas de cuidados e também sobre os conceitos e saberes que as legitimaram. (AMARANTE, 1995).

Sobre o movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira Yasui (2006) aponta que

Não é possível compreendê-la sem mencionar suas origens, como movimento social, como uma articulação de atores da sociedade civil que apresentaram suas demandas e necessidades, assumindo seu lugar de interlocutor, exigindo do Estado à concretização de seus direitos. São ações que pressupõem verbalização e afirmação de interesses, disputas, articulações, conflitos, negociações, propostas de novos pactos sociais (p.22).

O crescimento do Movimento Sanitário, que deu origem ao SUS, foi acompanhado pelo Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) e de Núcleos de Saúde Mental que articularam a estratégia implementada pela Reforma. Dentre os movimentos se destaca o II Congresso de Trabalhadores em Saúde Mental, realizado em Bauru em 1987, onde os trabalhadores em Saúde Mental de diversos estados do país discutiram o papel político que deveriam desempenhar para a transformação da realidade assistencial nesse setor marcando o início do processo de institucionalização da Reforma (YASUI, 2006).

A Reforma cria condições e institui novas práticas terapêuticas visando à inclusão do usuário em saúde mental na sociedade. É nessa conjuntura, marcada pelo compromisso firmado pelo Brasil na assinatura da Declaração de Caracas e pela realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental, que entram em vigor, no país, as primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária, fundadas nas experiências dos primeiros Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) e Hospitais-dia, e as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos. (YASUI, 2006).

Os CAPS foram oficializados em 1992 pela Portaria GM 224/92, sendo atualmente regularizados pela Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002. São

serviços substitutos ao modelo hospitalocêntrico de atenção à saúde mental propostos pela Reforma Psiquiátrica, que têm como função prestar atendimento às pessoas acometidas por sofrimento psíquico grave dentro de sua área de abrangência, a fim de diminuir e evitar a internação psiquiátrica. (BRASIL, 2011).

As equipes multidisciplinares que atuam nos CAPS são formadas por psiquiatras, psicólogos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, técnico administrativos, entre outros. Atuam promovendo atividades terapêuticas tais como: psicoterapia individual e grupal, oficinas terapêuticas, acompanhamento psiquiátrico e visitas domiciliares. (BRASIL, 2011).

Os CAPS diferem em relação ao tamanho da população a ser atendida, na estruturação física, pela composição da equipe profissional, diversidade de atividades terapêuticas oferecidas e pela especificidade da demanda. Assim podem ser divididos em diferentes modalidades, a saber, CAPS I para municípios com população entre 20 e 70 mil habitantes; CAPS II para municípios com população entre 70 e 200 mil habitantes e CAPS III para municípios com população acima de 200 mil habitantes, funcionando 24 horas, incluindo finais de semana e feriados. Atendem adultos com transtornos psicóticos ou neuróticos graves e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas. (BRASIL, 2011)

Outras modalidades dos CAPS são os CAPS álcool e drogas (CAPS ad) que atendem usuários de *crack*, álcool e outras drogas e os CAPS infantojuvenis (CAPS i) que têm suas ações assistenciais voltadas para crianças e adolescentes com até 17 anos acometidos por transtornos mentais severos tais como psicoses e neuroses. (BRASIL, 2011).

Os CAPS marcam um importante momento nas Políticas em Saúde Mental, uma vez que reorientam um modelo que antigamente ficou caracterizado pelo assistencialismo, reduzido à oferta de leitos em hospitais psiquiátricos, que segregam e excluem socialmente os portadores de Transtornos Mentais. Em dezembro de 2011 totalizavam 1.742 CAPS, sendo 820 CAPS I, 431 CAPS II, 63 CAPS III, 271 CAPS ad e 272 CAPS i (BRASIL, 2011, 2012b).

A partir da aprovação da lei nº 10.216/01 da Reforma Psiquiátrica e a publicação da Portaria 336/02 é que os CAPS i se consolidaram como modelo assistencial. Atualmente os CAPS i representam a principal estratégia no campo da saúde mental infantojuvenil efetivando os princípios da Reforma Psiquiátrica e contribuindo para a transformação da rede de saúde mental. O tratamento oferecido

deve garantir a redução do sofrimento, melhorias na qualidade de vida e o desenvolvimento de autonomia, promovendo a reinserção das pessoas em atividades cotidianas, evitando quebra de laços familiares e sociais. (BRASIL, 2004). Porém, mesmo com tantos avanços e mudanças os CAPS i não são realidade na maioria dos municípios brasileiros.

Com “ampla participação de usuários de serviços de saúde e seu familiares, movimentos sociais e profissionais de saúde, a III Conferência Nacional de Saúde Mental forneceu substratos políticos e teóricos para a política de saúde mental no Brasil” (DELFINI, 2010, p.18). Foi a partir desta Conferência que as políticas de saúde mental voltadas para a população jovem ganharam sustentação e visibilidade, quando foi definido que

a elaboração e execução de ações no campo da Saúde Mental infante-juvenil devem compor, obrigatoriamente, as políticas públicas de saúde mental, respeitando as diretrizes do processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira e os princípios do ECA. Estas políticas devem ser intersetoriais e inclusivas, com base territorial e de acordo com a realidade sociocultural de cada município. Nesta perspectiva, é fundamental a criação e/ou fortalecimento de uma rede de atenção integral à criança e adolescente e a reavaliação dos serviços existentes (BRASIL, 2001, p.57).

Em relação à atenção à criança e ao adolescente foram aprovadas, entre outras, as seguintes propostas: criação de uma política de atenção à saúde mental voltada à essa população, com a implementação de CAPSi e outros serviços, garantindo a normatização e a criação dos CAPS, fundamentados nos princípios da Reforma Psiquiátrica e do ECA (BRASIL, 2001, p.57).

Em 2005, o Ministério da Saúde lança os primeiros passos para a criação de uma Política de Saúde Mental voltada para a infância e adolescência, cujos princípios norteadores são o acolhimento universal, encaminhamento implicado, construção permanente da rede, território e intersetorialidade na ação do cuidado (BRASIL, 2005).

Todo e qualquer serviço de saúde que se proponha prestar atenção a crianças e adolescentes deve, portanto, seguir as diretrizes operacionais em suas ações de cuidado: acolhimento à demanda que chega ao serviço de saúde sejam elas vindas da criança, do adolescente ou do adulto que os acompanha; o serviço deve ser responsável pelo agenciamento dos cuidados e encaminhamentos, reconhecendo a criança e o adolescente como sujeitos de direitos e de

responsabilidades, respeitando-os em suas dimensões subjetivas e sociais; deve, ainda, comprometer os responsáveis pela criança ou adolescente, no processo de atenção, garantindo que a ação de cuidado seja fundamentada nos princípios teórico-técnicos, mantendo abertos os canais de articulação da ação com outros equipamentos do território criando assim uma rede ampliada de cuidados (BRASIL, 2005). Essas diretrizes do cuidado são reforçadas em cartilha publicada pelo Ministério da Saúde em 2014, intitulada “Atenção Psicossocial a Criança e Adolescente no SUS tecendo redes para garantir direitos”. A cartilha faz menção à criança e ao adolescente como sujeitos detentores de direitos, abordando a necessidade de construir novos modos de se produzir saúde voltados a este público. (BRASIL, 2014)

O documento enfatiza que os serviços de saúde mental infantojuvenis devem assumir uma função social, possibilitando ações emancipatórias e o enfrentamento de estigma e os determinismos. Devem partir de uma rede de cuidados que leve em conta as singularidades de cada um e as construções que cada sujeito faz a partir de suas condições. (BRASIL, 2014)

Até então a falta de diretrizes voltadas ao atendimento de crianças e adolescentes com necessidades em saúde mental tinha como consequência o tratamento inadequado ou ausente deste público. Certamente os avanços na Reforma em saúde mental, a criação das bases e princípios norteadores de uma política de saúde mental voltada para a população infantojuvenil, bem como a garantia dos seus direitos, trazem mudanças significativas no atendimento nesta área voltadas ao público jovem.

A atenção psicossocial à criança e ao adolescente é tema central de discussão, uma vez que é evidente que “não há produção de saúde sem produção de saúde mental” (BRASIL, 2014, p.23). O documento destaca, ainda, que agravos à saúde do adolescente surgem em virtude de situações que envolvem violência e adoecimento. Tais situações seriam decorrentes de processos históricos de exclusão e discriminação, uma vez que o contexto social, bem como a desigualdade, influencia nas possibilidades de acesso à saúde. Estes múltiplos determinantes sociais se relacionam ao processo saúde-adoecimento. Logo, para que haja a promoção da saúde é necessário garantir estratégias que visem à integralidade das políticas setoriais, assim como a utilização de tecnologias inovadoras (BRASIL, 2014).

Assim, para que a rede de cuidados seja efetiva, é necessário que os gestores de saúde desenvolvam um serviço de qualidade atento às necessidades de saúde advindas da população infantojuvenil. Portanto, para que haja a produção de saúde, é fundamental o desenvolvimento de autonomia, vínculo, estimulação das relações interpessoais, bem como o fortalecimento de redes de apoio às crianças, adolescentes e suas famílias (BRASIL, 2014).

Quando o adolescente apresenta algum grau de sofrimento, como angústia, medo ou conflitos intensos, seu tratamento não poderá acontecer sem levar em consideração o componente emocional. (BRASIL, 2014).

Como vimos, questões que envolvem a atenção voltada à saúde mental de crianças e adolescentes são recentes. O reconhecimento desta população como sujeito de direitos e responsabilidades promulgado pelo ECA em 1990, redefiniu as ações em relação à assistência e a elaboração de políticas públicas voltadas para esta população. Porém ainda são consideradas um dos principais desafios para o Estado (DELFINI, REIS, 2012), uma vez que os projetos de assistência voltados para os adultos permanecem em primeiro plano quando comparados aos planejamentos da assistência na área infantojuvenil (TENÓRIO, 2002). Tais desafios podem ser superados por meio da expansão de serviços voltados para o público infantojuvenil, a constituição de uma rede articulada entre os serviços de saúde, bem como a realização de ações de promoção de saúde articulados a modelos alternativos de cuidados presentes na comunidade tais como escolas e centros comunitários, a partir de atividades coletivas reflexivas sobre as práticas de cuidados atuais e impactos dos dispositivos ofertados no tratamento (RIBEIRO et al., 2010). A percepção das especificidades de criança e adolescentes usuários dos serviços de saúde mental devem constituir a base do planejamento de políticas capazes de facilitar o acesso aos serviços (FALAVINA, CERQUEIRA, 2008).

Mesmo que mudanças tenham ocorrido nas últimas décadas, e que as políticas públicas de saúde mental empenhem esforços para concretização de novas formas de intervenções nesta área, pode-se concluir que o adolescente historicamente encontra-se à margem e/ou excluídos das políticas públicas de saúde. Existem poucas ofertas, dificuldades técnicas, ausência de capacitação das equipes e ausência de construções estratégicas atrativas voltadas ao público jovem. No que se refere às necessidades de cuidados em saúde mental, tais indícios são ainda mais preocupantes.

As necessidades de cuidado em saúde são entendidas como social e historicamente constituídas, expressando a dialética do individual e do social. Devem, portanto, ser o centro das intervenções e práticas da equipe de saúde. Cecílio (2001) aponta que elas podem ser organizadas em quatro conjuntos: 1) boas condições de vida (posição social que as pessoas ocupam na sociedade e o acesso a infraestrutura básica); 2) ter acesso e poder consumir toda tecnologia de saúde capaz de melhorar e prolongar a vida; 3) criação de vínculos afetivos/efetivos entre cada usuário e uma equipe e/ou profissional, garantindo uma relação contínua no tempo, pessoal e intransferível: encontro de subjetividades; 4) necessidade de cada pessoa ter graus crescentes de autonomia no seu modo de levar a vida (reconstrução, pelos sujeitos, dos sentidos de sua vida) (p.114-115).

Ao abordar as necessidades de cuidado em saúde mental, fala-se de carências expressas pelos usuários e/ou seus familiares que de algum modo impliquem em mal-estar ou sofrimento psíquico, até a nítida manifestação de transtornos mentais. Trata-se de carecimentos pertencentes à vida cotidiana, que, mesmo sem a compreensão e reconhecimento como tal, são entendidos pelo indivíduo como algo que deve ser mudado no seu atual estado sócio-vital (SCHRAIBER; MENDES-GONÇALVES, 1996).

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2005) cerca de 10% a 20 % aproximadamente das crianças e adolescentes sofrem de algum transtorno mental, sendo que deste total 4% necessitam de cuidados intensivos. As manifestações de transtornos mentais infantojuvenis mais frequentes são a deficiência mental, autismo, psicose infantil, transtornos de ansiedade, bem como o abuso de substâncias psicoativas e o aumento no índice de suicídio entre adolescentes. Esses dados apontam para a necessidade de uma abordagem mais direta e de iniciativas de cuidado, principalmente na Atenção Primária. Entretanto, há uma defasagem entre essa necessidade e a oferta de uma rede de serviços capaz de atendê-la (COUTO, DUARTE, DELGADO, 2008; CAVALCANTE, JORGE, SANTOS, 2012).

Na literatura, estudos realizados com o objetivo de identificar quais os problemas de saúde mental acometem crianças e adolescentes atendidos por serviços de atenção básica em saúde, indicam, em sua maioria, a agressividade, distúrbios de aprendizagem, depressão, ansiedade, somatizações, uso de álcool e outras drogas, bem como a tentativa de suicídio, com sendo os principais

transtornos apresentados por esta população (TANAKA; RIBEIRO, 2009; SANTOS, 2006; FU-I et al, 2012).

No caso da adolescência, Benetti et al. (2007), em pesquisa sobre a produção científica na área, apontam que os problemas em saúde mental mais citados pelos artigos foram: 277 referências na categoria Drogas/Abuso de Substâncias, 190 em Violência/Maus-Tratos, 141 em Saúde Mental/ Psicopatologia, 129 em Depressão, 111 em Transtornos Alimentares, 72 em Ansiedade e 51 em Transtorno de Conduta/Delinquência.

Em relação aos atendimentos realizados em CAPSi, Falavina e Cerqueira (2008) encontraram que, segundo relatos dos pais, as crianças e adolescentes usuárias do referido serviço apresentavam prejuízos em relação à escolarização e à socialização. Foram citadas, ainda, as seguintes barreiras que impediram ou dificultaram o acesso aos serviços de saúde: obstáculos de ordem econômica (dificuldade para pagar condução e comprar medicamento), cultural (dificuldade das famílias compreenderem os termos técnicos, de se colocarem e se expressarem nas consultas), geográfica (relação tempo / distância das unidades de saúde até a residência) e funcional (dificuldade para marcar e realizar consultas, retornos e exames, horários dos atendimentos, farmácias ineficientes, falta de atenção, acolhimento e escuta por parte dos profissionais). Os autores colocam ainda que a utilização dos serviços do CAPSi teve um impacto significativo e positivo na vida de seus usuários e familiares, produzido pela escuta e acolhimento oferecidos pelos profissionais.

Outros estudos realizados em CAPSi (HOFFMANN, SANTOS & MOTA, 2008; DOMBI-BARBOSA et al., 2009; DELFINI et al., 2009) ou em Clínicas-Escola (LOUZADA, 2003; ROMARO; CAPITÃO, 2003; MELO; PERFEITO, 2006) tiveram como objetivo caracterizar a população atendida e os serviços oferecidos e reforçam os dados anteriormente comentados, sendo que a maioria deles foca na população infantil. No que diz respeito à proposição de políticas públicas de saúde mental voltada para crianças e adolescentes, avanços ocorreram nas últimas décadas, porém há um longo caminho a ser percorrido.

Para que as ações de saúde mental envolvam os adolescentes, é preciso ainda a aproximação do contexto de vida dos mesmos, do cotidiano de suas vidas nas quais as ações nesta área possam se efetivar para que sejam construídas coletivamente, levando em conta os determinantes da produção social da saúde.

A partir dos dados e indícios explicitados anteriormente em relação às necessidades de cuidados em saúde mental dos adolescentes faz-se necessário compreender as concepções acerca da adolescência em diferentes perspectivas e a que vamos adotar neste trabalho.

1.3 Adolescência

Geralmente conceituada como uma etapa intermediária do desenvolvimento humano, entre a infância e a fase adulta, o fenômeno da adolescência pode ser analisado sob os mais variados entendimentos. Do ponto de vista psicológico, o primeiro estudo científico publicado sobre a adolescência foi realizado em 1904 por Stanley Hall, que, com base na teoria evolucionista do desenvolvimento humano, caracterizou a adolescência como um período de transição universal e inevitável. A adolescência, para o autor, trata-se de um período de “tempestade e tormenta”, sendo que esta turbulência e instabilidade emocional vivenciada pelos adolescentes aconteciam em função do surgimento da sexualidade. Teorias baseadas nos pressupostos da psicanálise freudiana reforçaram esta visão durante muito tempo, já que defendiam que a adolescência era uma etapa marcada por conflitos, confusões e luto causados pelo impulso sexual que se desenvolvia nesta época. Nesse momento a adolescência é concebida como um processo natural, universal e passível de patologização. (OZELLA, 2002).

No Brasil, no início da década de 1980, dois autores psicanalistas se destacam ao conceitualizar adolescência, Aberastury e Knobel. Para Aberastury, a adolescência é um momento de extrema importância na vida do homem, pois compõe uma etapa decisiva de um processo de desprendimento. A autora enfatiza este momento como sendo um período marcado por ambivalências, contradições e conflitos. Para Aberastury e Knobel (1981), estes conflitos só podem ser resolvidos na medida em que o adolescente elabora “o luto pelo corpo da criança, pela identidade infantil e pelas relações dos pais na infância” (p.24).

A teoria psicanalítica destaca o despertar da sexualidade como fator desencadeante da crise na adolescência; o conflito surge porque o adolescente ainda se sente criança, mas, devido às novas competências conferidas em virtude das modificações corporais, advindas do amadurecimento biológico, vê-se no dever de assumir um novo papel perante a sociedade. Logo tal conflito será resolvido

quando o adolescente assumir esta identidade de adulto em substituição ao papel anterior conferido pela infância (TOMIO, 2006).

Na área da saúde é importante destacar a concepção de adolescência segundo o paradigma biomédico. Para os autores Peres e Rosenberg (1998) o paradigma biomédico ou médico-biológico compreende a adolescência como fenômeno universalizante, o adolescente sofre transformações biológicas decorrentes da puberdade (mudanças corporais e hormonais) desencadeando mudanças psicológicas e sociais. Tal paradigma traz implicações importantes na prática em saúde, uma vez que vem “orientando, de forma predominante, a produção do conhecimento e as práticas correspondentes nesta área de atuação” (p.62).

Segundo estas teorias, a adolescência é tida como um estágio do desenvolvimento marcado por mudanças físicas, dominado por impulsos, conflitos e tensão emocional, advindos de um processo de amadurecimento natural ao ser humano. Tais concepções retratam uma visão dominante, naturalizante e estereotipada da adolescência, cujas características estariam marcadas por conflitos psíquicos e comportamentais, uma vez que desconsideram ou pouco valorizam os contextos social e histórico em que o adolescente está inserido.

Assim, quando se afirma a universalidade do fenômeno adolescência, enquanto fase do desenvolvimento humano, a partir de apenas uma de suas facetas biológica (ou psicológica), acreditamos tratar-se de uma visão, no mínimo, equivocada e reducionista da questão, mesmo porque nos indagamos como seria possível analisar o biológico (ou o psicológico) em si mesmo, destacando-o de suas interconexões com outras dimensões/ facetas, visto que o ser humano só existe no social - nasce e se desenvolve a partir das/ nas relações sociais (é socializado) em um dado contexto sócio-histórico (PEREZ, ROSENBERG, 1998, p.65)

Por ser fenômeno estudado por inúmeros segmentos sociais e áreas da ciência, a adolescência é apontada de diferentes formas, de modo que sua definição torna-se “complexa e pouco consensual”. Logo, faz-se necessário compreendê-la no âmbito de uma totalidade, não sendo possível compreendê-la estudando separadamente os aspectos biológicos, psicológicos, sociais ou culturais (OSÓRIO, 1992).

Devido às diferentes definições, entendemos aqui a adolescência como fenômeno histórico e social, nos distanciando, portanto, de uma visão naturalizante e

universal. Nesta perspectiva, utilizaremos os subsídios teóricos e metodológicos da Psicologia Sócio-Histórica.

1.3.1 Adolescência na perspectiva sócio-histórica

Os diferentes pontos de vista teóricos sobre a adolescência acabam por contribuir para a formação de múltiplos conceitos sobre este fenômeno. Opta-se aqui pela abordagem sócio-histórica, na qual a adolescência é compreendida como uma etapa no desenvolvimento, construída pelo homem como fato social e psicológico, que tem suas repercussões na subjetividade e no desenvolvimento humano.

Vigotski¹ (1931/1995) contrapõe as abordagens teórico-metodológicas reducionistas da psicologia de sua época, propondo outra concepção teórica, abordando o caráter histórico-cultural do processo de constituição do ser humano e de suas funções psicológicas. Neste enfoque o homem se constrói a partir do meio social no qual está inserido, é concebido em sua historicidade, num movimento dialético; se constitui e é constituído nas e pelas relações sociais e culturais mediadas pela linguagem, expressando esse movimento dialético, pois o homem transforma a natureza e o mundo ao seu redor ao mesmo tempo em que também se transforma, já que sua ação é também uma ação sobre si mesmo.

Do mesmo modo ocorre a adolescência, compreendida como parte de um processo de desenvolvimento, de transição para a vida adulta e dependente das relações sociais estabelecidas durante o processo de socialização, incluídos aqui fatores econômicos, sociais, educacionais, políticos, culturais etc. (OZELLA, 2003). O adolescente é, portanto, compreendido como um ser histórico, dotado de singularidade, que se constitui e é constituído em movimento pelas relações sociais e culturais vividas ao longo do tempo. O seu movimento e suas características são compreendidos no processo sócio-histórico cultural de sua estruturação. Neste processo é fundamental a posição que o adolescente e sua família ocupam na sociedade, assim como a atividade predominante que realiza neste contexto.

Numa concepção histórica o desenvolvimento humano está associado diretamente às condições concretas de vida, assim como o desenvolvimento

¹ O nome do autor, devido a diferentes traduções, pode apresentar formas distintas de grafia. Neste trabalho, optou-se por Vigotski, quando nos referirmos ao autor sem referência a uma obra específica, contudo ao nos referirmos ao autor e este se vincular a uma obra específica, será mantida a grafia da tradução.

psíquico está dialeticamente relacionado às formas objetivas de vida, resultando nas formas psicológicas mais complexas. (TOMIO, FACCI, 2009) Dessa forma, a adolescência pode ser compreendida como uma criação do homem atrelada a fatores econômicos, sociais e culturais de um determinado período histórico.

Os próprios adolescentes, nesta perspectiva, se apropriam da ideia socialmente construída do que é ser adolescente, em uma demonstração da eficácia ideológica do conceito, assumido pelo jovem como expressão de sua autêntica forma de ser (OZELLA; AGUIAR 2008, p.8).

Para compreender o desenvolvimento psíquico do adolescente é necessário compreender como ocorre o desenvolvimento das Funções Psíquicas Superiores (FPS), pois na idade de transição ocorrem saltos qualitativos no desenvolvimento psicológico do adolescente, dando origem a ampliação significativa da capacidade do pensamento, que decorrem do desenvolvimento destas funções.

Para Vigotski (1931/1995), o desenvolvimento das FPS se inicia por meio da apropriação cultural, a partir do domínio do meio externo mediado pelos instrumentos e símbolos culturalmente desenvolvidos. Para o autor as condições sociais de vida historicamente construídas dão origem ao psiquismo humano é de fundamental importância no desenvolvimento dessas funções.

As estruturas psíquicas dos indivíduos são modificadas a partir das crises qualitativas que ocorrem durante o seu desenvolvimento. Assim as mudanças ocorridas no período de transição (adolescência) correspondem, segundo Vigotski (1931/1995), a saltos qualitativos em termos biológicos e psicológicos experienciados por períodos de superação. As etapas de desenvolvimento psicológico do adolescente ocorrerão em um complexo sistema hierárquico e interdependente de formações psíquicas que se baseiam em processos elementares e superiores, os quais se aprimoram ao longo do tempo a partir das relações sociais vivenciadas.

Ao adentrar a etapa identificada como idade de transição, Vigotski (1931/1995) defende que os interesses que o indivíduo apresenta até o momento modificam-se completamente, intensificando o desenvolvimento das funções psicológicas e a formação de novos conceitos. Para o autor, os interesses relacionam as verdadeiras necessidades biológicas do organismo ao desenvolvimento histórico-social, não sendo provocado por uma natureza biológica

particular. Sendo assim, o problema do interesse na idade de transição é o elo para se entender o desenvolvimento psicológico dos adolescentes.

Os conteúdos do pensamento do adolescente, reestruturados devido à formação de conceito, passam a fazer parte do seu modo de ser e de seu comportamento perante a vida, impulsionando novas atividades, bem como novas formas de pensar, compreendendo assim a realidade objetiva. Assim, as demais funções que se integram a esta nova formação, se intelectualizam e se organizam sob esta base central, ou seja, sob o pensamento em conceitos (VIGOTSKI, 1931/1995). O pensamento em conceito permite ao adolescente elevar seu conhecimento sobre a realidade que o cerca, logo a formação de conceitos é o resultado de uma atividade complexa, em que todas as funções intelectuais básicas tomam parte.

No entanto, o processo não pode ser reduzido à associação, à atenção, à formação de imagens, à inferência ou às tendências determinantes. Todas são indispensáveis, porém insuficientes sem o uso do signo, ou palavra, como o meio pelo qual conduzimos as nossas operações mentais, controlamos o seu curso e as canalizamos em direção à solução do problema que enfrentamos (VIGOTSKI, 1934/1996, p.57).

O desenvolvimento dos conceitos se associa ao desenvolvimento da consciência social e paralelamente à linguagem. Logo a formação de conceito ou aquisição de sentido por meio da palavra é resultado de uma atividade intensa e complexa do indivíduo, na qual as funções intelectuais básicas e superiores participam ativamente. (VIGOTSKI, 1934/1996).

A formação de um novo conceito envolve o processo de generalização, Vigotski (1934/1996) considera que em “qualquer idade um conceito expresso por uma palavra representa um ato generalizante” (VIGOTSKI, 2001, p.71). Assim, à medida que o intelecto do adolescente se desenvolve substituem-se as generalizações mais simples por um tipo cada vez mais complexo e este processo leva a formação dos verdadeiros conceitos.

Toda la historia del desarrollo psíquico en la edad de transición esta constituida por el ascenso de las funciones y la formacion de síntesis superiores, independientes. En este sentido, en la historia del desarrollo psíquico del adolescente predomina una estricta jerarquia. Las diversas funciones (atención, memoria, percepción, voluntad, pensamiento) no se desarrollan unas al lado de otras como un manojito de ramas puestas en un recipiente, ni siquiera crecen como diversas ramas de un mismo árbol unidas por un tronco común. En el proceso del desarrollo todas esas

funciones constituyen un complejo sistema jerárquico donde la función central o rectora es el desarrollo del pensamiento, la función de formación de conceptos. Todas las restantes funciones se une a esa formación nueva, integran con el una síntesis compleja, se intelectualizan, se organizan sobre la base del pensamiento en conceptos. (VYGOTSKY, 1934/ 1996, p. 02)

Assim, pode-se concluir que, mesmo que haja formação de uma nova estrutura, o processo anterior não se perde, esses conceitos não serão reconstruídos, mas sim transferidos à totalidade da esfera conceitual. Por meio do pensamento em conceito o adolescente passa a compreender a realidade, as pessoas ao seu redor e a si mesmo. (TOMIO, FACCI, 2009)

Em síntese, as condições histórico-sociais concretas exercem influência sobre as características individuais do desenvolvimento do adolescente, bem como sobre o curso do processo de desenvolvimento psíquico como um todo. Portanto, “olhar para o adolescente sem analisar o contexto histórico e social no qual ele está inserido é negar sua relação com a natureza, bem como a importância do outro e da coletividade na construção da consciência humana” (TOMIO, FACCI, 2009, p.97).

Diante do exposto, a seguir apresentaremos os objetivos do presente estudo.

Objetivos

II – OBJETIVOS

Tem-se como objetivos desta pesquisa:

- Compreender as necessidades de cuidado em saúde mental de jovens atendidos em uma UBS com Saúde da Família, na perspectiva dos trabalhadores de saúde.
- Identificar os recursos utilizados pelos trabalhadores da equipe para a abordagem desta população, bem como a relação entre a UBS e a rede de atenção em saúde mental no município quanto ao atendimento dos adolescentes.

Método

III – MÉTODO

Para a consecução dos objetivos propostos, utilizaremos como base teórica e metodológica a Psicologia Sócio-Histórica, subsidiada pelo materialismo histórico e dialético.

A dialética aparece no pensamento de Marx como possibilidade lógica e metodológica para a compreensão da historicidade humana, capaz de dar conta do processo de mudança. Segundo Martins (2007), a epistemologia marxiana

guarda as possibilidades para o verdadeiro conhecimento científico sobre a pessoa humana, isto é, sobre a realidade objetiva que este termo denomina: o indivíduo real, vivo que atua e se revela como síntese de um sistema de relações sociais e, ao mesmo tempo, como sujeito dessas relações (p.2).

O pensamento materialista dialético compreende a realidade em movimento. Desta forma o homem é visto como um ser ativo, que se constrói como sujeito a partir das relações sociais e históricas vivenciadas, mediadas pela linguagem e influenciadas pela realidade cultural e social. A concepção materialista dialética permite captar o homem e sua dinâmica social como uma realidade dotada de uma totalidade complexa. (KOSHINO, 2011).

Portanto, para compreender o processo do desenvolvimento do psiquismo é necessário descrever e explicar de que forma a atividade e as relações sociais mediadas pela linguagem constroem a subjetividade dos indivíduos.

Para Leontiev (1978) a estrutura do psiquismo humano se difere do animal devido a diferenças na estrutura da atividade, ou seja, o animal estabelece uma relação imediata entre o objeto de sua atividade e sua necessidade de satisfação biológica, o que o leva a agir sobre determinados objetos, assim o objeto e o motivo da atividade animal são sempre coincidentes. A atividade humana, por outro lado, pode ser entendida a partir da estrutura da atividade coletiva. Ao longo de sua evolução o homem apresenta diferenças em suas ações coletivas, a partir da divisão técnica do trabalho (tarefas), a atividade coletiva passou a englobar ações individuais. Desta forma o surgimento das ações individuais como componentes da ação coletiva faz com que o motivo da atividade não estabeleça em uma relação direta com o objeto, passando a ser mediatizadas. Quando vistas isoladamente tais ações não aparentam manter relação com o motivo da atividade realizada, para

tanto é preciso compreender que a relação entre os objetivos das ações individuais é justificada em conjunto com a atividade coletiva (LEONTIEV, 1978).

Leontiev (1978) se utiliza do exemplo da atividade de caça realizada pelos homens primitivos para explicar como a atividade coletiva passou a ser formada por um conjunto de ações. O autor descreve a ação do batedor,

bater a caça conduz à satisfação de uma necessidade, mas de modo algum porque sejam essas as relações naturais da situação material dada; é antes o contrário, normalmente estas relações naturais são tais que amedrontar a caça retira toda a possibilidade de apanhar. O que então nesse caso religa o resultado imediato desta atividade ao seu resultado final? Evidentemente não é outra coisa senão a relação do indivíduo aos outros membros da coletividade, graças ao qual ele recebe a sua parte de presa, parte do produto da atividade do trabalho coletivo. Esta relação, esta ligação realiza-se graças a ação dos outros indivíduos [...] (p.86)

Portanto o resultado imediato das ações constitutivas da atividade do homem não coincide com o motivo pelo qual ele age.

Por sua vez, a linguagem é instrumento capaz de viabilizar a comunicação e a vida em sociedade, e tem como função a comunicação, expressão e compreensão de significados apropriados e transformados pelos sujeitos. Desta forma, a linguagem permite a interação social e ao mesmo tempo a organização do pensamento.

Para Vigotski (1934/2001), a aquisição da linguagem passa por três fases, a linguagem social, a egocêntrica e a linguagem interior, intimamente ligada ao pensamento. A linguagem social é a primeira linguagem que surge e tem a função de comunicação. Aos poucos há a progressão da fala social para a fala interna, representando a transição da função comunicativa para a função intelectual e é nesta transição que surge a fala egocêntrica que se caracteriza como uma linguagem que a pessoa emite para ela mesma, permitindo assim a organização das ideias e planejamento de ações, fase em que os pensamentos são oralizados. O declínio da vocalização egocêntrica, ou seja, o momento em que é possível pensar nas palavras sem dizê-las, marca a entrada na fase do discurso interior.

O discurso interior pode ser entendido como um pensamento em palavras, portanto o pensamento é um plano mais profundo do discurso interno, pois cria conexões e a resolução de problemas, o que não é necessariamente feito em palavras. O pensamento não coincide exatamente com o significado da palavra, ele capta de forma mais complexa as relações entre as palavras, ou seja, o pensamento

não se reflete na palavra, realiza-se nela, na medida em que é a linguagem que permite a transmissão do seu pensamento para outra pessoa (VIGOTSKI, 1934/2001).

Conclui-se então que o pensamento não é o último plano analisável da linguagem, pode-se encontrar um plano ainda mais interior, a motivação do pensamento, que abrange não só as inclinações e necessidades, interesses e impulsos, mas também os afetos e emoções. Compreende-se, então, por meio do estudo da palavra e pela formação de categorias de análise, que:

ao operar com o significado da palavra como unidade do pensamento discursivo, nós efetivamente descobrimos a possibilidade real de estudo concreto do desenvolvimento discursivo e da explicação das suas mais importantes particularidades nos diferentes estágios (VIGOTSKI, 2001, p.399).

Em síntese, a linguagem não apenas cumpre a função de comunicação, mas surge como mediadora das relações sociais, permitindo a organização do pensamento, de tal forma que a palavra com significados apropriados pelo sujeito apreende o seu modo de ser, agir ou pensar, a sua própria subjetividade. Diante do exposto, neste trabalho, ao se compreender a relação da palavra com o significado, por meio da análise e interpretação da fala do sujeito, pretende-se organizá-la a fim de se apreender sua subjetividade.

A palavra é a unidade básica do discurso do indivíduo, a partir dela se torna possível alcançar a compreensão do pensamento, logo é necessário buscar o sentido pessoal que é dado à palavra. Assim, posteriormente será possível compreender a fala do sujeito, ou seja, seu discurso singular. Sendo assim, a produção de sentido pode ser explicada a partir da compreensão dialética das bases materiais, sócio-históricas, presentes no processo de transformação do social em psicológico, do intersubjetivo em intrasubjetivo.

Pensamento e linguagem se relacionam num processo de mediação não havendo possibilidade de serem compreendidos separadamente, pois um constitui o outro, ao mesmo tempo em que não podem ser confundidos entre si. Para que o pensamento seja expresso em palavras são necessárias transformações que envolvem a compreensão das categorias significado e sentido (AGUIAR; OZELLA, 2013).

A significação é a generalização da atividade que é cristalizada e fixada num vetor sensível ordinariamente a palavra ou a locução. É a

forma ideal, espiritual da cristalização da experiência e das práticas sociais da humanidade [...] a significação pertence, portanto, antes de mais, ao mundo dos fenômenos objectivamente históricos (LEONTIEV, 1978, p.94).

Neste trecho é possível apreender que o autor se refere à significação de uma palavra, enquanto significação verbal e também em relação aos conteúdos da consciência social, ou seja, os conhecimentos apropriados. Para Leontiev (1978) as relações do homem com o mundo são mediadas por meio das significações, logo podem ser compreendidas como o reflexo da realidade produzido historicamente pela humanidade perante a forma de conceitos e saberes. “O homem encontra um sistema de significação pronto, elaborado historicamente, e apropria-se dele tal como se apropria de um instrumento” (p.102).

Diferentemente do significado, os sentidos se modicam com a vivência do sujeito, portanto o sentido é “criado pela relação objetiva entre aquilo que provoca a ação no sujeito (motivo da atividade) e aquilo para o qual sua ação se orienta como resultado imediato (fim da ação). O sentido pessoal traduz a relação do motivo com o fim” (ASBAHR, 2014, p.262).

3.1 Desenvolvimento da Pesquisa e Procedimentos Metodológicos

3.1.1 Campo de Pesquisa

A pesquisa foi realizada em uma UBS com ESF (USF), situada em um município no interior do estado de São Paulo, com população de aproximadamente 140 mil habitantes. O município conta com rede de atendimento na Atenção Básica com 19 UBS (onze unidades de saúde da família que abrigam quatorze equipes de saúde da família; oito centros de saúde; uma equipe de NASF).

A rede de atenção em Saúde Mental de base comunitária e territorial conta com uma grande diversidade de serviços. Dentre eles destacam-se CAPS (CAPS I, CAPS II e CAPS ad), Residências Terapêuticas, unidade hospitalar geral, serviço de atenção e referência em álcool e outras drogas, Ambulatório de Psiquiatria voltado ao adulto e de Saúde Mental voltado à criança e ao adolescente. Conta, ainda, com um Centro de Referência de Saúde do Trabalhador (CEREST) com profissionais da área de saúde mental.

Por ter sido campo de pesquisa de outros estudos na área de Saúde Pública e Mental, desenvolvidos por pesquisadores do mesmo grupo de pesquisa, essa Unidade também foi escolhida em função do interesse manifestado pela equipe por esta proposta de trabalho, uma vez que identificavam a existência de grande demanda em saúde mental envolvendo adolescentes que são atendidos na unidade.

3.1.2 Definição dos participantes da pesquisa

Foram convidados a participar do estudo 20 trabalhadores em saúde que compõem a equipe multiprofissional de uma USF, dentre estes, 12 profissionais aceitaram participar da pesquisa. Foram realizadas três tentativas para o agendamento das entrevistas com os profissionais que atuam na USF e quando não houve retorno para o agendamento foi estabelecido critério de exclusão. Desta forma, dos 12 profissionais que aceitaram participar, três trabalhadores foram excluídos da pesquisa, a saber, um médico, uma auxiliar de enfermagem e uma agente comunitária de saúde (ACS).

Também foi convidada a participar da pesquisa uma profissional que atua no NASF, uma vez que, durante as entrevistas realizadas com a equipe da USF, o trabalho realizado por esta profissional foi frequentemente citado.

Sendo assim fizeram parte do estudo 10 trabalhadores em saúde: um médico, duas enfermeiras, três auxiliares de enfermagem e três agentes comunitárias de saúde (ACS), que atuam na USF e uma profissional que atua no NASF.

Todos os trabalhadores entrevistados têm contato direto com os adolescentes que em suas percepções necessitam de cuidados em saúde mental.

3.2 Coleta de Dados

3.2.1 Instrumento de Pesquisa

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas (Apêndice A), pois estas têm a característica de entender o ponto de vista do entrevistado e de apenas nortear a conversa, possibilitando a inserção de novas questões. O roteiro utilizado para a entrevista com os trabalhadores em saúde continha eixos temáticos

relacionados à identificação dos adolescentes com necessidades de cuidados em saúde mental, aos recursos utilizados pelos trabalhadores da equipe para a abordagem desta população, bem como a relação entre a USF e a rede de atenção em saúde mental. Antes de iniciar a exploração dos eixos citados, foram levantados dados gerais dos participantes e as concepções de adolescência e do processo saúde-doença, como forma de introduzir a temática da pesquisa.

3.2.2 Procedimentos da coleta de dados

Inicialmente foi estabelecido o contato com a enfermeira coordenadora da USF para a apresentação do projeto de pesquisa, bem como para ter conhecimento sobre a oportunidade de realizá-lo na unidade. A princípio foi sinalizado pela coordenadora que a pesquisa seria de grande importância na unidade, uma vez que existiam importantes demandas envolvendo adolescentes que necessitam de cuidados em saúde mental.

Posteriormente a este encontro, a pesquisadora foi convidada a participar da reunião de equipe para apresentação do projeto de pesquisa aos trabalhadores de saúde que atuam na unidade. Após esclarecimento de dúvidas e apoio da equipe, foi agendado um encontro com as ACS para o mapeamento do território.

O mapeamento foi realizado com o acompanhamento de quatro ACS, uma vez que estas realizam suas funções por meio da divisão do território em microáreas de atuação. As microáreas apresentam características diferentes entre si, pela caracterização dos moradores, sendo que existem regiões onde há um maior número de idosos se contrapondo às regiões onde jovens adultos, adolescentes e crianças são maioria. Diferenças também são notadas em relação às condições sociais e econômicas da população a partir de características das moradias, que em alguns locais são precárias, contrastando com moradias localizadas em outros espaços.

Devido à falta de profissionais que atuam como ACS, existem locais onde os moradores estão “descobertos”. Segundo as ACS, é nestas áreas que se concentram os maiores índices de violência, tráfico de drogas e prostituição. Tal situação se coloca como um desafio na atuação destas profissionais, uma vez que identificam que tais áreas são socialmente vulneráveis, porém, devido ao número

reduzido de agentes, reconhecem que pouco conseguem fazer para minimizar tais situações.

O bairro também possui alguns dispositivos comunitários, tais como um centro comunitário onde são realizadas atividades culturais e artesanais com adultos e adolescentes, projetos sociais, horta comunitária, comércio, creches, igrejas e praças. O bairro dispõe de pontos para o transporte público, rede de abastecimento de água e luz, bem como asfaltamento de todas as ruas. Durante as visitas crianças e adolescentes eram vistos na rua, brincando ou conversando em pequenos grupos.

Todas as informações coletadas durante a visita, referentes aos moradores, suas vivências e necessidades, foram registradas em diário de campo. Assim, o diário de campo foi utilizado durante processo de mapeamento da comunidade para registrar informações, impressões e características do território.

Após o mapeamento do território iniciaram-se as entrevistas com os trabalhadores de saúde. Houve o esclarecimento sobre os objetivos da pesquisa e a aceitação por parte dos trabalhadores em participar após leitura integral e esclarecimento de dúvidas sobre do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido² (Apêndice B).

3.2.3 Realização das entrevistas

Todos os trabalhadores de saúde que aceitaram participar da pesquisa concederam entrevistas na USF, em local apropriado e isolado mediante agendamento de data e horário. As entrevistas foram gravadas em equipamento digital, transcritas integralmente e analisadas qualitativamente; com o término da pesquisa, após cinco anos, serão eliminadas.

3.3 Questões éticas

Destaca-se que todas as etapas do trabalho seguiram irrestritamente as diretrizes éticas para pesquisas com seres humanos, conforme a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012c) e ratificada na resolução 016/2000

² Ao iniciar este trabalho, pretendia-se entrevistar os adolescentes atendidos pelos trabalhadores em saúde para compreender as necessidades de cuidado em saúde mental e questões trazidas por estes jovens para a UBS, porém devido às limitações temporais para a conclusão deste estudo não foi possível realizar as entrevistas.

do Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2000). O projeto de pesquisa foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Medicina, UNESP-Botucatu e obteve sua aprovação em 19/08/2013.

No contexto da presente pesquisa, é fundamental frisar que foram observados os seguintes princípios éticos: 1) a garantia do esclarecimento sobre a metodologia no início e durante o processo de coleta dos dados, 2) a liberdade do sujeito de se recusar a participar ou retirar seu consentimento a qualquer momento (por intermédio da formalização do Termo de Consentimento) e 3) a garantia de sigilo e confidencialidade dos dados obtidos nas entrevistas. (BRASIL, 2012c).

3.4 Análise dos dados

Ao analisar os dados de uma pesquisa, é necessário que sejam apreendidos os processos internos individuais. Para tanto, é preciso exteriorizá-los, observando o não observável, o que se constitui em um problema prático: como investigar a subjetividade humana? Aguiar (2001) defende que há de se compreender o próprio processo de produção da subjetividade, o que pode ser feito a partir das palavras e signos, que compõem a linguagem, que consistem na mediação da subjetividade e instrumento produzido social e historicamente. Como já mencionado, a palavra com significados caracteriza a unidade de análise, identificando propriedades do pensamento, em seus aspectos cognitivo, afetivo e volitivo. Cabe ao pesquisador, a partir de um esforço analítico, ultrapassar a aparência, buscar determinações (históricas e sociais) que se configuram como motivações, necessidades e interesses.

Nesse sentido, a análise será feita a partir da palavra com significado, organizando-se "núcleos de significação" do discurso, com seus temas, conteúdos e questões centrais apresentadas pelos sujeitos. Buscar-se-ão, nestes, determinações, contradições, relações e configurações subjetivas dos indivíduos.

Os procedimentos a serem adotados para a análise através dos núcleos de significação, segundo Aguiar e Ozella (2006, 2013), são leitura flutuante e organização do material, ou seja, efetuada a transcrição do material coletado devem-se realizar várias leituras tidas como "flutuantes", para que sejam destacados e organizados os pré-indicadores que darão origem aos núcleos de significação. Os pré-indicadores são caracterizados pela frequência com que aparecem no discurso

do indivíduo, a partir deles surgem vários temas que posteriormente deverão ser filtrados de acordo com a importância para a compreensão do objetivo da investigação.

A segunda etapa é caracterizada pelo processo de aglutinação dos pré-indicadores, que se dá a partir da semelhança, complementaridade e contraposição, a fim de minimizar a diversidade de temas em busca da criação dos núcleos. Os núcleos de significação serão construídos por meio de processo de articulação, que consiste na organização dos indicadores e sua nomeação.

Alguns indicadores podem ser complementares pela semelhança do mesmo modo que pela contraposição: um fato identificado como pré-indicador, ao ser aglutinado, pode indicar o caráter impulsionador/motivador para ação em uma determinada condição. Inversamente, o mesmo fato pode funcionar como paralisador da ação em outro momento, mas ambos podem ser indicadores importantes no processo de análise. Um indicador pode ter potências e coloridos diferentes em condições diversas, tais como: fases ou etapas da trajetória de vida, tipos de relações com outros, experiências profissionais, etc (AGUIAR; OZELLA, 2013, p. 309).

Identificados os núcleos de significação, a próxima etapa consiste na análise dos mesmos, por meio de um processo intranúcleos que atingirá o processo internúcleos, sendo assim o processo não ficará restrito à fala do sujeito, envolvendo a articulação de seu conteúdo como também a interpretação do pesquisador, com os contextos sociais, econômicos e culturais.

Com base nestes referenciais, após transcrição das entrevistas realizadas, foi iniciado o processo de pré-análise, que consistiu em realizar várias leituras “flutuantes” das entrevistas, resultando no levantamento dos pré-indicadores que em seguida foram agrupados e organizados dando origem aos indicadores. A partir de então se iniciou a análise propriamente dita, uma vez que os indicadores foram agrupados formando os núcleos de significação.

Apresentação e Análise dos Resultados

IV – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

4.1 Caracterização dos trabalhadores de saúde³

Como já mencionado anteriormente, a maioria dos participantes desta pesquisa é formada por profissionais de saúde que atuam em uma USF, sendo que uma profissional atua no NASF do município. Foram entrevistados profissionais que aceitaram participar da pesquisa e atendem ou acompanham adolescentes na USF que em suas percepções necessitam de cuidados em saúde mental.

As entrevistas foram realizadas com nove profissionais do sexo feminino e um profissional do sexo masculino. Os profissionais têm idade entre 25 e 34 anos. Dentre os dez participantes, cinco possuem nível superior de escolaridade, dos quais duas profissionais possuem mestrado e uma profissional está cursando Pós-graduação na área da saúde; cinco participantes relataram ter concluído o segundo grau, sendo que quatro deles possuem formação técnica em enfermagem. O tempo de atuação na profissão variou entre dez meses e 11 anos, já o tempo de atuação na unidade de saúde no momento da entrevista variou entre quatro meses e 11 anos.

4.2 Análise dos núcleos de significação

Antes de iniciarmos a análise dos núcleos de significação encontrados nos discursos dos profissionais de saúde entrevistados, faz-se necessário apresentar os dados gerais das entrevistas analisadas sobre a compreensão de adolescência e as principais demandas em saúde mental dos adolescentes atendidos, pois os significados atribuídos a esta concepção podem influenciar nas práticas dos cuidados ofertados pelos profissionais aos adolescentes em sofrimento psíquico.

Ao analisarmos as falas sobre o conceito de adolescência nos deparamos com duas perspectivas. A primeira em que a adolescência é compreendida enquanto uma fase de transição entre a infância e a idade adulta, caracterizada por uma série de mudanças físicas, morfológicas e psicológicas. Em geral os

³ Os dados apresentados são correspondentes à data da realização das entrevistas- entre novembro de 2014 e janeiro de 2015.

trabalhadores de saúde remetem ao fato de ser uma fase difícil, tanto para o adolescente, quanto para a família e profissionais de saúde, pois envolve muitas mudanças e conflitos. Esta concepção se aproxima mais de uma visão naturalizante e universal da adolescência, tal como encontramos na literatura e é problematizada por vários autores (PEREZ, ROSENBURG, 1998; OZELLA, 2002; TOMIO, 2006; TOMIO, FACCI, 2009; FONSECA, 2008).

Adolescência? É uma fase de mudança... de cabeça, do corpo, é a transição entre ser criança pra fase mais adulta, né? Então pra mim é essa transição. É uma transição onde o corpo começa a mudar, onde a cabeça... Os sentimentos começam a se transformar, a personalidade começa a aparecer [...] (Mafalda)^{4,5}

Eu acho que é uma fase difícil, que a gente ainda não sabe como lidar, é uma mudança muito grande pra própria criança e pra quem convive com ela, você não sabe como lidar com essa situação, eles fazem umas coisas que pra gente tem hora que é infantil e tem hora que é muito adulto então você não sabe o que eles estão pensando [...] (Doroti)

Por outro lado, nos deparamos com a perspectiva em que a adolescência é entendida como uma fase de descoberta, na qual os aspectos relacionados à sexualidade e afetividade, necessidades de grupalização, autopercepção e percepção do mundo foram destacados como principais características. Neste caso percebemos que os trabalhadores abordam vários indicativos vinculados ao processo de desenvolvimento psicossocial, apresentados pela abordagem sócio-histórica. Embora não consigam ampliar e considerar os determinantes sociais na sua profundidade, de modo explícito e mais amplo, veremos mais à frente que trazem as condições concretas mais imediatas.

Uma fase de descoberta a adolescência, você tá descobrindo o mundo, você tá aprendendo coisas novas, tá fazendo amizade, você tá se descobrindo que é o mais importante... Você tá aprendendo a se conhecer. Na adolescência a gente começa a ter que tomar decisões, a fazer escolha, como eu posso dizer, quanto à escola, você começa a se interessar pelo sexo oposto, começa a querer namorar a querer sair, começa a querer conhecer novas coisas e nessa fase talvez tenha maiores oportunidades de fazer isso. (Alice)

⁴ Os nomes atribuídos aos trabalhadores entrevistados são fictícios para garantir o sigilo das informações e anonimato. Para tanto tomamos emprestados nomes de personagens de histórias, quadrinhos e desenhos infantojuvenis.

⁵ O relato dos participantes da pesquisa está literal como aparece na transcrição das entrevistas, no uso coloquial da fala, preservando possíveis erros de linguagem e construção de frases segundo a norma culta/formal.

Para Fonseca (2008), as mudanças biológicas decorrentes das questões hormonais não são negadas, porém não podem ser compreendidas apenas como fruto da evolução natural do desenvolvimento. É necessário considerar as condições concretas de vida dos sujeitos, uma vez que tais mudanças são qualitativas e diferentes para cada um, atreladas ao contexto social, econômico e cultural nos quais estão inseridos.

As mudanças qualitativas que ocorrem na adolescência decorrem da evolução dos processos psíquicos que implicam no desenvolvimento de autoconsciência e conseqüentemente na ampliação da autonomia do sujeito (VIGOTSKI, 1934/2001). Ao desenvolver as Funções Psíquicas Superiores (FPS), o adolescente passa a ter maior controle sobre sua conduta e de acordo com seus interesses também passam a controlar suas ações (MASGAGNA, 2009).

Quando questionados sobre as principais queixas e problemáticas identificadas em relação aos adolescentes atendidos na USF, os profissionais relatam que as principais demandas são relacionadas à sexualidade, realização de exames ginecológicos, gravidez, uso de anticoncepcional e doenças sexualmente transmissíveis.

[...] vêm com estas queixas ginecológicas, são adolescentes que não têm uma parceria fixa, um namoro, não têm envolvimento de afeto que começam a vida sexual muito cedo, que não têm orientação, não têm informação [...] Pra mim, na maioria das vezes, eles chegam por estas questões, chegam no atendimento eventual com queixa de corrimento, com queixa de ardência, coceira, com queixa de... teste de gravidez, querendo tomar anticoncepcional. (Emília)

Em compensação tem outros que acabam chegando na unidade de um modo muito... uma queixa ginecológica ou às vezes pra iniciar o uso de anticoncepcional e aí sim que acabam surgindo uma série de coisas. Então a demanda principal não é de saúde mental e muitas vezes ele acaba nem percebendo isso [...] (Emília)

As meninas novas vêm mais porque começam a atividade sexual e vêm pra pegar remédio e fazer Papanicolau, isso daí vem bastante... Daí elas vêm bastante, pra colher o “papa”, tudo. Mas esta questão da saúde mental eu vejo assim que eles não ligam muito não. (Mafalda)

Portanto as queixas em saúde mental não são as principais demandas trazidas pelos adolescentes, porém ao identificarem algum indício de necessidade de cuidados em saúde mental, os profissionais buscam investigar a existência de sofrimento psíquico para além da queixa acolhida. Tanaka e Ribeiro (2009)

ressaltam o potencial dos profissionais da atenção primária em detectar queixas relativas ao sofrimento psíquico a partir de uma escuta qualificada.

Então eles chegam aqui às vezes, sei lá, com uma queixa ginecológica, mas daí você vai mais fundo e vê que não é só aquilo sabe, já tá meio com depressão, assim com sintomas depressivos... Não cuida da higiene e não cuida da saúde física e sempre chega assim [...] Às vezes não é a queixa principal, mas a gente acaba assim... a gente percebe que é mais que o físico ali entendeu, mas que tenha passado por mim foram uns quatro ou cinco casos [...] porque às vezes vêm queixa de dor no estômago, que nem já aconteceu... Daí a gente vê se não tá relacionado com um pouco de nervosismo, insônia. Tá com dificuldade pra dormir. (Bela)

Ao serem questionados sobre as principais demandas em saúde mental dos adolescentes atendidos nesta USF, os profissionais relatam que se trata de queixas relacionadas a conflitos afetivos (familiares ou amorosos), dificuldade de aprendizagem, distúrbios alimentares, automutilação, tentativa de suicídio, abuso sexual e comportamentos inapropriados no contexto familiar e escolar. As queixas e problemáticas identificadas correspondem aos dados encontrados nas produções científicas na área já que os artigos apontam que os principais problemas em saúde mental são: depressão, ansiedade, drogas e abuso de substâncias, transtorno de conduta, transtorno alimentares, violência/ maus tratos (BENETTI et al, 2007).

O que tá crescendo muito aqui é as drogas, né? O que eu vejo muito são as drogas, os filhos que estão entrando casa vez mais precoce na sexualidade, quando os filhos começam a namorar, né? Eu vejo que além das drogas é mais a questão do comportamento, é mais a questão do comportamento que eu vejo assim [...] Têm muitos adolescentes aqui no bairro que devido às drogas abandonam a escola, seriam mais este tipo de coisa. (Mafalda)

[...] essa menina começou a roubar coisa, aí a gente ficou sabendo, ela começou também a se envolver na escola com muitas brigas, [...] e aí também começou a fumar, também tinha umas histórias que a gente ouviu dizer que ela tava usando droga, [...] Ela tomou trinta comprimidos de Diazepan [...], tomou não sei quantos comprimidos de remédio pra cólica, então têm algumas tentativas (de suicídio) [...] ela chegou dizendo que ela queria se matar [...] (Emília)

As principais queixas são... Eu acho que as principais talvez sejam em relação a comportamento na escola, comportamento agressivo ou se é muito calado, muito quieto, não fala com ninguém. Em casa também não se comunica. Geralmente são questões assim de relacionamento, às vezes os pais trazem o problema porque o adolescente não se comunica direito ou é muito agressivo e eles têm medo que ele comece a usar drogas, que ele comece a se envolver com o tráfico o que é muito comum. Geralmente as queixas são mais estas... Que eu tenho visto. (Mônica)

[...] mudança de comportamento sempre tem porque eles não são assim, então mudança de comportamento sempre tem. Era uma criança que falava que contava tudo e de repente não conta mais nada. Não sai de casa, fica dentro de casa. Ou de repente é uma criança que era mais sossegada e virou... A minha mãe fala que virou a cabeça [...] (Julieta)

[...] muita dificuldade em desenvolvimento escolar, bastante. Eu acho que é dos que eu mais vi, acho que teve uns três ou quatro casos que foi atendido, o adolescente não consegue acompanhar a escola, tem dificuldade na hora de fazer as formações de frases, até mesmo de leitura, mais ou menos isso [...] (Charlie)

E muito ansioso, muito ansioso, uma ansiedade assim, generalizada assim mesmo, sabe? Eu não digo um transtorno de ansiedade, mas com uma ansiedade orgânica assim, sabe? Em alguns casos de pânico, entendeu? Eu não diria que eu tô com o diagnóstico fechado, mas com uns casos de epigastralgia, de problema de pele, com algumas situações que a ansiedade gera [...] (Olivia)

4.2.1 Núcleos de significação

O processo de análise das entrevistas resultou em quatro núcleos de significação, a saber, *Porque nada substitui aquele exemplo, porque nossos pais são nossos espelhos; Você tenta ir conversando com jeitinho; A primeira referência nossa sempre é eles; E você fica com aquela incógnita: E agora o que eu faço?*

Porque nada substitui aquele exemplo, porque nossos pais são nossos espelhos.

Os relatos da maioria dos profissionais de saúde quando questionados sobre o processo de adoecimento em saúde mental dos adolescentes atendidos, no geral apontam as dificuldades e os conflitos vivenciados no contexto familiar, como principais desencadeadores do sofrimento psíquico dos adolescentes atendidos.

Conflitos familiares eu acho que é o mote do XXX [bairro onde a pesquisa foi realizada], esta questão de pais, filhos, “eu não sei lidar! Eu não sei o que eu faço!”. Já gera ansiedade, lógico... Pais se separam e por aí vai... Ou o irmão é dependente químico, e “me bate”, ou os pais trabalham fora e não têm como dar atenção, exigem dos filhos algumas posições, que eles mesmos não conseguem se colocar. Eu acho que o forte lá, é conflito familiar. Que aí desencadeia outros problemas, óbvio. (Olivia)

Eu acho que principalmente estes conflitos, não sei se conflito é a palavra, mas estas questões de relacionamento com os pais, eu acho que é a principal questão que leva a este processo de... Não sei se sofrimento também, mas dessas demandas de saúde mental [...] (Emília)

Benetti et al (2010) em seu estudo sobre os problemas de saúde mental na adolescência e suas relações com o convívio familiar, eventos traumáticos e violência, apontam a família como um importante fator de “promoção da saúde psicológica de seus membros, devido a importância da qualidade das relações vivenciadas” (p.322), porém para esses autores adolescentes que em seu contexto familiar vivenciam práticas parentais negativas, ou seja, práticas associadas a comportamentos antissociais, incluindo negligência e abuso físico, podem manifestar desordens emocionais.

Por meio dos relatos é possível perceber que alguns profissionais atribuem aos pais a responsabilidade pelos cuidados de saúde de sua família, sendo culpabilizados pelos problemas de saúde mental que acometem seus filhos. Nas falas abaixo a culpabilização fica mais evidente.

[...] minha mãe sempre trabalhou, meu pai sempre trabalhou, e eu como única mulher da casa depois da minha mãe, eu arqueei com esta responsabilidade muito cedo... de cozinhar, pro meu pai e pro meus irmãos, de cuidar da casa. Tinha ainda esta mentalidade de que homem não fazia nada e era só a mulher, então com dez, onze anos eu já cozinava, eu cuidava de casa, cuidava do meu irmão mais novo, levava pra escola, trazia... Então eu acho que isso me afetou porque eu tive que desenvolver responsabilidade que viria alguns anos depois, bem anos depois né? Então eu acho que são estes tipos de coisas, que na maioria das vezes afeta, é a falta dos pais mesmo, essa falta de... Não de interesse, mas hoje os pais saem de casa pra trabalhar e se esquecem de dar atenção e tentam suprir isso com outras coisas [...] Porque nada substitui aquele exemplo, porque nossos pais são os nossos espelhos, o exemplo referenciado de pais e de mãe, que nós precisamos [...] Então eu vivo falando pra eles (filhos) a gente precisa dos pais, eu acho que a maioria, 90% pelo menos... Assim no meu ponto de vista de adolescente que ficam doentes, que precisam de cuidados, é essa falta de referencial de pais e de mãe dentro do lar, de princípio e valores que só são ensinados ali [...] (Branca)

Eu vejo que a minha sobrinha por não ter tido o pai, eu vejo que ela ficou meio largada, tem esse sofrimento também, eu acho que pessoa fica doente se você não tiver uma base, quando você não tem uma base isso faz você ficar doente, por mais que você não sofra. A minha sobrinha, nunca ninguém bateu, mas eu vejo que ela ainda tem esse sofrimento do pai, então ela é uma criança doente psicologicamente, porque tem a carência do pai [...] Eu acho que você se torna uma pessoa doente se você não tem base, não tem

alguém que te ajude. Eu acho que é isso pelo menos, quando você não tem alguém que possa reconhecer a sua doença no momento que você precisa [...] (Doroti

Podemos notar no discurso de Doroti que o sentido pessoal atribuído à importância da família como suporte emocional e psicológico no desenvolvimento da criança media sua concepção sobre a responsabilização familiar sobre o adoecimento de seus filhos.

A instituição familiar é conceitualizada pelos profissionais de forma naturalizada, os pais são apontados nos relatos acima como responsáveis, não só pelo exercício dos papéis de educadores, mas também como cuidadores e agentes socializadores de seus filhos. Logo a ausência destes no ambiente familiar é destacada como um importante desencadeador do sofrimento psíquico. Atribuindo aos pais ausentes uma concepção desqualificadora em suas funções, sem considerar as especificidades de cada família em questão, sua história, estrutura, dinâmica, bem como a inserção destas famílias em seu contexto social e suas condições concretas de vida.

A família, segundo Prado (1985), não pode ser entendida como um fenômeno natural, uma vez que tal instituição foi construída historicamente. Desta maneira sua forma e finalidade sofreram modificações ao longo do tempo de acordo com a cultura e grupo social na qual está inserida. A autora ainda coloca que a família não é

só um tecido fundamental de relações mas também um conjunto de papéis socialmente definidos. A organização da vida familiar depende do que a sociedade através de seus usos e costumes espera de um pai, de uma mãe, dos filhos, de todos seus membros, enfim. Nem sempre, porém, a opinião geral é unânime, o que resulta em formas diversas de família além do modelo social preconizado e valorizado (PRADO, 1985, p. 23).

Szymanski (1995), em seu estudo sobre os significados de família num bairro periférico de São Paulo, observou ambiguidades nos discursos das pessoas quando estas se referiam sobre a forma de viver um modelo pensado e a realidade propriamente dita do grupo familiar entrevistado. Assim, segundo a autora existem dois significados atribuídos à família, a pensada e a vivida. A primeira refere-se a “regras ou diretrizes percebidas como tendo que ser seguidas no decorrer da vida em família, constituindo-se em bases sobre as quais as famílias foram sendo

construídas” (p.468). Já a família vivida refere-se aos modos de agir cotidianamente dos membros que compõem determinada família.

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), houve um declínio em 46,3% em 2011 nos arranjos familiares constituídos por família tradicional nuclear, houve um crescimento na diversidade dos tipos de arranjos familiares menos tradicionais tais como famílias reconstituídas e aumento na de uniões consensuais.

Partindo destas informações percebemos que os profissionais que atuam nesta USF compreendem as problemáticas apresentadas em saúde mental pelos adolescentes provenientes de certas organizações e papéis familiares, como podemos verificar na fala abaixo:

Ela arranca tudo, ela tenta se cortar, ela arranco tudo os cabelos e ela foi criada em uma familiar estruturada, a mãe e o pai, né? Foi super bem educada, só que ela se sente gorda então ela assim... Pra ela, ela tá gorda, até que... E ela anda tudo largada, ela anda com o cabelo de qualquer jeito, então... Mas assim, ela é uma criança, uma adolescente que a família é estruturada, e não era pra ela ter crescido assim... Com essa ideia de que é feia, que ela começa a se mutilar, né? É um caso bem grave assim [...] ela era muito mimada, né? Às vezes pode ter sido isso [...] ela foi criada super mimada [...] Mas eu acredito que ela foi muito mimada [...] Eu acredito que foi isso eu acho que ela foi muito assim [...] Ela foi criada muito assim, bem protegida e nunca teve história de violência, nunca foram de bater nela, nada... Ela sempre teve tudo o que quis né? Foi criada numa casa boa, você não via uma questão... Ela sempre foi uma criança bem doce. Não era pra ter acontecido isso, né? Estas questões de querer se matar, né? Mas eu acho que o que mais acontece é a família desestruturada, mas tem essa porcentagem pequena, põe aí 10% que é da própria cabeça (adolescente), mesmo, né? Às vezes os pais criam muito protegidos e isso também não faz bem... Eu acho que nela não foi dado o limite, eu acho que faltou limite. (Mafalda)

Segundo o relato da profissional a adolescente a qual ela se refere não deveria apresentar problemáticas em saúde mental uma vez que sua família é organizada segundo o arranjo tradicional nuclear (estruturada), atribuindo a adolescente e novamente aos pais a culpa pelo adoecimento de sua filha, porém diferentemente do que encontramos nas falas de outros profissionais a culpabilização não ocorre devido à falta de atenção e cuidado dos pais, mas sim pelo excesso de mimos e falta de imposição de limites.

O relato da profissional sugere que os adolescentes que compõem um arranjo familiar diferente do tradicional, ou seja, “desestruturado”, estão fadados a

apresentarem problemas em saúde mental. No entanto, o sofrimento psíquico não está atrelado à estruturação familiar, os diferentes arranjos não sentenciam as problemáticas em saúde mental. Os indivíduos são constituídos por meio das relações sociais, são “sínteses de múltiplas determinações, que exercem papel ativo diante dos eventos que enfrenta em sua vida, se apropria da realidade objetiva de modo singular o que não constitui a equivalência direta a realidade vivenciada” (PIZANO, 2013, p.40).

Para que a prestação dos cuidados oferecidos a estas famílias e principalmente ao adolescente não seja comprometida, é necessário compreender quais as condições concretas de vida que permeiam a família (família vivida).

Cabe salientar que as famílias que os profissionais entrevistados se referem encontram-se em situações de vulnerabilidade social e econômica, o que contribui para instabilidade em suas condições concretas de vida. Portanto, os profissionais que atuam na Atenção Básica são responsáveis por oferecer cuidados e realizar intervenções estabelecendo relação de apoio e acolhimento aos adolescentes em sofrimento psíquico e a sua família, e não apenas atribuir e esperar que estas famílias cumpram satisfatoriamente as funções de socialização e amparo para seus membros, enfatizando a sua responsabilidade sobre o adoecimento dos mesmos.

Outro aspecto que envolve a dimensão familiar como responsável pelo adoecimento psíquico dos adolescentes, trazido pelos profissionais, refere-se a eventos traumáticos vivenciados pelos adolescentes quando ainda eram crianças. As falas abaixo fazem menção a estes traumas:

[...] é a partir de um ponto em que algo que tá acontecendo na criança vai se tornar futuramente alguma coisa patológica, são estopins, são pontos iniciais que mais pra frente vai se tornar alguma coisa patológica [...] Os estopins seriam o ápice na verdade, algo que começa... Por exemplo, ver a violência do pai com a mãe, no começo ele não entende, como ele vai crescendo o adolescente vai compreendendo um pouquinho mais das coisas, da situação e daí isso vai se tornando um pouco complicado, vai ter um conflito dele com a mãe dele, com o pai em relação a esta situação e mais pra frente ele pode ter algum problema cognitivo, algum problema psicológico, depressão... Estas coisas... Déficit de atenção, algo do tipo. Assim o processo de doença seria algo que vai dar o começo para que futuramente vai se transformar em alguma patologia, esse é o meu pensamento. (Charlie)

Segundo o relato, o profissional atribui que o sofrimento psíquico vivenciado pelos adolescentes surge em decorrência de traumas experienciados enquanto crianças, sendo o contexto familiar conflituoso apontado como importante fator de risco. Bordin e Paula (2007) afirmam que fatores psicossociais são considerados situações de alto risco podendo comprometer a saúde física e mental de crianças e adolescentes. Assim os fatores de risco para problemas de saúde mental aos quais crianças e adolescentes estão expostos são agrupados em fatores biológicos decorrentes de anormalidades no sistema nervoso central, causadas por lesões, infecções entre outras; fatores genéticos relacionados à história familiar de transtornos mentais; fatores psicossociais relacionados a disfunções na vida familiar, conflitos conjugais, falta de laços afetivos entre pais e filhos; eventos estressantes de vida relacionados a separação dos pais, exposição a maus-tratos, tais como abuso físico e sexual e fatores ambientais relacionados a comunidades em situação de vulnerabilidade, violência social, escolar e no trabalho.

Situações traumáticas experienciadas durante a infância podem trazer consequências negativas na trajetória de desenvolvimento dos adolescentes, dependendo de sua intensidade ou frequência (ASSIS et al., 2009). Porém é importante destacar que tais eventos não podem ser considerados isoladamente, em uma relação de causa e consequência, é necessário investigar a relação existente entre os entes familiares, o contexto no qual as situações de conflito e/ou violência ocorrem e as características individuais dos envolvidos.

Ao atribuir aos pais a responsabilidade pelo adoecimento mental de seus filhos, seja por sua ausência, excesso de cuidados ou situações de conflitos vivenciados na dimensão familiar, os profissionais de saúde acabam por justificar e por vezes se eximirem da responsabilidade que devem assumir em relação a ações e cuidados ofertados aos adolescentes que necessitam de atenção em saúde mental.

Você tenta ir conversando com jeitinho

Quando questionados sobre quais são os recursos utilizados para a abordagem dos adolescentes que necessitam de cuidados em saúde mental, os profissionais de saúde relatam que o recurso utilizado atualmente são consultas individuais.

É que o trabalho aqui é mais assim... Que é feito aqui é mais consultas, né? [...] Então o trabalho é este, você discute o caso com o NASF, normalmente é agendado consulta, né? São mais as consultas mesmo, né? É que tá focado no atendimento, né? (Mafalda)

No entanto, ao discorrerem sobre o processo envolvido na produção de cuidados aos adolescentes, os trabalhadores relatam que inicialmente estes são acolhidos pelas auxiliares de enfermagem, em seguida são encaminhados para as consultas com o médico ou enfermeira, que ao identificarem que os mesmos necessitam de cuidados em saúde mental, discutem o caso com os profissionais que compõem a equipe do NASF para decidirem em conjunto quais serão as intervenções a serem realizadas.

A princípio eles são acolhidos por nós, auxiliares, trazem as demandas... Como nós temos o suporte, que é o apoio do NASF, estes pacientes então são acolhidos, daí é levado pra enfermeiras, pros médicos, em seguida a gente faz a separação do prontuário, porque eles têm toda uma história, a gente senta e pergunta da onde vem essa queixa, quem é família, quem é pai, quem é mãe. E como o NASF vem a cada quinze dias, nas reuniões são passados o caso pra eles [...] (Mônica)

[...] eles quando chegam, aqui a gente faz assim, o paciente chega na unidade falando que tá precisando de ajuda, a gente pega e faz o acolhimento desse paciente e passa o caso. Passa o caso primeiro com a enfermeira ou pro médico, depende de quem estiver disponível. Eles vão tratar e separar pro NASF, o NASF vai pegar e vai fazer um atendimento, vai fazer o roteiro lá que eles fazem pra poder agendar um dia com este paciente, poder vir e ser atendido pelo psicólogo do NASF. (Doroti)

Notamos no discurso das profissionais acima que o atendimento do adolescente nesta USF é desenvolvido por uma equipe multiprofissional de forma não integrada, porém, é possível notar que há uma preocupação entre os profissionais em fornecer encaminhamentos para complementar ações e, de certa forma, promover a resolubilidade dos problemas dos usuários.

Porém, percebemos que apesar de todo o processo de atenção e o envolvimento de vários profissionais, ao final, relatam que a consulta é, em geral, o recurso mais utilizado na abordagem dos adolescentes com necessidades de cuidados em saúde mental, indo na contramão do que é preconizado pelo Ministério da Saúde, uma vez que os profissionais devem desenvolver com os adolescentes atividades tais como: a formação de grupos, atividades de promoção e atenção à

saúde do adolescente, atividades estratégicas e específicas de captação dos adolescentes e atividades educativas (BRASIL, 2006b)

Ainda segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2014), a Atenção Básica deve desenvolver ações que visem à educação em saúde, articulando estratégias destinadas não só ao crescimento e desenvolvimento saudável da população infantojuvenil, mas também ações que visem à promoção da saúde mental, sexual e reprodutiva, além de estratégias voltadas à prevenção contra o uso de álcool e outras drogas. A integralidade da atenção em saúde também é garantida se houver o fortalecimento de ações de promoção de saúde articuladas a modelos alternativos de cuidados centrados nas comunidades e em suas redes sociais, em conformidade com os direitos humanos, envolvendo diferentes setores tais como a Educação (escola) e Assistência Social, por exemplo. Porém, ao relatar sobre os recursos utilizados vemos na fala abaixo que as estratégias que visam ações intersetoriais deixaram de ser utilizadas, o que compromete a integralidade do cuidado oferecido aos adolescentes.

Agora os recursos que a gente tem são as consultas e atendimento aqui na unidade. A gente não tem feito nenhuma atividade na escola, não temos feito nenhum grupo deles aqui na unidade, já tivemos experiência, mas era um grupo com dez anos, e a gente viu que não podia ficar fazendo só desenho, eles estão crescendo... O grupo teve uns quatro anos mais ou menos e aí tipo: "o que a gente faz com estes adolescentes" (risos), que proposta que eu tenho [...] Começou com criança e foram dois, três, quatro anos e estas crianças já estavam virando adolescentes e já não rolava mais ficar pintando [...]
(Emília)

Podemos notar na fala da profissional Emília, que não existe a formação de grupo de adolescentes na Unidade, bem como a realização de ações de prevenção e promoção de saúde realizadas em conjunto com a escola ou outros setores presentes no território de abrangência dessa USF. A inexistência de grupos para adolescentes na atenção básica impede a inserção dos adolescentes nos serviços de saúde de modo mais participativo. A realização de grupos educativos e/ou terapêuticos valoriza o encontro entre os profissionais e usuários e a busca pela garantia dos direitos da cidadania.

A não utilização de recursos tais como a formação de grupos, visitas domiciliares, planejamento de ações junto à escola e demais serviços presentes no território da abrangência da USF entre outros, faz com que o cuidado ao adolescente torne-se fragmentado, sem planejamento específico e com ausência de

ações estratégicas voltadas a esta faixa etária. É necessário refletir em equipe a respeito dos aspectos que envolvem as necessidades de saúde e planejamento das ações voltadas para os adolescentes para que o trabalho realizado se torne mais efetivo.

Porém, mesmo que haja carência de recursos utilizados pelos profissionais em abordar os adolescentes que estão em sofrimento psíquico, cabe destacar o comprometimento assumido por alguns profissionais ao desenvolverem suas ações de cuidado. O acolhimento e a formação do vínculo entre o profissional que atua nesta unidade e o adolescente, são importantes instrumentos utilizados no processo de produção de saúde, conforme previsto nos documentos oficiais (BRASIL, 2005; 2014). O acolhimento adquire uma expressão significativa no atendimento para conquistar a confiança dos adolescentes e explorar as demandas trazidas por eles.

Eu acredito que é mais na base da conversa, a gente sempre procura também... Eu quando atendo os adolescentes sempre procuro saber sobre as atividades, o que eles gostam de fazer, porque às vezes ficam em casa sem muita atividade, não tem muito objetivo... Orientar a buscar um curso, às vezes uma coisa, alguma coisa que goste de fazer também para... Eu acho que é mais isso conversar e esta questão de tentar criar o vínculo para eles estarem voltando na Unidade sempre que precisarem. (Mônica)

[...] aí no acolhimento a gente costuma perguntar se além da queixa está acontecendo mais alguma coisa, algum problema se tá tudo bem em casa, se tem problema no trabalho. Eu, por exemplo, tenho o hábito [...] A princípio muitos fica assim, mas aí assim com o tempo você vai conhecendo e eles vão confiando na gente e aí uma hora ou outra eles acabam falando, demora quatro, cinco consultas pra eles virem, mas daí eles acabam falando, aí eles falam "briguei com alguém, tô usando droga" enfim [...] (Alice)

O momento de encontro vivenciado pelas profissionais junto aos adolescentes é descrito pelos trabalhadores em saúde como oportunidade de orientação, de escuta, de encaminhamentos, de ajuda, de direcionar o cuidado ao adolescente, visando à manutenção de boas condições de saúde.

No relato das profissionais também é possível perceber que o acolhimento é utilizado como instrumento na chegada do adolescente na unidade e durante as consultas realizadas com o mesmo, não se limitando apenas a perguntar sobre a queixa ou orientar e agendar nova consulta. Existe uma preocupação por parte destes profissionais em saber sobre as condições concretas de vida destes

adolescentes. A qualidade do atendimento ao usuário implica em comunicar disponibilidade e interesse, demonstrar compreensão e ajudá-lo a descobrir alternativas para seu problema (CAMELO et al, 2000).

Os relatos acima vão ao encontro das diretrizes estabelecidas pelo Ministério (BRASIL, 2005), nas quais o adolescente é sujeito detentor de direitos, responsável por sua demanda e sintomas. Ao considerar suas condições concretas de vida, implica na utilização de abordagens terapêuticas adequadas às necessidades de cada um, portanto, a escuta deste adolescente propicia melhores produções nos cuidados oferecidos.

O acolhimento surge nesse contexto da ESF como instrumento que pode ser utilizado por qualquer trabalhador em saúde, caracterizado pela escuta adequada e humanizada das demandas trazidas pelos usuários a responsabilização e a constituição do vínculo (FRANCO; BUENO; MEHRY, 2003). Para isto é indispensável abordar e identificar as necessidades do usuário, propor intervenção inicial e oferecer outras estratégias de tratamento quando necessárias.

O atendimento prestado pelos profissionais que priorizam a formação do vínculo articula o compromisso com a corresponsabilidade, facilitando a identificação das demandas, o acompanhamento dos agravos em saúde e a resposta de maneira apropriada às necessidades destes adolescentes, ampliando a eficácia das ações. A conversa é utilizada como estratégia para investigar questões que podem estar afetando o bem-estar dos adolescentes atendidos e para a formação do vínculo, como podemos ver nas falas abaixo:

E às vezes eles, depois que não está na presença dos pais, depois que vai criando um pouco mais de contato com a gente, às vezes acaba falando algumas coisas [...] E você meio que se depara com algumas atitudes assim, daí você tenta ir conversando com jeitinho [...] Então a gente tenta conversar assim com jeitinho pra ver se eles contam um pouco mais, sabe? [...] (Bela)

Daí a gente já conversa um pouquinho mais a fundo, pra saber qual é o caso, qual a melhor conduta, o que a gente tem que fazer, se a gente encaminha, se a gente discute [...] (Charlie)

No discurso da profissional Alice, a formação do vínculo é entendida como uma relação que enseja confiança entre a trabalhadora de saúde e o adolescente que está em atendimento. Ela reflete sobre a responsabilidade e o compromisso que assume, demonstrando sensibilidade diante do atendimento prestado que resulta em um bom relacionamento entre ela e o adolescente.

Então a resistência deles é muito grande, mas eles aprendem a confiar na gente só que é sempre uma coisa assim, eles acreditam que nós, enquanto profissional, a gente mantém sigilo, então sempre tem essa questão da confiança. Eu acho que ele (adolescente) tem que cuidar muito bem nesse sentido, lógico que na equipe às vezes a gente tem que passar pra outros profissionais, mas assim é tudo da confiança, porque a confiança deles a gente adquire com o tempo, tem muitos que, às vezes passa tempo e você vê que tão sempre assim... vai adquirindo confiança, muitos até a gente acaba fazendo amizade, não sei de...de forma saudável...e é gostoso isso porque daí a gente vê. Muitos também a gente não consegue ajudar da maneira que quer, mas tem muitos que a gente consegue e a gente fica contente de ver, né? (Alice)

A formação do vínculo é fundamental no serviço de saúde, pois propicia ao profissional conhecer o usuário e assim colaborar para a integração deste na manutenção de sua saúde e redução dos agravos. Portanto, o vínculo confere ao usuário maior autonomia, promovendo a sua participação durante a prestação de serviço, no que diz respeito a sua saúde.

O cuidado em saúde mental do adolescente no campo da atenção básica com base na integralidade permite ao trabalhador em saúde atender as necessidades e demandas desta população. A produção do cuidado com eixo na integralidade deve prever ações em que haja a participação de todos os sujeitos envolvidos proporcionando autonomia, escuta e assistência respeitando individualidade de cada usuário (SILVA; SENA, 2008), procurando compreender e identificar suas condições concretas de vida.

Porém, a carência de recursos e de planejamento para ações voltadas aos adolescentes nesta USF, compromete a assistência prestada aos mesmos. Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006b), é importante a realização de um planejamento conjunto de atividades voltadas para essa população, em que cada profissional tenha uma definição clara de suas responsabilidades. Para que a assistência ao adolescente seja de qualidade e permeada por todos os dispositivos da integralidade, é necessário que as equipes existentes nas unidades de saúde planejem estrategicamente ações enquanto instituição responsável pela promoção da saúde e prevenção de doenças para o enfrentamento de problemas e riscos identificados (TANAKA; RIBEIRO, 2009).

A primeira referência nossa sempre é eles.

É possível notar nas falas de muitos trabalhadores em saúde que atuam nesta USF que ao identificarem demandas em saúde mental, o recurso que utilizam para o atendimento destes adolescentes é a discussão do caso com os profissionais que compõem a equipe do NASF. Os trabalhadores apontam o NASF como principal referência na discussão e definição das estratégias que vão ser adotadas em relação ao cuidado e atenção à saúde mental dos adolescentes, recorrendo aos profissionais para que identifiquem e encaminhem os adolescentes para a rede de atenção psicossocial.

[...] tem o trabalho também do NASF que a gente faz as discussões de caso, toda quinta-feira nas reuniões para nos ajudar a atender este paciente que é tão complexo né? E tentar atender todas as demandas que eles trazem [...] (Emília)

Eles (NASF) são um apoio bem forte. A primeira referência nossa sempre é eles, pra qualquer caso que a gente tenha de saúde mental, de assistência social, sempre é pra eles, daí depois que a gente discute com eles que a gente vê se é o caso de encaminhar para outro serviço ou vai tratar aqui mesmo [...] (Mônica)

E depois passam isso, discutem isso diretamente com o NASF, com o núcleo todo e aí discutem qual vai ser o meio, qual vai ser a estratégia que vai ser utilizada, pode marcar com a psicóloga, marcar em conjunto com a psicóloga e assistente social, daí vai pro NASF [...] o NASF faz este atendimento pautado naquela acolhida inicial, acolhe mais coisa porque eles têm mais, sei lá o jeito deles de trabalhar, de ver... E aí se consegue resolver por aqui faz as reuniões aqui mesmo conforme eles vêm [...] (Branca)

Identificamos por meio das falas das profissionais que o apoio matricial do NASF ocorre por meio das discussões e planejamento dos cuidados em saúde para àqueles que necessitam de atenção em saúde mental. Porém, em alguns momentos o que ocorre é que os profissionais do NASF optam por realizar os atendimentos e encaminhamentos necessários, se distanciando um pouco do que é preconizado pelo Ministério da Saúde, já que a prática do matriciamento deveria contribuir para a diminuição dos encaminhamentos dos adolescentes para outros serviços. (BRASIL, 2009; 2011a)

Então de quinta-feira a gente tem um momento de discussão, que daí senta as enfermeiras, os médicos e a equipe do NASF, no caso da saúde mental, assistente social e a psicóloga e às vezes também participa o agente comunitário daquela microárea, às vezes a auxiliar de enfermagem que também acolheu e também tem uma percepção

um pouquinho diferente da gente e aí a gente vai tentar planejar o que a gente vai fazer daqui pra frente [...] Então a gente, hoje, tem essa boa relação com todos os profissionais do NASF, inclusive com a equipe de saúde mental, né? Eu acho que a gente consegue sim atingir alguns pontos que são fundamentais pro trabalho do NASF que é a questão do matriciamento... Então durante essas reuniões... Deles também conseguem capacitar um pouquinho a gente, né? (Emília)

Então passa o caso: “quem é essa pessoa?” “então eu não conheci foi a mãe que falou!” “então você acolhe?” Então ela vai acolhe o caso e na outra vez que a gente for a gente discute este caso de novo. E aí nós vamos ver o que fazer então nós vamos ver quem é a mãe, porque aquela menina tá chegando [...] Aí a partir daí que eu vou ver, vou avaliar, vou conversar com a mãe, vou conversar com a menina. Eu atendo mais uma vez se for preciso e faço o encaminhamento se for necessário. (Olivia)

A proposta do NASF pelo que eu entendo é juntar a... É uma proposta que eu digo assim... Que a proposta deles é uma proposta um pouco confusa, né? Não é pra eles resolverem, é pra equipe pegar a problemática do paciente e discutir com eles (NASF) o que cabe à equipe, não é pra... Eles encaminham, né? Mas a proposta do NASF seria esta, mas não tem como, né? Tem que acabar encaminhando, tem que acabar agendando... Mas a grande maioria a xxx (Profissional do NASF) agenda, ela mesma não consegue trabalhar com a proposta... Ela mesma não consegue, porque um dia eu não me lembro, mas um profissional falou assim: “mas ela (profissional do NASF) agenda tudo, encaminha...” Mas assim ela vai fazer o que? A ideia do NASF que veio que foi até discutido em reuniões, que foi passado pra gente... Era pra equipe ficar com a problemática, discutir com eles, só discutir... Discutir pra chegar num consenso [...] (Mafalda)

Percebe-se a partir dos relatos acima que os profissionais que atuam nesta unidade compreendem como deve ser realizado o matriciamento, seu caráter mais formativo e de apoio, porém notamos que as implicações e transformações que decorrem deste apoio são desconhecidas, uma vez que não configuram mudanças na lógica de construção de cuidado em saúde mental ofertados. O matriciamento na realidade cotidiana é focado na discussão de casos, uma das muitas atividades previstas no Apoio Matricial (BRASIL, 2009), onde os profissionais vislumbram sobre as possibilidades de cuidados para um determinado adolescente, avaliando a necessidade ou não de encaminhá-lo para outros serviços.

Segundo Campos et al (2011) o matriciamento se dá por meio de discussões compartilhadas de casos, intervenções conjuntas no território, atendimento conjunto, planejamento das ações ofertadas, visando sempre o

aumento da capacidade resolutive da equipe, a aproximação e a desfragmentação entre a UBS e as Unidades de Referência. Logo, a equipe especializada que integra o NASF deve dar suporte às equipes da Atenção Primária por meio do compartilhamento de situações de trabalho cotidianas produzindo uma corresponsabilização pelos casos, possibilitando a realização da clínica ampliada, viabilizando o trabalho interdisciplinar e qualificação nas ações de cuidados prestados.

Ainda sobre o apoio matricial, algumas trabalhadoras relatam que mesmo que o espaço para a discussão dos casos de saúde mental com a equipe do NASF seja aberto para todos os profissionais da equipe da USF, muitos acabam não participando. Assim, algumas trabalhadoras com formação técnica em saúde se apropriam das discussões dos casos e do planejamento das ações de cuidados para os adolescentes atendidos lendo as informações contidas nos prontuários, como pode ser visto nas falas abaixo.

[...] e a gente quando tem alguma dúvida encaminha pro NASF, daí eles discutem o caso e se eles têm alguma dúvida dá uma olhada no prontuário ou conversa com as funcionárias mais antigas, às vezes conhece até a família... Pra ver se tem alguma relação. Geralmente é isso... Passa com o NASF e o NASF dá continuidade nisso, e geralmente a gente sempre dá uma olhadinha no prontuário pra ver se o paciente vem de novo e até pra saber se tá melhor. [...] Na verdade eu não participo das reuniões do NASF, porque nas reuniões é discutidos todos os casos que acham que tem necessidade por que geralmente a gente passa pra enfermeira ou passa pro médico né? Depois do acolhimento, daí o médico geralmente, ou eles mesmo falam, as enfermeiras falam, que se a gente achar que tem necessidade. Mas a gente sempre comenta com alguém, ou com a enfermeira ou com o médico antes de encaminhar pro NASF, pelo menos pra ter uma discussão, mesmo que eles não chamem, a gente discute entre a gente e vê se tem necessidade ou não de... Geralmente a psicóloga dá uma avaliada e vê se tem necessidade ou não de passar com ela [...] (Bela)

Pena que não tem como todos participar da discussão assim, então acaba ficando guardado pra eles, eles acolhem aqui dentro do consultório, os pais e os próprios adolescentes... Depois é discutido em sala com o NASF, é aberto pra gente, mas nem sempre a gente pode tá lá, na maioria das vezes. Daí discute e fica por isso mesmo. (Branca)

Quando eu participo, eu só falo sobre o que eu acolhi, eu não fico ali pra saber o que aconteceu, o que vai ser feito com esse paciente, eu não participo, olha vamos tomar esta decisão eu sei que depois eles agendam a consulta porque eu vejo as convocações para este paciente, mas eu não sei o que eles falaram tanto. A discussão do NASF, se você for ver eles não vão fazer uma discussão, eles só vão

entender o que está acontecendo, então não é uma discussão... Só vão saber o que foi acolhido e naquele momento eles não falam o que vão fazer, eu sei que vai fazer um agendamento... Das vezes que eu entrei era isso, mas é importante saber o que tá acontecendo, eu pelo menos não sei, só sei por alto [...] (Doroti)

Desta forma ocorre que as discussões dos casos e planejamentos das ações em cuidados são compartilhadas apenas com os médicos e enfermeiras e eventualmente com o ACS da microárea onde mora o adolescente e sua família. Assim, de acordo com os relatos acima, o Apoio Matricial acontece de maneira fragmentada, envolvendo apenas algumas categorias de profissionais, ou seja, médicos e enfermeiras, limitando-se à discussão de casos, atendimentos individuais realizados pelos profissionais do NASF.

Apesar de considerarmos as dificuldades do cotidiano do trabalho e o pouco tempo de existência do NASF, essa prática é questionável uma vez que se distancia da proposta relativa ao “aumento da capacidade resolutiva de problemas de saúde pela equipe local” (PENIDO et al, 2010, p.468).

Deste modo, faz-se necessário o aprimoramento das práticas do apoio matricial, pois a centralização na figura do médico e/ou enfermeira evidencia a lógica do trabalho especializado em saúde mental, distante da lógica do cuidado compartilhado e integral aos adolescentes.

A capacitação em saúde mental deve favorecer todos os profissionais que atuam na ESF, possibilitando a eles uma melhor identificação dos casos, a apropriação de práticas de intervenção e manejo das situações, visando maior autonomia da equipe em relação à implementação de ações voltadas para os usuários com sofrimento e transtornos mentais.

A realização de um bom apoio matricial serve como retaguarda nas ações de cuidados em saúde mental desenvolvidas pela equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF), que ao se apropriarem do conhecimento produzido coletivamente nas discussões e acompanhamento dos casos atendidos, se qualificam, sentindo-se mais seguros para o desenvolvimento de ações que envolvam adolescentes que necessitam de cuidados psicossociais em saúde mental.

Sobre a rede de atenção em saúde, como comentamos anteriormente o município conta com diversos serviços que compõem a rede de atenção em saúde e saúde mental. Ao serem questionados sobre a relação da USF com estes serviços

os profissionais relatam dificuldades na comunicação, mesmo que haja um movimento por parte dos serviços em tentar estabelecer um diálogo mais próximo.

E que quando a gente fala de trabalho em rede, né? A rede... Tem uns nós nesta rede... É mesmo com o Conselho Tutelar, CREAS, CRAS e com todos os outros... XXXX [Serviço local que atende criança e adolescente], por exemplo, né? Que também é um serviço que atende as nossas crianças, nossos adolescentes, né? A gente tem uma dificuldade de comunicação, bem importante. Há um esforço sim, até como eu falei mais da Assistência do que da própria Saúde. [...] Nós tivemos algumas... recepções no CRAS, né? Mas aí a gente não consegue, não conseguimos ir lá na reunião [...] a gente tem dificuldade de participar dessas reuniões, o que dificulta o trabalho em rede. (Emília)

A profissional aponta que para que o trabalho em rede seja realizado é necessário ter organização, tanto da USF quando dos demais serviços, bem como da gestão responsável pela coordenação dos mesmos. Ressaltando a importância da contra-referência para o acompanhamento dos cuidados que estão sendo oferecidos pelos demais serviços aos usuários da USF, como vemos na fala abaixo:

Então, assim é possível fazer um trabalho em rede, né? Só que exige tempo, exige uma organização também, exige uma boa vontade nossa também, eu acho que a culpa não é do outro serviço apenas, tem que ter uma boa vontade nossa de perder um pouquinho... Perder entre aspas, né? Um pouquinho de tempo ali em cima desse caso, de discutir com o NASF, de fazer todo esse manejo, mas também do outro serviço, de mandar uma contra-referência pra gente, porque e isso que diz o acompanhamento, uma vez que a gente encaminhou a gente espera também ter [...] A gente caminha pra isso, pra este trabalho em rede, as próprias políticas caminha pra isso, né? Mas eu acho que ainda tá muito superficial, assim eu acho que devia ter uma preocupação maior mesmo, né? Da gestão, das secretarias, ter uma proposta um pouco diferente. (Emília)

Ao analisarem sobre como ocorre os encaminhamentos e contra-referência os trabalhadores discorrem que geralmente os encaminhamentos são realizados pelas profissionais do NASF, mesmo que os profissionais da unidade identifiquem a necessidade de encaminhar alguns usuários para serviços de saúde mental, só o fazem depois de discutir com o NASF.

Os encaminhamentos é feito normalmente aqui pela psicóloga mesmo. Então vamos supor o médico daqui pode encaminhar pra pediatria da XXX, mas esta questão da saúde mental o médico aqui, normalmente não encaminha... Ele não encaminha pra uma saúde mental vamos supor lá do CAPS, ele não encaminha sem antes falar com a psicóloga. A psicóloga vai fazer outro encaminhamento, né? Eles encaminha sim, os outros casos de pediatria, neurologia, quando é outros problemas, mas nesta questão de saúde mental é

feito o encaminhamento depois que eles discutem com a equipe que vem, né? Aí a psicóloga, assistente social encaminha... Faz o encaminhamento e agenda lá... Já agenda também, né? Daí o agendamento é entregue pra eles. (Mafalda)

Sobre como ocorre a contra-referência notamos nos discursos dos profissionais que existem algumas dificuldades associadas à falta de informações sobre o tratamento e acompanhamento dos adolescentes nos demais serviços de saúde mental. É importante notar contrariedade nos discursos dos trabalhadores, uma vez que os profissionais médicos e enfermeiros relatam ter acesso a tais informações enquanto os profissionais que ocupam outras funções alegam desconhecer o que ocorre após do encaminhamento.

Quando é um caso mais tranquilo, uma necessidade mais pontual, a gente sabe, sabe depois da consulta com eles a gente fica sabendo como foi o desenvolvimento, eles dão o parecer pra nós e daí a gente vê se tem ou não tem necessidade de fazer uma nova consulta ou fazer uma visita domiciliar. Quando é um caso um pouquinho mais grave, que eles (NASF) fazem mais consultas eles sempre estão dando o parecer pra nós, eles falam se teve uma evolução se não teve, qual foi à impressão deles, o que é melhor fazer. Isso a gente tem como resposta sim. (Charlie)

É boa a relação, a gente nunca teve muito problema, a gente não tem uma conversa muito frequente, depois que a gente encaminha a conversa não é toda semana... Mas se a gente pedir uma contra-referência eles mandam, e como tem o NASF que tem bastante proximidade dos serviços e aqui do posto também é um caminho mais fácil, é mais tranquilo em relação a isso. (Mônica)

Assim pra ficar sabendo os pacientes têm que contar pra gente, né? E nem sempre de todo mundo a gente consegue saber, né? Mas assim a contra-referência pelo menos aqui pra gente (ACS) não chega. Eu não sei se chegam pra elas (enfermeiras). Essa semana ligaram pra reagendar um adolescente que tinha faltado, a contra-referência é assim, vamos supor o CAPS ligar dizendo que o adolescente faltou e vão reagendar mais uma vez. Então a contra-referência funciona assim questão de agendamento, questões pontuais, questão de agendamento, mas não em questão de como o paciente tá lá, entendeu? (Mafalda)

Desta maneira os profissionais técnicos e não técnicos em geral serão contatados somente quando os adolescentes perdem seguimento no tratamento ofertado pelos demais serviços, sendo responsáveis por entrarem em contato novamente com estes adolescentes a fim de ou saberem os motivos que os levaram às faltas e ao abandono no tratamento.

Ao entrevistarmos a profissional que atua no NASF, perguntando sobre a contra-referência para as USF e o acompanhamentos dos casos encaminhados por ela para os demais serviços em saúde mental, tivemos a seguinte resposta:

[...] tinha algumas unidades querendo saber o que estava acontecendo durante o tratamento e a gente como NASF não tem condições de ficar monitorando todos os casos que o CAPS está atendendo, até porque a gente tem outras coisas pra fazer... São seis unidades pra cada equipe, então é bastante, né? [...] muitas vezes por exemplo, eu tô aqui e olho alguns casos ou eu estou aqui organizando as minhas coisas eu venho e pergunto: “eu lembrei daquela paciente, como ela tá?” O que a gente não tem é tempo hábil pra ficar discutindo sobre se fizeram tal coisa. Então assim, quando eu lembro de alguns casos específicos, independente se é adulto, criança ou adolescente eu falo “gente vocês lembram da fulana?” “Ela tá vindo aqui ainda?” “Tá tudo bem, o que tá acontecendo? [...] Olivia)

Notamos que a profissional aponta as dificuldades na organização do trabalho e as atribuições destinadas a sua função como impeditivos na realização do acompanhamento dos casos, contudo o fato de conhecer as profissionais que atuam no CAPS e confiar no trabalho realizado pelas mesmas trazem tranquilidade à profissional. Quando esta se lembra de algum usuário, pergunta para as profissionais que atuam na USF e no CAPS, como está o tratamento, conduta, no entanto, observa-se pelo relato que pouco ou nada é realizado a partir dos dados obtidos na busca de melhorias e intervenções no tratamento e cuidados ofertados a estes usuários.

Podemos concluir que a fragilidade do apoio matricial desenvolvido pelo NASF, as dificuldades encontradas no cotidiano do trabalho, bem como sua forma de organização contribuem para que os profissionais de saúde não consigam oferecer aos adolescentes os cuidados em saúde mental de forma integral, o que contribui para o abandono, esquecimento e invisibilidade desta população dentro da UBS.

E você fica com aquela incógnita: E agora o que eu faço?

Alguns profissionais quando questionados sobre as dificuldades encontradas no desenvolvimento de suas ações destacam a falta de preparo e

capacitação profissional na área de saúde mental para realizarem ações de cuidados aos adolescentes que necessitam de atenção nesta área.

[...] Eu mesmo não sabia exatamente como abordar porque eu acho que eu tenho um pouco de dificuldade com isso tanto... Porque no curso... É lógico que a gente vai aprendendo com a vivência também, mas... Eu aprendi bastante coisa. Sei um pouco como lidar... Mas no curso mesmo que a gente faz, a gente tem muito pouco aprendizado em saúde mental. Às vezes passa por um estágio, mas meio por cima sabe... E de adolescente a gente não tem praticamente nada relacionado a isso, entendeu? [...] (Bela)

Acho que falta formação, eu acho que falta a gente aprender a lidar com essa informação. A gente faz o curso de enfermagem, você não aprende, olha vai chegar um usuário e você tem que tratar dessa forma, ou vai chegar como a xxx (Usuária da UBS) aqui e você não aprendeu isso com o curso, você aprende isso com a vida e se você não lida com isso no dia a dia você também nunca vai aprender. Então quando chega você fica com aquela incógnita, falando: 'E agora o que eu faço?'... E nesse e agora o que eu faço o médico não está, se a enfermeira não está... E agora o que eu faço? É a pergunta que fica... Então eu acho que esta pergunta que não deveria existir, não que a gente tenha que ser perfeito, eu sei que a gente erra, mas não por falta de...[...].(Doroti)

Nos relatos acima as trabalhadoras evidenciam que a temática adolescência e saúde mental é pouco explorada durante seus processos de formação profissional. Também se percebe a dificuldade que as trabalhadoras em saúde têm em saber o que deve ser realizado no atendimento aos usuários com necessidades em saúde mental. Logo, as ações em saúde mental são, em geral, baseadas em suas experiências práticas, o que evidencia a falta de habilidade e de capacitação para lidar com a questão. Neste sentido é importante recuperar o que vimos no núcleo de significação anterior sobre o apoio matricial. A quase inexistência de formação escolar sobre a temática e esses contextos, e as necessidades provocadas pela prática cotidiana, produzem um campo fértil para que o apoio matricial se amplie para além da discussão pontual de casos e explore a dimensão mais formativa.

Além disso, as falas mostram problemas na formação escolar. As diretrizes curriculares do curso de graduação em enfermagem, por exemplo, vêm sofrendo constantes mudanças em seus conteúdos pedagógicos visando o processo saúde-doença dos indivíduos, família e comunidade. Porém, mesmo com algumas mudanças, o ensino na área de saúde mental ainda é um desafio, pois o modelo biomédico com seus referenciais teóricos e metodológicos pautados na doença

como um conjunto de sintomas que precisam de intervenção ainda é predominante. Assim os profissionais formados no contexto dos novos serviços da atenção em saúde, têm suas práticas referenciadas neste modelo (OLIVEIRA et al , 2013)

A formação no âmbito da saúde mental oferecida pelas universidades aos profissionais que atuam na ESF ainda encontra-se pouco explorada, a falta de referências conceituais e práticas, bem como a falta de acesso aos conhecimentos produzidos nesta área, o predomínio do modelo biomédico centrado no modelo hospitalar resultam em dificuldades e poucas habilidades no desenvolvimento dos cuidados oferecidos àqueles que estão em sofrimento psíquico.

Cabe às instituições formadoras, promover a mudança nesta realidade, realizando reformas em seus projetos pedagógicos, incluindo a saúde mental nos processos de formação dos futuros profissionais que atuarão nas áreas de enfermagem, médica e de todos os profissionais que atuam na ESF, para que a orientação seja voltada para o desenvolvimento de capacidades que possibilitem ao profissional exercer práticas e saberes capazes de superar este modelo vigente. A capacitação em saúde mental possibilita aos profissionais perceberem a complexidade de suas práticas, organizando novas ações de cuidados “reinventando modos de se lidar com a realidade do sofrimento psíquico” (FERNANDES et al, 2009, p.965).

Diante do exposto é importante diferenciar a capacidade que todo profissional de saúde deve ter para uma prática integral e humanizada, daquilo que extrapola sua formação. Nas falas abaixo fica claro o despreparo em lidar com situações que envolvem o cuidado em saúde mental.

[...] porque ela veio por essa queixa e a gente percebeu que tinha essa necessidade, a gente comentou até, mas depois eu não sei se ela passou ou não, ela não procurou mais pelo que eu sei. Mas eu acho que a dificuldade é a gente perceber, entendeu, a gente podia sei lá, ter um treinamento, um curso, alguma coisa mais relacionada a isso, sabe? Principalmente em situações pra gente poder perceber mesmo a necessidade, às vezes a gente não sabe como abordar, chega alguém chorando, tem hora que a gente não sabe o que fazer assim... Eu acho que a gente tendo esse curso, a gente ia saber um pouco mais [...] (Bela)

Uma vez fizeram uma pesquisa mais ou menos sobre esse assunto, e eu via que eu tinha muita dificuldade em como orientar esse paciente, eu acho que a nossa equipe não tem uma base, chega uma pessoa, usuária de droga, fala assim: "eu quero ajuda". Eu acho que eu começo a chorar porque eu não tenho base de como orientar aquela pessoa, pra falar como que é... Eu acho que muitas vezes as

nossas perguntas pra esse paciente acaba sendo assim, aleatórias... Eu não sei como orientar. (Doroti)

As auxiliares de enfermagem apontaram dificuldades enfrentadas no cotidiano da prestação do cuidado, bem como também manifestaram despreparo para lidar com demandas em saúde mental relatando situações nas quais se sentiram inseguras em oferecer cuidados a usuários que necessitam de cuidados em saúde mental. A falta de preparo, informações e a organização do trabalho nesta USF comprometem e influenciam o atendimento prestado “maximizando as barreiras para que estas trabalhadoras realizem ações voltadas para essa população” (RIBEIRO et al, 2010, p.381).

Apesar de ser papel dos profissionais do NASF identificar as necessidades de formação e propor a discussão de conteúdos relacionados com a prática cotidiana da equipe, nos relatos abaixo é possível perceber que as trabalhadoras se culpabilizam por não terem a iniciativa em buscar conhecimentos e práticas que viabilizem um melhor atendimento dos adolescentes que necessitam de cuidados em saúde mental, porém é evidente a necessidade de capacitação destes profissionais para que estes possam atender ao usuário em sofrimento psíquico oferecendo apoio e intervenções que visem o cuidado integral do usuário.

Porque eu não tenho assim muito conhecimento, às vezes pode ser até um pouco de falta de interesse ou falta de tempo, não sei... Pra entrar um pouco mais a fundo, às vezes você dá uma estudada pra ver se é um sintoma, dá uma estudada... Às vezes você vê que alguma coisa poder ser um sintoma, sei lá... Seria até bom ter esse conhecimento porque às vezes passa alguma coisa aqui que pode tá relacionado a tal sintoma e a gente não tendo esse conhecimento, você não sabe e passa né? Às vezes na correria o médico tem um monte de atendimento, ele também não vai olhar ali... Vai ver só a queixa que a pessoa tá na hora e às vezes em outra ocasião você vai ligar tudo aquilo. (Bela)

Então o que falta é saber como lidar e eu não sei lidar com algumas situações [...] falta uma informação, falta te ensinarem isso, falta uma capacitação, porque a partir do momento que você aprende você sabe lidar com essa situação. [...] Por isso que eu falo a gente tem dificuldade porque a gente não sabe encaminhar, faz cinco anos que eu trabalho aqui... Pode até falar que eu não corri atrás que eu não quis aprender, mas também quem quis ensinar? Eu ponho a culpa em mim também, mas será que não pode ensinar sobre isso. (Doroti)

Segundo Oliveira, Conciani e Marcon (2008) a capacitação profissional é requisito indispensável para que a integralidade da atenção seja assumida e

aplicada às práticas de saúde mental na ESF. Entende-se por capacitação um amplo e contínuo movimento de formação, uma vez que a atenção à saúde mental na comunidade pressupõe uma complexidade que consiste na capacidade de responsabilizar-se pela pessoa, não se concentrando na doença e considerando o cuidado como uma ajuda para que a pessoa amplie sua autonomia.

Para que os profissionais de saúde possam avaliar e discutir as possibilidades de atendimento em saúde mental e o acolhimento são necessárias a criação e manutenção de espaços onde as discussões sejam permanentes, propiciando a capacitação destes trabalhadores. Diante deste fato é preciso que esta nova forma de aprender ocorra em um cenário em que as práticas cotidianas e os saberes trazidos pela equipe sejam a base da aprendizagem significativa em que os conhecimentos teóricos mobilizem a capacidade formadora, permitindo ao sujeito transferir o conhecimento adquirido para outras situações que ocorram nesta USF (RIBEIRO et al, 2010).

Segundo Merces et al. (2015) a capacitação e atualização dos trabalhadores em saúde deve ser contínua, promovendo maior interação destes profissionais com a população e a implementação de técnicas. “É necessário que haja desde a graduação preocupação maior com este aspecto da formação, preparando os futuros enfermeiros para melhor atuação em saúde mental nos diversos cenários do cuidar.” (p.424). O mesmo vale para a formação de outros profissionais.

Em síntese podemos observar que os núcleos se relacionam entre si. O papel fundamental do NASF deve ser o apoio matricial, potencializando a capacidade resolutiva das equipes. No entanto, a partir dos relatos dos trabalhadores da unidade, verificamos a fragilidade no apoio oferecido, o que dificulta a atuação da equipe em relação ao campo da saúde mental. O desconhecimento em relação ao manejo das problemáticas em saúde mental envolvendo os adolescentes faz com que os trabalhadores em saúde não consigam desenvolver grande parte das ações, apoio e intervenções necessárias, comprometendo a integralidade do cuidado ofertado.

Considerações Finais

V – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como apontamos anteriormente os objetivos deste estudo foram: compreender as necessidades de cuidado em saúde mental de jovens atendidos em uma UBS com Saúde da Família, na perspectiva dos trabalhadores de saúde e identificar os recursos utilizados pelos trabalhadores da equipe para a abordagem desta população, bem como a relação entre a UBS e a rede de atenção em saúde mental no município quanto ao atendimento dos adolescentes.

Foram analisados quatro núcleos. No primeiro *Porque nada substitui aquele exemplo, porque nossos pais são nossos espelhos*, a maioria dos profissionais que compõem a equipe da UBS indica as dificuldades na dimensão familiar como principais desencadeadoras do sofrimento psíquico dos adolescentes atendidos, sendo os pais culpabilizados pelo adoecimento de seus filhos. Outro aspecto abordado faz referência a situações conflituosas vivenciadas pelos adolescentes enquanto crianças em seus lares, o que futuramente resulta, segundo a visão desses trabalhadores, em necessidades de cuidados em saúde mental dos mesmos.

No segundo núcleo *Você tenta ir conversando com jeitinho*, o acolhimento e o vínculo são apontados pelos trabalhadores em saúde como principais recursos utilizados no atendimento dos adolescentes que necessitam de cuidados em saúde mental. Enquanto que no terceiro núcleo *A primeira referência nossa é sempre eles*, os trabalhadores em saúde destacam o NASF como principal referência na discussão e definição de estratégia de atenção em Saúde Mental. No quarto núcleo *Você fica com aquela incógnita: e agora o que eu faço?* são apontados pelos trabalhadores fragilidades no apoio matricial ofertado pela equipe do NASF, o que dificulta a atuação da equipe da UBS na resolubilidade das problemáticas de saúde mental envolvendo adolescentes.

Diante do exposto o estudo permite que algumas considerações sejam traçadas até este momento, dentre elas destacam-se a necessidade de criação de estratégias de inserção dos adolescentes nos serviços de saúde de modo mais participativo; considerar a realização de consultas individuais como apenas uma das muitas ações que podem ser realizadas visando o cuidado em saúde mental dos adolescentes; formação de grupos; realização de visitas domiciliares; criação de Projetos Terapêuticos Singulares. No sentido de avançar nas práticas cotidianas de

saúde, faz-se necessário extrapolar os muros da unidade e estabelecer parcerias com os demais dispositivos que se encontram no território, tais como escolas, Centros Comunitários, e outros serviços de Assistência (CRAS) para que a integralidade do cuidado seja efetiva.

É necessário tornar os adolescentes visíveis dentro da unidade, para que suas demandas e problemáticas sejam atendidas de acordo com suas necessidades e diferenças, eles precisam ser respeitados em seus direitos e, sobretudo em suas condições concretas de vida dentro do contexto sócio cultural do qual estão inseridos, para que as práticas do cuidado dispensadas sejam efetivas.

Foi possível constatar, também, o impacto do despreparo dos profissionais que atuam na unidade nas ações de cuidados aos adolescentes. Vimos que os trabalhadores remetem à falta de formação em saúde mental e informações sobre a adolescência o comprometimento do desenvolvimento de habilidades necessárias para o atendimento de questões em saúde mental. É evidente que toda a equipe se beneficiaria com o apoio matricial, que daria subsídios para que a maioria dos casos pudesse ter atenção na própria unidade de saúde. Para tanto, é fundamental que os apoiadores tenham condições de realizar junto à equipe de referência, discussões de casos clínicos, com troca de informações, orientações, diálogo sobre alterações na avaliação e reorientação de condutas antes adotadas, incorporando nessas discussões o conhecimento científico já acumulado sobre as situações encontradas no dia a dia. Estas ações poderiam qualificar o atendimento prestado na unidade, pois, a equipe vai incorporando saberes à sua prática aumentando o poder de resolubilidade de cuidados em saúde mental.

Reconhecemos a importância do NASF enquanto potente estratégia para ampliar a abrangência e a diversidade das ações da Atenção Primária à Saúde, bem como sua resolubilidade, uma vez que promove a criação de espaços para a produção de novos saberes e ampliação da clínica, porém identificamos que o suporte prestado pela equipe do NASF à equipe entrevistada está focado na discussão e encaminhamentos dos casos, o que compromete a efetivação e ampliação de suas diretrizes.

A constituição de uma rede articulada ainda é um desafio a ser superado para que a realização dos cuidados em saúde seja oportunizada integralmente, contribuindo para a produção de ações e saberes que repercutam em melhorias na

qualidade da atenção aos adolescentes que necessitam de cuidados em saúde mental.

Em síntese, o estudo permitiu identificar o quanto os adolescentes que necessitam de cuidados em saúde mental estão à margem dos atendimentos ofertados na Atenção Básica, a pouca utilização de recursos por parte dos profissionais em saúde prejudica a abordagem desses adolescentes, diminuindo a oferta de cuidados e ações estratégicas atrativas a esta população.

Identificamos também a falta de capacitação, dificuldades técnicas encontradas pela equipe dessa unidade e as fragilidades do apoio matricial que dificultam o manejo de questões que envolvem a saúde mental e a avaliação das ações, assim como as dificuldades na construção da rede de atenção do município que impede a construção da integralidade do cuidado e melhorias na qualidade da atenção voltada aos adolescentes.

Na realização deste trabalho foram identificadas algumas limitações dos dados coletados, pois poderiam ter sido utilizadas outras técnicas para a obtenção de resultados mais consistentes, como a realização de observações na sala de espera para acompanhar a dinâmica da USF no atendimento aos adolescentes, agendados novos encontros para a complementação e aprofundamento de algumas questões trazidas pelos trabalhadores. Porém as limitações temporais para a conclusão da pesquisa impediram que tais ações fossem desenvolvidas.

Estudos sobre os cuidados voltados à saúde mental de adolescentes na atenção básica ainda são escassos no Brasil, o que evidencia a necessidade de realizar pesquisas nesta perspectiva. O aprofundamento sobre o tema pesquisado é de fundamental importância para que possamos avançar nas ações e cuidados oferecidos aos adolescentes que necessitam de atenção nesta área, uma vez que identificamos fragilidades na atuação da equipe da atenção básica relacionadas às questões que envolvem a saúde mental, sobretudo dos adolescentes.

Referências

REFERÊNCIAS

ABERASTURY, A.; KNOBEL, M. *Adolescência normal*. Porto Alegre. Artes Médicas. 1981.

AGUIAR, W. M. J. A pesquisa em psicologia sócio-histórica: contribuições para o debate metodológico. In: BOCK, A. M. B.; GONÇALVES, M. G. M.; FURTADO, O. (Orgs.) *Psicologia sócio-histórica*. Uma perspectiva crítica em psicologia. São Paulo: Cortez, 2001.

AGUIAR, W. M. J. OZELLA, S. Núcleos de significação como instrumento para a apreensão da constituição dos sentidos. *Psicol. cienc. Prof.*, v.26, n.2, p.222-245. Jun.2006.

AGUIAR, W. M. J. OZELLA, S. Apreensão dos sentidos: aprimorando a proposta dos núcleos de significação. *Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos*, Brasília, v. 94, n. 236, p. 299-322, jan./abr. 2013. Disponível em: <http://rbep.inep.gov.br/index.php/RBEP/article/viewFile/2271/1908>. Acesso em: out, 2015

AMARANTE, P. D. de C; (coord.). *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica na Brasil*. Rio de Janeiro, FIOCRUZ. 1995.

ASBAHR, F. S. F. Sentido pessoal e Projeto político pedagógico: análise da atividade pedagógica a partir da Psicologia Histórico Cultural. *Revista Quadrimestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional*. V.18, n 2, p. 265-272, maio/agosto de 2014.

ASSIS, S. G; AVANCI, J. Q; PESCE, R. P. & XIMENES, L. F. Situação de crianças e adolescentes brasileiros em relação à saúde mental e à violência. *Ciência e Saúde Coletiva*, n.14, p.349-361, 2009.

BENETTI, S.P.C.; RAMIRES, V.R.R.; SCHNEIDER, A.C.; RODRIGUES, A.P.G.; TREMARIN, D. Adolescência e saúde mental: revisão de artigos brasileiros publicados em periódicos nacionais. *Cad. Saúde Pública*. v.23, n.6, p. 1273-1282. 2007.

BENETTI, S. P. C; PIZETTA, A; SCHWARTZ, C. B; HASS, R. A; & MELO, V. L. Problemas de saúde mental na adolescência: características familiares, eventos traumáticos e violência. *Rev Psico-UFS*. v.15, n. 3, p.321-332, 2010.

BORDIN, I. A. S; PAULA, C. S. Estudos populacionais sobre saúde mental de crianças e adolescentes brasileiros. Em M. F. Mello, A. Mello, & Kohn, R. (Orgs.), *Epidemiologia da saúde mental no Brasil*. p. 101-118. Porto Alegre: Artmed, 2007.

BRASIL. *Estatuto da Criança e Adolescente, Lei 8.069, de 13 de julho de 1990*. Brasília, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Programa Saúde do Adolescente: Bases Programáticas*. Brasília. Ministério da Saúde, 2ª ed, 1996. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd03_05.pdf. Acesso em: Jul. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Cadernos de Atenção Básica. Programa de Saúde da Família*. Caderno 1, Brasília, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília. Ministério da Saúde 2001. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/saude_mental.pdf. Acesso em: Jul. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Saúde mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários*. 2003. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/diretrizes.pdf>>. Acesso em: nov,2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde mental no SUS: Os Centros de Atenção psicossocial*. Brasília. Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/SM_Sus.pdf. Acesso em Jul. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil*. Brasília, DF, 2005. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/caminhos_infantojuv.pdf. Acesso em: Ago. 2012.

BRASIL, Ministério da saúde. Portaria GM Nº 648, de 28 de março de 2006. *Estabelece a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para o Programa de Saúde da Família e para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde- PACS e institui a Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília, 2006a. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria_648.pdf. Acesso em: Mar.2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Saúde. *Manual de atenção à saúde do adolescente*. Secretaria da Saúde. Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde - CODEPPS. São Paulo: SMS, 2006b.328p.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Diretrizes do NASF Núcleo de Apoio a Saúde da Família*. Série A Normas e manuais técnicos cadernos de Atenção Básica, n.27, Brasília-DF, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM Nº 3080, de 23 de dezembro de 2011. *Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)*. Brasília, 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html.

Acesso em: Abr. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília. Ministério da Saúde 2012a. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/pnab> Acesso em: Out.2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Coordenação Nacional de Saúde Mental/DAPES/SAS*. Brasília, 2012b.

BRASIL. Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012. *Aprova normas reguladoras de pesquisa envolvendo seres humanos*. Brasília: Diário Oficial da União, 2012c. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em mar 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Atenção psicossocial a criança e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos*. Brasília, Ministério da Saúde. 2014. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_psicossocial_crianças_adolescentes_sus.pdf. Acesso em Mar.2015.

BRÊDA, M. Z; AUGUSTO, L.G.S. O cuidado ao portador de transtorno psíquico na atenção básica de saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 471-480, 2001.

CAMELO, S. H. H; ANGERAMI, E.L.S; SILVA, E. M; MISHIMA, S.M. Acolhimento à clientela: estudo em unidades básicas de saúde no município de Ribeirão Preto. *Rev. latino-am. Enfermagem*, v.8, n. 4, p. 30-37, 2000.

CAMPOS, R.O; GAMA, C.A; FERRER, A.L; SANTOS, D.V.D; STEFANELLO, S; TRAPÉ, T.L. Saúde mental na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em uma grande cidade brasileira. *Cienc Saude Colet*. v.16, n 12, p. 4643-4652, 2011.

CAVALCANTE, C. M.; JORGE, M. S. B.; SANTOS, D. C. M. Onde está a criança? Desafios e obstáculos. *Physis*, v.22, n.1, p.161-178, 2012.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ; IMS: ABRASCO, 2001. p.113-126.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Resolução CFP Nº 016/2000. *Código de Ética Profissional*. 2000.

COUTO, M. C. V.; DUARTE, C. S.; DELGADO, P. G. G. A saúde mental infantil na Saúde Pública brasileira: situação atual e desafios. *Rev Bras Psiquiatr*, v.30, n.4, p. 390-398, 2008.

DELFINI, P. S. S.; DOMBI-BARBOSA, C.; FONSECA, F.L.; TAVARES, C.M.; REIS, A. O. A. Perfil dos usuários de um centro de atenção psicossocial infantojuvenil da grande São Paulo, Brasil. *Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum*. v.19, n.2, p.226-236, 2009.

DELFINI, P. S. S. *Centro da Atenção Psicossocial Infantojuvenil e Estratégia de Saúde da Família: articulação das ações voltadas à saúde mental de crianças e adolescentes*. Dissertação (Mestrado) – Universidade de São Paulo Faculdade de Saúde Pública. 2010. 148f. Disponível em: www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/.../mestrado_Patricia_Delfini.pdf Acesso em out, 2015.

DELFINI, P.S.S.; REIS, A.O.A. Articulação entre serviços públicos de saúde nos cuidados voltados à saúde mental infanto-juvenil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.28, n.2, p.357-366, fev, 2012.

DOMBI-BARBOSA, C.; BERTOLINO NETO, M.M.; FONSECA, F.L.; TAVARES, C.M.; REIS, A.O.A. Condutas terapêuticas de atenção às famílias da população infantojuvenil atendida nos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis (CAPSi) do Estado de São Paulo. *Rev Bras Crescimento Desenvolvimento Hum*. v.19, n.2, p.262-268, 2009.

FALAVINA, O. P.; CERQUEIRA, M. B. Saúde mental infantil: perfil dos usuários e acesso aos serviços de saúde. *Boletim do Instituto de Saúde*, v. 45, p. 31-33, 2008.

FERNANDES, D. J; SADIGURSKY, D; SILVA, R. M. O; AMORIM, A. B; TEIXEIRA, G. A. S; ARAÚJO, M. C. F. Ensino da enfermagem psiquiátrica/ saúde mental: sua interface com a Reforma Psiquiátrica e diretrizes curriculares nacionais. *Rev Esc Enfermagem USP*, v.43, n. 4 p.962- 968, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n4/a31v43n4.pdf> Acesso em out. 2015

FONSECA, D.C. *Os profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e a construção de sentidos sobre adolescência*. 2008. 317f. Tese (Doutorado) - Programa de Psicologia Social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo. 2008. Disponível em <http://www.reveduc.ufscar.br>, Acesso em: Marc. 2015.

FORMIGA J. M. M; GERMANO R. M. Por dentro da História: o ensino de Administração em Enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, p. 1-226 mar-abr 2005. Disponível em: <<http://w.scielo.br>> Acesso em:out.2015

FRANCO, T.B, BUENO, W. S, MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim (MG). In: MERHY, E.E, MAGALHÃES, J.R. H.M, RIMOLI, J, FRANCO, T.B, BUENO, W.S, organizadores. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Editora Hucitec; p.37-54, 2003.

FU-I, L.; BOARATI, M.G.; MAIA, A. P. F.; BRAGA, A. R. M.; KUNZLER, L.F. Transtornos afetivos na infância e adolescência: diagnóstico e tratamento. *Jornal brasileiro de psiquiatria*, 2012, v.61, n.2, p.14-115. Disponível em books.google.com.br/books?isbn=8536326727. Acesso em Jan.2013.

HOFFMANN, M.C.C.L.; SANTOS, D.N.; MOTA, E.L.A. Caracterização dos usuários e dos serviços prestados por Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil. *Cad. Saúde Pública*, v.24, n.3, p.633-642, 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE *Censo Demográfico 2010*, Brasil, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. *Síntese dos indicadores sociais*. Uma análise das condições de vida da população brasileira. Brasil, 2012.

JAGER, M.E; BATISTA, F.A; PERRONE, C. M; SANTOS, S. S; DIAS, A. C. G. O adolescente no contexto da saúde pública brasileira: Reflexões sobre o PROSAD. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v.19, n.2, p.211-221. Abr/Jun, 2014.

KOSHINO, I. L. A. *Vigotski: desenvolvimento do adolescente sob a perspectiva do materialismo histórico e dialético*. Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual de Londrina. Londrina, 2011. 132f. Disponível em: http://www.uel.br/pos/mestrededu/images/stories/downloads/dissertacoes/2011/2011_-_KOSHINO_Ila_Leao_Ayres.pdf. Acesso em: Abr. 2015.

LEONTIEV, A. N. *O desenvolvimento do psiquismo*. Lisboa, Livros Horizonte, 1978.

LOUZADA, R.C.R. Caracterização da clientela atendida no Núcleo de Psicologia Aplicada da Universidade Federal do Espírito Santo. *Estudos de Psicologia*, v.8, n.3, p.451-457, 2003.

MARTINS, L.M. *A formação social da personalidade do professor: um enfoque vigotskiano*. Campinas: Autores associados, São Paulo, 2007. (Coleção Formação de Professores)

MASCAGNA, G. C.. *Adolescência: compreensão histórica a partir da escola de Vigotski*. 2009. 185f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2009. Disponível em: http://www.ppi.uem.br/Dissert/PPI-UEM_2009_Gisele.pdf, Acesso em: mar. 2015.

MELO S.A.; PERFEITO, H.C.C.S. Características da população infantil atendida em triagem no período de 2000 a 2002 numa clínica-escola. *Estudos de Psicologia* (Campinas), v. 23, n.3, p.239-249, 2006.

MERCES, A.M.F; SILVA, T. L; SILVA, T. T.M; CAVALCANTI, A. M. T.S. Práticas de enfermagem em saúde mental na Estratégia de Saúde da Família: revisão integrativa. *Cogitare Enfermagem*, v. 20, n. 2, p.417-425, 2015. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/view/38560> Acesso em: Out. 2015.

OLIVEIRA A.G.B, CONCIANI M.E, MARCON S.R. A capacitação e a gestão de equipes do PSF para a atenção psicossocial: um estudo de caso. *Ciênc. cuid. Saúde*. v. 7, n. 3, p.376- 384, 2008.

OLIVEIRA, L. R. M; CARVALHO, C. D; CARVALHO, C. M. S; SILVA, F. J. G. O ensino da saúde mental para enfermagem: uma revisão da literatura. *Rev Interdisciplinar*, v.6, n.2, p. 152-159, abr. mai. jun. 2013

OSORIO, L. C. *Adolescente hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992. 103 p.

OZELLA, S. Adolescência: uma perspectiva crítica. In: CONTINI, M. L. J. (Coordenação); KOLLER, S. H. (Organização). *Adolescência e psicologia: concepções, práticas e reflexões críticas*. Rio de Janeiro. Conselho Federal de Psicologia, 2002.

OZELLA, S.(Org.). *Adolescências construídas: a visão da psicologia sócio-histórica*. São Paulo: Cortez, 2003.

OZELLA, S; AGUIAR, W. M. J. Desmitificando a concepção de adolescência. *Cadernos de Pesquisa*, v.38, n. 133, p.97-125, jan./abr.2008.

PENIDO, C. M. F; ALVES, M; SENA, R. R.; FREITAS, M. I. F. Apoio matricial como tecnologia em saúde. *Saúde em Debate*, v.34, n.86, p.467-474, 2010 Disponível em: http://www.cebes.org.br/media/File/SDv34n86_completo.pdf. Acesso em out.2015.

PERES, F.; ROSENBERG, C.P. Desvelando a concepção de adolescência/adolescente presente no discurso da saúde pública. *Saúde Soc.*, v.1, n.7, p.53-86, 1998.

PIZANO, J. *Estratégia Saúde da Família: significados e sentidos de família para trabalhadores de uma equipe*. Monografia de especialização, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Botucatu, 2013.

PRADO, D. *O que é família*. São Paulo: Abril Cultural: Brasiliense, 1985. (Primeiros Passos)

RIBEIRO L.M, MEDEIROS S.M, ALBUQUERQUE J.S, FERNANDES S.M.B.A. Saúde mental e enfermagem na estratégia saúde da família: como estão atuando os enfermeiros? *Rev. Esc. Enferm. USP*. V.44, n. 2, p.376-378, 2010.

RIBEIRO, C. S; PASSOS, I. F; NOVAES, M. G; DIAS, F. W. A produção bibliográfica brasileira recente sobre a assistência em saúde mental infanto-juvenil: levantamento exploratório. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, São João Del-Rei v.5, n. 1, jan-jul, São João Del-Rei, 2010.

ROMARO, R.A.; CAPITÃO, C.G. Caracterização da clientela da clínica-escola de psicologia da Universidade São Francisco. *Psicologia: Teoria e Prática*, v.5, n.1, p.111-121, 2003.

SANTOS, P. L. Problemas de saúde mental de crianças e adolescentes atendidos em um serviço público de psicologia infantil. *Psicologia em Estudo*, v.11, n.2, p.315-321, 2006.

SCHRAIBER, L.B.; MENDES-GONÇALVES, R.B. Necessidades de saúde e atenção primária. In: SCHRAIBER, L.B.; NEMES, M.I.B.; MENDES-GONÇALVES, R.B. *Saúde do adulto*. Programas e ações na unidade básica. São Paulo: HUCITEC, p 29-47, 1996.

SILVA, K.L.; SENA, R.R. Integralidade do cuidado na saúde: Indicações a partir da formação do enfermeiro. *Rev. Esc. Enferm. USP*, v.42, n.1, p.48-56, mar.2008.

SOUZA, A.C. Ampliando o campo da atenção psicossocial: a articulação dos centros de atenção psicossocial com a saúde da família. *Esc Ana Nery Enferm*, vol.10, n. 4, p. 703-710, 2006.

SPOSITO, M; CARRANO, P. C. R. Juventude e políticas públicas no Brasil. *Revista Brasileira de Educação*. Nº 24, Dez 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbedu/n24/n24a03.pdf>. Acesso em Jul. 2012.

SZYMANSKI, H. Teorias e teorias de família. In: CARVALHO, M. C. B, (org) *A família contemporânea em debate*. São Paulo, EDUC, Cortez, 1995.

TANAKA, O. Y.; RIBEIRO, E. L. Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para a ampliação da integralidade da atenção. *Ciênc. Saúde Coletiva*, v.14, n. 2, p. 477-486, 2009.

TENORIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v.9, n.1, p.25-29, Rio de Janeiro, 2002.

TOMIO, N.A, O. *Adolescência na perspectiva histórico-cultural*. Monografia de especialização, Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2006.

TOMIO, N. A. O; FACCI, M. G. D. Adolescência: uma análise a partir da psicologia sócio-histórica. *Rev. Teoria e Prática da Educação*. V. 12, n.1, p. 89-99, 2009.

VIGOTSKI, L. S. (1934) *A construção do pensamento e da linguagem*. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

VIGOTSKI, L. S. *Psicologia pedagógica*. São Paulo: Martins Fontes. 2001.

VYGOTSKI, L. S. (1931) *Historia del desarrollo de las funciones psíquicas superiores*. Madri: Visor, 1995. (Obras escogidas III)

VYGOTSKI, L. S. (1934) *Desarrollo de los intereses em la edad de transición*. Madri: Visor, 1996. (Obras escogidas II).

VYGOTSKY, L. S. *A formação social da mente*. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

VYGOTSKY, L. S. (1934) *Pensamento e linguagem*. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

WAISELFISZ, J.J. *Relatório de desenvolvimento Juvenil 2003*. Brasília. UNESCO, 2004.

WAISELFISZ, J.J. *Relatório de desenvolvimento Juvenil 2007*. RITLA, Instituto Sangari, Ministério da Ciência e Tecnologia. 2007.

YASUI, S. *Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira*. 2006. 208f. Tese (Doutorado em Ciências na Área de Saúde) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz – ENSP – FIOCRUZ. Rio de Janeiro. 2006. Disponível em: <http://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/4426/2/240.pdf>. Acesso em: set, 2015

Apêndices

APENDICES**APÊNDICE A - Roteiro de entrevista semiestruturado a ser realizada com trabalhadores em saúde participantes da pesquisa.**

Data do preenchimento: ____ / ____ / 2014.

Unidade: _____

Entrevistador: _____

DADOS GERAIS

1) Nome: _____

2) Sexo: () M () F

3) Idade: ____ anos

4) Situação civil

() solteiro(a) () casado(a)/união estável () viúvo(a) () separado(a)

5) Escolaridade

() Nível fundamental.

() Nível médio. Curso técnico? Área: _____

() Nível superior. Curso: _____

() Residência/especialização. Área: _____

() Mestrado. Área: _____

() Doutorado. Área: _____

6) Função que exerce na equipe: _____

7) Tempo de experiência na profissão (em anos completos): _____

8) Local de moradia (bairro): _____

SAÚDE MENTAL (ADOLESCÊNCIA)

- Compreensão de adolescência.

- Compreensão sobre saúde e doença (saúde e doença na adolescência);

- Necessidades de cuidados em Saúde Mental (demanda, identificação, encaminhamento, frequência, situações)

- Percepção acerca do tratamento de adolescente com necessidades em Saúde Mental;

- Trabalho realizado com o adolescente com necessidades em saúde mental.

- Recursos utilizados na abordagem e assistência em saúde mental aos

adolescentes

- Dificuldades relacionadas ao trabalho em saúde mental com adolescentes (atribuição).
- Proposta de trabalho na ESF, voltados as necessidades de cuidados em saúde mental para o público adolescente (considerações).
- Rede de Atenção em Saúde Mental (Relação com os outros serviços, encaminhamentos, contra-referência, dificuldades encontradas, importância do trabalho em rede).

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável.

Desde logo fica garantido o sigilo das informações. Em caso de recusa você não será penalizado (a) de forma alguma.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Título do Projeto: *ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E ADOLESCÊNCIA: As necessidades de cuidados e recursos utilizados em Saúde Mental.*

Pesquisador responsável: Renata Inah Tavares de Lacerda

Orientadora: Sueli Terezinha Ferreira Martins

Os objetivos desta pesquisa é compreender as necessidades de cuidado em saúde mental de jovens atendidos em uma unidade básica de saúde (UBS) com equipe de saúde da família, na perspectiva dos trabalhadores do serviço, bem como identificar os recursos utilizados pelos trabalhadores da equipe para a abordagem desta população. Necessidades em saúde mental devem ser entendidas como sendo carências expressas pelos adolescentes e/ou trabalhadores em saúde que de algum modo afetem sua vida cotidiana, causando mal-estar ou sofrimento, que mesmo sem a compreensão e reconhecimento como tal, são entendidas pelo indivíduo como algo que deve ser mudado em sua vida. Pretende-se também identificar a relação entre a UBS a rede de atenção em saúde mental do município quanto ao atendimento dos adolescentes. Esta pesquisa também objetiva identificar quais os recursos que os trabalhadores de saúde utilizam para a abordagem do público jovem, bem como se estabelece a relação entre a UBS e a rede de atenção em saúde mental no município quanto ao atendimento de adolescentes com necessidades de cuidados em saúde mental.

A pesquisa será realizada com trabalhadores de saúde que atuam em contato com o público jovem na UBS no Município de xxxxxxx. Para a coleta das informações, será realizada uma entrevista com trabalhadores de saúde, a ser realizada em local apropriado e isolado e terá como base um roteiro de perguntas elaborado pelos pesquisadores participantes; o roteiro da entrevista será composto por eixos tais como dados gerais, adolescência, necessidades de cuidados, bem como história de trabalho e Estratégia Saúde da Família. A entrevista terá duração estimada de uma hora e meia e serão registradas em gravador de voz para a análise, com o término da pesquisa estas gravações serão eliminadas.

O participante tem o direito de retirar o consentimento a qualquer momento, se quiserem. Os pesquisadores se comprometem a garantir sigilo sobre as informações obtidas.

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo “*ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E ADOLESCÊNCIA: Necessidades de cuidados e recursos utilizados em Saúde Mental*” como sujeito. Fui devidamente informado e esclarecido pela pesquisadora Renata Inah Tavares de Lacerda sobre a pesquisa e os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido o sigilo das informações e que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento/ assistência/tratamento.

Informações adicionais poderão ser obtidas no Comitê de Ética em Pesquisa através dos telefones (14) 3880-1608 ou (14) 3880-1609.

Local e data: _____, _____ / _____ / _____

Assinatura do trabalhador de saúde: _____

Assinatura do pesquisador: _____

Assinatura do orientador: _____