



UNICAMP

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

ROSÂNGELA SANTOS OLIVEIRA

PERCORRENDO A REDE COM QUEM PRECISA: ITINERÁRIOS DE
ADOLESCENTES EM BUSCA DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL EM UM
MUNICÍPIO PAULISTA DE MÉDIO PORTE

CAMPINAS
2024

ROSÂNGELA SANTOS OLIVEIRA

PERCORRENDO A REDE COM QUEM PRECISA: ITINERÁRIOS DE
ADOLESCENTES EM BUSCA DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL EM UM
MUNICÍPIO PAULISTA DE MÉDIO PORTE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas – UNICAMP como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestra em Saúde Coletiva, área de concentração Política, Planejamento e Gestão em Saúde, linha de pesquisa Saúde Coletiva e Saúde Mental.

ORIENTADORA: DRA. ROSANA TERESA ONOCKO CAMPOS

ESTE TRABALHO CORRESPONDE À
VERSÃO FINAL DA DISSERTAÇÃO
DEFENDIDA PELA ALUNA
ROSÂNGELA SANTOS OLIVEIRA E
ORIENTADA PELA PROF. DRA
ROSANA TERESA ONOCKO
CAMPOS.

CAMPINAS
2024

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas
Maristella Soares dos Santos - CRB 8/8402

OL4p Oliveira, Rosângela Santos, 1990-
Percorrendo a rede com quem precisa : itinerário de adolescentes em busca de cuidado em saúde mental em uma cidade de médio porte / Rosângela Santos Oliveira. – Campinas, SP : [s.n.], 2024.

Orientador: Rosana Teresa Onocko Campos.
Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Saúde mental. 2. Adolescentes. 3. Itinerário terapêutico. I. Campos, Rosana Onocko, 1962-. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Informações Complementares

Título em outro idioma: Walking through the network with those who need it: : itineraries of adolescents seeking mental health care in a medium size city

Palavras-chave em inglês:

Mental health

Adolescents

Therapeutic itinerary

Área de concentração: Política, Planejamento e Gestão em Saúde

Titulação: Mestra em Saúde Coletiva

Banca examinadora:

Rosana Teresa Onocko Campos [Orientador]

Vania Nora Bustamante Dejo

Rubens Bedrikow

Data de defesa: 23-02-2024

Programa de Pós-Graduação: Saúde Coletiva

Identificação e informações acadêmicas do(a) aluno(a)

- ORCID do autor: <https://orcid.org/0000-0003-2304-7752>

- Currículo Lattes do autor: <http://lattes.cnpq.br/8267951787548263>

BANCA EXAMINADORA

BANCA EXAMINADORA DE DEFESA DE MESTRADO
ROSÂNGELA SANTOS OLIVEIRA

ORIENTADORA: PROFA. DRA. ROSANA TERESA ONOCKO CAMPOS

MEMBROS

1. Profa. Dra. Rosana Teresa Onocko Campos

2. Profa. Dra. Vania Nora Bustamante Dejo

3. Prof. Dr. Rubens Bedrikow

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Ata de defesa com as respectivas assinaturas dos membros encontra-se no SIGA/Sistema de Fluxo de Dissertação/Tese e na Secretaria do Programa da Unidade.

Data defesa: 23/02/2024

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha família que, nem sempre compreende meus investimentos exaustivos, mas nunca deixa de estar comigo incondicionalmente. À minha mãe e suas rezas, seu jeito de cuidar de longe para estar perto. Ao meu pai que me oferece contorno e soluções práticas funcionais. Ao meu irmão que através da fraternidade, me reposiciona sobre o amor, me convida a ver o mundo desembaraçado e dar risada de mim mesma.

Agradeço à Universidade pública, gratuita e de qualidade por seguir produzindo desvios na minha trajetória e em toda a minha família.

Agradeço à minha orientadora Dra. Rosana Teresa Onocko Campos pela generosidade de ensinar, de estar e acompanhar esse processo. Por, não raro, ter confiado mais na minha capacidade de escrever do que eu mesma. Ao grupo de pesquisa Interfaces pelas trocas essenciais e por ensinar que a pesquisa coletiva pode ser ainda mais potente.

Agradeço à banca examinadora que de forma generosa contribuiu para a construção e finalização deste trabalho.

Agradeço aos meus amigos por terem suportado ouvir, repetidas vezes, sobre o meu lugar de mestrand-a-trabalhadora-pesquisadora-cansada. Terem sustentado esse lugar de acolhimento e de cuidado. Aos amigos que o Mestrado me apresentou, gratidão por esse tempo de encontro, os levarei comigo vida afora sabendo que, embora não seja “na beira de fogueira que se faz uma dissertação”, é também através do afeto e da coletividade que se faz ciência nesse país. Bárbara, que presente ter encontrado você nesse mestrado.

Agradeço, especialmente, às minhas amigas Adriele, Ana Cristina e Sulamita. Juntas formamos o nosso grupo Caribe. Agradeço por estarem comigo nos melhores e piores dias. Pelo compartilhar genuíno, por acreditarmos no amor da amizade. Decidimos construí-lo e cuidá-lo, ainda que nem sempre seja fácil. Sem dúvidas, sem vocês não somente essa dissertação, mas também a minha vida campineira seria errante.

Agradeço a Felipe por ter segurado a minha mão em dias insuportáveis e por compartilhar a caminhada da pesquisa comigo, dividindo os sábados, domingos e angústias da escrita, mas, principalmente o desejo por ela.

Agradeço ao meu grupo de Teatro de Improviso – Improletárias, pelas manhãs de sábado brincantes, do dizer sim para o que chega e inventar cenas improváveis e impensáveis. Vocês me ensinam a soltar, deixar acontecer, diminuir a minha autocrítica, a dar risada do óbvio, a me aproximar do desconhecido considerando o medo, mas não deixar que ele me paralise. Minha saúde mental de pós-graduanda agradece esse encontro com a arte.

Agradeço à menina e adolescente que fui, que nunca perdeu a fé na invenção da vida mesmo em meio a aridez do sertão baiano, legitimando a rebeldia para romper caminhos pré-estabelecidos e desejando alguma coisa outra que nem sabia nomear. Aprendi desde cedo que a escrita era um jeito sério de me salvar e hoje sigo assim.

Agradeço à trabalhadora do SUS que sou, que não recuou frente à inquietação da prática e ao medo da escrita, apesar do cansaço cotidiano, como diria Gloria Anzaldúa (1979) às mulheres trabalhadoras e escritoras do terceiro mundo: “Finalmente, escrevo porque tenho medo de escrever, mas tenho um medo maior de não escrever”.

Agradeço aos adolescentes que aceitaram participar dessa pesquisa e também a todas as crianças e adolescentes que pude acompanhar ao longo da minha trajetória profissional e que sempre encheram meu coração de desejo por justiça social. É no “papo reto”, no lúdico e, também na crise, que sempre me apontam que o caminho do cuidado é uma construção delicada e bonita.

Escrever
como minha mãe
catava feijão.
Separando o grão
do que se come,
com os olhos, as mãos,
e a precisão
da fome.

(Abel Silva, em Fôlego)

RESUMO

Historicamente o cuidado de crianças e adolescentes esteve relegado às instituições da assistência social e educação com caráter filantrópico e tutelar. Observa-se uma lacuna assistencial histórica na Política de Saúde Mental Infanto-Juvenil (SMIJ) com a inserção tardia no debate da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB). De tal modo, que o planejamento e construção de políticas públicas para esta população, em acordo com os princípios do SUS e do ECA, também são recentes. Dentre os princípios indicados por esta política, destaca-se a importância de uma rede de atenção psicossocial de base territorial, na qual os Caps infanto-juvenis e a intersetorialidade são estratégicos para a organização do cuidado. Nota-se que a plena implementação da SMIJ é um desafio no Brasil, principalmente, em cidades de pequeno e médio porte. Esta dissertação é uma pesquisa qualitativa desenvolvida por meio do desenho dos itinerários terapêuticos (IT) e narrativas de vida, a qual visou, através da ótica do usuário, analisar o IT de cinco adolescentes na busca por cuidado em saúde mental em uma cidade paulista de médio porte. Foram realizadas entrevistas em profundidade com cinco adolescentes que realizavam acompanhamento no Ambulatório Geral (AG) do município e a análise de dados foi realizada pela perspectiva da hermenêutica crítica de Paul Ricoeur. Os adolescentes apresentaram concepção ampliada de saúde mental, ainda assim, atravessadas pelo discurso biomédico em suas experiências do sofrimento psíquico e também do processo de adolecer, marcadas pelo contexto da pandemia e pós-pandemia de covid-19. Além disso, foram identificados acesso a diversos pontos do sistema de cuidado, incluindo, redes não-convencionais: a família apresentou-se como orientadora na busca por cuidados em saúde mental dos adolescentes, mas não esteve incluída como parte do cuidado. Quanto ao sistema de saúde formal, notou-se fragilidades quanto à vinculação, integralidade e resolutividade em saúde mental, além da ausência de articulações intersetoriais. O cuidado ofertado pelo AG do município foi avaliado pelos adolescentes como insuficiente. A medicação esteve como primeira oferta de cuidado nos serviços de saúde e central na narrativa dos adolescentes sobre expectativas terapêuticas, todavia, estes ofertaram pistas de cuidado para além das tradicionais ofertas formais de saúde.

Palavras-chave: Saúde mental. Adolescentes. Itinerário terapêutico

ABSTRACT

Historically, the care of children and adolescents was relegated to social assistance and educational institutions with a philanthropic and guardianship nature. A historical gap in care is observed in the Child and Youth Mental Health Policy (SMIJ) with the late inclusion in the debate of the Brazilian Psychiatric Reform (RPB). Therefore, the planning and construction of public policies for this population, in accordance with the principles of the SUS and ECA, are also recent. Among the principles indicated by this policy, the importance of a territorial-based psychosocial care network stands out, in which the child and youth Caps and intersectorality are strategic for the organization of care. It should be noted that the full implementation of SMIJ is a challenge in Brazil, especially in small and medium-sized cities. This dissertation is a qualitative research developed through the design of therapeutic itineraries (TI) and life narratives, which aimed, through the user's perspective, to analyze the IT of adolescents in the search for mental health care in a medium-sized city in São Paulo. size. In-depth interviews were carried out with five adolescents who were monitored at the municipality's General Outpatient Clinic (AG) and data analysis was carried out from the perspective of Paul Ricoeur's hermeneutic critique. Adolescents had an expanded conception of mental health, even so, crossed by biomedical discourse in their experiences of psychological suffering and also the adolescent process, marked by the context of the covid-19 pandemic and post-pandemic. Furthermore, access to various points of the care system was identified, including non-conventional networks: a family was invited as a guide in the adolescents' search for mental health care, but was not included as part of the care. Regarding the health system, weaknesses were noted regarding linkage, comprehensiveness and resoluteness in mental health, in addition to the absence of intersectoral articulations. The care offered by the municipality's AG was assessed as insufficient. Medication was the first care offer in health services and central in the adolescents' narrative about therapeutic expectations, however, they offered care clues beyond traditional formal health offers.

Keywords: Mental health. Adolescents. Therapeutic itinerary.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Mapa da rede formal em saúde e intersetorial para adolescentes.....	42
Figura 2 – Mapa Maria.....	50
Figura 3 – Mapa Tayla.....	53
Figura 4 – Mapa Lúcio.....	56
Figura 5 – Mapa George.....	59
Figura 6 – Mapa Lúcio.....	63
Figura 7 – Mapa dos pontos da rede (formal e informal) encontrados nos IT.....	108

LISTA DE TABELAS E QUADROS

Tabela 1 –	Estatística por CID.....	44
Tabela 2 –	Adolescentes (entre 12 e 21 anos) atendidos no Ambulatório pelo menos 1 vez.....	45
Tabela 3 –	Principais diagnósticos de acordo com as informações médicas em prontuário atribuídos aos adolescentes (entre 12 e 21 anos) atendidos no Ambulatório.....	45
Quadro 1 –	Caracterização dos adolescentes entrevistados.....	49

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AG	Ambulatório Geral
APS	Atenção Primária à Saúde
CAC	Centro de Atenção à Crianças
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSIJ	Centro de Atenção Psicossocial Infante-Juvenil
CGP	Comitê Gestor de Pesquisa
CMDCA	Conselho Municipal da Criança e Adolescente
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ITI	Itinerários Terapêuticos
NASF	Núcleo de Saúde da Família
PEI	Programa de Ensino Integral
PeNSE	Pesquisa Nacional de Saúde Escolar
PSE	Programa Saúde na Escola
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RPB	Reforma Psiquiátrica Brasileira
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
SMIJ	Política de Saúde Mental Infante-Juvenil
SUS	Sistema Único de Saúde
TALE	Termo de Assentimento Livre e Esclarecido
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TMC	Transtornos Mentais Comuns
TOC	Transtorno Obsessivo Compulsivo
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

Sumário

1 INTRODUÇÃO	14
1.1 A SAÚDE MENTAL INFANTO-JUVENIL NO CAMPO DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL BRASILEIRA	17
1.2 A ADOLESCÊNCIA NO DEBATE CONTEMPORÂNEO: A QUESTÃO ADOLESCENTE	21
1.3 ADOLESCER NO BRASIL: CENÁRIO ATUAL	25
1.4 CUIDADO EM SAÚDE MENTAL DOS ADOLESCENTES NO SUS: ATUAIS DESAFIOS	28
2 OBJETIVOS DA PESQUISA	35
2.1 OBJETIVO GERAL	35
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	35
3 METODOLOGIA	36
3.1 FERRAMENTAS METODOLÓGICAS: ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS E NARRATIVAS DE VIDA	36
3.2 CARACTERIZAÇÃO DO CAMPO	41
3.3 COLETA DE DADOS: PERCURSO DA ENTRADA EM CAMPO E DELINEAMENTO	43
3.4 SUJEITOS DA PESQUISA	48
3.5 PROCEDIMENTOS ÉTICOS	49
4 ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS DE MARIA, TAYLA, LÚCIO, GEORGE E HEITOR	50
Maria	51
Tayla	54
Lúcio	57
George	60
Heitor	64
5 NÚCLEOS ARGUMENTAIS	67
5.1 DO “ESTAR BEM” E “NÃO ESTAR BEM” AO SOFRIMENTO PSÍQUICO: CONCEPÇÃO DE SAÚDE MENTAL PARA OS ADOLESCENTES	67
5.2 IMPACTOS DA PANDEMIA PARA OS ADOLESCENTES	75
5.3 OUTROS FATORES: PROTETIVOS OU DE RISCO PARA SAÚDE MENTAL JUVENIL?	81
5.4 ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS (IT): CUIDADOS RECEBIDOS E AVALIAÇÃO PELOS ADOLESCENTES	89
5.5 LUGAR DA MEDICAÇÃO NO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL DE ADOLESCENTES	109
5.6 CUIDADO NA PERSPECTIVA DOS ADOLESCENTES – PISTAS PARA A POLÍTICA PÚBLICA EM SAÚDE MENTAL	118
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	129
REFERÊNCIAS	133
APÊNDICE I - ROTEIRO NORTEADOR DE ENTREVISTA EM PROFUNDIDADE	141
APÊNDICE II - TCLE AOS RESPONSÁVEIS USUÁRIOS ADOLESCENTES ITINERÁRIOS	142
APÊNDICE III - TALE USUÁRIOS ADOLESCENTES ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS	146

1 INTRODUÇÃO

Esta dissertação é desenvolvida no marco do curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva na área de concentração Política, Planejamento e Gestão em Saúde da Faculdade de Ciências Médicas (Unicamp). O desejo por este mestrado inicia-se na minha trajetória pela saúde coletiva em que crianças, adolescentes e suas famílias estiveram de maneiras diversas em perspectiva na minha atuação profissional em: Centro de Convivência, um CAPS Infanto-Juvenil (CAPSIJ) e mesmo em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) para adultos. Atualmente, atuando como trabalhadora do NASF na Atenção Primária à Saúde (APS) em outro município paulista, os adolescentes seguem me tomando em questões.

Por quatro anos estive como trabalhadora e, depois Coordenadora, de um serviço de saúde mental (CAPSad) no município campo para este estudo. Município de médio porte com cerca de 122 mil habitantes¹ e que não conta com CAPSIJ.

Desde a minha chegada, em 2019, passei a acompanhar como trabalhadora a Pesquisa de Implementação Estratégias Inovadoras para Qualificar a Rede de Saúde Mental em um Município Paulista de Médio Porte pelo Laboratório Saúde Coletiva e Saúde Mental – Grupo Interfaces, que visou executar e avaliar dispositivos de integração de rede na qualificação do cuidado em saúde mental no município, também através da participação de todos os atores envolvidos – trabalhadores, gestores e usuários.

Segundo Treichel et al.² a saúde mental se apresenta como um campo fértil para as pesquisas de implementação, já que se trata da investigação a respeito dos diversos fatores que contribuem para que indivíduos e organizações realizem práticas e ações orientadas pelas políticas públicas. Para estes autores, quanto às pesquisas em serviços de saúde mental, observa-se uma falha entre o que se preconiza como boas práticas em saúde mental e as vivências de usuários e trabalhadores.

A pesquisa maior ocorreu entre 2017 a 2022 e foi realizada em três etapas: pré-implementação, implementação e avaliação. Inicialmente, os dados coletados permitiram a realização do diagnóstico da rede de saúde do município na Atenção Primária e Atenção Secundária, ofertou uma capacitação aos trabalhadores da Atenção Primária e Secundária mesmo durante o período da pandemia de COVID-10, adaptando-se ao modelo online. Também buscou construir dispositivos de integração

de rede, como o Comitê Gestor de Pesquisa (CGP) formado por pesquisadores, trabalhadores e gestores de serviços de saúde, incluindo a Coordenação de Saúde Mental do município, através de encontros sistemáticos - mensais ou quinzenais - desde 2019. As atividades também foram adaptadas para o modelo online durante a pandemia.

A população infanto-juvenil não havia sido contemplada na etapa de levantamento de dados para diagnóstico e também na oferta de capacitação para os trabalhadores. Nas discussões do CGP e durante a capacitação ofertada aos trabalhadores e gestores, questões, dúvidas e reflexões quanto ao cuidado em saúde mental infanto-juvenil ensaiavam aparecer, tendo em vista a observação da demanda de cuidado crescente também para esta população no município. Assim, o presente estudo surgiu como uma proposta de trabalho frente a esta lacuna e às inquietações dos trabalhadores e gestores.

Deste modo, a minha entrada em campo para coleta de dados ocorreu no final da pesquisa maior, na etapa de avaliação. Ao passo que a pesquisa de implementação caminhava para avaliar os dispositivos de rede que haviam sido implementados durante os cinco anos, refletíamos também a contribuição para a população infanto-juvenil.

Quando se trata da Política de Saúde Mental Infanto-juvenil, observa-se uma lacuna assistencial histórica no setor saúde com a inserção tardia na agenda de debate da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) no Brasil. As estratégias de avaliação e monitoramento que podem indicar pontos a serem desenvolvidos no campo da SMIJ em acordo com a atenção psicossocial vem se mostrando insuficientes³.

Um dos pontos de interesse da pesquisa de implementação, por exemplo, são os desfechos relacionados aos usuários². O presente estudo se situa na investigação da perspectiva dos usuários, através da ferramenta de itinerários terapêuticos em saúde mental no município, aspirando mapear quais pontos da rede formal e/ou informal são acessadas pelos adolescentes em busca de cuidado em saúde mental, identificar os facilitadores e dificultadores neste acesso, objetivamos oferecer dados para o planejamento, gestão, integração e construção de políticas públicas mais afinadas com as necessidades dessa população. Dessa forma, pergunta-se: *qual o percurso de adolescentes e seus familiares na busca por cuidado em saúde mental em uma cidade paulista de médio porte?*

Para o adequado planejamento da atenção psicossocial em saúde mental infanto-juvenil há que se levar em conta o percurso histórico da SMIJ e seus avanços e também os possíveis entraves do cuidado em rede nesta população³. Para tal, mostra-se relevante conhecer o funcionamento da rede, a oferta de serviços e cuidados recebidos bem como conhecer as necessidades e desejos dos adolescentes através da perspectiva dos próprios usuários adolescentes.

Estudos investigativos que levem em conta a escuta dos próprios adolescentes sobre suas experiências de cuidado e adoecimento são de grande valia, pois, compreendem os adolescentes enquanto sujeitos de direitos com papel primordial no planejamento de intervenções em saúde devendo ser incluídos na avaliação, monitoramento e não apenas no cuidado de si⁴.

Para percorrer os itinerários, através da escuta da experiência de adolescentes em busca de cuidado, buscou-se elucidar aspectos da rede de cuidado acessada por eles – seja a formal (saúde, assistência social, educação, etc.) ou a informal. A investigação num município de médio porte pode oferecer reflexões para compreensão sobre outras redes de saúde mental infanto-juvenil.

Para além da linha de cuidado que estabelece e ordena uma trajetória assistencial mais adequada a necessidade do usuário através dos níveis de atenção no SUS, Cecílio et al.⁵ aponta que o acesso a regulação da rede de cuidado também pode se dar através do “agir leigo” como uma produção social através do movimento dos usuários por suas necessidades de saúde no sentido mais amplo que envolvem adoecimento e o sofrimento e estes também constroem seu próprio “*mapa de cuidado*”:

O “sistema de saúde” do usuário tem sua expressão em um mapa do cuidado. Um mapa do cuidado é formado pelo conjunto de “pontos” de acesso e cuidado que cada pessoa vai produzindo, a partir de suas necessidades e experiências, nos diferentes momentos da vida.^{5:1510}

Esta pesquisa pode oferecer aportes para identificar as barreiras, expandir e qualificar a rede de cuidado desta população que traz demandas específicas com necessidades de atenção precoce e resolutiva⁶. Pretendemos analisar esta questão a partir da narrativa dos próprios adolescentes, ou seja, compreender a experiência de busca por cuidado em saúde mental na rede.

Apresentaremos a reconstrução dos itinerários terapêuticos e a narrativa dos adolescentes a respeito do contexto e das questões que os levaram a buscar algum cuidado em saúde mental, o percurso e o atual momento do acompanhamento. Após, realizaremos a apresentação da decodificação do material encontrado nas entrevistas, retomando o roteiro norteador da entrevista fazendo emergir os núcleos argumentais⁷.

1.1 A SAÚDE MENTAL INFANTO-JUVENIL NO CAMPO DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL BRASILEIRA

O movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), em meados de 1970, despontou-se entrelaçado à Reforma Sanitária Brasileira (RSB), imbuído da necessidade de reorganizar o modelo de atenção à saúde mental frente às denúncias de violações de Direitos Humanos nos hospitais psiquiátricos⁸. Com a redemocratização do Brasil a saúde passa a ser considerada direito de todos e dever do Estado garantido pela Constituição Federal⁹.

É a partir da proposição do Sistema Único de Saúde (SUS), enquanto política pública de Estado fundamentada pelas leis orgânicas 8080/1990 e 8.142/1990, que também as mudanças no paradigma de assistência à saúde mental no país passaram a ser implementadas. Com a Lei 10.216/2001 estabelece-se o aparato jurídico para a substituição do paradigma hospitalocêntrico por um cuidado no modo psicossocial baseado no acolhimento, ofertado no território existencial dos sujeitos, na inclusão social e participação cidadã¹⁰.

Ao traçar as principais características do modelo de cuidado baseado no paradigma da atenção psicossocial, Costa-Rosa¹¹ elenca que há o reconhecimento da implicação subjetiva do sujeito junto a família e o seu contexto social mais amplo tanto no adoecimento quanto no tratamento. O trabalho deve ser realizado a partir da composição de uma equipe multiprofissional para a ampliação do conceito de tratamento e dos recursos a serem utilizados. Por isso, a importância de um conjunto variado de dispositivos de reintegração sociocultural como a arte, teatro, artesanato, que esteja para além do modelo médico e intervenções medicamentosas. Ainda, reflete que ações em saúde devem ampliar as estratificações em direção a um cuidado que vise o sujeito em sua integralidade.

Segundo Macedo et al.¹² nos últimos anos os avanços na consolidação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) são notáveis, embora esse recente processo social complexo esteja se dando de forma heterogênea no território brasileiro. Houve uma centralização na desinstitucionalização dos usuários de longa permanência nos hospitais psiquiátricos, todavia, outros grupos ficaram invisibilizados: usuários de álcool, crack e outras drogas; adolescentes em conflito com a lei por uso de substâncias, população de rua, assistência ao público infantil, suporte familiar, situações envolvendo violências (intrafamiliar, sexual, social) e catástrofes/desastres, dentre outros¹².

Quando se trata da Política de SMIJ, observa-se uma lacuna assistencial histórica. Historicamente o cuidado em saúde mental de crianças e adolescentes esteve relegado às instituições da assistência social e educação com caráter filantrópico e tutelar. Antes do início do século XXI, crianças e adolescentes estiveram desassistidas pelo setor da saúde mental submetidas às práticas institucionalizantes externas ao sistema psiquiátrico asilar^{3,4,10,13-15}.

A RPB demorou a incluir o debate da saúde mental infanto-juvenil, Couto et al.³ traçam os aspectos históricos que delinearão a invisibilidade dessa temática no próprio movimento da RBP e da Luta Antimanicomial:

Para a infância e adolescência, a Reforma Psiquiátrica brasileira não significa a superação do modelo hospitalar psiquiátrico que, a rigor, não foi aplicado a elas. Significa, ao contrário, a superação da desassistência e da ausência de modelos ou projetos de cuidado que amparassem ações cidadãs e não segregadoras.^{3:28}

A Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança, realizada pela Organização das Nações Unidas (ONU) em 1989, aponta uma nova concepção da criança e do adolescente na sociedade: sujeito de plenos direitos com necessidade de ações públicas dirigidas ao seu cuidado e proteção.

Assim, no Brasil a confluência histórica dos movimentos da Reforma Sanitária, Reforma Psiquiátrica e a promulgação da Lei 8.069/1990 ou Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) ofereceram as condições sociais para a construção de uma política de saúde mental infanto-juvenil afinada com o modelo da atenção psicossocial^{3,10,14}.

Para Amstalden et al.¹⁴ o cuidado a ser ofertado a crianças e adolescentes deve se basear na noção de sujeito, o que implica a importância de dar voz e escuta a esta

população. Couto et al.^{3:22} afirmam que nesse novo cenário, crianças e adolescentes puderam ser reconhecidos na “condição de sujeitos psíquicos”, que também experienciam, sofrem e podem adoecer psiquicamente:

[crianças e adolescentes] Guardam em comum com todos que partilham a condição humana o fato de terem histórias de vida e experiências particulares, serem atravessados pelos enigmas da existência, sofrerem, transtornarem-se e poderem expressar de diferentes maneiras seu transtorno, mal-estar ou sofrimento intenso.^{3:21-22}

Apenas a partir de 2001, com a III Conferência Nacional de Saúde Mental foi possível instituir a Política de SMIJ, considerando as especificidades e necessidade dessa população em acordo com os princípios do SUS e do ECA¹⁶.

Dentre os princípios indicados para a política de SMIJ, destaca-se a intersetorialidade e a construção de uma rede de cuidado de base territorial sensível às particularidades das crianças e adolescentes enquanto sujeitos de direitos e em desenvolvimento, dessa forma, atenta à não patologização¹⁴.

A portaria 336/2002 explicita a criação de Centros de Atenção Psicossocial para crianças e adolescentes, os CAPS i, já a Portaria 3088/2011 institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) bem como preconiza o funcionamento dos diversos pontos da rede, incluindo o CAPSi II, destinado a atender a demanda em saúde mental de crianças e adolescentes decorrentes de transtornos mentais graves e persistentes em municípios com população acima de 70 mil habitantes¹⁷.

Os CAPS infanto-juvenis possuem um papel estratégico na organização de cuidado em saúde mental, em contraposição à institucionalização enquanto prática corretiva, de controle e exclusão^{3,10,14}.

Segundo Nasser et al.¹⁸ outros documentos importantes conformam o arcabouço legal e diretivo para a política pública de cuidado do adolescente no SUS. Destacaremos alguns destes documentos para fins de contextualização. Estes autores apontam que em 2007 houve a publicação do “Marco Legal: Saúde, um direito do adolescente” que reúne os principais documentos internacionais e nacionais e apresenta importantes orientações a partir do ECA visando o atendimento de adolescentes no SUS. Elencamos os principais a seguir.

Em 2010, surge as Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde¹⁸,

documento que propõe temas estruturantes para pensar atenção à saúde integral e também neste ano outro documento destacava a necessidade de uma linha de cuidado para adolescentes em situação de violência.

Em 2013, dois documentos se apresentam como bases para o reconhecimento de direitos específicos dos jovens. O documento publicado pelo MS “*O SUS e a saúde sexual e reprodutiva de adolescentes e jovens no Brasil*” e a lei nº 12.852 em que se institui o Estatuto da Juventude.

Apenas em 2017, o MS publica as diretrizes para o cuidado de adolescentes na Atenção Básica intitulado Proteger e Cuidar da Saúde de Adolescentes na Atenção Básica¹⁸.

Há uma progressiva consolidação do cuidado de adolescentes no SUS, embora se trate de um processo histórico recente e que demanda, além deste arcabouço de leis e diretrizes, a avaliação da implementação das políticas públicas no cotidiano das práticas e nas diversidades de contextos no Brasil.

Luzio et al.¹⁹, embora não foquem especificamente na atenção à saúde mental infanto-juvenil, tratam de investigar a viabilização dos princípios da RPB em dois municípios, um de pequeno e outro de médio porte e apontam algumas fragilidades, principalmente naquele de pequeno porte. Os autores identificam a necessidade de maior estímulo da gestão local para qualificação da organização e funcionamento da RAPS em consonância com a RPB, envolvendo diversos atores sociais e setores das políticas públicas.

Já no levantamento realizado por Couto et al.¹³ a respeito da situação da saúde mental infanto-juvenil no Brasil, constataram que o principal problema estava na presença desarticulada de serviços e na necessidade de expansão dos diferentes serviços que compõem a rede, tema que aprofundaremos mais à frente.

Tal cenário de omissão da saúde pública para com esta população não fica restrita ao Brasil. Assis et al.²⁰ discutem que cerca de 10-20% das crianças sejam acometidas por problemas em saúde mental no mundo, entretanto, as políticas voltadas para saúde mental infanto-juvenil não se apresentam como uma prioridade, pois de 195 países pertencentes à Organização das Nações Unidas, somente 35 possuem políticas específicas para esta faixa etária. No próximo capítulo aprofundaremos os desafios atuais do cuidado em saúde mental de adolescentes para o SUS.

1.2 A ADOLESCÊNCIA NO DEBATE CONTEMPORÂNEO: A QUESTÃO ADOLESCENTE

Afinal, do que estamos falando quando tratamos de “adolescentes”?

Ayres et al.^{21:10} discute que a adolescência se trata de uma construção social e apresenta variabilidade social e cultural “caracterizada por outras mudanças e descobertas que podem ser chamadas de *processos psicossocioculturais*”.

Os adolescentes são compreendidos como sujeitos em desenvolvimento e compõem um grupo heterogêneo mesmo com características em comum quando estão em um mesmo contexto sociocultural que permita o cuidado coletivo, como aponta Ayres et al.^{21:13}: “diferentes em idade, nas condições de vida e saúde, raça, procedência, classe, escolaridade, gênero, orientação sexual, porte ou não de deficiência, estado civil, ter ou não filhos, entre outras condições”.

Rocha et al.²² e Coutinho²³ recuperam a perspectiva de Ariès²⁴ para destacar que a adolescência é um fenômeno cultural recente no ocidente. Situada como um prolongamento da infância e ligada a um projeto individualista e científico moderno e burguês em que a permanência sob a tutela da família e das escolas tende a se ampliar progressivamente em direção à idade adulta. Segundo Coutinho²³ foi durante o século XIX que a adolescência alça status na classe burguesa apresentando expressividade na literatura, numa certa possibilidade de sociabilidade, nas novas classes escolares e com uma identidade, ainda que, por um curto período do ciclo de vida.

Diversos autores^{22,23,25,26} concordam em que a juventude surge como questão social contemporânea relevante e vivencia o desafio de uma faixa etária marcada pela indefinição e transitoriedade. Embora a puberdade possa ser tomada como marco inicial importante da adolescência, parece ser insuficiente.

Para Calligaris²⁶ a adolescência é tida como um tempo de suspensão entre a maturação dos corpos e autorização para realizar os valores sociais que foram transmitidos - uma fase “moratória”. Fenômeno da modernidade tardia em que se institui, prolonga e torna-se a juventude uma fase do ciclo vital.

Em 1965, Winnicott^{27:115} já apontava sobre o aumento de interesse social por essa fase da vida e retratou a adolescência como um período de transposição das “zonas de calmarias”, por vezes, tratada como um problema quando, na verdade,

refere-se a um processo de amadurecimento que em cada adolescente o fará a seu tempo, não devendo ser acelerado ou atrasado.

Calligaris²⁶ afirma que a invenção da adolescência produz complicações sociais e subjetivas, e Winnicott²⁷ diz que esse processo de amadurecimento não se dá sem efeitos e demanda dos adultos espera, tolerância, cuidado e reação ativa sem um afã curativo no sentido de invadir ou destruir este processo.

Winnicott²⁷ interroga a capacidade da sociedade para agir assim, pois aqueles adultos que não puderam experimentar as potências da adolescência poderão ter dificuldade em lidar o próprio desta fase. Chama a atenção para a história pessoal do adolescente, pelas experiências tidas na infância bem como o ambiente que se encontra. Segundo ele, o ambiente desempenha papel fundamental necessitando da continuidade e da proximidade do pai, da mãe e da família e quando as dificuldades, que perpassam a adolescência, chegam a precisar de intervenção de um profissional, pode haver uma condição ambiental desfavorável.

Saggese et al.²⁸ diz que a adolescência é o atravessamento entre o espaço intra e extrafamiliar. Trata-se de enfrentar a tensão da instabilidade e a necessidade de mudança, pois é também neste processo de saída do núcleo familiar que o jovem pode estar rompendo com o lugar sintomático que ocupava quando criança. Desvelaria as questões referentes ao relacionamento do casal, da relação familiar, não raro, demandando um rearranjo da estrutura familiar. Para este autor, é preciso dar suporte à família para lidar com as oscilações próprias dessa fase e encontrar novas maneiras de se relacionar com este sujeito que está tomando o próprio lugar no discurso:

A adolescência veio constituir na sociedade moderna o momento em que o sujeito tem que tomar a palavra. Ele, o adolescente está condenado a escolher ou permanecer *infante*, no sentido etimológico da palavra: aquele que não fala, que não tem voz. Mas falar por si mesmo seria fácil?^{28:25}

Neste momento de tomar a palavra por si, alguns autores da psicanálise apontam as características próprias dessa faixa etária^{26,27}, a saber: a rebeldia e dependência, tendência antissocial, isolamento do indivíduo, sexualidade e outros.

Para Winnicott^{27:117} no adolescente há uma “alternância entre independência rebelde e dependência regressiva, e mesmo a coexistência dos dois extremos num mesmo momento”. Esse ponto também é descrito por Calligaris²⁶, a moratória imposta

na adolescência causaria por si só inquietação já que há uma idealização cultural de que a adolescência seja uma fase feliz, o que produziria um enigma insatisfatório aos adolescentes, pois lidam com a contradição de terem de ser tornar independentes ao entrarem na puberdade, enquanto também lhes é imposta a dependência dos adultos, a restrição da autonomia. A maturidade apresenta-se indefinida, não ficando claro quais marcadores e/ou habilidades definiriam a saída da imaturidade para a autonomia. O adolescente se percebe numa contradição, e apresenta-se reativo através da rebeldia, contestação e provocação do que já está posto, incluindo a relação com a família.

Devido a esse processo de rebeldia, os autores supracitados destacam que também estaria presente nos adolescentes uma certa tendência antissocial ou até a delinquência. Para Calligaris²⁶ este seria um fenômeno relacionado a tentativa do adolescente em recuperar a atenção e o reconhecimento dos adultos, algo que teriam tido quando criança, e que seria uma consequência da rebeldia contra a moratória. Por outro lado, Winnicott²⁷ reflete que as raízes da tendência antissocial está a privação e a carência, ocorrendo um processo de ruptura e que mesmo na “adolescência normal” é possível encontrar esse elemento de maneira mais branda e difusa.

Calligaris²⁶ lembra que o adolescente, pela recusa do infante e também por não ter alçado a posição de adulto, tende a se afastar dos adultos e inventar microssociedades entre os amigos, outros adolescentes que compartilham o mesmo estilo. Há uma insegurança com o próprio corpo que está em transformação e pode haver uma fragilidade de autoestima, depressão, dentre outros.

O adolescente é um sujeito essencialmente isolado e o grupo de jovens se apresenta como um conjunto de indivíduos isolados que se agregam por meio da identidade de gostos. Quanto a sexualidade, se trata de uma fase de incertezas e que - embora seja um tema central dessa fase - o adolescente não sabe lidar com ela: “é mais provável que essa união entre pessoas integrais se manifeste, em primeiro lugar, nos jogos sexuais incompletos ou no comportamento afetivo com ênfase no sentimento”^{27:119}.

Castro et al.²⁵ explicam que a juventude tem sido pautada na contemporaneidade a partir de duas vertentes. A primeira estaria relacionada aos “problemas” que geralmente são atribuídos aos jovens – delinquência, comportamento

de risco, uso de drogas, e que exigiriam controle social, medidas de enfrentamento pela sociedade.

Já a segunda, focando na adolescência como fase transitória em direção à idade adulta, implicaria à família e à escola a responsabilidade pela socialização do adolescente visando um adulto não só ajustado, mas também produtivo. O adolescente seria um sujeito a ser preparado a assumir os papéis típicos do mundo adulto, um “*ator estratégico do desenvolvimento*”^{25:10}, sendo uma abordagem difundida a partir dos anos 90 por organismos multilaterais e agências internacionais. Assim além das medidas de enfrentamento, outras medidas desse novo enfoque:

Medidas decorrentes deste novo enfoque, no geral, reatualizam a visão preparatória da juventude, exigindo, por um lado, investimentos massivos na área de educação em prol do acúmulo de “capital humano” pelos jovens; por outro, a adoção de um corte geracional nos vários campos da atuação pública (saúde, qualificação profissional, uso do tempo livre etc.) e o incentivo à participação política juvenil, com recurso à noção de *protagonismo jovem*.^{25:10}

Para esses autores, a inserção no mercado de trabalho tida como um marco final da adolescência com transição para a vida adulta, passou a ficar comprometida com a dificuldade de absorção dos jovens no mercado de trabalho, a “crise do emprego” que atingiu o Brasil nos anos 1990 e também a “emergência de novos padrões comportamentais no exercício da sexualidade, da nupcialidade e na conformação dos arranjos familiares”^{25:11}.

Dessa forma, para Castro et al.²⁵ a juventude como transição para a vida adulta passa a dar lugar a ideia da juventude como uma etapa própria do ciclo de vida em que o foco no futuro transfere-se para a compreensão sobre o momento presente, para a juventude em si.

Esses autores explicam que para aqueles de classe social mais alta, borram-se as fronteiras quanto à conceituação de juventude: há uma ampliação do tempo de moratória para a vida adulta, adiam-se a inserção no mercado de trabalho, estendendo a formação social e mantendo a tutela dos familiares. Esses autores denominam isso de “prolongamento da juventude” apontando uma ambiguidade exacerbada na definição do papel social do jovem.

Por outro lado, aqueles oriundos das classes baixas se veem pressionados a trabalhar em grande parte das vezes, e tendem a se submeterem a trabalhos

precários. As instituições tradicionais, principalmente as escolas, se mostram inadequadas às demandas e interesses dos jovens que já não possuem garantia quanto à saída da escola para o mundo do trabalho.

Calligaris²⁶ e Rocha et al.²² discutem o lugar que adolescência ocupa em nossa sociedade com um certo ideal. Para o primeiro, o ideal da independência/autonomia/liberdade seria o foco da escola moderna ao incentivar que os jovens deverão se tornar independentes e autônomos para serem considerados adultos.

Rocha et al.²² falam que a adolescência é o próprio ideal cultural contemporâneo. O que é próprio da subcultura juvenil, destacando o ideal de liberdade, deixa de ser compreendido como uma fase de transição e amadurecimento para tornar-se bem de consumo e estilo de vida e mesmo os adultos passam a desejar serem reconhecidos como adolescentes. Nasser et al.¹⁸ destacam que essa idealização da adolescência como uma fase feliz, pode contribuir para a minimização ou negação das questões em saúde mental de adolescentes.

Pais e filhos estão “juntos na desorientação e na multiplicidade de experiências que caracterizam nossa vida contemporânea”^{22:624}. A adolescência seria uma resposta ao mal-estar desse processo de crise de identidade a qual estamos submetidos:

a adolescência enquanto ideal se apresenta como uma resposta ao mal-estar na cultura ao se tornar o representante do ideal de liberdade encarnado na mobilidade, na transitoriedade, na fluidez das identidades e na valorização narcísica do corpo e das relações enquanto requisitos exigidos pela nossa vida contemporânea.^{22:629}

1.3 ADOLESCER NO BRASIL: CENÁRIO ATUAL

Para o ECA²⁹, a adolescência está compreendida entre os 12 e 18 anos, classificação que pode ser aplicada entre os 18 e 21 anos em casos excepcionais. Para a Organização Mundial da Saúde³⁰ a adolescência estaria subdividida em fase inicial (dos 10 aos 14 anos) e fase final (dos 15 aos 19 anos), essa mesma faixa etária corresponderia ao conceito de jovens adolescentes, sendo que dos 19 aos 24 teríamos os jovens adultos – o termo Juventude então compreenderia essas duas faixas etárias. O Ministério da Saúde utiliza dessa compreensão e indica que a

adolescência é a fase do ciclo vital de 10 a 19 visando atender às especificidades quanto ao crescimento, desenvolvimento e início da puberdade³¹.

A Linha de Cuidado para a Saúde na Adolescência e Juventude para o Sistema Único de Saúde no Estado de São Paulo¹⁸, aponta que o levantamento realizado em diversas unidades de saúde do estado de São Paulo, por meio de questionários e grupos focais, mostrou não haver um consenso quanto a idade de início e fim da adolescência, observando uma variação importante.

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, IBGE³², a população jovem corresponde a 24,7% da população brasileira, sendo a região sudeste com índice abaixo da média nacional, 22,6%. Em 2021 dentro dessa faixa etária, encontrou-se 25,8% de jovens que não estavam estudando ou ocupados com trabalho simultaneamente, sendo uma medida que indica a vulnerabilidade juvenil.

Já no estado de São Paulo a população adolescente e jovem corresponde a 30% da população do estado, os municípios com maior taxa de adolescentes chegam a 47% em regiões metropolitanas ou nas bordas dos centros regionais. Outros dados a respeito dessa faixa etária se mostram relevantes para o planejamento de políticas públicas em saúde, destacando: trabalho, educação, violência doméstica, saúde reprodutiva, entre outros. De acordo com os dados do IBGE de 2017, São Paulo é o estado brasileiro com maior proporção de adolescentes acima de 16 anos que dedicam 6 horas ou mais ao trabalho¹⁸.

É impossível falar em “uma juventude” devido às desigualdades sociais e territoriais e os atravessamentos de raça, gênero e classe social, mas sim em “juventudes”. Nasser et al.¹⁸ reconhecem que há iniquidades sociais que impedem que os adolescentes acessem à direitos básicos e que a pressão para que alcancem certo padrão de sucesso pode ser bastante cruel.

Trabalhos como o de Onocko Campos^{33:1902} buscam refletir – através das contribuições da clínica winnicottiana para as políticas públicas, a complexidade social e subjetiva que a juventude brasileira tem enfrentado num contexto de violência naturalizada: “o mesmo tempo que esses jovens se tornam vítimas de uma sociabilidade atravancada, na mídia e no senso comum, eles são considerados responsáveis pela violência e pela criminalidade”.

Além disso, vivenciamos entre 2020-2022 o acirramento do contexto de desigualdades sociais devido a pandemia de Covid-19. Tal situação imputou diversos impactos para a população infanto-juvenil, aumentando a vulnerabilidade de crianças

e adolescentes já vulneráveis como: crianças e adolescentes negros, quilombolas, residentes das periferias vivendo em situação de pobreza com insegurança alimentar e que, não raro, dependiam da alimentação em ambiente escolar.

Segundo o Estudo do Imperial College entre março de 2020 e outubro de 2021, mais de 5 milhões de crianças e adolescentes no mundo perderam algum cuidador primário, já no Brasil, 2,4 a cada mil crianças e adolescentes passaram por essa experiência³⁴. Cifali et al.³⁴ ao realizarem dossiê sobre o gerenciamento do estado brasileiro e os impactos da pandemia, apontam outros desafios para estes sujeitos que adoleceram na pandemia:

a ausência de uma ampla estratégia de vacinação e de coordenação nacional para enfrentar a pandemia acabou por prejudicar o retorno às aulas presenciais e se tornou elemento central para explicar o agravamento da fome e da violência contra crianças e adolescentes no período. Somam-se a isso os desafios do ensino remoto, especialmente na educação infantil, e a importância da socialização para essa etapa peculiar de desenvolvimento.^{34:8}

O aparecimento de problemas em saúde mental ou agravamento de problemas preexistentes podem ser associados ao estresse experimentado por crianças e adolescentes durante a pandemia, resultante de diversos fatores, incluindo desinformação, perda de entes queridos, exposição à da violência, pobreza e fome, desorganização das atividades pedagógicas e familiares, restrição dos encontros presenciais, e suspensão das atividades esportivas coletivas³⁴.

A pesquisa Juventudes e a Pandemia do Coronavírus em maio de 2021³⁵, já indicava que adolescentes entre 15 e 17 anos relatavam ansiedade, uso exagerado de redes sociais, cansaço constante, brigas frequentes dentro de casa, automutilação e/ou pensamentos suicidas.

Assim, além dos marcadores importantes dessa faixa etária, não podemos deixar de considerar no atual processo de adolecer que os adolescentes brasileiros vêm lidando com um contexto social, subjetivo e sanitário complexo. As ações em saúde devem estar atentas a todas essas questões para a realização de diagnósticos territoriais com intuito de aplicar o princípio da equidade: oferecer cuidado prioritário aos grupos de adolescentes que mais apresentem demandas em saúde no seu sentido mais amplo¹⁸.

1.4 CUIDADO EM SAÚDE MENTAL DOS ADOLESCENTES NO SUS: ATUAIS DESAFIOS

Compreende-se que a saúde mental trata de um fenômeno social que está para além da ausência de doenças, conforme nos indicam Amstalden et al.¹⁴. Ao pensarmos saúde mental como fenômeno social, se faz necessária a discussão sobre determinantes sociais da saúde³⁶ na infância e adolescência, tais como: educação, lazer, habitação, cultura, gênero, classe social e raça, etc.

Reis et al.¹⁰ destacam que crianças e adolescentes são sujeitos vulneráveis por estarem em desenvolvimento e dependentes em relação ao contexto em que vivem e, por isso, diante de problemas relacionados à saúde mental podem e devem ter acesso à intervenção de forma precoce e resolutiva.

Diversos autores^{3,14,15} apontam que a plena implementação da Política de Saúde Mental Infanto-Juvenil ainda é um desafio no Brasil. Há insuficiência de especialistas e baixa qualificação profissional na rede somados a segmentação dos setores da infância e adolescência, baixa integração entre os serviços com o território, barreiras de acesso das famílias aos serviços, necessidade de superação da cultura de institucionalização de crianças e adolescentes, situações que demandam melhores respostas do SUS – autismo e o crescente consumo de álcool e outras drogas por crianças e adolescentes.

Assim, quando abordamos a política de SMIJ diante do cenário brasileiro exposto, tais reflexões se mostram necessárias. Nasser et al.¹⁸ elencam que para um efetivo cuidado em saúde mental de adolescentes, o acolhimento com integralidade é a principal condição, sendo necessários serviços receptivos que levem em conta as necessidades em saúde de forma biopsicossocial e as barreiras de acesso dessa população e que organizem o processo de trabalho para tal, facilitem o fluxo entre os níveis de atenção, além disso que se comprometam com a articulação de rede.

A Rede de Atenção à Saúde (RAS) diz respeito a um arranjo organizacional que leva em conta um conjunto de unidades de saúde de diferentes densidades tecnológicas integrados em um sistema, indicando pontos de atenção à saúde da população. Por outro lado, uma Linha de Cuidado refere-se ao processo de trabalho e o envolvimento dos trabalhadores na utilização desta rede para realizar a produção de cuidado singularizado visando a integralidade¹⁸.

Interrogamos aqui também a noção de cuidado, tendo em vista as diversas perspectivas possíveis: ofertas institucionais, práticas profissionais, compreensão de familiares e também do próprio usuário. Para Ayres³⁷, uma relação de cuidado na atenção à saúde pode acontecer a partir de um encontro terapêutico em que haja uma busca por aliar o aspecto técnico ao interesse na experiência de adoecimento do sujeito e das populações. É o “projeto de felicidade”^{37:21}, ou seja, aquilo que as pessoas entendem e querem por saúde, que deveria orientar a relação entre usuários e profissionais através do acolhimento, compromisso e o compartilhamento de responsabilidades para esse autor.

Ainda, no levantamento realizado nos serviços ambulatoriais do SUS do Estado de São Paulo encontrou que os motivos que levaram adolescentes a procurarem os serviços de saúde relacionavam-se à saúde sexual e reprodutiva, atendimento odontológico, às queixas escolares, ao trabalho e à renda, e ao uso de álcool. A maior parte das necessidades dos adolescentes pode ser cuidada na Atenção Primária à Saúde (APS) através de ações coletivas ou individuais de promoção da saúde, prevenção de doenças, assistência curativa e reabilitação, tanto individuais como coletivas, dentro da unidade ou na comunidade¹⁸. Caso o adolescente procure outra unidade da RAS, principalmente, via rede de urgência/emergência ou de internação, cabe o acolhimento integral e, simultaneamente, o referenciamento para a unidade básica do território devido ao seu papel de ordenadora do cuidado na rede:

Sempre que possível, é importante haver **compartilhamento do cuidado**, tendo em vista o histórico do (a) usuário (a) em cada serviço e a proximidade entre as unidades de saúde e o território. Além disso, nos casos em que adolescentes e jovens entram no sistema de saúde via unidades de urgência/emergência ou de internação, nossa principal recomendação é a seguinte: **no momento da alta, adolescentes, jovens e familiares devem ser orientados a procurar as UBS de seu território.**^{18:103}

A APS é a principal porta de entrada para o SUS, está orientada para o atendimento de territórios específicos e não aos agravos, estes devem ser atendidos também pela atenção secundária e terciária. O processo de trabalho é composto por uma atuação multiprofissional e intersetorial, pautado na aposta de produzir relações de vínculos entre usuários e profissionais, encontros de diálogo, oficinas, grupos e atividades coletivas, trabalho em rede, formais e informais, com outros serviços do território³⁸.

Quando se trata de adolescentes na APS, embora haja a percepção das especificidades da população adolescente, Ayres et al.³⁸ observa propostas ainda insuficientes e dependentes de iniciativas individuais. Há dificuldade em realizar um trabalho compartilhado e não apenas de justapor saberes. Há também falta de comunicação interprofissional com as atividades que acontecem no serviço, além da falta de arranjos de gestão que favoreçam essa integração.

No estudo realizado na APS³⁸, através de entrevistas com profissionais ou nas observações em campo, quanto à integralidade do cuidado de adolescentes, destacou-se que há um predomínio de padrão de atendimento focado na queixa-conduta, sendo que os outros espaços da vida dos jovens – escola, interesses, desejos, são poucos integrados ao atendimento ofertado. Quando a queixa se apresentava sobre outras áreas da vida, inclusive, do sofrimento psíquico, pediatras e clínicos tendiam a realizar encaminhamentos:

Nos casos em que os carecimentos dos adolescentes e jovens se referiam às dificuldades de adaptação escolar, de fonação e letramento, à adequação social, ao sofrimento psíquico, às desordens posturais e às queixas respiratórias, eles foram encaminhados, internamente, aos profissionais do Programa: terapeuta ocupacional, assistente social, psicóloga, além de outros externos a ele - fonoaudióloga e fisioterapeuta.^{38:74}

Silva et al.³⁹ discutem que o modo como adolescentes, familiares e profissionais de saúde interpretam as vulnerabilidades dos adolescentes pode influenciar nas ofertas de cuidado. Nesse estudo foram analisados nove prontuários de meninos com cerca de 13 anos em situação de acolhimento institucional atendidos na Atenção Básica e verificou-se que as demandas identificadas foram tratadas no âmbito individual e as condutas clínicas mais indicadas pautaram em consultas individuais: medicalização e psicoterapia, mesmo com outras ofertas presentes na unidade.

Segundo Silva et al.³⁹, até a década de 80, nas práticas de saúde, a institucionalização e a medicalização eram estratégias para lidar com comportamentos próprios da adolescência justificando-se se tratar de questões patológicas. Nasser et al.¹⁸ apontam que mesmo atualmente, observa-se que profissionais, assim como os responsáveis, esperam por crianças e adolescentes “obedientes”, deixando de considerar a dimensão da autonomia e de que são sujeitos de seus próprios projetos e que isso faz parte de um desenvolvimento saudável.

Ao recuperarmos Saggese et al.²⁸, compreendemos que existe uma dor no processo de adolecer por si só, o que não quer dizer, necessariamente, a necessidade de psicofármacos. Neste período peculiar em que o sujeito se encontra em suspensão, os profissionais de saúde mental poderiam ter um tempo para o diagnóstico sem precipitar em prognósticos e estigmas: “a adolescência, enquanto fenômeno sociocultural, não pode ser tratada como uma patologia. O que não é a mesma coisa que negar a existência de situações de grave sofrimento psíquico na adolescência”^{28:10-11}. Há, então, a necessidade de se colocar ativamente frente ao sofrimento do adolescente.

Paula et al.⁶ realizaram uma revisão dos estudos epidemiológicos brasileiros e referem que os problemas em saúde mental são frequentes entre as crianças/adolescentes brasileiros (entre 12% e 24%) e que há uma continuidade consistente entre problemas de saúde mental na infância, na adolescência e na adultez. Os fatores de risco para a saúde mental desta população apresentam-se de forma bem estabelecida: condições socioeconômicas desfavoráveis, parentalidade, exposição a violências intrafamiliares e urbanas, raça/cor.

Barros et al.⁴⁰, através de publicação de um caderno de textos, demonstram esforços para qualificar o debate sobre o racismo enquanto determinante social de saúde mental no SUS, especificamente, em crianças e adolescentes. Entretanto, apontam que os estudos que estabelecem correlações entre o sofrimento psíquico e a questão racial são escassos mesmo com os indicadores relacionados à mortalidade e morbidade da população negra estarem postos.

Os Caps infanto-juvenis e a articulação de rede intersetorial são tidos como estratégicos dentro da política de SMIJ. Os Capsi compõem a atenção especializada e são voltados, principalmente, para o acompanhamento de casos tidos como graves e persistentes, sendo também considerados ordenadores do cuidado em saúde num determinado território adstrito³. Entretanto alguns desafios devem ser elencados.

Macedo et al.¹² realizaram o levantamento dos serviços instalados nas Regionais de Saúde de cada unidade da Federação. Quanto aos CAPS i, somam-se 210 serviços mais presentes em cidades de médio porte nas regiões sudeste e nordeste. Embora a redução do critério populacional para implantação de CAPS i de 200 mil habitantes para 70 mil habitantes tenha contribuído para o aumento e interiorização desse serviço no país, identificou-se o registro de 232 regiões de saúde (55,37%) que não contam com este serviço. Assim, os autores apontam que há vazios

assistenciais na atenção em saúde mental de forma regionalizada para públicos específicos em determinados territórios, sendo este um dos pontos mais frágeis da RPB.

As implicações disso se refletem ainda num cenário em que há ainda internações de adolescentes em hospitais do tipo asilares, semelhantes ao de um momento pré-Reforma Psiquiátrica, já que o principal motivo encontrado para internação nessas instituições é a agressividade/periculosidade⁴¹. Estes autores apontam a fragilidade dos dispositivos de atenção à crise em saúde mental como a hospitalidade noturna em CAPS III e Hospitais Gerais.

Pereira et al.⁴², através da reconstrução de itinerário terapêuticos de adolescentes em crise, também destacaram o cuidado a crise em saúde mental de crianças e adolescentes como um desafio atual. Tanto no que tange a falta de infraestrutura quanto às barreiras de acesso desses adolescentes aos cuidados necessários pela fragmentação do cuidado em rede - como exemplo o contato com outros serviços por um CAPS i da região metropolitana do Rio de Janeiro ocorria apenas por encaminhamentos escritos, não havia um trabalho no território dos usuários, também não realizavam apoio matricial da atenção básica. As ações intersetoriais também se mostraram ausentes. Além disso, os adolescentes que apresentavam transtornos em saúde mental associados ao uso de álcool e outras drogas eram encaminhados para o CAPS ad. Rodrigues-Morais et al.⁴³ encontraram dados semelhantes a esses ao observarem a articulação intrassetorial entre um CAPS i de Betim com o território e a atenção básica.

A atenção aos adolescentes que fazem uso problemático de álcool e outras drogas e/ou que estão envolvidos no tráfico de drogas constitui outro desafio na política de SMIJ. Estudos demonstram que há motivação das equipes para o desenvolvimento do trabalho, porém há falta de formação e recursos para a implementação. As ofertas institucionais para os adolescentes com essa demanda apresentam especificidades, todavia faltam atividades externas interessantes para além das comumente ofertadas pelo CAPSIJ - ambiência, a realização de grupos e oficinas e atendimentos⁴⁴.

Com relação à regionalização e a tendência à interiorização da assistência em saúde mental para municípios de médio e pequeno portes, destaca-se o aumento de CAPS implantados no país comparado com o último relatório Saúde Mental em Dados⁴⁵.

Há estudos que problematizam que há discrepância no número de Caps i implantados em relação à expansão e distribuição de CAPS para adultos. Além disso, quase a totalidade dos municípios brasileiros possui população inferior a 100.000 habitantes (96%), sendo que 63% dos municípios brasileiros possuem população de até 20.000 habitantes. Ou seja, a maior parte dos municípios brasileiros não possui indicação para implantação de Caps i, sendo necessário discutir as alternativas de cuidado em saúde mental para adolescentes que residem em municípios que não possuem esse serviço⁴⁶.

Nesse sentido, Sanduette et al.⁴⁶ descrevem uma proposta de experiência de reestruturação dos serviços de assistência à Saúde Mental Infanto-Juvenil num município de pequeno porte que possuía um Caps do tipo I, Ambulatório de Saúde Mental, e outros, e, no qual, não havia indicação para a implantação de um Caps i. Descrevem a criação do Núcleo de Atenção Psicossocial à Infância e Adolescência composto por três psicólogas. Após, realizou-se a instrumentalização de protagonistas de diferentes setores, especificamente, profissionais da saúde e da educação, a partir da construção de um protocolo de observação a ser preenchido pelos professores para encaminhamento ao serviço de saúde mental. Reuniões com as coordenações pedagógicas foram realizadas e para avaliação dos encaminhamentos em alguns desses alunos, observou-se a necessidade de acompanhamento ambulatorial.

A experiência de reorganização se centrou nas queixas de aprendizagem e/ou comportamentais de baixa e média complexidade, tendo em vista que eram as principais queixas prévias à reestruturação da rede. Os autores apontam que tal situação gerava fila de espera ou a possibilidade de que se esses casos não fossem acompanhados poderiam apresentar agravo ao longo do tempo. Com a intervenção, houve a expansão do acesso e do acolhimento infanto-juvenil no município, melhoria na qualidade da assistência a partir da integralidade e também da intersetorialidade, otimização do trabalho, pois as mesmas profissionais de saúde que antes atendiam apenas de forma ambulatorial passaram a compor ações mais abrangentes e complexas.

Há que se destacar que, diferente da política geral de saúde mental, o princípio da intersetorialidade é tido como uma exigência na organização da rede de cuidados da população infanto-juvenil devendo incluir os diferentes setores que esta população acessa, a saber: assistência social; educação; sistema de garantia de direitos; saúde

nos diferentes níveis, principalmente, a Atenção Primária em Saúde (APS); Conselho Tutelar, dentre outros⁴⁷.

No estudo de Ayres et al.³⁸ foi observado que não houve articulações intersetoriais sistemáticas na Atenção Básica exceto pela iniciativa de utilização de equipamentos de lazer, cultura, atividade física em praça pública da área adstrita da UBS (Unidade Básica de Saúde) e que havia uma barreira, principalmente, no plano das articulações entre saberes, profissionais e serviços.

Paz et al.⁴⁸ também destacaram a fragmentação dos serviços e a desarticulação intersetorial como barreiras de acesso e qualificação da atenção aos familiares e usuários de um CAPSi. Através da reconstrução do Itinerário terapêuticos dos familiares- cuidadores, notaram uma peregrinação por serviços para obter cuidado no sistema formal até chegar ao CAPSi.

Por outro lado, houve a utilização de recursos comunitários para lidar com as dificuldades das crianças e adolescentes. Os familiares-cuidadores apontaram fragilidades em todos os níveis de atenção e valorizaram o cuidado em saúde mental oferecido pelo CAPSi. Referiram que a assistência social, Conselhos Tutelares, a escola, tinham papel fundamental na garantia de acesso e inclusão social, embora, a escola se mostra despreparada para lidar com crianças e adolescentes com questões em saúde mental e inespecíficas quanto às orientações para busca de cuidado especializado, ficando, não raro, à cargo da própria família descobrir a rede de cuidado existente.

No presente estudo, pensar o cuidado em saúde mental de adolescentes considera a RAS composta por serviços diversos, o modo dos trabalhadores produzirem e oferecerem cuidado nesta rede e além disso, os itinerários terapêuticos, também através de uma rede informal, que os adolescentes junto de seus familiares percorreram para acessar o atual cuidado em saúde mental.

2 OBJETIVOS DA PESQUISA

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar os itinerários terapêuticos que adolescentes realizam na busca por cuidado em saúde mental em um município paulista de médio porte

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Compreender os sentidos, valores e concepções sobre processo saúde-doença, tratamento e cuidado para os adolescentes;
2. Investigar quais pontos da rede formal e informal oferecem cuidado em saúde mental aos adolescentes no município;
3. Identificar os aspectos facilitadores e dificultadores de acesso e resolução no cuidado em saúde mental de adolescentes;
4. Contribuir para reflexão e qualificação das políticas públicas e das práticas profissionais em saúde mental voltadas aos adolescentes no município a partir da análise dos itinerários terapêuticos.

3 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa por meio do desenho dos itinerários terapêuticos elaborados a partir do conteúdo de entrevistas abertas em profundidade com cinco adolescentes que estavam em acompanhamento em saúde mental.

3.1 FERRAMENTAS METODOLÓGICAS: ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS E NARRATIVAS DE VIDA

Itinerários Terapêuticos (IT)

Cabral et al.⁴⁹ realizaram uma revisão sobre a pesquisas sobre IT no Brasil em um período de 20 anos até 2008, encontrando 158 artigos, selecionando 11 e apontaram a pouca expressividade na produção nacional. Demétrio et al.⁵⁰ realizaram recente levantamento entre 2008 a 2019 e observaram a produção de 224 estudos, selecionando 50, demonstrando que houve um crescimento de estudos com essa perspectiva no Brasil. Ambos autores apostam na potencialidade desse tipo de estudo para o setor saúde, especialmente, à saúde coletiva. Tendo em vista, que os princípios da integralidade e da resolutividade à atenção em saúde podem ser avaliados a partir da apreensão de discursos e práticas.

A partir dos anos 80, Arthur Kleinman ampliou as possibilidades analíticas nas pesquisas sobre IT ao considerar as diversas concepções médicas e de estratégia de tratamento que constituem o sistema de cuidados com a saúde, que inclui a dimensão da constituição de redes sociais, nas quais os atores se inserem⁵¹.

Alves et al.⁵² consideram, a partir da perspectiva de Kleinman, que há três arenas nos sistemas de cuidado: o profissional, sistema médico tradicional; folk, composto por pessoas que oferecem outros cuidados – curandeiros, rezadores, espiritualistas; o popular, que se trata do campo leigo não especializado – automedicação, amigos, vizinho, assistência mútua. Não raro, é nesta última arena que se constitui tanto as explicações e resoluções de cuidado em saúde.

Analisar a “peregrinação” que os usuários realizam por diversos serviços, através do IT, pode evidenciar as implicações dos sistemas de saúde em seus itinerários, em quais aspectos são resolutivos e quais têm escapado, bem como os efeitos que produzem sobre a experiência de usuários e famílias. Cabe destacar que

a família tem sido o principal de lugar em que se lida com o adoecimento e também se toma as decisões acerca das estratégias de busca de cuidado⁵³.

O objetivo dos estudos sobre IT é analisar os processos de escolha, avaliação e adesão às formas de tratamento por indivíduos ou grupos sociais, partindo do pressuposto os indivíduos encontram maneiras diversas de resolver seus problemas de saúde, nem sempre, imediatamente a partir da ocorrência de certos sinais e sintomas⁵².

Além disso, podem ser tomadas como estudos sobre IT: representação da doença; busca de tratamento; avaliação dos cuidados recebidos; relação paciente-terapeuta; oferta e acessibilidade aos recursos assistenciais adequados. Os IT se tratam de reconstituições, a recomposição dos trajetos que foram estabelecidos pelos atores na busca por cuidado em saúde, as quais são recontados com elementos das condutas passadas e possíveis percalços vivenciados. O cuidado à saúde não se encerra na busca de tratamento, mas, principalmente, no desenvolvimento de arranjos, estratégias e na constituição de relações sociais e com instituições para lidar com a “doença”, envolvendo as escolhas pessoais, interesses, motivações⁵¹.

Bonet⁵⁴ propõe o conceito de itinações na busca de cuidado pela percepção de que os itinerários são fluidos. Embora haja uma estruturação dos serviços de saúde, é durante o percurso que o usuário constrói a própria história de cuidado. Tal perspectiva se afina com Cecílio et al.⁵ ao discutir que os mapas de cuidado dos usuários se dá, também, através do “agir leigo”.

A utilização da ferramenta metodológica Itinerários Terapêuticos pode ser indicada para discutir indicadores de acesso à rede, resolutividade da assistência em saúde e também compreender a percepção sobre a experiência de cuidado, incluindo as redes não convencionais dos sujeitos entrevistados⁵⁵.

O termo experiência pode ser usado em diversos sentidos, mas aqui será utilizado para se referir a ideia de experiência concreta, vivida, diária. Estudos que partem da experiência ou práticas são importantes para elucidar os modos pelos quais os sujeitos se orientam no mundo e nas relações⁵¹.

Alguns estudos em Itinerário Terapêutico e Saúde Mental⁵⁵⁻⁵⁸ compreendem a possibilidade de pesquisador e sujeito (re) construírem o Itinerário Terapêutico levando em conta o momento de identificação dos problemas em saúde mental e as tentativas de solucioná-los através das redes formais (diferentes pontos da rede de

atenção em saúde, educação, assistência social, etc.) e/ou das redes informais (familiares, igreja, terapêuticas populares, dentre outras).

Além de ser uma ferramenta útil para descrever e analisar práticas individuais e socioculturais que possam se configurar como potencialidade ou barreira no acesso aos cuidados na rede socioassistencial na ótica dos próprios usuários, se refere tanto aos procedimentos quanto ao resultado terapêutico. Segundo Bandeira et al.^{56:94}: “Definimos resolutividade não como solução final dos problemas psíquicos, mas como avaliação da tríade: responsabilização/vínculo, integralidade e continuidade do cuidado”.

Para Bellato et al.⁵³ os princípios de integralidade e resolutividade na assistência em saúde podem ser apreendidos através das experiências de adoecimento e de buscas de cuidados em saúde e de como os serviços podem oferecer respostas a isso. Esses autores apontam que os estudos avaliativos em saúde, em grande parte, se centram sob a lógica dos próprios serviços de saúde e das ofertas profissionais que tendem a organizar o cuidado dentro de uma certa linha de produção e têm pouco considerado a experiência de adoecimento e de busca de cuidado em saúde. O IT pode ser utilizado como uma prática avaliativa em saúde ao privilegiar essa experiência a partir da lógica dos usuários e suas famílias.

Dentro das perspectivas dos estudos de saúde a partir dos IT, Bellato et al.⁵³ (2008) destacam que Gerhardt trata da “trajetória biográfica” do indivíduo, levando em conta o tensionamento entre as pessoas e as instituições de cuidado e sua implicação para essa trajetória. Não raro, de modo contraditório e não-linear, contemplando a organização dessas instituições para acessibilidade e oferta aos usuários e também a dimensão da autonomia pessoal para realizar escolhas que vão acontecendo durante o percurso de busca de cuidado.

Este conjunto de percursos mostra a peregrinação do usuário e sua família por diversas instituições, serviços e níveis de atenção, bem como os profissionais de saúde que os atenderam, mapeando-os em diferentes cidades. Permite analisar como esta peregrinação repercute em suas vidas e como certa forma de organizar e regular cuidados em saúde no SUS traz implicações em suas trajetórias, obrigando-os a deslocamentos territoriais que podem ser significativos, a depender da configuração e capacidade local e regional do sistema de saúde. E permite analisar, também, como cada serviço e profissional auxilia (ou não) nesta busca e produz (ou não) vínculo com o usuário e sua família.^{53:181}

Para Silveira et al.⁵⁹ os IT ampliam a visão de uma Trajetória Assistencial no sistema de saúde, pois abarcam a busca de cuidado em outros sistemas de cuidados – religiosos, utilização de homeopatia, etc. Além de captar fatos de vida que interferem nesse percurso que não são habitualmente considerados.

Para analisar as dificuldades para obter tratamento no IT, é necessário compreender o processo de escolha e avaliação do tratamento durante o percurso de busca de tratamento. As concepções que os sujeitos têm, não apenas da doença, mas também dos significados que atribuem aos fenômenos sociais. Mas, principalmente, os tratamentos disponíveis no sistema de cuidado que o sujeito está inserido^{51,60}.

Os IT também podem ser considerados como uma estratégia em pesquisa, quando utilizado na construção de recursos teórico-metodológicos para analisar as trajetórias empreendidas por esses usuários e familiares, bem como os sentidos dados ao adoecimento e cuidado⁶¹.

Os IT como ferramentas avaliativas em saúde, possibilitam analisar os elementos que contribuem para efetivar a integralidade em saúde em contextos locais e regionais. Os estudos através dessa ferramenta vêm demonstrando desafios que merecem ampla discussão sobre a organização do sistema de saúde, as fragilidades, descontinuidades e, não menos importante, avaliar as práticas profissionais no SUS⁵³.

Narrativas de Vida

Moreira et al.⁶² afirma a narrativa como uma estratégia para a reconstituição do itinerário terapêuticos, principalmente, quando estamos falando dos usuários em sofrimento psíquico. Inscreve-se como uma forma de conectar a experiência vivida a uma história social e cultural, tendo em vista, o exercício de lembrar os acontecimentos, as sequências, oferecer explicações e relações. Toma como foco a voz do usuário, tal como é narrada:

importa a forma como ele fala de si e de sua condição de doente; como nos aborda com suas histórias de sofrimento e passa a narrar sua vida, envolvendo seu adoecimento, os enfrentamentos e seu desejo de recuperação. Caminhar em busca de um resgate subjetivo do usuário significa retomar aquilo que normalmente é menos valorizado, buscando o *como*, as formas usadas para descrever e avaliar o próprio adoecimento.^{62:225}

Quanto à construção de narrativas, utilizamos a perspectiva de Onocko Campos⁷. No material coletado busca-se assim, naquilo que foi vivido e compartilhado com a pesquisadora, as respostas aos questionamentos da pesquisa, sem se fixar, entretanto, no sequenciamento dos eventos ou nas formas lexicais: “compartilhamos com nossos sujeitos de pesquisa a vinda ao mundo de um texto. Valorizando mais a possibilidade de dizer, de tomar a palavra, do que uma suspeita sobre o dito”^{7:1276}.

As pesquisas qualitativas no campo da Saúde Coletiva não buscam apenas compreender, mas também propor alternativas. Nesse sentido, a organização do material coletado e o exercício interpretativo se referem a um processo de organização do material numa atividade construtiva. Essa organização leva em conta o agrupamento por temas, ou seja, os consensos, mas também as dissensões, fazendo marcar por quem fala⁶³.

A codificação do material por meio dos núcleos argumentais contribui para essa forma ético-política de fazer pesquisa em saúde mental. Nesse sentido, a abordagem que mais se aproxima desta maneira de analisar os dados e pensar sobre a narrativa é a perspectiva da hermenêutica crítica de Paul Ricoeur, pois compreende que tudo que ocorre ao longo do tempo pode ser narrado e a interpretação visa apresentar o ser-no-mundo manifestado na frente do texto⁶³.

Um núcleo argumental trata-se de um conjunto de frases que visa responder às questões colocadas pela pesquisa. É o que conduz a construção das narrativas a partir do que dizem os sujeitos a respeito de suas experiências e vivências, mas também quais explicações são atribuídas a essas questões e suas possíveis divergências^{7,64}.

A construção dos núcleos argumentais parte do que diz o sujeito, por isso, mantivemos a primeira pessoa do plural tentando fazer emergir as principais explicações e seus encadeamentos lógicos na relação ao nosso roteiro⁶³.

A experiência de adoecimento tem um contexto espacial e temporal próprio da narrativa do usuário e não se trata de organizar os momentos desta vivência em uma “linha cronológica”. Mas, localizar a manifestação inicial da experiência; agravamentos, agudizações e melhoras; mapear as instituições, serviços e profissionais acessados seja por conta própria ou por encaminhamentos; deslocamentos territoriais e as respostas recebidas nesses acessos. Além de como as redes de cuidado e apoio contribuem para a resolutividade de seus problemas⁵³.

Realizamos uma busca de estudos em caráter exploratório, a partir dos descritores: adolescentes, saúde mental, itinerário terapêutico. Observou-se escassez nos estudos com esse recorte, sendo encontradas algumas pesquisas^{4,15,42,48,65} que tiveram como estratégia metodológica a reconstrução de itinerários terapêuticos de adolescentes acompanhados por CAPSi, analisam esse percurso e discutem o impacto no cuidado dessa população quando ocorrem ações em saúde fragmentadas.

De tal modo, esta investigação da perspectiva dos adolescentes usuários e seus itinerários terapêuticos em saúde mental no município, aspira contribuir para o planejamento, gestão, integração e construção de políticas públicas mais afinadas com as necessidades dessa população por meio de entrevistas em profundidade.

A entrevista em profundidade é um instrumento que não utiliza questionário, mas propõe questões norteadoras que permitem que os sujeitos participantes nos contem o modo como buscam, gerenciam e produzem o cuidado buscando suas próprias soluções diante dos problemas de saúde⁶¹. No Apêndice I apresentamos o roteiro com questões norteadoras que utilizamos para a realização da coleta de dados.

Conduzimos as perguntas de modo a permitir que os adolescentes entrevistados pudessem falar de outros temas relacionados ao tema geral proposto, buscando compreender os IT através das histórias de cada um deles e não de respostas isoladas ao que estávamos questionando⁶².

3.2 CARACTERIZAÇÃO DO CAMPO

A pesquisa ocorreu numa cidade de médio porte localizada no interior de São Paulo com cerca de 122 mil habitantes, segundo estimativa do último censo¹.

No que se refere a APS, o município contava com 06 UBS tradicionais e 13 unidades de Estratégia Saúde da Família (ESF), às quais estavam vinculadas 19 equipes. As unidades tradicionais são geridas de forma direta pela administração pública, enquanto que as unidades de ESF são geridas através de Organização Social (OS). A partir de meados de 2021 deixou de contar com equipe do Núcleo de Saúde da Família (NASF), também contratados e geridos via OS.

A RAPS do município conta com alguns serviços de saúde mental (SM): 1 CAPS do tipo II, 1 CAPS AD II, 1 Ambulatório Geral (AG) com atendimento em saúde mental e outras especialidades, 1 Centro de Atenção à Crianças (CAC) de 0 a 11

anos. Não possui serviços de saúde mental específicos para adolescentes, como os CAPSJI, embora pela legislação vigente possua critério para tê-lo.

A rede de urgência e emergência conta com Unidade de Pronto Atendimento (UPA), há atendimento de resgate/ambulância realizado por bombeiros quanto às urgências clínicas ou de SM (não possui SAMU). A assistência hospitalar é realizada por um hospital filantrópico, no qual o município possui contrato para atendimentos e leitos SUS e também realiza atendimentos em urgência/emergência em SM. Não possui leito em saúde mental em hospital ou em CAPS.

Os CAPS do tipo II e CAPS AD II além das consultas individuais, também realizam atividades coletivas e realizam o matriciamento em saúde mental das unidades de ESF. Embora os CAPS não possuíssem atividades específicas para adolescentes no momento da coleta de dados, sabe-se que há acolhimento aos adolescentes que estejam em sofrimento grave em saúde mental.

Cabe destacar que o Ambulatório Geral (AG) localiza na região central do município e oferta atendimento em diversas especialidades, incluindo, à Saúde Mental para casos tidos como moderados. Realiza atendimento individuais com médicos psiquiatras e psicólogos e também é referência de Atenção Básica para este território contando com consultas individuais de médicos generalistas. É considerado como referência para atendimento em saúde mental dos adolescentes, principalmente, àqueles que tiveram alta do Centro de Atenção à Criança devido à idade e precisam prosseguir com algum acompanhamento em saúde ou saúde mental.

A rede intersetorial de crianças e adolescentes da cidade contava no momento da pesquisa com a rede escolar composta por escolas municipais e estaduais. Para as primeiras, há uma equipe multidisciplinar (psicólogas, psicopedagoga, assistente sociais, dentre outros) vinculada à secretaria municipal de educação do município com intuito de oferecer apoio e suporte técnico para os diferentes segmentos das unidades escolares. A partir do ensino médio, os alunos passam a integrar a rede escolar estadual que também conta com profissionais para o apoio psicopedagógico, incluindo, psicólogas, porém, não permanecem no município e na unidade escolar.

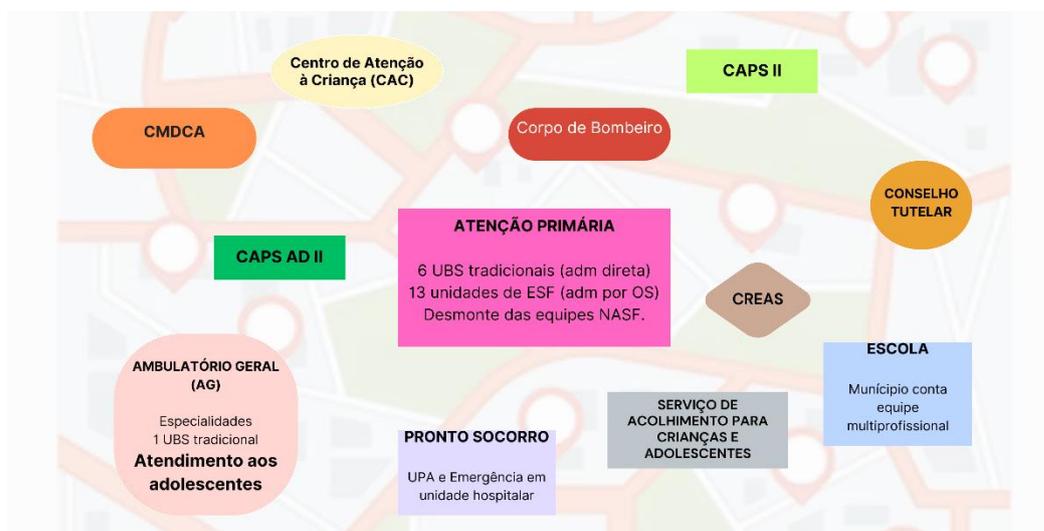
Há 1 equipe de CREAS e 1 equipe de Conselho Tutelar. Até meados de 2022 havia uma unidade de acolhimento institucional para adolescentes e outra para crianças, entretanto, com o fechamento daquela, a unidade de acolhimento de crianças também passou a receber adolescentes. As unidades citadas da rede socioassistencial, o CAPS AD e o Setor Técnico Psicossocial do Tribunal de Justiça

do Estado recentemente passaram a realizar reuniões bimestrais de discussões de caso de crianças e adolescentes em acolhimento institucional.

Além disso, a rede socioassistencial também conta com um Conselho Municipal da Criança e Adolescente (CMDCA) que mantinha reuniões mensais com setores envolvidos com a política pública de crianças e adolescentes. Até o final de 2022, este órgão referia possuir vagas em instituições do tipo “Clínicas Terapêuticas” para internações em saúde mental - 50 vagas de internação para adolescentes que faziam uso abusivo de drogas e 30 vagas para quadros em saúde mental sem comorbidades. Essas vagas eram subsidiadas pela secretaria de Assistência Social.

Há notícias de contraturno escolar via instituições filantrópicas bem como iniciativa para inserção dos adolescentes no programa de Jovem Aprendiz, embora o fluxo entre essas e as instituições públicas se mostravam pouco claras ao momento da pesquisa.

Figura 1 - Mapa da rede formal em saúde e intersectorial para adolescentes.



Fonte: Elaboração própria.

3.3 COLETA DE DADOS: PERCURSO DA ENTRADA EM CAMPO E DELINEAMENTO

Para a realização deste estudo, optou-se por realizar contato com o Comitê Gestor de Pesquisa (CGP) em setembro de 2022. A pesquisadora apresentou a proposta do estudo, buscou identificar os possíveis pontos da RAPS em que

poderíamos encontrar adolescentes que estavam realizando ou realizaram acompanhamento em saúde mental no município.

Nesta reunião alguns caminhos foram sugeridos, apresentamos a seguir o percurso por essas indicações e os dados que foram encontrados pela pesquisadora na Secretaria de Saúde do município.

Os integrantes do CGP trouxeram a dificuldade de não conhecer a demanda de atenção à saúde mental juvenil do município pelo fato dos dados não estarem sistematizados e pela disposição da rede. Indicaram a possibilidade de entrevistar adolescentes que tivessem sido encaminhados para internação ou aqueles que tivessem sido atendidos em pronto atendimento. A Pesquisa de Implementação também observou dificuldade já na fase de pré-implementação com a sistematização dos dados, pela deficiência dos sistemas de informação do município, não sendo algo específico da população juvenil que faz parte deste estudo⁶⁶.

Assim, solicitamos o levantamento de dados via sistema da Secretaria de Saúde quanto aos atendimentos de adolescentes de forma eletiva e em pronto atendimento (UPA; Emergência do Hospital do município) no município de 01/01/2022 a 30/09/2022 de acordo com alguns CID's (Código Internacional de Doenças) sugeridos pela pesquisadora:

Tabela 1 - Estatística por CID.

Estatística por: CID					
DESCRIÇÃO	INTER.	SAI.INT.	SAI.AMB.	AT.AMB	PACDIA
F411 - ANSIEDADE GENERALIZADA	0	0	121	122	0
F321 - EPISODIO DEPRESSIVO MODERADO	0	0	2	2	0
F100 - INTOXICACAO AGUDA- POR ALCOOL	0	0	10	10	0
F160 - INTOXICACAO AGUDA-POR ALUCINOGENOS	0	0	1	1	0
F190 - INTOXICACAO AGUDA-POR MULTIPLAS DROGAS	0	0	1	1	0
F130 - INTOXICACAO AGUDA-POR SEDATIVOS	0	0	2	2	0
F318 - OUTROS TRANSTORNOS AFETIVOS BIPOLARES	1	1	0	0	1
F418 - OUTROS TRANSTORNOS ANSIOSOS ESPECIFICADOS	0	0	1	1	0
F143 - SINDROME DE ABSTINENCIA-POR COCAINA	0	0	1	1	0
F102 - SINDROME DE DEPENDENCIA- P/ALCOOL	0	0	1	1	0
F419 - TRANSTORNO ANSIOSO NE	0	0	4	4	0
F410 - TRANSTORNO DE PANICO	0	0	4	4	0
F409 - TRANSTORNO FOBICO-ANSIOSO NE	0	0	2	2	0
F199 - TRANSTORNO MENTAL OU COMPORTAMENTAL NE-POR MULTIPLAS	0	0	0	1	0
F412 - TRANSTORNO MISTO ANSIOSO E DEPRESSIVO	0	0	11	12	0
F239 - TRANSTORNO PSICOTICO AGUDO E TRANSITORIO NE	0	0	0	1	0
F155 - TRANSTORNO PSICOTICO-POR OUTROS ESTIMULANTES	0	0	1	1	0
TOTAL GERAL.....:	1	1	162	166	1

Estatística por: CID					
DESCRIÇÃO	INTER.	SAI.INT.	SAI.AMB.	AT.AMB	PACDIA
X640 - AUTO INTOXICACAO POR OUTRAS DROGAS NE RESIDENCIA	0	0	2	2	0
X655 - AUTO INTOXICACAO VOLUNTARIA POR ALCOOL AREAS DE COME	0	0	1	1	0
X700 - LESAO AUTO PROVOCADA ENFORCAMENTO SUFOCACAO RESIDENC	0	0	1	1	0
X840 - LESAO AUTO PROVOCADA POR OUTROS MEIOS NE RESIDENCIA	0	0	1	1	0
TOTAL GERAL.....:	0	0	5	5	0

Fonte: Tabela fornecida pela Secretária de Saúde do município.

Observamos apenas um registro de internação de adolescente pela Secretaria de Saúde, sendo encontrados ao total 173 atendimentos em saúde mental no período descrito. O principal motivo que levou adolescentes a serem atendidos na Urgência do município foi devido a quadros relacionados com ansiedade: ansiedade generalizada (122); transtorno misto ansioso (11); Transtorno ansioso (4); Transtorno de Pânico (4), além disso também os quadros de intoxicação por álcool (11).

A discussão realizada com o CGP destacou que a Coordenação de Saúde Mental vinha realizando pela primeira vez um levantamento quanto à demanda relacionada aos adolescentes no ambulatório do município. Sabia-se que, devido a não existência de um serviço específico para adolescentes, a orientação da Secretaria de Saúde era de que tanto os adolescentes com demandas em saúde mental e as crianças acompanhadas pelo Centro de Atenção à Criança (CAC) com demanda em saúde mental, a partir dos 12 anos deveriam ser encaminhados para o Ambulatório Geral (AG)

A Coordenação de Saúde Mental do município realizou o levantamento dos adolescentes atendidos no Ambulatório, depois realizou a abertura desses prontuários visando mapear quais demandas em saúde mental vinham sendo acompanhadas por

estes profissionais. A coleta desses dados ocorreu em Junho/Julho de 2022. A seguir sistematizamos os dados levantados pela Secretaria de Saúde:

Tabela 2 - Adolescentes (entre 12 e 21 anos) atendidos no Ambulatório pelo menos 1 vez.

	Quantidade de adolescentes
Atendidos apenas por Psiquiatra	122
Atendidos apenas por Psicóloga	40
Sexo feminino	84
Sexo masculino	78
Idade (entre 12 e 14)	34
Idade (entre 15 e 17)	86
Idade (entre 18 e 21)	42
Total	162 adolescentes atendidos

Fonte: Elaboração própria.

Tabela 3 - Principais diagnósticos de acordo com as informações médicas em prontuário atribuídos aos adolescentes (entre 12 e 21 anos) atendidos no Ambulatório.

Principais diagnósticos (CID)	Quantidade
Reações ao “stress” grave e transtornos de adaptação (F43)	39
Transtornos hipercinéticos - Distúrbios da atividade e da atenção (F90)	32
Transtornos mistos de conduta e das emoções (F92)	27
Outros transtornos ansiosos (F41)	22
Tentativa de suicídio (X60-X84)	19
Lesão autoprovocada intencionalmente por objeto cortante ou penetrante (X78)	17
Retardo Mental Leve (F70)	15
Episódios depressivos (F32)	14
Transtornos globais do desenvolvimento (F84)	14
Distúrbio de condutas (F91)	14
Transtornos específicos da personalidade (F60)	13
Transtornos dissociativos (F44)	11
Outros (diagnóstico atribuído apenas para um adolescente)	8
Retardo Mental Moderado (F71)	7
Abuso sexual (T742)	6
Transtorno obsessivo-compulsivo (F42)	5
Transtornos específicos do desenvolvimento das habilidades escolares (F81)	5
Esquizofrenia (F20)	4
Transtornos de alimentação (F50)	3
Transtorno afetivo bipolar (F31)	2
Transtornos Fóbicos-Ansiosos (F40)	2
Total de registros em prontuário	126

Fonte: Elaboração própria.

Com os dados acima podemos apontar que os adolescentes atendidos no Ambulatório Geral eram atendidos apenas em consultas individuais com psicólogos e médicos psiquiatras, sendo que 122 eram atendidos apenas pelo psiquiatra, enquanto que 30 atendidos por psicólogos, não foi possível identificar quantos adolescentes eram atendidos por ambos profissionais. Quanto aos diagnósticos mais encontrados nos prontuários estavam: Reações ao “stress” grave e transtornos de adaptação (39); Distúrbios da atividade e da atenção (32); Transtornos mistos de conduta e emoções (27); Outros transtornos ansiosos (22). Chama atenção o dado quanto a tentativa de suicídio (19) e autolesão (17) e a ausência de quadros relacionados ao abuso de drogas.

Dessa forma, novamente em diálogo com o CGP, optamos por realizar entrevista com cinco adolescentes entre 14 a 17 anos que estavam realizando acompanhamento em saúde mental no AG do município.

Havia um período durante a semana destinado a atender apenas adolescentes pelo psiquiatra e também por uma das psicólogas no AG. Informamos aos profissionais a proposta do estudo e da possibilidade de que eles indicassem adolescentes. Também levantamos a lista de adolescentes que foram atendidos recentemente e realizamos contato telefônico com os responsáveis para convidar os adolescentes para pesquisa.

A pesquisadora esteve por 3 semanas neste período em campo buscando convidar ou receber as indicações dos profissionais e também em outros horários combinados por telefone com os responsáveis. Dos 44 adolescentes encontrados seja em campo ou nas listas de atendimentos, 29 estavam elegíveis para o critério de recorte do estudo. Destes realizamos contato com 23 adolescentes, 8 foram agendados por telefone; 3 indicados pelos profissionais do AG; 2 aguardavam a consulta. 13 adolescentes aceitaram participar da pesquisa, apenas 6 foram realizadas e uma dessas entrevistas, teve de ser descartada pelo adolescente apresentar dificuldade moderada de verbalização. Dos outros 10, 6 responsáveis legais recusaram participar da pesquisa e os outros 4 não conseguimos proceder no contato telefônico.

A coleta dos dados aconteceu no próprio AG através de entrevistas abertas e em profundidade no período de Novembro de 2022 a Fevereiro de 2023. Após o contato com adolescentes e seus cuidadores (responsáveis legais) e assinatura do

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE), os cuidadores deixaram a sala e a entrevista em profundidade ocorreu apenas com o adolescente visando identificar o que motivou a procura por cuidado em saúde mental, o percurso e como este se encontrava no momento da coleta de dados, explorando suas percepções e proposições a respeito do cuidado em saúde mental. As entrevistas foram audiogravadas e transcritas na íntegra.

Para análise das entrevistas, utilizamos a abordagem hermenêutica crítica de Paul Ricoeur através da perspectiva de construção de narrativas de Onocko Campos⁷.

A reconstrução dos IT e a construção das narrativas de cada adolescente, ocorreu após a leitura pela pesquisadora do material transcrito retomando as perguntas realizadas no Roteiro Norteador de Entrevista em Profundidade, fazendo emergir os núcleos argumentativos que responderam a essas questões. Construímos uma tabela e a cada questão do roteiro norteador, compilamos as respostas dos adolescentes que estavam relacionadas a ela, de acordo com o exemplo abaixo.

Lembrando o roteiro das entrevistas	Núcleos Argumentais
1) Como você percebe o que é estar bem e o que é não estar bem?	Respostas: Maria: Tayla: Lúcio: George Heitor:

Por se tratar de perguntas abertas, temas que surgiram em mais de uma entrevista foram categorizados em núcleos argumentais, como por exemplo, Impactos da Pandemia, Outros fatores, Lugar da Medicação.

3.4 SUJEITOS DA PESQUISA

Os participantes desta pesquisa foram cinco adolescentes entre 14 e 17 anos, ou seja, aqueles que se encontram na fase final da adolescência, segundo a OMS³⁰, três participantes se identificaram com o gênero masculino e duas com o gênero feminino, nos resultados apresentaremos a caracterização dos participantes.

Foi utilizado como critério de inclusão os adolescentes que estavam em acompanhamento em saúde mental ou aqueles que tiveram alguma demanda em

saúde mental no período da adolescência, ainda que, no momento da coleta de dados, não estivessem sendo acompanhados pelo setor saúde. Apontamos como critério de exclusão, adolescentes que estivessem em processo de crise aguda em saúde mental ou com comprometimento cognitivo compatível com os quadros de cid. F 70, F 71, F 72.

3.5 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

A Pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Unicamp: CAAE - 00827918.8.0000.5404. Antes de iniciar as entrevistas, os responsáveis legais receberam o TCLE (anexo II).

Após o consentimento destes, convidamos os adolescentes para a leitura e assinatura do TALE (anexo III). Nestes informou-se sobre os objetivos da pesquisa, os procedimentos metodológicos, os possíveis riscos, a garantia de sigilo da identidade dos sujeitos participantes na divulgação dos resultados, assim como a liberdade para deixar o processo a qualquer tempo, sem prejuízos.

Realizou-se a leitura na íntegra destes termos visando sanar todas as dúvidas. Responsáveis legais e adolescentes ficaram com uma cópia de seus respectivos termos. Por se tratar de uma entrevista em profundidade com temas sensíveis, colocamo-nos à disposição dos familiares e dos adolescentes para entrar em contato após a entrevista com pesquisadora caso fosse do desejo dos adolescentes.

4 ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS DE MARIA, TAYLA, LÚCIO, GEORGE E HEITOR

Apresentamos a caracterização dos adolescentes entrevistados quanto ao gênero, raça/cor, idade, ano escolar, com quem morava e quais atividades extraescolares realizava no momento da pesquisa. No início das entrevistas pedimos para que os adolescentes falassem sobre esses quesitos. Entretanto, observamos que dois adolescentes não declararam o quesito raça/cor e avaliamos a necessidade de retornar à campo para preencher, especificamente, este quesito. Estes adolescentes se autodeclararam “pardos”.

Utilizaremos nomes fictícios para os adolescentes, profissionais, serviços e projetos para preservar as identidades, o quesito raça/cor é auto declarativo.

Quadro 1 - Caracterização dos adolescentes entrevistados.

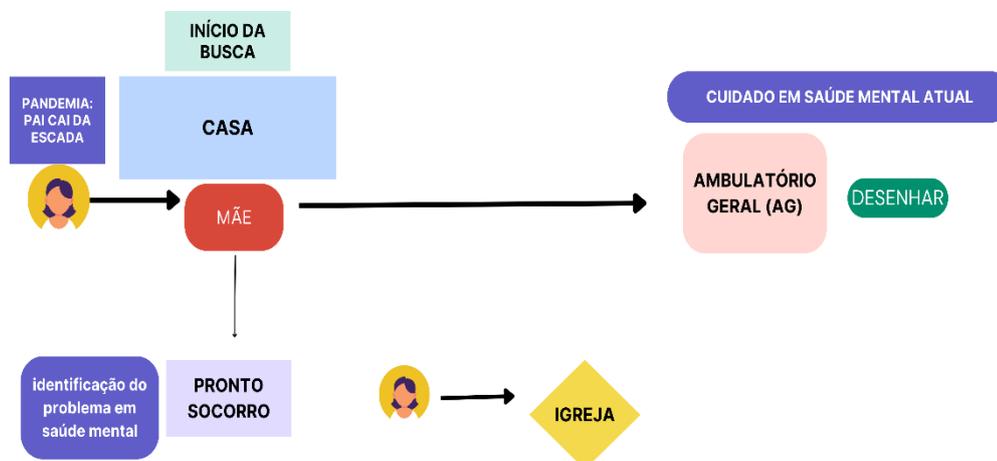
Nomes	Gênero	Idade	Raça/Cor	Escola	Com quem mora	Atividades além da escola
Maria	Fem	16	Branca	2° ano, pública	Mãe e Pai	Curso de Desenho Jogos
Tayla	Fem	16	Parda	2° ano, pública	Mãe, Pai e Avó	Trabalha Academia
Lúcio	Mas	17	Branca	3° ano, pública	Mãe, Padrasto e Cachorro	Pré-vestibular, Curso de Inglês Caminhada
George	Mas	14	Parda	1° ano, pública	Mãe, Pai e Irmão mais velho	Academia
Heitor	Mas	17	Branca	3° ano, pública	Mãe	Jogos

Fonte: Elaboração própria.

A seguir, apresentamos os Itinerários Terapêuticos através dos “mapas de cuidado”⁵ e as respectivas narrativas dos adolescentes ao buscar cuidado em saúde mental no município. Destacaremos o momento em que apareceu o problema em saúde mental e quando/como este foi identificado; o primeiro lugar que os adolescentes e/ou suas famílias procuraram ajuda – serviços ou pessoas e quais outros lugares ou ferramentas foram acessadas por eles antes de chegarem no atual cuidado em saúde mental. Logo em seguida, realizaremos a análise dos núcleos argumentais obtidos através da decodificação das entrevistas.

Maria

Figura 2 - Mapa Maria;



Fonte: Elaboração própria

Maria tem 16 anos, através de contato telefônico com seus pais, a adolescente aceitou participar da pesquisa e agendamos um horário. Mora com os pais, tem uma irmã mais velha que foi morar em outro país. Lembra que chorou bastante quando ela foi em 2016, depois ficou tranquila porque não tinha que dividir o quarto com ninguém e nem irmã para “encher o saco”, embora conte da saudade quando na pandemia a irmã não pôde visitar a família

Observa-se mais quieta desde pequena, era tímida e não falava muito. Antes da pandemia, conversava apenas com quem tinha proximidade. Gosta de jogos virtuais de tiro, de construção, gosta de assistir animes, filmes e séries. Gosta muito de desenhar em papel e também aplicativos. Faz curso de desenho há muitos anos e gostava de desenhar desde pequena e mais recentemente passou a realizá-los também em aplicativo de celular. Mostra-me os desenhos que faz no celular, a personagem de anime que criou. Os desenhos ajudam quando a aula está chata.

Neste ano começou a frequentar o ensino médio e conta do medo que teve de mudar de escola e perder os amigos, mas conta que foi bom conhecer novas pessoas. Diz ter vontade de ser “animadora tipo trabalhar na Disney ou algum lugar, fazendo animação daí e eu tenho vontade de viajar fora pra encontrar uma faculdade, um lugar que trabalhe com isso” (Maria).

Durante a pandemia, não conversava com os amigos por redes sociais, não conseguia ficar com o celular e acompanhar os conteúdos na internet, porque: *“imaginava coisas ruins, passava coisa e eu já next.”* (Maria). Estava com medo de que familiares adoecessem por conta da COVID-19, preocupava-se em não poder ver mais os amigos e, então, depois que o pai caiu da escada conta que passou a sentir “mal e triste” (Maria). Maria não estava conseguindo dormir e nem comer, inclusive, havia parado de desenhar e conversou com a mãe sobre como estava se sentindo, tinha medo quando a mãe não estava com ela. Na época não entendia o que estava acontecendo: *“Não porque eu não sabia muito de ansiedade, sobre... eu sabia da depressão, só que pra mim não era pra eu estar tendo... eu não tinha mínima ideia. Eu estava tão... desesperada, tipo ansiosa que eu nem sabia”* (Maria).

O início da busca do cuidado começou quando sentiu que estava piorando, inclusive, tendo falta de ar e então, a mãe decidiu levá-la ao Pronto Socorro. A adolescente conta que havia uma dúvida se eram sintomas clínicos de COVID-19. É no Pronto Socorro que identificam se tratar de um problema em saúde mental, a adolescente foi avaliada e uma medicação foi prescrita, orientada a voltar para a casa e não permanecer na unidade, pois haveria risco de se contaminar com COVID-19: *“Daí a gente foi lá... Daí a moça explicou que eu estava ansiosa, crise de pânico tudo. Lá tava uma bagunça com a Covid, tipo, eles faziam rápido o atendimento e já falava “Vai pra casa que aqui, senão você vai pegar Covid aqui e tudo”* (Maria). Maria não sabia o que era crise de ansiedade ou de pânico e a mãe explicou o que era e só então, pode entender que era uma questão de saúde mental.

Não houve nenhum encaminhamento ou orientação caso a adolescente não melhorasse dos sintomas apresentados, Maria lembra que a “moça” disse para ela relaxar que tudo ficaria bem, mas que ela não acreditava nisso. A prescrição foi seguida por uma semana, mas não sentia melhora e a mãe, então, procura o AG espontaneamente e agendaram uma consulta com a psicóloga para a semana seguinte, porém, sentiu que demorou muito para chegar “o dia da psicóloga” e então, novamente, a mãe voltou à unidade e anteciparam a data do atendimento. Maria não conta se no mesmo dia foi atendida por algum profissional da saúde da unidade.

No atendimento com a psicóloga pode contar sobre o que estava sentindo e os pensamentos ansiosos, a psicóloga avaliou que ela deveria passar com o médico psiquiatra no mesmo dia: *“Então eu falei, daí ela falou “Nossa! Você está muito ruim,*

daí ela falou: Passar você urgente pro Alfredo [médico psiquiatra], daí eu passei com ele” (Maria).

O atendimento foi um encaixe para o mesmo dia e aguardaram que todos os pacientes do dia fossem atendidos para que o médico psiquiatra pudesse atendê-la. Explicou para o médico o que estava sentindo, chorou: *“Ele falou “Oh, vamos melhorar isso né? Vamos melhorar você antes que da sua irmã chegar aqui no Brasil, antes de você querer ir viajar que nem ela, fazer intercâmbio, essas coisas” Daí eu falei “Bora” Dai, passou os remédios no outro dia já estava ótima” (Maria).* A melhora é explicada pelo fato de que há muitos dias não vinha conseguindo dormir e depois atendimento e da medicação que ele havia indicado, conseguiu dormir e acordar se sentindo melhor.

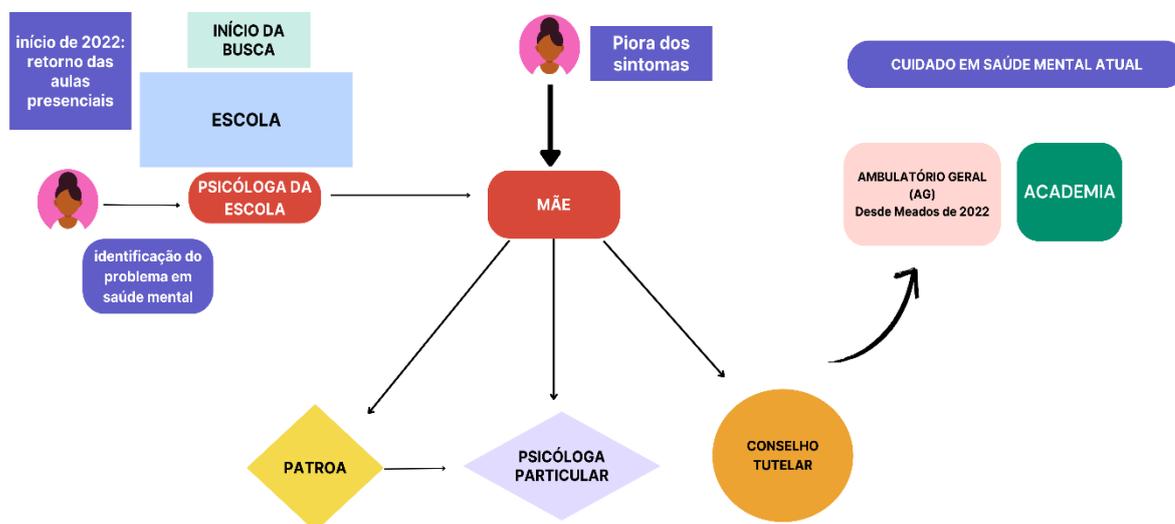
Quando interrogada sobre outros cuidados que poderia ter procurado, Maria disse que devido ao isolamento social permaneceram em casa integralmente, chegaram a participar de “mini cultos” na igreja, eram cultos rápidos, um momento para distrair, porém, não haviam outros adolescentes como ela. Lembra que conversou com o pastor da igreja sobre o que estava acontecendo logo depois de ter ido no Pronto Socorro e o Pastor além de fazer orações, também questionou a respeito dos relacionamentos sociais da adolescente na escola. Antes da pandemia, Maria, que era tímida, tendia a conversar com os colegas e amigos no ambiente escolar, com o isolamento, deixou de manter contato inclusive via redes sociais:

ele orou e perguntou se eu tinha amizade na escola, dai eu falei que sim, só que eu não conversava muito, por whatsapp com eles, tudo... Tipo, eu conversava com eles na escola [...] Só com quem eu tenho mais amizade, só que daí eu não falava muito, daí acabou que eu...não falava com ninguém (Maria)

Desde de Junho de 2020, Maria mantém o acompanhamento em saúde mental no AG com consultas individuais uma vez por mês com médico psiquiatra e psicóloga, mantém o uso de medicação e conseguiu retomar o desenho depois de ter se estabilizado, contou que nunca mais teve crises semelhantes a essa.

Tayla

Figura 3 - Mapa Tayla.



Fonte: Elaboração própria.

Tayla também possui 16 anos e por contato telefônico aceitou participar da pesquisa. Ela conta que mora com a mãe e o padrasto, mas se divide entre a casa da família nuclear e a casa da avó, que estão no mesmo terreno. No momento da entrevista, final de 2022, não estava frequentando a escola devido às questões em saúde mental. Afastou-se do ambiente escolar e mantinha as atividades escolares em casa pelo período da manhã, a tarde ficava com a mãe e com a família, a noite frequentava a academia. Ela estava pensando em começar a trabalhar para ajudar financeiramente em casa:

Eu ando passando por umas complicações de saúde mental, ansiedade, depressão essas coisas e eu meio que desenvolvi um trauma muito grande de estudo e ficar presa dentro de um lugar muito lotado, então eu tô tendo estudo em casa, domiciliar (Tayla)

No início de 2022 as aulas retornaram ao presencial e começou a estudar numa escola que a família toda já havia estudado, diz que era a escola que sonhava em estudar, envolveu-se em projetos dentro da escola como voluntária, era representante de classe, buscava contribuir com a escola, mas aos poucos foi sentindo-se cobrada e pressionada pela escola: “*você errava uma coisa já passavam um verbo em você, era...bem pesadinho até*” (Tayla).

Sentiu como se nessa nova escola, situações de quando eram pequenas tivessem retornado: *“aquele estalinho no trauma de novo”* (Tayla). Ela lembra que desde pequena se cobrava muito, tinha medo de se aproximar de outras crianças para brincar, se sentia mal por não entender algo. Envolvia-se em muitas atividades: *“tudo pra ocupar meu tempo porque eu ocupando meu tempo eu acho que não pensava muito, e era isso que eu gostava, só que depois não deu, que era muito pequena e eu tava me cobrando demais e ai parei”* (Tayla).

Desde o início do ano sentia dificuldade para estar na escola, mas se obrigava a ir também por gostar de aprender, mesmo com amigos próximos perguntando se ela estava bem, tendia a não contar como se percebia. Tayla também pensava que o que estava sentindo poderia passar, já que nos anos anteriores mesmo com as dificuldades, conseguia terminar o ano escolar: *“eu pensei que era uma bobeira e me enganei, eu diria, eu menti para mim mesma, pra achar que eu estava vendo uma bobeira”*. (Tayla). Destaca que o que pode ter agravado a situação foi o retorno para a escola presencial: *“teve que dar um pulo, eu tava no oitavo e pulei pro primeiro então foi uma mudança muito radical”* (Tayla).

Durante a entrevista, Tayla lembra e aos poucos vai reconstruindo o trajeto de busca de cuidado em saúde mental. Havia procurado a psicóloga desta nova escola que não ficava na unidade escolar, fez dois atendimentos online: *“Conversei logo no começo mesmo, no começo eu passei com ela duas vezes. Eu que pedi, eu cheguei e pedi. Eu falei que eu tava precisando muito aí eu tentei me encaixar no horário da psicóloga e passei com ela”* (Tayla). Após o segundo pedido de Tayla para atendimento, a escola avisou a mãe sobre ter identificado uma questão em saúde mental, embora não tenha realizado nenhum encaminhamento ou orientação.

Após alguns meses, passou a ficar muito difícil – começou a ter medo de sair de casa, chorava, não conseguia levantar da cama. Nesse momento insistiu com a mãe para procurar outra ajuda, pois continuava a pedir para ser atendida com a psicóloga da escola e não receberam retorno:

Eu pedia e demorou pra caramba e não fizeram nada, eu cheguei na minha mãe falei: “Vou conversar com ela, vê se ela me entende” porque eu tinha esse medo de chegar e ela não entender e se for bobagem e tudo mais [...] eu falei “mãe, a gente vai ter que ir atrás mesmo sem ela [psicóloga da escola] ter que pedir nem a escola [...]” (Tayla).

A mãe de Tayla ficou preocupada com a filha e iniciou a busca por cuidados em saúde mental por conta própria. Inicialmente conseguiu indicação de uma psicóloga particular através da patroa da avó, pois a psicóloga atendia a filha dela. Pagaram uma consulta ao mesmo tempo em que a mãe procurou o Conselho Tutelar para pedir orientação. O Conselho Tutelar intermediou a busca e através de encaminhamento ao AG conseguiu uma vaga para atendimento em cerca de duas semanas e questionou a conduta da escola de não ter encaminhado o caso para acompanhamento em saúde mental.

No AG passou em consulta com psicóloga e também com um “*terapeuta*” (Tayla) que dissertam para ela passar para verificar se ela ia querer algum remédio. Conta que recusou usar medicação porque achava que era possível não fazer uso e a família também tinha medo de que ela ficasse “*dopada*” (Tayla).

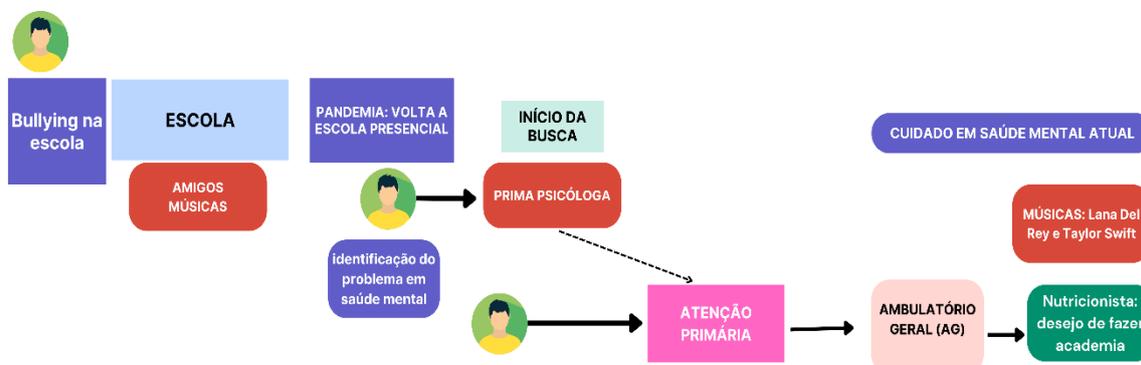
Desde meados de 2022 tem realizado atendimento individuais com a psicóloga a cada 30 dias e percebe que não está melhorando. Além do afastamento da escola, nota que desanimou de atividades que gosta e que identifica como cuidado em saúde mental, por exemplo, a academia:

É que eu dei uma desanimada muito da academia e minha mãe que está dando um apoio pra eu voltar desse jeito, porque estava também, eu estava quase desistindo e fechando tudo e ficando...Desistindo mesmo. Que é uma coisa que eu gosto, muito, muito, muito, muito, me tira todos os pensamentos ruins possíveis (Tayla)

Tayla estava pensando que a medicação poderia ajudá-la e chegou a falar com a psicóloga para conseguir um “*encaixe*” (Tayla) novamente com o médico psiquiatra para solicitar a introdução medicamentosa. Para ela, o problema é não saber porque sente todas essas sensações.

Lúcio

Figura 4 - Mapa Lúcio.



Fonte: Elaboração própria.

Lúcio, possui 17 anos, acabava de sair da primeira consulta com médico psiquiatra no AG e este indicou a pesquisa, Lúcio se interessou em participar. A entrevista foi realizada logo após este atendimento.

Ele conta que gosta muito de ouvir música, “*sou viciado em música*” e de fazer atividades, como caminhada e corrida, mesmo que sozinho. Mora com a mãe e com o padrasto, tem um cachorro também. Acabou de terminar o ensino médio numa escola técnica e aguardava os resultados do Enem e vestibulares que havia realizado. Fala sobre a expectativa de conseguir uma vaga numa universidade pública, mas que sabia que poderia tentar no ano seguinte caso não fosse aprovado neste.

Quando questionado a respeito do motivo que o levou para realizar acompanhamento com profissionais da saúde mental, Lúcio conta a respeito do momento atual, mas aos poucos foi retomando aspectos e situações anteriores na busca por cuidado em saúde mental.

O último ano do ensino médio foi descrito como “*exaustivo*”, já que tinha uma rotina diária de fazer curso de línguas, curso pré-vestibular conciliado com as aulas da escola. Percebia-se, por vezes, acelerado para dar conta de todas as tarefas. Havia pensado, inicialmente, em terminar o ensino médio e trabalhar por um ano e depois tentar faculdade.

Mas decidiu focar no último ano para já treinar vestibulares, para isso teria que correr atrás do “*prejuízo*” da pandemia que além da sensação de solidão e isolamento

também trouxeram questões ao rendimento escolar: *“durante a pandemia a gente ficou tendo aulas online né?! EaD e isso acabou me prejudicando um pouco por causa que não é a mesma coisa de a gente estudar online e a gente estudar na escola”* (Lúcio).

Além disso, o ensino técnico organizava a grade curricular de modo a não oferecer matérias básicas - história, geografia, todos os anos, Lúcio se preocupava em como faria para conseguir atingir seu objetivo de passar numa boa universidade pública.

No começo do ano conseguiu levar todas as atividades que fazia, mas com o passar do tempo sentiu-se exausto sem conseguir dar continuidade: *“com o passar dos meses, e pela parte da exaustão, do burnout, então chegou ali pra Outubro mais ou menos eu já estava com a cabeça exausta por causa tipo três escolas muito cansativo, tipo duas escolas e mais o curso de inglês”* (Lúcio). Refere sempre ter sido *“ansioso”*, porém, *“algo que explodiu agora na adolescência, algo que prejudicou...”* (Lúcio). Tem dificuldade para dormir, principalmente, em situações em que algo está acontecendo como nas provas do Enem, tende a ver o dia amanhecer sem conseguir dormir. Os pensamentos ficam muito acelerados e ele fica muito nervoso, irritado, principalmente, se estiver relacionado com algo importante e percebe que acaba afetando na rotina.

Então, embora já tivesse percebido como se sentia, nunca tinha procurado ajuda e conversando com uma prima que é psicóloga, ela também identificou e motivou que ele procurasse o Clínico Geral visando iniciar um acompanhamento em saúde mental. Ele sente que ela deu de presente *“uma sessão”* para ele, além da indicação de buscar um profissional, conversou sobre *“respiração pragmática”*, rotina do sono e buscar evitar dispositivos eletrônicos (celulares) a noite porque liberaria muita dopamina. Chegou a tentar fazer, mas sentia que o sono continuava muito desregulado.

Lúcio conta que já era acompanhado por unidade Atenção Primária, uma vez por ano fazia o *“check up”* e exames de sangue, sendo sua unidade de referência o AG. Antes havia rotatividade de médicos, mas há cerca de dois anos, Lúcio vinha sendo acompanhado apenas pelo médico clínico José, o que sente que é melhor, por sentir com vínculo e por isso mais tranquilidade para falar sobre si: *“Também, já pega, já está mais familiarizado ali com os profissionais a gente fica mais aberto pra falar, eu gosto”* (Lúcio).

Na consulta com o médico José, Lúcio aproveitou para falar sobre a dificuldade para dormir e a expectativa de iniciar o uso de alguma medicação que ajudasse na ansiedade. A mãe estava o acompanhando e sabia sobre essa situação, mas foi no momento da consulta que os três conversaram e pensaram sobre os encaminhamentos. Nessa consulta recebeu um encaminhamento para agendar atendimento com médico psiquiatra e psicólogo. Após duas semanas foi agendado com o primeiro e no dia seguinte seria atendido por psicóloga.

Sobre essa “*explosão*” de questões em saúde mental na adolescência, Lúcio lembra que desde o início da adolescência, aos 13 anos, sofria *bullying* na escola por conta da sua orientação sexual, o ensino fundamental todo, no ensino médio diminuiu um pouco.

Disse que tudo “*foi muito traumático*”, aos 12 anos sabia que era homossexual e foi difícil aceitar tudo, aos 14 anos começou a gostar de um garoto e neste início do ano resolveu contar para ele: “*É isso, eu acabei que contei pra ele esse ano na verdade, algo que eu guardei assim durante uns três anos aí eu acabei descobrindo que ele não sentia a mesma coisa*” (Lúcio). Além disso, conta que aconteceu algo fora da escola e que ficou muito abalado, durante a entrevista não adentrou sobre isso.

Na época contava muito com o apoio dos amigos e considera que a música também era uma “*grande amiga*” e sempre ajudou a lidar com os diversos sentimentos e situações: “*isso foi algo que me ajudou, que me salvou durante esses anos todos, a música e os meus amigos*” (Lúcio). Acha que todas essas “*coisinhas*” se juntaram e explodiu neste ano.

No atendimento com o médico psiquiatra falou sobre o desejo de iniciar uso de medicação e também de iniciar academia. O médico ofertou duas medicações para ansiedade, sendo que um era ajudar a dormir mais rápido com retorno em 30 dias. Além disso, o médico sugeriu que ele se consultasse com uma nutricionista

Lúcio tem expectativas de que com o tratamento ofertado consiga ficar mais tranquilo e menos ansioso, mas fala na preocupação de se tornar dependente dos medicamentos.

Lover (Taylor Swift)

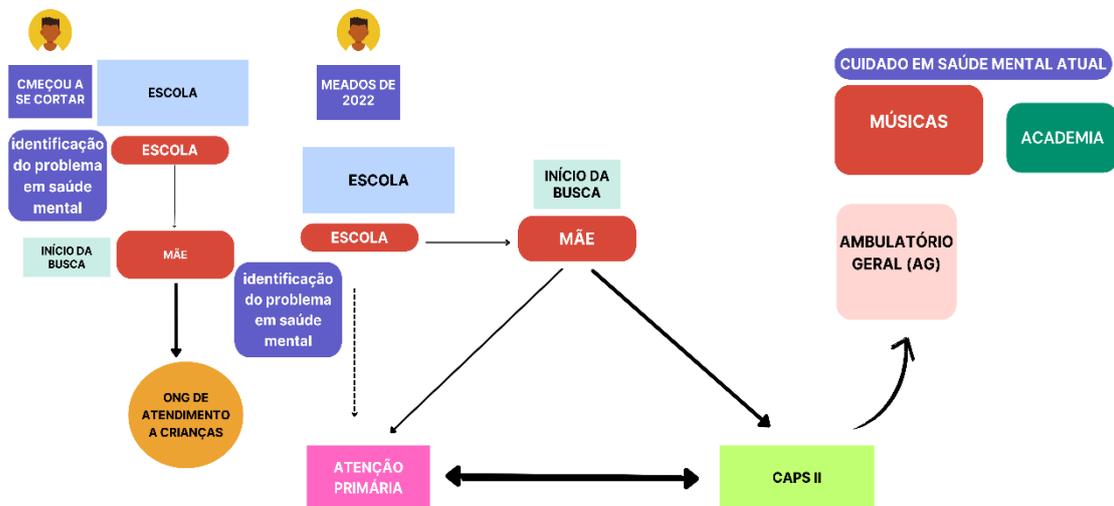
[...]Nós poderíamos deixar nossos amigos dormirem na sala de estar
 Esta é a nossa casa, nós decidimos
 E eu tenho altas suspeitas de que todo mundo que te vê te deseja
 Eu já te amo há três verões, querido, mas eu quero todos eles

Posso ir aonde você vai?
Podemos ser próximos assim para todo o sempre?
E ah, me leve pra sair, e me leve pra casa (para todo o sempre)
Você é meu, meu, meu, meu
Amado

(tradução livre)

George

Figura 5 - Mapa George.



Fonte: Elaboração própria.

George tem 14 anos e é o irmão mais novo de três, o do meio tem 22 anos e o mais velho tem 28 anos. Mora com a mãe e o pai e o irmão mais velho, enquanto o do meio casou-se e foi morar no Sul. Contou de algumas mudanças de escola em virtude também de mudanças de casa e bairro. Morava no Bairro Flor de Lis e estudou numa escola do primeiro ao quinto ano. Em 2018 começou a estudar na escola Navegante, porque tinha se mudado. Em 2021 e 2022 terminou o ensino fundamental em outra escola e agora que irá para o ensino médio, novamente precisará mudar para uma escola estadual.

No momento da entrevista, Janeiro de 2023, George estava de férias e a rotina estava mais circunscrita às atividades de organização da casa, mas no período escolar vai para escola de manhã e o resto do dia fica dentro do quarto trancado com luzes apagadas escutando músicas e mexendo no celular o dia inteiro e, às vezes,

também a noite. A mãe “*está fazendo tudo*” para que ele saia do quarto, mais recentemente começou a frequentar academia. Sobre o relacionamento com a família, diz que é bom, mas não gosta de socializar, fica antissocial:

tipo querendo ou não, que nem, esse negócio de ficar antissocial, não sei, sei lá, não gosto de ficar saindo do quarto, fico só no quarto, tudo fechado assim, ouvindo música, o dia inteiro fico assim no quarto, mas quando eu saio eles [familiares] até que eles me tratam bem, são legais comigo...a relação é boa. (Lúcio)

Durante a entrevista, George conta de dois momentos em que começou a apresentar dificuldades no ambiente escolar e a própria escola chamou a mãe para conversar e orientar sobre algum cuidado. Primeiro aconteceu na infância, tinha cerca de 8 anos e começou a cortar o pulso com lâmina de apontador, não se lembra porque começou a fazer isso, mas era muito isolado e muito “*chato*”: “*era merecido porque eu não tinha amigo, então eu enchia o saco de quase todo mundo da escola por causa disso que quase todo mundo odiava eu, então tipo quando eu percebi eu comecei a ficar meio triste assim e aí comecei a me cortar*” (George).

George acha que foi a partir da ligação da escola para a mãe que ele começou a passar com um psicólogo do Projeto Criança Alegre, um projeto social vinculado à unidade de acolhimento institucional para crianças. Não sabe quanto tempo ficou, mas achava legal por causa de ser um espaço com várias crianças para brincar junto com o psicólogo, sentia que as crianças gostavam dele, acontecia uma vez por semana. Então, depois disso parou de se cortar, todo mundo falava para ele parar e acabou parando.

No primeiro ano da escola não falava com ninguém, já no segundo ano – 2022, começou a se enturmar, fez amizades, porém, devido ao processo que começou a viver em meados de 2022, os amigos foram se afastando dele. George disse que ia para os “*rolês*” com uns amigos mais velhos, tendia a beber muito e a se gravar e enviar esses vídeos para os amigos da escola, porém, eles não gostavam, davam conselho para que ele parasse, mas ele não queria parar, os amigos então deixaram de falar com ele. George acha que está com “*trauma da escola*”, pois era um momento difícil e ainda precisava lidar com o modo como os colegas da escola se relacionavam com ele: “*era as piores fases das minhas crises é que todos amigos, tipo, era tudo da minha sala, esses amigos que que fingia que eu nem existia, então eu tinha que ver*

eles todos os dias na escola, então esse negócio mexia muito comigo, sei lá” (George). Além de beber e fumar, George voltou a se cortar.

Novamente a escola percebeu que ele não estava bem e procurou a mãe, orientou que ela procurasse um psicólogo na unidade básica de saúde. Neste momento, o município não contava mais com equipe NASF. Inicialmente, George conta que a mãe teria agendado psicólogo no CAPS II, porque ela também fazia tratamento lá, entretanto, depois se lembra que antes foi ao “Postinho”, a UBS mais próxima à sua casa: *“Do Caps já veio...ah não! Eu contei errado, antes de eu começar no Caps eu tinha ido no psiquiatra do postinho, ele tinha me passado pra eu tomar Sertralina” (George).*

George conta que começou a tomar a medicação, porém, parecia que ela fazia o efeito contrário e se sentia cada vez mais bravo, voltou em outra consulta na unidade básica e a mãe explicou que não havia melhorado e o médico aumentou a medicação, mas mesmo assim não ajudou. Não sabe se foi o médico da UBS que encaminhou para o CAPS II ou a mãe que conseguiu um atendimento lá, mas ficou por algum tempo em atendimento individual semanal com uma Terapeuta Ocupacional, Joana, do CAPS II por dois ou três meses: *“Ela, tipo, estava vendo como que eu ia ficar tomando Sertralina. Ai ela estava anotando, tipo falando, fazendo as perguntas pra mim e eu respondendo pra ver como eu ia reagir tomando Sertralina” (George),* ao que identifica-se havia um cuidado compartilhado entre a UBS e o CAPS II.

Os atendimentos eram bons, gostava, mas não ajudavam. Falava o que estava acontecendo, mas voltava para casa e parecia que continuava tudo igual. Joana então encaminhou George para ser atendido pela psicóloga Lívia no AG e não sabe quem marcou para que ele também fosse atendido pelo médico psiquiatra Alfredo. Diferente do CAPS II, desde quando foi para o AG esteve em apenas duas consultas com cada profissional, uma consulta a cada 30 dias e acha muito chato. Não sabe quais medicações está usando agora porque a letra do médico é difícil de ler, mas está conseguindo relaxar, o que antes não acontecia. Ele diz que a mãe fica preocupada porque acha que ele fica muito “*dopado*” com as medicações, mas ele prefere não mudar, pois tem funcionado.

George diz que ainda está muito ansioso, fica trêmulo, apresenta sudorese, fica frio e gelado, uma de suas medicações é para esses momentos em que está em “*crise*”. Parou de beber e fumar e voltou a dormir melhor. Está tentando fazer amizades com pessoas da antiga escola – Navegante, e sente que está legal.

Conta que está vivendo o término do primeiro namoro, houve traição da parte dele, mas também quase não conseguia ver a namorada porque o pai dela não permitia. Alguns amigos também já se afastaram devido à ciúmes, eles acreditaram na menina e não em George.

Agora está conversando com outra menina que também passa por questões em saúde mental como ele, quando fica no celular no quarto, muitas vezes, está falando com ela: *“já tentou suicídio já um monte de vez já aí ela falou que quando eu converso com ela, eu tô ajudando ela com essas coisas”* (George).

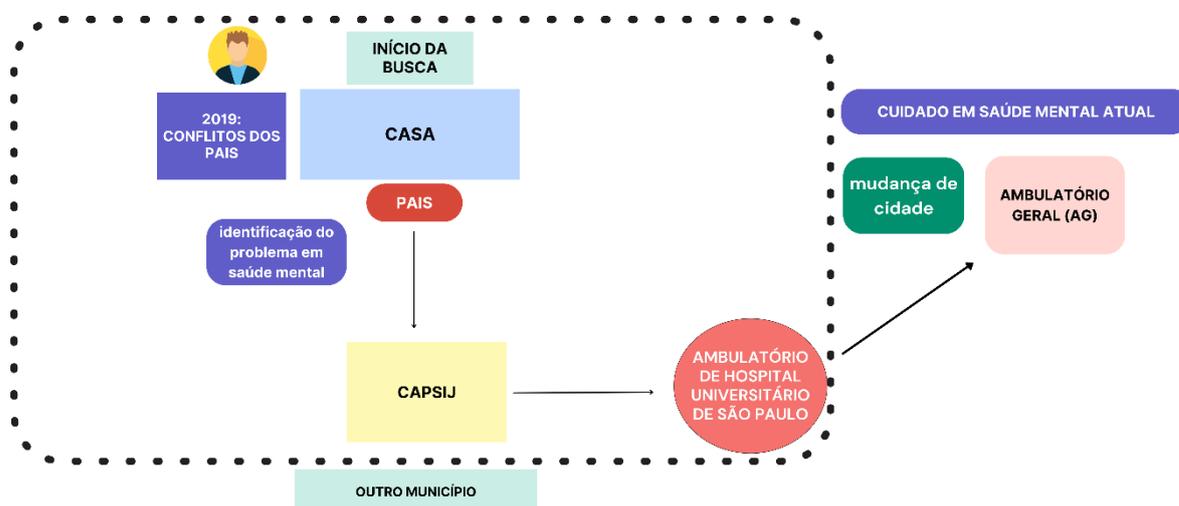
Algo que George entende é sobre música, durante a entrevista, discorreu sobre as bandas que gosta e ouve todos os dias - Linkin Park, Lil Peep, \$uicide Boys, Dragon Boy\$. Mostrou-me essas letras, conhece as histórias delas e dos membros das bandas. Tende a colocar as letras no status do WhatsApp. Contou que se identifica com as letras, por mais que elas sejam tidas como pesadas, porque também tem pensamentos suicidas: *“meio triste assim que fala de suicídio, essas coisas assim, mas sabe, é uma das coisas que eu me identifico bastante, então, sei lá, me ajuda de alguma forma”* (George). As músicas tiram George da sensação de solidão.

Psicose (Dragon Boy\$)

Triste no chuveiro
 Pensando em minha vida
 Pensando no fracasso
 Talvez na despedida
 Por que nada dá certo
 Sem as drogas por perto?
 Eu só choro, eu só fumo
 E reclamo de tudo
 Ontem eu percebi
 Que faz tempo que eu morri
 E essa psicose na minha mente não deixa eu partir (eu partir)
 Quantas caixas de frontal será que ainda irei abrir?
 Eu não queria existir
 Concentrado, drogado largado
 São várias caixas de remédios
 Pra esquecer o meu passado
 Cobrado, fadado, gelado

Heitor

Figura 6 - Mapa Lúcio.



Fonte: Elaboração própria.

Heitor, tem 17 anos, é natural de São Paulo, estava aguardando a primeira consulta com médico psiquiatra do AG quando perguntei para os adolescentes que aguardavam atendimento se alguém gostaria de participar da pesquisa, ele e a mãe aceitaram. Combinamos de ficarmos atentos ao celular, porque o médico poderia chamar em algum momento.

Morava em São Paulo e a rotina se centrava em ir para a escola. Ele tem dois irmãos, o irmão mais velho, 32 anos, já morava aqui e ele vinha visitá-los, já gostava da cidade aqui. Quando ele e a mãe decidiram se mudar há dois anos, ficaram um tempo na casa do irmão. A irmã do meio continua morando em São Paulo e o pai também.

Heitor gosta de jogar no computador, jogos de ação e aventura, gosta de assistir filmes e sair de casa para tomar açaí. Na escola estava estudando em período integral, com a finalização do ensino médio, iniciará uma faculdade no período da noite, disse ter se identificado com a área de logística que escolheu. Tem expectativas de que vai aprender bastante e que, a partir da faculdade, terá oportunidade de emprego.

Como era a primeira consulta de Heitor, perguntei o que levou a ter agendado um atendimento com o médico psiquiatra e, então, ele me contou que já em São Paulo realizava acompanhamento em saúde mental desde 2019. Em São Paulo não se sentia bem por conta das brigas dos pais, que na época ainda estavam juntos.

Era muito difícil para Heitor vivenciar os conflitos familiares, apenas a mãe o tratava bem. No conflito dos pais, Heitor apoiava a mãe, já a irmã apoiava o pai, porque não presenciava o modo como o pai lidava com a mãe. A questão para ele era o jeito do pai: *“bater ele não batia era o jeito de falar mesmo. Um jeito ignorante”* (Heitor). Assim, o pai e a irmã não tratavam Heitor bem. Heitor ficava muito ansioso com as brigas e não entendia o que estava acontecendo, quando criança tinha expectativa de que eles pudessem se resolver, mas hoje percebe que foi melhor a separação:

o que não me deixou bem, foi...(suspira) o que não me deixou bem, foi quando, às vezes, o meu pai e a minha mãe brigava na época né?! Às vezes me deixava muito ansioso, eu era mais novo e não entendia direito, eu entendia mais ou menos né?! não entendia muito direito. Agora eu entendo o que foi que aconteceu. [...] Que eles estavam brigados e que podia se resolver, mas não. Agora que eu estou mais velho, realmente era melhor ter se separado, porque não tinha jeito (Heitor).

Heitor lembra que em 2009 começou a sentir *“crises de ansiedade”* por causa do TOC – Transtorno Obsessivo Compulsivo, descreve que é uma preocupação obsessiva por algo desnecessário. Quando pergunto como o que ele sentia isso, ele fala que muitas coisas vinham na cabeça, passou a não conseguir dormir e que fica com certos pensamentos que quando começava não conseguiam parar, ficava ansioso. Lavava as mãos o tempo todo, fazia movimentos repetitivos sem sentido algum, ficava sem jeito, desesperado. Os pais perceberam e começaram a procurar tratamento para o filho.

O primeiro lugar que acessaram foi o CAPSIJ, não sabe quanto tempo permaneceu lá, talvez algumas semanas. Mas não avalia que o tratamento proposto por este serviço tenha ajudado, porque eles deram uma medicação – fluoxetina, mas não se sentiu melhor. Diz ter sido atendido apenas em consultas individuais com o médico, enquanto aguardava em uma fila de espera para ser chamado para um ambulatório de psiquiatra de um hospital universitário de São Paulo. O CAPSIJ foi avaliado como *“intermediário”* e, de fato, foi um intermediário para o encaminhamento de Heitor: *“É, o CAPS foi mais ou menos. Aí como tinha fila no Ambulatório de*

Psiquiatria, demorou um tempo pra ir pra lá. Aí até então, eu tive que ficar indo no Caps, aí depois finalmente eu cheguei no Ambulatório de Psiquiatria, e aí sim foi bem melhor” (Heitor).

Neste serviço eles modificaram a medicação que Heitor estava usando e, para ele, isso foi ajudando a “regular” a ansiedade ao longo dos anos e também o TOC foi reduzindo e ficando mais controlado:

eles sempre perguntam como é que foi, como é que você tá, se tá tudo certo e o remédio que eles começaram a me dar, começou a regular a ansiedade que eu tinha antes. É aí foi ao longo dos anos, isso foi a ansiedade o TOC foi reduzindo, sendo mais controlado (Heitor).

Por mais três anos manteve as consultas médicas com frequência regular a cada dois meses. Inicialmente se lembrou apenas das consultas médicas, ao final da entrevista, contou da experiência que teve em um grupo terapêutico. Era composto em sua maioria por adolescentes, mas também tinha umas crianças que participavam de forma semanal neste ambulatório. O grupo era um momento para compartilhar como cada um lidava com o que estava sentindo e que cada um tinha uma maneira:

Falavam de como a gente se controlava...é que a gente, cada um tinha um jeito e aí cada um tentava se ajudar, não sei, alguma coisa assim. Na verdade, tinha alguns adolescentes e algumas crianças, então crianças e adolescentes. A maioria era adolescentes. Cada semana tinha uma consulta em grupo (Heitor)

Heitor tem se sentindo melhor desde 2021, hoje fica tranquilo em casa, sem estresse e relaxado, procura se afastar das coisas que fazem mal e ficar mais próximo da mãe. Eles não brigam e tem uma boa relação. A mudança de cidade foi melhor, havia muito trânsito para ir para escola tanto para ir quanto para voltar: “É menos, menos poluição. Tem mais verde né, porque em São Paulo você só respirava poluição e aqui você respira melhor, porque se tem um ambiente mais agradável” (Heitor).

5 NÚCLEOS ARGUMENTAIS

Ao retomarmos o roteiro norteador da coleta de dados, realizamos a decodificação deste material, buscando fazer emergir os núcleos argumentais trazidos pelos adolescentes em e na relação com a pesquisadora. Alguns temas apareceram de forma espontânea, não tendo sido destacados, a priori, pelo roteiro norteador.

A seguir, apresentamos os núcleos argumentais levantados pelos adolescentes de forma singular comparando ao que de comum e também dissidente pôde ser encontrado.

5.1 DO “ESTAR BEM” E “NÃO ESTAR BEM” AO SOFRIMENTO PSÍQUICO: CONCEPÇÃO DE SAÚDE MENTAL PARA OS ADOLESCENTES

A respeito da concepção de saúde mental, questionamos aos adolescentes o que era “estar bem” e o que “não era estar bem”.

Alguns adolescentes falaram que quanto a “estar bem”, se tratava da sensação de manter-se *relaxado, livre, e tranquilo* e conseguirem lidar com situações do cotidiano sem preocupação, por exemplo, as provas. Uma adolescente falou sobre fazer coisas que gosta e estar com pessoas que fazem bem como parte da construção do bem-estar.

*Fazer algo que eu gosto, conversar com as pessoas que eu gosto...
Ah, coisas que a gente gosta e se sente bem. (Maria)*

Então para mim estar bem é quando eu sei que tudo deu certo e eu posso...eu me sinto pleno em relação a tudo (Lúcio)

Utilizaram também a percepção de “estar bem” como ausência de sensações e também de sofrimento psíquico: estar sem preocupações, não estar estressado, não estar ansioso, além disso, dois dos adolescentes tiveram dificuldade em falar sobre estar bem, um deles trouxe o fato que há muito tempo não se sentia bem.

É quando eu não tô estressado, eu não tenho nada pra fazer. Assim, eu fico sem muita coisa pra fazer, aí acaba fazendo várias coisas, mas

aí você, às vezes, nem pensa em nada, você fica tranquilo, fica relaxado. É, sem muitas preocupações, sem muita ansiedade com nada (Heitor).

Ah não sei, eu não tenho muita palavra pra isso. Não sei (George)

Faz tanto tempo que eu não fico bem que eu não sei mais como é estar bem, mas acho que paz! (Tayla)

Quanto a “não estar bem”, os adolescentes destacaram, principalmente, os aspectos emocionais relacionados a situações agudas que nomearam de “crise” ou sentimentos e sensações subjetivas. Apareceram a experiência de sinais e sintomas de ansiedade, estresse, sentimento de cobrança, tristeza, frustração e ódio.

É muita falação na minha cabeça de mim mesma e eu me obrigo a fazer muita coisa (Tayla)

Normalmente eu fico tipo com crise, fico tipo com as mãos suando, fico todo me tremendo assim, sei lá é uma sensação muito ruim, fica dentro sei lá, com uma situação de frustrado com ódio de todo mundo, de tristeza assim tipo, tudo misturado. É ódio, tristeza, frustração, nervoso um monte de coisa (George)

É, às vezes, quando eu tô estressado, às vezes quando eu tô irritado ou às vezes que eu fico sem jeito. Às vezes sai, não é sair do controle, só ficar estressado mesmo (Heitor).

Já Heitor, Lúcio e Maria trazem a possibilidade de se tratar de algo do contexto em que estão inseridos, principalmente, nas relações e que traz impactos para o estado de bem-estar.

Quando...alguma coisa ou é muito chata ou é muito irritante ou é...ah alguma coisa assim (Heitor)

pra mim não estar bem é quando eu me sinto ansioso ou quando acontece algum problema como um conflito entre os meus amigos ou parentes (Lúcio)

Quando você se sente desconfortável, ah não se sente bem num lugar ou falando com uma pessoa ou até mesmo quando está ruim mesmo, doente, algo assim (Maria)

É possível afirmar que os participantes apresentaram uma concepção de saúde mental de maneira ampliada, conforme apontam Amstalden et al.¹⁴, incluindo,

sensações e sentimentos, bem-estar físico e também o contexto em que estão inseridos. Aqueles que tiveram dificuldade em falar sobre esse tema trazem a experiência de que há algum tempo não experimentavam a sensação de bem-estar.

Os dados encontrados corroboram com outros estudos que investigaram a concepção sobre saúde mental na percepção dos próprios adolescentes. Fukuda et al.⁶⁷ entrevistaram 252 jovens de diferentes contextos socioeconômicos e houve uma predominância de respostas (26,4%) representadas pela categoria de *bem-estar - estar consigo mesmo e com a autoestima* e, em seguida, com a categoria de *bem-estar na relação com o outro*, relacionamentos, amigos, familiares e depois; e de *Sentimentos de Paz*.

Já no estudo de Gasparini⁶⁸ também apareceu a possibilidade do bem-estar estar associados ao fato dos adolescentes conseguiram lidar com questões do cotidiano, de fazer atividades que gostavam e do não estar bem com a ausência de adoecimento psíquico.

Ao perguntarmos sobre saúde mental a partir do “estar bem e não estar bem” objetivávamos que as explicações pudessem ser ampliadas para aspectos da vida cotidiana que não necessariamente recaíssem no dualismo saúde vs. doença ou mesmo recorrendo aos diagnósticos psiquiátricos, conforme indica Rossi et al.⁴.

Entretanto, algo que se destacou nas entrevistas foi a utilização da nosologia psiquiátrica/biomédica para se referir a experiência de “estar bem” ou de “não estar bem” e também quanto ao sofrimento psíquico, incluindo a ausência de “ansiedade”, “crise”. A fala a seguir ilustra tal utilização:

Por causa do TOC. Aliás, 2019 que começou as crises de ansiedade aí eu comecei a fazer desde então com psiquiatria. [Como você entende o que é TOC?] O TOC é alguma...é uma preocupação obsessiva por algo desnecessário (Heitor)

Nos achados de Gasparini⁶⁸ situação semelhante apareceu entre os participantes. A respeito disso, Jucá et al.^{69:140} ao realizarem uma pesquisa-intervenção com um coletivo de jovens em uma escola na periferia de Fortaleza, também se depararam com o fato de que a narrativa dos participantes era atravessada pela discursividade biomédica, sendo as experiências subjetivas contadas, nomeadas e classificadas também a partir de uma “linguagem da época” que ao longo da intervenção foi sendo interpelada:

Seja no âmbito da nomeação do mal-estar que as acomete de modo singular seja na discussão acerca das experiências que as atravessam enquanto coletivo, percebemos que a linguagem da época é aquela com a qual se conta para compartilhar pensamentos e afetos. No entanto, afirmamos como sendo fundamental o movimento de abrir o campo discursivo para a construção de associações e saberes que permitam a subjetivação do vivido.^{69:140}

Na experiência de alguns adolescentes houve um tempo entre os primeiros sinais de que algo não estava bem até o pedido ou recebimento de suporte. Alguns tentaram lidar sozinhos com esses sentimentos e dificuldades mesmo quando questionados por amigos:

Eu não contei no começo do ano para ninguém, ninguém sabia [...] Eu comecei a ficar com medo de sair da minha casa, porque eu ia sozinha, limpava sozinha, eu fazia tudo sozinha e começou uma hora que realmente tava complicado fazer isso. Eu cheguei na minha mãe falei: “Vou conversar com ela, vê se ela me entende” porque eu tinha esse medo de chegar e ela não entender e se for bobagem e tudo mais. (Tayla)

[...] Na verdade eu já tinha identificado isso, mais eu nunca tinha ido atrás de um profissional em si, mas eu tenho uma prima que é psicóloga e ela, assim, identificou (Lúcio)

Ah eu tava começando a me sentir mal, daí teve uma hora que comecei a me sentir mal mesmo, é ficar bem triste e tal. Chamei minha mãe, eu ficava perto dela, não queria que ela saísse de perto de mim, porque eu tava bem triste, ansiosa, não conseguia dormir, não conseguia comer também [...] Daí eu comecei a ficar ruim, tipo passava uns dias e eu comecei a ficar pior [...] “será que é Covid?” Porque a Covid dava os mesmos sintomas quase (Maria)

Em seu estudo, Gasparini⁶⁸ também verificou que os adolescentes ao lidarem com o sofrimento psíquico, tenderam a experimentar uma sensação de isolamento e falta de suporte. Eles acreditavam que deviam lidar com a situação sozinhos, assumindo a responsabilidade por sua resolução ou minimizando esses primeiros sinais.

Tal fenômeno também foi encontrado por Rossi et al.⁴ ao entrevistar adolescentes de um CAPSIIJ acerca da percepção sobre a experiência da crise em

saúde mental, eles abordaram a crise como algo interno, individual e que, por isso, deveriam lidar sozinhos.

Em nosso estudo, apenas quando sentiram que havia uma piora ou prejuízos em outras áreas da vida procuraram ajuda na escola ou na família. Dois dos adolescentes relataram que a necessidade de algum cuidado em saúde mental foi identificada pela escola ou pela família e não por eles.

No caso de Heitor, a dificuldade para dormir, repetição de comportamentos como lavar as mãos e o pensamento acelerado, levaram os pais a procurar cuidado em saúde mental em CAPS infanto-juvenil. Para Lúcio a dificuldade para dormir, mesmo algumas tentativas indicadas pela rede informal de regulação do sono serem tentadas, levaram a buscar cuidado na APS.

Muitas coisas vinha na cabeça, não conseguia dormir, que eu ficava o tempo inteiro com certos pensamentos e aí depois começava, assim, não parava nunca, ficava toda hora ansioso. Eu lavava a mão o tempo inteiro, fazia movimentos repetidos, sem sentido algum. [...] Os meus pais que perceberam (Heitor)

Em George, além das *lesões corporais intencionais*⁷⁰, algo que na infância já tinha acontecido, também com questões relacionadas ao uso de cigarro e álcool em contexto de festas e acompanhado por amigos mais velhos. Além disso, ao longo da entrevista, relatou pensamentos suicidas.

As expressões do sofrimento psíquico se mostram diversificadas entre os participantes: isolamento social, dificuldades nas relações entre pares, medo de sair de casa, dificuldade para dormir, pensamento acelerado, comportamentos repetitivos, lesões corporais intencionais, uso de bebida e tabaco e comportamentos de risco, pensamentos suicidas.

A respeito o comportamento de autolesão, Gomes et al.⁷¹ verificam que este tem sido um tema para a saúde pública, tendo em vista, a recorrência entre a população adolescente, que aparece também, em âmbito escolar. Comportamentos de se queimar, bater, causar dores físicas podem estar relacionados a expressão de sentimentos: sensações de isolamento social, raiva, ansiedade, tristeza, desespero, sendo uma tentativa de aliviar a dor emocional.

Para Le Breton⁷⁰ o fenômeno contemporâneo das *escarificações* consiste em produzir cicatrizes no corpo com objetos cortantes e tem sido cada vez mais frequentes nos modos de subjetivação dos adolescentes. Utiliza o termo *lesões*

corporais intencionais para refletir que, não necessariamente, trata de flertar com um desejo de morte, mas uma tentativa de retomar o controle das sensações de um corpo que ainda não seu. É uma tentativa de se sentir vivo, uma estratégia diante da angústia, da dúvida e das incertezas que a fase da adolescência propicia, e até para demarcar um limite entre o eu e o mundo exterior através da própria pele.

Inicialmente o uso de bebidas não parece ter sido compreendido pela família de George como um disparador para a busca de cuidado em saúde mental. Na percepção do adolescente, a família buscava punir o comportamento de ir em festas e fazer “coisas erradas” (George) e apontou que por não saber beber, bebia de maneira excessiva.

Tipo, querendo ou não, eu tava começando a beber nessa época, então tipo, não sabia beber direito. Eu bebia pra ficar doido, então, eu bebia muito e minha mãe já cansou de me deixar de castigo por causa que ela ficava descobrindo que eu fazia coisa errada e tal. (George)

Sebenello et al.⁷², através de grupos focais com adolescentes e familiares, encontrou que há entre os familiares a ideia de um controle de riscos para a juventude e que implicaria em práticas repressivas dos pais na circulação desta população pelos espaços comunitários, também subsidiada pelo poder público. O que os jovens indicaram é que tal dinâmica induz ao efeito contrário - produz mais riscos do que proteção.

Quanto à exposição nas redes sociais do comportamento de uso excessivo de álcool passou a trazer impactos para as relações sociais na escola do adolescente, neste caso o isolamento, a escola acionou a mãe que, segundo George, a escola dizia que ele estava numa “fase ruim”.

eu ia pros rolês assim com uns amigos mais velhos e [...] eu mandava os vídeos dos rolês bêbado, mandava para os amigos da escola “ah não sei o que, melhor você parar, para com isso, senão vai se ferrar ainda”. Eu não queria parar, eles pararam de falar comigo [...]. Pelo que eu entendia a escola que chamou minha mãe tava conversando com ela, que segundo a escola eu tava me afastando de todo mundo, elas pediram pra minha mãe procurar ajuda pra mim. (George)

Na pesquisa realizada pelo CONJUVE³⁵ os adolescentes acreditavam que existia uma dificuldade de percepção e reconhecimento sobre o aumento do uso de álcool e tabaco durante a pandemia. Há que se destacar que é sabido há uma

tendência de crescimento de experimentação ou exposição de drogas entre estudantes do 9º ano do ensino fundamental das Capitais brasileiras ao analisar o período de 2009 a 2019, de 8,2% para 12,1% conforme indicou a Pesquisa Nacional de Saúde Escolar – PeNSE⁷³.

Para Rosenbaum⁷⁴ a maior parte do uso de drogas por jovens é pontual e experimental, sendo que grande parte deles não apresentará dependência e abuso. Assim, para pensar a prevenção ao uso de álcool e outras drogas com adolescentes é necessário discutir o risco do uso de qualquer substância, mas também diferenciar uso versus abuso sem utilizar táticas de amedrontamento que, não raro, tendem a colocar o adulto em uma posição de descredibilidade, sem ter o que dizer, informar ou orientar. Pensando justamente nessa diferenciação entre uso e abusivo, Tavares et al.⁷⁵ afirmam que o uso de drogas na adolescência pode ocupar funções singulares:

Se, para alguns jovens, essa transição é marcada por dificuldades nas quais a droga pode, transitoriamente, ocupar funções particulares, para outros, o que se delineia é uma verdadeira impossibilidade de fazer esta passagem. Nestes jovens, constatamos uma carência dos recursos simbólicos que lhes permitiriam encontrar um lugar possível, uma inscrição, através de novos laços sociais, asseguradores de uma pertença em direção à vida adulta.^{75:10}

Destacamos que o uso de álcool é considerado comportamento de risco na adolescência⁷³. George apontou o uso de álcool associado a um processo de experimentação que também envolvia falta de conhecimento para realizar de maneira mais segura. Porém, além disso, compreendemos que o uso de álcool e a droga também pode se figurar como mais uma das expressões de um sofrimento psíquico que incluíram o isolamento social, a automutilação e ideação suicida, no caso do jovem.

Em nossa pesquisa notamos que a procura por cuidado em saúde mental ocorreu quando o sofrimento psíquico pode ser reconhecido como trazendo impactos para o cotidiano dos adolescentes. Questionamos aos adolescentes o que eles entenderam que estava acontecendo ao sentirem tais sentimentos e sensações. Eles destacaram que vivenciaram a minimização do sofrimento; a solidão; a confusão entre o sofrimento psíquico e quadros clínicos, no caso da covid-19; desespero pelos conflitos intrafamiliares e ansiedade. Aparece também a angústia de não saber porque eles estavam tendo tais sensações. Tayla e Maria abordam isso em suas falas:

Eu pensei que era uma bobeira e me enganei, eu diria, eu menti pra mim mesma, pra achar que eu tava vendo uma bobeira [...] Eu não sei qual que é o meu problema, esse é o problema! Eu não saber o que é o problema (Tayla)

eu não sabia muito de ansiedade, eu sabia da depressão, só que pra mim não era pra eu estar tendo. Eu não tinha mínima ideia. Eu estava tão desesperada, tipo ansiosa que eu nem sabia [...] Na época para mim “tô com Covid”, tô com um montão de coisa. Daí depois que a médica explicou que eu tava com crise de ansiedade, crise de pânico, daí eu falei “Mãe! O que que é isso?” (Maria)

Tendo em vista, os dados fornecidos pela Secretaria de Saúde do município, é possível analisar que os quadros de ansiedade (ansiedade generalizada, transtorno misto ansioso, transtorno ansioso, transtorno de Pânico) foi o principal motivo que levou os adolescentes a serem atendidos nas unidades de urgência e emergência no período do levantamento. De 173 atendimentos, 141 foram relacionados com ansiedade, somente, em menor número, os quadros de intoxicação por álcool (11).

Já quanto aos diagnósticos médicos encontrados no Ambulatório Geral (AG), a saber os principais foram: Reações ao “stress” grave e transtornos de adaptação, Distúrbios da atividade e da atenção, quadros de ansiedade, tentativa de suicídio e lesão autoprovocada intencionalmente. É possível afirmar que os adolescentes entrevistados nesta pesquisa são representativos das principais expressões de sofrimento psíquico encontradas nos dados do município.

Jucá et al.⁶⁹ discutem que durante as conversações entre os adolescentes, observou-se que havia um silenciamento diante de algumas situações de violência vivenciadas pelos adolescentes. Ao falarem sobre as questões em saúde mental e poderem narrativizar o sofrimento, temas como: solidão, dificuldade de dizer para alguém sobre o que sentiam, situações sofridas na escola, como, por exemplo, o bullying, puderam aparecer ao invés da expressão apenas através de categorias nosológicas.

Cabe interrogar tais categorias nosológicas com o exercício, apontado por Jucá et al.⁶⁹, de narrativizar esse sofrimento, também fazendo questão sobre os modos de funcionar dos territórios e das instituições (família, escola, assistência social, serviços de saúde, etc) na implicação com o mal-estar apresentado por esses adolescentes. O que é estar ansioso? Por que é preciso estar tão atento? Qual dor não é possível

continuar sentindo? Ao que não tem sido possível se adaptar, principalmente, após uma pandemia?

Embora o tema da pandemia não tenha sido abordado em nosso roteiro norteador, tendo em vista o destaque dado pelos participantes, observamos se tratar de um núcleo argumental em que os adolescentes puderam explicar a relação da pandemia com o sofrimento psíquico que vivenciavam.

5.2 IMPACTOS DA PANDEMIA PARA OS ADOLESCENTES

Estudos indicam uma possível correlação entre o surgimento ou a intensificação de condições relacionadas à saúde mental em crianças e adolescentes e o estresse vivenciado durante o período pandêmico, principalmente, entre os adolescentes de 15 a 17 anos^{34,35}. Observou-se também aumento de indícios de sofrimento emocional entre adolescentes escolares, sendo que os scores foram significativamente maiores entre as meninas e estudantes pretos⁷⁶.

A condição de *não-estar bem*, não necessariamente, implicou em uma busca por cuidado em saúde mental pelos adolescentes e suas famílias em nosso estudo. Buscamos identificar com os adolescentes em que momento e de que maneira houve o reconhecimento do sofrimento psíquico com necessidade de algum cuidado especializado em saúde mental.

Dos cinco participantes, quatro deles apontaram o contexto da pandemia como disparador do sofrimento em saúde mental em virtude do distanciamento social e também dos prejuízos no contexto social, relacional, familiar e escolar, mudança de rotina.

O medo de perder familiares considerados do grupo de risco durante foi tido como “desesperador”, desencadeando preocupação e sensações de ansiedade. O trecho a seguir ilustra a relação da pandemia com o surgimento do sofrimento emocional em uma das participantes:

[...] Eu já estava com tudo na cabeça, sabe? Eu estava normal e ao mesmo tempo eu estava, tipo, desesperada, porque, uma doença que matava gente e também podia matar os meus familiares que era grupo de risco. Daí foi que desencadeou que eu acabei ficando com crise de pânico, ansiedade, minha mãe foi levando eu no médico (Maria)

Em levantamento realizado pelo Conselho Nacional da Juventude em 2021 com jovens de diferentes regiões a respeito da percepção a respeito do impacto da pandemia em suas vidas, observou que os adolescentes entre 15 e 17 anos referiram sofrimento psíquico por ansiedade, uso exagerado de redes sociais, cansaço, insônia, conflitos familiares, aumento do consumo de álcool, cigarro e/ou outras drogas, automutilação e/ou pensamentos suicidas³⁵.

Os adolescentes da pesquisa elencaram vivências relacionadas ao encontrado na literatura, principalmente, quanto ao indicativo de piora do sofrimento emocional pelos impactos frente ao contexto da pandemia. Como Maria, que relatou gostar muito de desenhar, mas que a angústia e preocupação passaram a impedir a realização dessa atividade:

Eu desenhava todo dia, tinha parado. Não estava conseguindo desenhar mais. Na época pra mim: tô com Covid, tô com um montão de coisa. (Maria)

A mudança de rotina e a diminuição de atividades por conta do distanciamento social foi para outra adolescente um momento de “paz”, tendo em vista a extensa rotina que tinha antes da pandemia, incluindo a escola, cursos, teatro. Conseguiu manter atividades que gostava como aulas de dança de uma maneira adaptada:

A academia era em casa. Eles faziam igual EAD e passava academia com exercícios de dança. Eu amo dançar, muito bom, eu amo demais. A minha mãe participava, começou a fazer os ensaios comigo para me dar esse apoio eu diria. Mas, eu acho que na pandemia foi quando eu fiquei mais na paz. (Tayla)

O impacto no contexto escolar foi um dos principais aspectos abordados pelos adolescentes. Durante a pandemia, o município em questão adaptou as aulas para o formato online, porém, houve o destaque pelos adolescentes de que esse formato possui diferenças significativas quando comparado com o modelo presencial pela ausência do contato com o professor. Não ficou claro se as aulas eram síncronas ou assíncronas, tendo em vista, os diversos formatos que foram utilizados durante a pandemia.

durante a pandemia a gente ficou tendo aulas online, EAD e isso acabou me prejudicando um pouco, não é a mesma coisa de a gente estudar online e a gente estudar na escola, estar ali em contato com

o professor, então nessa, essa parte o EAD me prejudicou bastante (Lúcio)

Barros et al.⁷⁷ ao discutirem sobre as perdas de aprendizagem na pandemia, estimam que os estudantes aprendem menos no ensino remoto do que no presencial, cerca de 17% do conteúdo de matemática e 38% do de língua portuguesa.

Dados do Sistema de Avaliação da Educação Básica (SEAB) 2021⁷⁸, demonstraram uma piora do desempenho escolar em estudantes em todos os níveis de ensino, principalmente, na etapa de alfabetização. No ensino médio, também houve queda na proficiência em língua portuguesa e matemática.

A escola é um lugar privilegiado para o encontro de adolescentes, assim, a ausência da escola presencial, somado ao isolamento social de um modo geral, incorreu, na falta de contato com amigos e, assim, na sensação de solidão.

a pandemia me prejudicou no sentido assim de não tava ali na escola todos os dias com meus amigos, então teve aquela parte do isolamento, aquela parte da solidão também, então acabava ficando assim sozinho em casa, não tive muita interação durante meus quinze anos (Lúcio)

Quando deu a pandemia meu pai tinha caído da escada. Junto com o problema de pandemia que eu já tava assim: “Ó meu Deus, eu não vou poder ver mais meus amigos” (Maria)

Vazquez et al.⁷⁹ em um estudo transversal realizado entre outubro e dezembro de 2020 com estudantes de escolas públicas do 9º ano e ensino médio, os fatores de maior associação positiva para depressão e ansiedade para adolescentes foram com casos de Covid-19 na família; maior exposição a telas com impacto no sono, 27,3% responderam que estão dormindo durante o dia em vez da noite; e ser e ser do sexo feminino. A cor/raça apresenta-se com associação positiva para ansiedade, mas não para depressão.

Estes autores verificaram que 86,5% dos estudantes passaram por alteração de rotina e sugerem que a ausência da rotina escolar pode ter levado os estudantes a inverterem o horário de sono e permanecerem mais tempo sob uso de telas. Em nosso estudo, um dos adolescentes relatou a associação do tempo prolongado de telas com a dificuldade para dormir:

Anteontem eu acabei ficando muito tempo no celular e eu fui ver já eram cinco horas da manhã e eu fui dormir cinco horas da manhã. Acordei às nove, passei o dia daquele jeito né?! (Lúcio)

Outro fenômeno que aparece na fala de uma das participantes, Maria, refere-se ao processo de adolecer durante a pandemia. Apenas quando o houve o retorno aos espaços de convivência com outros colegas, as mudanças do corpo e da aparência bem como o processo de amadurecimento psíquico, próprios dessa faixa etária, foram percebidas com estranhamento pela adolescente:

Foi estranho, estranho porque meus amigos tinham mudado também tipo, da última vez que eu tinha visto, eles estavam assim (faz gesto com a mão que eles eram pequenos), depois voltei, estavam ó (gestos de que estavam maiores). Eu vi que o jeito deles tinha mudado, eles não eram mais criança que nem antes, que eles ficaram mais, eu não sei dizer...ficou mais maduro. (Maria)

Para Calligaris²⁶ os grupos de amigos fazem função importante de abrigar os adolescentes numa espécie de microssociedade que compartilham um mesmo estilo como tentativa de lidar com esta fase de “moratória”. Há uma saída da infância com a maturação dos corpos sem, ainda, possuir a independência própria da adultez.

Alguns trabalhos vão pensar a interação e a grupalidade nessa faixa etária como primordial para o desenvolvimento dos adolescentes, tendo em vista a consolidação da identidade, o processo de mudança do corpo e do desenvolvimento das habilidades sociais^{18,27}. Na pandemia tal estratégia não pode ser utilizada pelos adolescentes de maneira mais fluida devido à restrição de contato presencial.

Alguns dados informam sobre o aumento do uso das redes sociais entre os adolescentes na pandemia, o que poderia supor que adolescentes mantiveram contato entre seus amigos. Entretanto, na fala de alguns dos adolescentes, a solidão se intensificou. Adolescentes que já tinham características menos expansivas ou com maior dificuldade para se relacionar, podem ter tido ainda mais dificuldade de manter amigos através das redes sociais na pandemia, como demonstra as falas a seguir:

Tipo, eu conversava com eles na escola, só que eu sou aquela quieta da escola, tipo, que não conversa com ninguém, antes, não conversava com ninguém. Só com quem eu tenho mais amizade, só que daí eu não falava muito, acabou que eu não falava com ninguém [durante a pandemia] (Maria)

Nessa escola eu entrei ano passado [2021], então tipo, ano passado eu não tinha amigos, não falava com ninguém. Aí esse ano que eu comecei a me enturmar um pouco, fiz bastante amizade no começo do ano [2022]. (George)

Segundo relatório da Organização para Cooperação do Desenvolvimento Econômico (OCDE), o Brasil foi o quarto país do mundo a manter as escolas fechadas por mais tempo, em média 2 anos e meio⁸⁰. Notando uma diferença entre as escolas particulares e públicas, sendo que em 2020, estas permaneceram mais tempo fechadas, 70,9%, do que aquelas, 98,4%⁸¹.

No município campo deste estudo, as aulas presenciais do ensino público retornaram em Agosto de 2021, sendo assim, os adolescentes permaneceram cerca de um ano e meio fora do ambiente escolar presencial. O retorno às escolas foi verbalizado pelos adolescentes como abrupto e trazendo a sensação de que teriam de reaver os prejuízos ou atrasos educacionais sofridos ao longo desse tempo com rapidez

eu me cobro de mais quando eu não entendo algo, então eu fico me cobrando, me cobrando [...] Esse ano foi muito pior por ter ficado dentro de casa aquele tanto de tempo e voltar assim. Voltar assim do nada, porque a gente teve que dar um pulo, eu estava no oitavo e pulei pro primeiro, então foi uma mudança muito radical, eu diria. Então, veio com muita força esse medo esse ano. (Tayla)

Um baque assim. Daí eu falei: vou trabalhar esse ano nisso, vou focar esse ano e vai dar certo. Com o passar dos meses, e pela parte da exaustão, do burnout, então chegou ali pra Outubro, mais ou menos, eu já tava com a cabeça exausta por causa tipo duas escolas e mais o curso de inglês. Nossa, eu não tava aguentando mais (Lúcio)

A deficiência na coordenação do governo brasileiro para a enfrentar a pandemia, incluindo a ausência de gerenciamento da vacinação, postergou o retorno às aulas presenciais impactando diretamente no processo de ensino-aprendizagem com as aulas remotas e na socialização de crianças e adolescente nesta etapa delicada do desenvolvimento³⁴.

As falas dos dois adolescentes acima apontam que após o primeiro ano do retorno ao ambiente escolar despontou o sofrimento psíquico. George não indicou uma relação direta do sofrimento psíquico com a pandemia, entretanto, relatou que quando retornou ao convívio social, principalmente, em ambiente escolar, voltou a se cortar e iniciou o uso de bebida alcoólica e cigarro.

O que corrobora com Cifali et al.³⁴ em que o empobrecimento das relações sociais, a ausência de atividades físicas coletivas, adaptações pedagógicas, a exposição a fatores de risco como violência, insegurança alimentar, podem ter submetido crianças e adolescentes a um nível importante de estresse no período da pandemia favorecendo o aumento de questões em saúde mental.

Por outro lado, Vazquez et al.⁷⁹ observaram dificuldade para acessar estudantes que estavam isolados em suas casas. De acordo com as equipes escolares, alguns desses estudantes não mantinham as atividades escolares de forma remota e outros sequer estavam em contato com a escola. Assim, os desafios para a promoção da saúde mental no ambiente escolar pós período pandêmico, exige maior articulação entre a educação e a saúde.

Após a retomada das aulas presenciais, as escolas públicas receberam jovens com demandas novas e ampliadas. O primeiro desafio é a promoção da saúde mental. Recomenda-se, por exemplo, o uso de oficinas como metodologia de trabalho no ambiente escolar, a qual guarda importante relação com possibilidades efetivas de envolvimento e aprendizagem diversas dos sujeitos.^{79:313}

Em nosso estudo que o retorno para o ambiente escolar foi sentido como abrupto, o que nos leva a questionar sobre como as escolas e a sociedade puderam cuidar dos adolescentes durante a pandemia e também quais mediações foram feitas no retorno às atividades presenciais.

Mapear as adaptações educacionais que foram implementadas pensando não apenas nas questões em saúde mental dos adolescentes, mas também nos prejuízos educacionais, que, não raro, podem favorecer o desenvolvimento de sofrimento psíquico, como indicaram os adolescentes.

Avaliar as perdas e o comprometimento escolar de crianças e adolescentes durante a pandemia e, principalmente, após a pandemia, parece ser urgente para articular políticas públicas educacionais, principalmente, voltadas às escolas públicas.

5.3 OUTROS FATORES: PROTETIVOS OU DE RISCO PARA SAÚDE MENTAL JUVENIL?

Apresentaremos as vulnerabilidades destacadas pelos adolescentes em nossa pesquisa que também trouxeram impactos ou mesmo desencadearam os processos de sofrimento psíquico a partir da discussão sobre quais fatores de risco e protetivos estiveram presentes nas narrativas dos adolescentes. Cabe destacar que refletir sobre “riscos e proteção”, principalmente, com crianças e adolescentes se deve levar em conta que se trata de sujeitos vulneráveis por si só, pois estão dependentes do contexto em que vivem¹⁰.

Lopes et al.⁸² ao realizaram o primeiro estudo epidemiológico no Brasil em nível nacional em municípios de 100 mil habitantes ou mais em adolescentes, encontrou prevalência de 30% de Transtornos Mentais Comuns (TMC), que são compreendidos por sintomas de ansiedade, depressão e queixas somáticas diversas, sendo maior em meninas e adolescentes mais velhos (entre 15 e 18 anos), destacam que nos meninos as taxas de transtorno de comportamento e conduta tendem a ser mais elevadas.

Os riscos enfrentados podem ser mitigados por fatores de proteção, permitindo a adoção de atitudes positivas diante das adversidades. Destaca-se a importância de não considerar os riscos de maneira isolada, mas sim em interação com os fatores de proteção. Nesse contexto, os fatores de proteção englobam características pessoais, familiares e ambientais, bem como processos de proteção que consistem em ações frente aos riscos, capazes de modificar seus efeitos⁷².

A história pessoal do adolescente e suas experiências na infância, podem complexificar, ainda mais, o processo de lidar com as dificuldades próprias da adolescência, a saber: os relacionamentos, a sexualidade e as novas exigências de ser adolescente. O ambiente como família e a escola se apresentam como suportes para este processo²⁷.

Tayla fala da dificuldade em lidar com o próprio da adolescência:

Aff, é uma fase bem complicada. Se eu pudesse voltar a ser criança, não ser adulto, voltar a ser criança mesmo, acho que seria melhor, tentar fazer só o básico do boletim e acabou pronto. (Tayla)

A PeNSE^{73:9} apontou que houve um agravamento devido a pandemia em comportamentos de riscos na adolescência, como insatisfação com o corpo, atividade

física, uso de preservativos, consumo de alimentos não saudáveis, uso de álcool, cigarro e outras drogas, saúde mental, violência: “Ou seja, ainda que os resultados da PeNSE se refiram a uma realidade progressa, esta já evidenciava comportamentos de vulnerabilidade dos escolares brasileiros, profundamente intensificados pela pandemia.”

A literatura aponta uma continuidade importante de problemas na infância, na adolescência e na adultez, além dos fatores de riscos já citados, como as violências intrafamiliares, parentalidade, condições socioeconômicas⁶, acrescenta-se gênero, cor/raça⁷⁶.

Três participantes da pesquisa destacaram que na infância ou no início da adolescência já haviam questões como autocobrança e medo de brincar com outras crianças; situações de bullying escolar e impasses com os relacionamentos afetivos e orientação sexual; dificuldade para se socializar e lesões corporais intencionais⁷⁰.

Apenas um dos adolescentes relatou ter acessado algum cuidado em saúde mental na rede formal ainda na infância, só o retomando agora na adolescência.

De me cortar acho que pela primeira vez eu tinha oito anos, que tipo...eu eh sei lá também nem lembro tão direito o porquê [...] querendo ou não, eu era chato, era merecido, porque eu não tinha amigo, então eu enchia o saco de quase todo mundo da escola por causa disso que quase todo mundo odiava eu. Quando eu percebi eu comecei a ficar meio triste e aí comecei a me cortar. Aí depois eu parei (George)

Este adolescente conta a experiência de ter participado na infância de um espaço lúdico de atendimento em grupo para crianças com frequência semanal. Tendo em vista a socialização mediada pelo projeto, aponta que se sentia pertencente e conectado com as outras crianças, de tal modo, que o projeto demonstrou ser importante para a prevenção e promoção à saúde mental ainda na infância.

Passei no psicólogo do Criança Alegre [projeto social], não lembro por quanto tempo eu fiquei nisso aí. Ficava brincando, conversando com a Dra. Foi legalzinho até por causa que tinha outras crianças também, acho que as outras crianças meio que gostavam de mim também. Ia toda semana eu acho. (George)

Bustamante et al.⁸³ relatam a experiência de cuidado em saúde mental a crianças e suas famílias na cidade de Salvador no projeto Brincando em Família,

projeto de extensão universitária através de uma oferta de atendimento grupal semanal tendo por intermediador o brincar livre. O projeto objetiva a promoção do desenvolvimento infantil e atenção às queixas e demonstra a importância de espaços lúdicos e de socialização na infância e também um espaço para ajudar as famílias a lidarem com questões/queixas leves quanto ao desenvolvimento infantil.

Apenas um adolescente relatou ter iniciado a busca por cuidados em saúde mental há mais tempo, em 2019, antes da pandemia. Destacou os conflitos entre os pais como um disparador do sofrimento psíquico. Já outro adolescente demonstra que situações que envolvem a rede familiar trazem impactos para o emocional:

bom o que não me deixou bem, foi...(suspiro) o que não me deixou bem, foi quando, às vezes, o meu pai e a minha mãe brigava na época né?! Às vezes me deixava muito ansioso, eu era mais novo e não entendia direito, eu entendia mais ou menos né, não entendia muito direito (Heitor)

é algo que me afeta porque dependendo do que acontece, por exemplo, algum conflito, qualquer coisa em relação a família e amigos ou uma prova importante ou uma coisa da escola um trabalho pra apresentar isso já me deixa assim...os pensamentos um turbilhão. (Lúcio)

Em nosso estudo a família apareceu de forma ambivalente. A mãe foi considerada o principal suporte dos adolescentes e a quem eles recorrem quando precisam de cuidado. Entretanto, além dos relatos acerca do impacto dos conflitos familiares na saúde mental, os adolescentes também falaram que a cobrança dos pais afeta a saúde mental e conseqüentemente, o desempenho escolar.

Pressão psicológica dos pais, pais brigam muito, essas coisas assim [...]. Mesmo quando você está bem, talvez você fique até com muito problema psicológico assim. As notas muito ruins e tal, pai fica cobrando muito, muito excessivo, mexe com a cabeça também, sobrecarrega. (George)

Como característica da adolescência em questionar, provocar, a relação com as demandas que vem da família, na melhora das hipóteses, também será questionada. Alguns autores destacam a necessidade da família ser suporte para lidar com o momento da adolescência que implica o movimento do sujeito romper com o lugar proposto pelo arranjo familiar, demandando novos acordos e arranjos^{27,28}.

Com relação aos familiares, Avanci et al.⁸⁴ encontraram dados que dialogam com nosso estudo, adolescentes que convivem com familiares que tendem a questionar suas capacidades, desejos e emoções bem como cobrá-los em excesso, apresentam 4,17 vezes mais chance de apresentar sofrimentos em saúde mental do que os não tiveram essa experiência. Além disso, adolescentes que foram expostos a situações de conflitos intrafamiliares, separação dos pais, tiveram mais chances de apresentar TMC – cerca de 3,15 vezes mais.

A convivência com adultos acolhedores, principalmente, familiares, é imprescindível para o processo de desenvolvimento de crianças e adolescentes bem como o acesso à educação formal, ações de proteção e recuperação de sua saúde, a sensação de pertencimento a um grupo social⁸⁵.

A escola, segundo Silva et al.⁸⁶, pode ser fator protetivo para a promoção e prevenção psicossocial na detecção precoce de riscos e na redução dos agravos em saúde mental de crianças e adolescentes. A função da escola, nesse sentido, não é identificar ou realizar diagnósticos de transtornos mentais, mas oferecer espaços reflexivos e de acolhimento.

Há, entretanto, uma ambiguidade no ambiente escolar tal qual no ambiente familiar, embora se tratam de lugares para o pleno desenvolvimento de crianças e adolescentes, nem sempre isso ocorre. Segundo a PeNSE⁷³, a escola também pode ser um espaço em que os adolescentes experimentam insegurança e bullying.

Lúcio trouxe a experiência de lidar com a sexualidade em um ambiente escolar pouco apoiador com a presença de bullying por partes de colegas:

Eu acho que foram diversas coisinhas né, eu passei por uns traumas quando eu tinha cerca de 12 anos de idade e também tem a questão do bullying. Eu sempre sofri bullying na escola, aconteceu uma coisa que não foi bem na escola mais por fora que me deixou bem abalado assim, e depois eu também acabei descobrindo que eu era homossexual e isso foi assim um baque pra aceitar tudo né e eu gostei de um garoto também e foi muito traumático (rs). (Lúcio)

A interação entre pares é necessária para a consolidação da identidade do adolescente, mas também pode impactar de modo negativo na sua autoestima e autoimagem. Para a prevenção e promoção da saúde de adolescentes e jovens, temas relacionados ao corpo, mudanças típicas da puberdade (acne, crescimento dos pelos, mamas), aparência, identidade, condição de saúde, raça, em que, não raro,

são motivos de julgamento, assédio e preconceito entre os próprios adolescentes devem ser abordadas, pois também podem estar nas motivações pela procura por cuidado em saúde e saúde mental¹⁸.

Gomes et al.⁷¹ abordam que o espaço escolar é também um reflexo de como as relações sociais acontecem em outros espaços. A violência entre colegas é o tipo de violência mais comum no ambiente escolar e aumentam a probabilidade de prejuízos à saúde mental tanto para as vítimas quanto para os perpetradores, a saber: autolesão, transtornos internalizantes, dificuldade em avaliar as condições da própria saúde, uso álcool e por isso. Por isso, intervenções específicas e com brevidade podem prevenir tais prejuízos bem como situações violentas de caráter físico dentro e fora da escola. O termo bullying, entretanto, pode esconder cenário social real de sofrimento que alcança determinadas pessoas:

É urgente pensar que, por vezes, nomear como bullying pode ser uma conduta de eufemizar os nomes reais do que tem ocorrido. Não é brevemente bullying, é racismo, gordofobia, lgbtqiafobia, machismo, misoginia, xenofobia e afins. É compromisso social tratar como real o que tem sido tratado ainda de forma fantasiosa e, por consequência, atenuar atos extremamente sérios.^{71:23914}

Os três adolescentes entrevistados em nosso estudo que destacaram impasses na infância ou logo no início da adolescência, também foram os adolescentes que trouxeram dificuldades na relação com a escola.

Além de Lúcio, os outros dois adolescentes que apontaram dificuldade na relação com a escola se autodeclararam pardos, Tayla e George. Embora eles não tenham referido relação entre a questão racial e o sofrimento psíquico, observamos nos estudos que cor/raça é um dos fatores de risco para saúde mental de adolescentes^{6,76,79}.

Conforme informamos esses adolescentes, inicialmente, não autodeclararam o quesito raça/cor, sendo necessário retornar ao campo para coletar tal informação. Também não encontramos dados a respeito do quesito raça/cor no AG, onde esses adolescentes são acompanhados, no levantamento realizado pela Secretaria de Saúde do município.

Tal situação é corroborada por David⁸⁷ quanto a ausência de dados acerca do quesito raça/cor em serviços de saúde. Aponta, a partir de dados coletados em um CAPSIJ acerca desta temática, a invisibilidade deste determinante como algo a ser

considerado no cotidiano das práticas e das políticas públicas. Ainda, observou haver uma alta quantidade de usuários que não declararam sua raça/cor, além de baixa quantidade de negros sendo atendidos no serviço e menos atendimentos àqueles que se declararam negros.

George nomeia de “*trauma*” o que sente na relação à escola, principalmente, devido às dificuldades em manter relações de amizade, como ele disse: “*quase todo mundo odiava eu*”, ainda na infância. A sensação de solidão e de sentir invisível, ou seja, de não sentir pertencimento social, principalmente, na escola, é apontado pelo adolescente como um fator desencadeador ou de piora do sofrimento psíquico.

Eu percebi também que eu acho que criei trauma de escola também. Por causa, tipo, um negócio que mexia muito comigo era que as piores fases das minhas crises, todos amigos, que era tudo da minha sala, esses amigos fingia que eu nem existia, então eu tinha que ver eles todos os dias na escola, então esse negócio mexia muito comigo, sei lá. (George)

No momento da pesquisa, Tayla foi a única adolescente, mulher e parda, que estava afastada do ambiente escolar, mantendo estudo domiciliar, por conta de questões em saúde mental. Afirmou que sempre teve “pânico” dentro da escola, mas que passou sentir medo de sair de casa para ir para a escola. Também aparece o tema do “trauma” em sua fala:

Pelos traumas de quando eu era pequena de sofrer muita coisa dentro de uma escola, muitas. [Pesquisadora: como eram esses traumas?] Não é maus tratos eu diria... começou desde pequena, eu sempre tive muito medo de chegar, eu sempre tive isso, esse medo de alguém chegar pra brincar comigo e eu me sentir mal por não entender algo, porque eu me cobro demais quando eu não entendo algo. (Tayla)

A adolescente conta a experiência de retornar para as aulas presenciais após a pandemia e uma escola de ensino médio. A nova escola foi destacada como um “sonho”, porque a família toda havia estudado, porém, sentia que havia uma cobrança excessiva no ambiente escolar quando assumiu algumas funções, representante de turma e “técnica laranjinha”:

Eu acho que a tensão que eles davam, lá dentro daquela escola eles cobravam tanto demais, demais, demais, demais mesmo! E eu participava de tudo, como eu falei, eu gostava muito de estudar, então eu era representante, eu ajudava a recepcionar os alunos novos, eu

ajudava em tudo. Técnica de laranjinha que era que cuidava da escola toda. Eu passei, consegui, fazia isso e começou a cobrar e isso também era meio difícil, se você errava uma coisa já passavam um verbo em você, era bem pesadinho até. (Tayla)

Quando a adolescente fala sobre ser “técnica de laranjinha”, se refere ao Programa de Ensino Integral (PEI) que tem como proposta o acolhimento inicial e diário da escola aos novos estudantes. O Acolhimento fica sob supervisão do Vice-Diretor e deve ser efetivado de jovem para jovem. O programa se volta para o acolhimento e o desenvolvimento socioemocional dos jovens na transição para o ensino médio, fase em que há o início de uma preparação para a vida adulta⁸⁸.

Nesse momento que o estudante terá o desafio de dar as boas-vindas aos novos estudantes, mostrando as novas metodologias, formas de atuação, terão a rica oportunidade de dar o *START* e já começar a construção do Projetos de Vida de cada um”.^{88:5}

Pode-se observar que, embora, o programa foque na perspectiva do protagonismo juvenil. Na experiência de Tayla ocupar tantas funções na escola foi um dos disparadores do sofrimento psíquico por conta da sobrecarga e também por sentir que era cobrada em demasia pela equipe diretora. O acolhimento que a adolescente estava escalada para ofertar aos outros estudantes – após uma pandemia com piora significativa das questões em saúde mental nos jovens, ela própria parece não ter sentido que recebia na escola.

Estudos apontam que material didático e relações interpessoais hostis são aspectos que podem levar, direta ou indiretamente, alunos negros a terem dificuldade de aprendizagem e à exclusão deles da escola ou para que continuam na escola, há relatos de um sentimento de inadequação ao ambiente escolar e um sentimento de inferioridade. Tal cenário explica piores indicadores educacionais para os estudantes negros⁸⁹.

Há limitações em nosso estudo para a discussão da relação das questões raciais e a saúde mental, tendo em vista que os adolescentes não trouxeram relatos acerca de tal vivência. Todavia, sabe-se que há um silenciamento dos jovens diante violências sofridas na escola⁶⁹. Com as questões raciais tal cenário é preponderante.

O desenvolvimento dos adolescentes e a construção de identidade nessa faixa etária passa pela possibilidade de pertencimento a um grupo social, sendo fatores de

proteção a facilidade em fazer amigos, estar em um ambiente apoiador seja na família como na escola⁷³.

Pode-se afirmar que os adolescentes em nosso estudo demonstraram preocupação com o desempenho escolar e abordaram a construção de projetos de vida que envolviam o trabalho e a continuação dos estudos, como faculdade ou cursos. A possibilidade de construção de projetos de vida e qualificação profissional é um fator protetivo nessa faixa etária, contanto que sua viabilidade leve em conta os fatores sociais, econômicos, políticos e culturais⁸⁵. As falas seguintes exemplificam isso:

Ahh, meu sonho é contabilidade na USP e eu pensava assim: “o que eu vou fazer depois, quando eu fizer dezoito anos de idade? Vou continuar estudando, vou fazer uma universidade, vou trabalhar, vou pegar um ano pra não fazer nada só relaxar, aproveitar ou estudar mais pro ano seguinte?” (Lúcio)

Na tarde eu separo o tempo mais para ficar com minha mãe, com a minha família e agora com dezesseis anos eu procuro trabalhar também, porque eu quero dá uma ajuda dentro de casa (Tayla)

Agora eu vou entrar na faculdade né?! Então vai ser assim, vou ficar a noite né, estudando, eu não sei qual o horário direito, mas é a noite. Vou aprender bastante coisa né que vai ser muito bom pra minha vida, oportunidade de emprego né?! (Heitor)

No caso de Maria, há o relato de que o profissional de saúde ter articulado junto à adolescente o projeto de vida dentro do acompanhamento em saúde mental foi importante para a vinculação ao tratamento proposta. Conforme Nasser et al.¹⁸ ajudar os adolescentes a refletirem sobre seus projetos de vida pode ser uma maneira de melhorar a vinculação e a participação deles nos serviços de saúde.

*Daí ele [psiquiatra] falou “Vamos melhorar você, pra você também fazer um intercâmbio, pra você poder viajar sem estar tomando nenhum remédio. [Pesquisadora: **Você tem essa vontade?** Tenho! Tenho vontade de ser animadora tipo trabalhar na Disney ou algum lugar, fazendo animação. Daí eu tenho vontade de viajar fora pra encontrar uma faculdade, um lugar que trabalhe com isso (Maria)*

A exigência de que os adolescentes pensem em projetos de vida pode também se apresentar como fator estressor. Lúcio contou que no último ano do ensino médio esteve em diversas atividades escolares ao mesmo tempo com o objetivo de passar

no vestibular, mas no final do ano sentia-se exausto, já Tayla descreveu a sensação de se sentir pressionada ao lidar com as expectativas dos adultos acerca do futuro:

Então chegou ali para outubro, mais ou menos, eu já tava com a cabeça exausta por causa, tipo, três escolas...muito cansativo. Duas escolas e mais o curso de inglês, nossa, eu não tava aguentando mais (Lúcio)

Você chega numa festa de família que você é adolescente, a primeira coisa que vão perguntar é o que você quer fazer no futuro e se você não pensar agora você vai ficar desempregado e ser nada na vida, sempre falam isso. Fala pra qualquer adolescente, é impressionante, não tem um que não fale que não escutou isso. Pedem tanto que desanima. Tem uma pressão demais, a gente sabe o que quer, só que quando a gente fica escutando demais, parece que isso vai desanimando (Tayla)

Vimos em Castro et al.²⁵ que uma das tendências da escola e da família em lidar com a adolescência se refere à concepção de uma fase transitória para a vida adulta que exige que os jovens sejam ajustados e preparados para assumir um papel social produtivo. A inserção no mercado, entretanto, não tem sido mais uma garantia para os jovens e, principalmente, aos de classe baixa. Sendo assim, se veem pressionados a trabalhar ainda que em trabalhos precários.

Em nosso estudo refletir sobre o projeto de vida foi uma tarefa que os adolescentes estavam se debruçando, mas notam que também há uma dificuldade dos adultos em sustentarem o processo da reflexão e construção, inclusive, a partir das incertezas e dúvidas.

5.4 ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS (IT): CUIDADOS RECEBIDOS E AVALIAÇÃO PELOS ADOLESCENTES

Neste capítulo discutiremos o acesso dos participantes ao *conjunto de pontos* na rede formal de cuidado e na rede informal, visando apresentar, na ótica dos próprios adolescentes, potencialidades e/ou barreiras para a efetivação da resolutividade do cuidado em saúde mental.

Retomamos a compreensão de Bandeira e Onocko Campos⁵⁶ de que resolutividade se trata da avaliação da tríade responsabilização/vínculo, integralidade

e continuidade do cuidado e, não necessariamente, a resolução definitiva das questões em saúde mental. Por se tratar de adolescentes, acrescentaremos à tríade também a intersectorialidade para a discussão de resolutividade.

Escola

Os participantes demonstraram quando se tratava de pedir ajuda para articular o itinerário de terapêutico, a família e a escola foram os lugares que os adolescentes procuraram em um primeiro momento. O adolescente busca ajuda em seu território, ou seja, na rede pessoal e institucional mais próxima, sendo a escola um desses pontos fundamentais⁹⁰.

Eles [escola] tava vendo que eu tava tipo passando por uma fase ruim. Eles pediram pra minha mãe procurar psicólogo pra mim no postinho (George)

[...] Conversei logo no começo mesmo, no começo eu passei com ela [psicóloga da escola] duas vezes. Eu que pedi, eu cheguei e pedi. Eu falei que eu tava precisando muito, aí eu tentei me encaixar no horário da psicóloga e passei com ela. Depois a segunda vez só que ela [mãe] ficou sabendo, que aí a escola que informou ela que eu tava pedindo pra passar de novo e tudo mais (Thayla)

A escola apareceu com um lugar estratégico para identificação do sofrimento psíquico dos adolescentes e para a articulação intersectorial, inclusive, em tempo oportuno, conforme aponta Silva et al.^{86:98}: “as escolas são ambientes privilegiados, tanto para a promoção do desenvolvimento e de fatores protetivos quanto na detecção de riscos e na redução de danos de agravos psicossociais”.

No itinerário de dois dos participantes, George e Tayla, entretanto, a escola aparece de forma pontual neste momento inicial, não reaparecendo como lugar de continuidade do cuidado ou mesmo em comunicação direta com outros pontos da rede. Para George a escola aparece como orientadora da família a buscar a unidade da APS para iniciar o cuidado especializado.

Já no caso de Tayla, a adolescente avalia que a escola não efetivou responsabilização/vínculo e nem a continuidade do cuidado. Em duas conversas com a psicóloga da escola orientou procurar outra profissional porque a situação “era séria” e, depois, a escola informou à mãe. Houve demora para receber acolhimento, além

de algum encaminhamento não ter acontecido em tempo oportuno, com a piora do sofrimento psíquico da adolescente, foi necessário o afastamento do ambiente escolar.

Conversei logo no começo mesmo, no começo eu passei com ela duas vezes. Eu que pedi, eu cheguei e pedi. Eu falei que eu tava precisando muito, aí eu tentei me encaixar no horário da psicóloga e passei com ela [...] falou pra procurar alguém mais avançado também pra conversar, porque era séria a minha situação. A psicóloga nem era daqui eu pedia e demorou pra caramba e não fizeram nada eu falei, eu falei "mãe, a gente vai ter que ir atrás mesmo sem ela ter que pedir e nem a escola" (Tayla).

A mãe, então, passou a ser a única responsável pelo percurso de procura de cuidado para a filha acionando a própria rede informal, no caso uma patroa, e também o Conselho Tutelar. O Conselho Tutelar é reconhecido pela adolescente como quem garantiu o acesso aos serviços da saúde e o orientou que o Ambulatório Geral (AG) era o ponto da RAPS para o cuidado de adolescentes, inclusive, por conta de uma possível comunicação com a escola, algo que não apareceu na narrativa da participante.

Até o Conselho Tutelar falou que eles [escola] que deviam ter indicado, porque eu tava fazendo psicóloga [...] Eles [Conselho Tutelar] conseguiram uma vaga aqui e me encaminharam. Continuamos aqui porque o Conselho Tutelar falou para a gente continuar aqui, passar por aqui, porque aí a gente tipo, passava por aqui e já comunicava a escola e tudo mais. Foram até bem rápidos. Questão acho que de umas duas semanas, eu acho, foi logo de cara. (Tayla)

A intersectorialidade é tida como uma exigência para o cuidado de crianças e adolescentes⁴⁷, mas o que ainda se observou foi a falta de articulação e de uma rede de apoio à adolescente e sua família, inclusive, gerando desassistência, sendo esse um dos desafios a serem enfrentados pela política de SMIJ^{21,48,86,91}.

Nos achados de Paz et al.⁴⁸, a escola também se mostrou despreparada que tange às demandas em saúde mental não realizando orientações adequadas para o cuidado especializado. Às famílias coube descobrir a rede de cuidados, sendo que o Conselho Tutelar foi referido como instrumento à garantia da saúde. Em nosso estudo também o Conselho Tutelar foi considerado como uma porta de entrada para a RAPS do município.

Família

Félix et al.¹⁵ ao discutirem os desafios para acesso das famílias à RAPS infanto-juvenil, referem observar que o itinerário em busca de cuidado em saúde mental se iniciou a partir das mulheres. Estas ao perceberem alguma questão comportamental nas crianças buscaram na rede formal, através das unidades básicas de saúde, ou com familiares e conhecidos com intuito de obtenção de orientações ou encaminhamentos para serviços especializados adequados.

A mulher, como figura familiar, é tanto procurada pelos adolescentes como pela escola como principal responsável por buscar e acompanhar o adolescente no itinerário terapêutico dos participantes. Apenas no itinerário de Heitor ele refere que os pais procuraram ajuda para ele. Os homens, a não ser profissionais médicos e um pastor, não apareceram no discurso dos adolescentes como figuras com alguma participação no cuidado. Taño et al.⁹² refere que o cuidado principal de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico fica, em geral, sob responsabilidade das mulheres (mães e avós) sem contar com uma rede de apoio para dividir tal sobrecarga, se sentem sozinhas.

[os pais] Ah que iam ver, tentar procurar um tratamento e aí que começou lá, primeiro foi no CAPS lá de São Paulo. (Heitor)

Daí a minha mãe falou “Ah vamos na Santa Casa vê o que que ela tem” que ficava com falta de ar, daí a gente pensava: “será que é Covid?”. Porque a Covid dava os mesmos sintomas quase. Daí a gente foi lá, daí a moça explicou que eu tava ansiosa, crise de pânico, tudo. (Maria)

Ahh, na verdade eu já tinha identificado isso [dificuldade para dormir], mais eu nunca tinha ido atrás de um profissional em si, mas eu tenho uma prima que é psicóloga e ela, assim, identificou, me ajudou a identificar que eu tinha essa ansiedade. E aí isso me motivou a vim no clínico geral e comentar sobre e tentar buscar um tratamento para isso né?! [você veio sozinho?] Eu vim acompanhado da minha mãe, mas aí eu comentei com o clínico normal também sobre a minha ansiedade. (Lúcio)

Há um processo de peregrinação, pois familiares apontam a dificuldade de acesso na atenção primária, secundária e terciária, obtendo respostas vagas e encaminhamentos pouco específicos, o que prolongaria a peregrinação entre

serviços. Ainda assim, para além de um diagnóstico, não raro, precipitado e patologizante, as famílias demonstram a necessidade de serem acolhidas e receberem a continuidade do cuidado adequado: “A procura por tratamento foi relatada como longa, desgastante e frustrante. A nomeação que alguns familiares dão aos seus percursos, e que usaremos como analisador da instituição saúde mental, é a de “peregrinação”^{93:7}.

Rede Informal

A rede informal apareceu de maneira mais destacada na narrativa dos adolescentes em momento anterior ao início da busca por cuidados especializados em saúde mental. Ainda, quando houve barreira ao acesso ao cuidado procurado ou quando estes se mostraram insuficientes.

Os amigos apareceram como “apoio” ao longo dos anos em momentos em que o adolescente se sentia ansioso, associando a música como recurso para lidar com tal estado.

Eles [amigos] sempre tentaram me acalmar quando eu tava me sentindo assim ansioso, sempre tiveram e isso foi algo que me ajudou, que me salvou durante esses anos todos, a música e os meus amigos (Lúcio)

Maria destacou que devido à pandemia, a igreja manteve cultos com poucas pessoas e por menor tempo, não havia outros adolescentes e ela mantinha pouco contato com os amigos da escola por redes sociais. Após ter procurado cuidado na rede formal de saúde, no Pronto Atendimento, e continuar não se sentindo bem: chorando muito, não percebendo melhora após a conduta terapêutica do serviço de saúde, procurou o pastor para falar o que estava sentindo. O pastor além de fazer orações, perguntou sobre as amizades da adolescente:

Falei que não estava bem, que estava chorando muito, não tendo bons pensamentos, que eu estava muito ruim. Ele orou pra mim e perguntou se eu tinha amizade na escola, daí eu falei que sim, só que eu não conversava muito com eles, por whatsapp com eles. Tipo, eu conversava com eles na escola, só que eu sou aquela quieta da escola sabe?! Tipo que não conversa com ninguém, antes, não conversava com ninguém. (Maria)

A falta de responsabilização/vínculo e a descontinuidade do cuidado pela escola, na experiência de Tayla e sua família, fizeram com que a mãe buscasse entre os conhecidos, no caso a patroa da avó de Tayla, alguma indicação de como poderia ajudar a filha. A indicação se tratava de uma psicóloga particular que a família não tinha condição de pagar e por isso, também a busca do Conselho Tutelar em paralelo.

Foi a patroa da minha vó, que a filha dela lá passava com ela [psicóloga particular]. Indicou, falava que a moça era muito boa e tudo mais. Fomos só uma vez. É porque tava muito brava a situação, minha mãe ficou muito preocupada (Tayla)

Conforme Alves et al.⁵² é na arena “popular” dos sistemas de cuidado, ou seja, no campo leigo não especializado – automedicação, amigos, vizinho, assistência mútua e também a família, que se constitui tanto as explicações e resoluções de cuidado em saúde. Bellato et al.⁵³ encontraram dados semelhantes, a família tem sido o principal lugar que gerencia o adoecimento e também as tomadas decisões quanto às estratégias de busca de cuidado.

Atenção Primária à Saúde

A Atenção Primária é a principal porta de entrada para o SUS, principalmente quando nos referimos ao atendimento ao território com a capacidade de produzir relações de vínculos entre produzir relações de vínculos entre usuários e profissionais³⁸.

Entretanto ao analisarmos os itinerários dos adolescentes, a Atenção Primária (APS) apareceu de forma pouco expressiva em seus itinerários. Retomamos que se trata de um município que não possui CAPSIIJ tampouco equipes NASF, além disso, mais da metade da cobertura da Atenção Primária é realizada através de OS, o que pode ter impacto na estabilidade do vínculo empregatício dos trabalhadores da Atenção Primária.

George e Lúcio contam que a Atenção Primária foi o primeiro lugar da rede formal que acessaram para buscar cuidados em saúde mental. No itinerário de George, a busca feita pela mãe na unidade básica, como indicação da escola, ensejou em duas consultas com o médico clínico em cerca de 2 ou 3 meses. O adolescente nomeia como psiquiatra, pois este havia prescrito medicações, mas a avaliação do

participante é de que não houve melhora. Ele não traz dados acerca da vinculação da APS como parte do seu território:

Antes de eu começar no Caps eu tinha ido no psiquiatra do postinho [...]. Eu tava tomando, tipo, um comprimido só, não tava ajudando nada. Aí depois disso, depois de uns dois, três meses, eu voltei lá e minha mãe falou para ele que não tava fazendo efeito nenhum, aí o médico foi e falou pra eu tomar dois comprimidos (George)

Quanto a Lúcio, a UBS de referência da família encontra-se no Ambulatório Geral (AG) e, motivado pela prima psicóloga, este foi o lugar procurado para início da busca por cuidados em saúde mental. O adolescente demonstra que a proximidade com a APS foi importante para falar sobre questões em saúde mental em um atendimento:

eu vinha aqui [APS], eu fazia os exames normal, mas era com outros, outros profissionais, eu não lembro na verdade os nomes. Mas agora vem sendo só com ele. Desde os quinze eu passo com esse clínico geral que é o José [...]. Depois de fazer todos os check-up normais, que faço todos os anos, e exames de sangue, eu relatei para ele que eu estava apresentando assim, provavelmente muita dificuldade pra dormir ne?! (Lúcio)

Os trabalhadores de saúde tendem a valorizar as tecnologias duras e leves, ou seja, procedimentos, orientações, encaminhamentos, entretanto, cabe destacar a potencialidade das tecnologias-leves, o diálogo, a escuta, o acolhimento, que constroem vínculo e, assim, confiança para a efetivação do cuidado de forma integral, interdisciplinar e intersetorial⁹⁴. O vínculo apareceu como algo construído através do acompanhamento longitudinal na mesma unidade, mas também com o mesmo profissional.

É legal, porque dá para ir acompanhando e eles tem as nossas fichas, daí eles vão vendo o que a gente mudou, o que a gente pode mudar, então eu acho muito interessante isso [...]. Também, já pega, já tá mais familiarizado ali com os profissionais, a gente fica mais aberto para falar, eu gosto (Lúcio sobre o atendimento na Atenção Primária).

Estudos realizados sob a ótica dos próprios adolescentes, encontraram algumas pistas acerca da dificuldade dos adolescentes em se vincularem às unidades básicas de saúde e às equipes de ESF, a saber: não-estruturação dos serviços para

acolher adolescentes, ações da ESF reduzidos à programas específicos e que impacta na representação social de que os serviços da ESF são voltados, exclusivamente, à mulheres, crianças e idosos, além disso, a concepção dos adolescentes a respeito do processo saúde e doença, não raro, atravessada pelo modelo biomédico^{95,96}.

Na perspectiva de Lúcio, a possibilidade de ter o mesmo médico desde os quinze anos foi fundamental para estabelecer uma relação de confiança para tratar de temas em saúde mental.

Fernandes et al.⁹⁶ apontam que devido à precariedade dos vínculos empregatícios e à rotatividade de profissionais na APS, há um desinvestimento nos processos de educação permanente voltados para o atendimento desta população na APS. O aprimoramento do profissional por meio da educação continuada, favorece a qualificação da assistência para o estabelecimento do vínculo profissional-usuário, mas também contribui para diminuir tal rotatividade.

Mesmo com experiências diferentes, é possível afirmar que houve acolhimento e responsabilização pela demanda trazida pelos adolescentes. Quando se trata da integralidade do cuidado, notou-se que na primeira consulta de Lúcio já ocorreu o encaminhamento para profissionais da psiquiatria e psicologia. Com George, o adolescente traz o relato de que na primeira consulta na APS houve introdução de medicação, além disso, iniciou o acompanhamento com uma Terapeuta Ocupacional do CAPS II adulto do município e retornou à segunda consulta enquanto realizava o atendimento no CAPS.

ele [Clínico] me passou uma guia pra passar com psiquiatra, com o Manoel e com uma psicóloga aqui, por acaso eu esqueci o nome. Dai hoje eu vim aqui, é a primeira vez na verdade que eu passei com um profissional desse tipo e a consulta com a psicóloga é amanhã (Lúcio).

Ai do psiquiatra do postinho, eu fui pro CAPS e de lá eu nem sei se ele encaminhou, mas, acho que minha mãe que marcou pra mim no CAPS. Passei só com a Dra. Joana lá [CAPS II]. Eu ia acho que uma vez por semana assim. Acho que foi uns dois, três meses (George)

As ofertas realizadas pela APS focaram na prescrição de medicação e encaminhamento para outros especialistas, seja do Ambulatório ou do CAPS II. Algo já apontado por Ayres et al.³⁸ quanto ao modelo biomédico focado em queixa-conduta e que ao se deparar com o sofrimento psíquico em adolescentes, tanto pediatras

quanto clínicos realizavam encaminhamento para outros profissionais das equipes multiprofissionais, como a equipe NASF.

Lúcio trouxe a queixa de dificuldade para dormir para o médico clínico, o adolescente não relatou nenhuma orientação ou abordagem a respeito do que poderia estar levando a tal situação. Na narrativa dele, quando conversou com a prima, ela fez algumas indicações e orientações a respeito da higiene do sono, por exemplo, a redução do uso de eletrônicos antes de dormir.

Ela [prima] na verdade me passou um, como é que fala, em método de leitura, evitar algum tipo de dispositivo que libere muita dopamina antes de dormir, pra melhora minha rotina de sono, porque sempre fui muito desregulado na minha rotina de sono por causa da ansiedade [...]. Mas aí eu acabei procurando por um profissional pra que ele pudesse indicar um medicamento pra ansiedade também, acho que isso, assim sempre achei que isso poderia me ajudar [...] (Lúcio)

Não aparece na fala do adolescente, a abordagem do profissional da APS ao lidar com questões relacionadas a saúde mental ou mesmo alguma problematização quanto ao uso de medicação, houve apenas o encaminhamento.

No caso de George, embora não fique claro, mas aponta-se um cuidado compartilhado entre as duas unidades – CAPS e Atenção Primária, tendo em vista que o relato do adolescente de que a profissional do CAPS II estava “vendo como que eu ia ficar tomando sertralina” (George), medicação prescrita pelo médico clínico, depois houve nova consulta com o mesmo médico.

Não mapeamos nenhum outro tipo de ação ou oferta nas unidades da APS, além das consultas individuais com médico. Outras atividades no território que tivesse sido utilizada para compor o projeto terapêutico singular dos adolescentes, também não foram destacadas nos itinerários analisados. Além disso, a articulação intersetorial, principalmente, com as escolas não foram citadas.

O que corrobora com o estudo de Silva et al.³⁹ ao observaram, através de levantamento de prontuários e observações em campo em uma unidade básica de saúde. Eles identificaram que as principais queixas que levaram os adolescentes ao acompanhamento especializado em saúde mental foram as queixas escolares e comportamentais (44% e 33% respectivamente), sendo que a conduta terapêutica em 77% dos adolescentes foi retorno individual com profissional.

Atenção Secundária – Centro de Atenção Psicossocial

Analisaremos os pontos da rede que foram acessados pelos adolescentes na Atenção Secundária, especificamente, os CAPS destacados nos Itinerários Terapêuticos de George e de Heitor. Os CAPS são serviços substitutivos ao modelo hospitalocêntrico antes da RPB, no caso dos CAPS infanto-juvenis são estratégicos na organização de cuidado em saúde mental, principalmente, levando em conta o histórico de institucionalização, tutela e exclusão de crianças e adolescentes nas políticas públicas^{3,10,14}.

Por Heitor ter iniciado o itinerário terapêutico em São Paulo, cidade onde residia em 2019, pôde trazer a experiência do primeiro lugar de cuidado ter sido um CAPS infanto-juvenil. O CAPSij se apresentou como um serviço que intermediou o encaminhamento para um ambulatório vinculado a um hospital universitário.

[CAPSIJ] Não ajudou muito, foi intermediário, mas aí depois que teve o encaminhamento ali pro ambulatório foi muito bom. Aí como tinha fila no ambulatório, demorou um tempo para ir pra lá. Aí até então, eu tive que ficar indo no CAPS, aí depois finalmente eu cheguei no ambulatório. (Heitor)

Para George quando houve o encaminhamento da APS para o CAPS II, o adolescente compreendeu que havia uma continuidade do cuidado ofertado na APS, através de atendimentos semanais.

Ela [Joana, CAPS II] tipo tava vendo como que eu ia ficar tomando tomando sertralina. Ai ela tava anotando, tipo falando, fazendo as perguntas pra mim e eu respondendo. Para ver como eu reagia tomando Sertralina. (George)

No caso de George se tratava de um CAPS para adultos e a oferta se tratou de atendimentos individuais semanais com um Terapeuta Ocupacional com algum compartilhamento de conduta com a APS, pois o adolescente enquanto era atendido no CAPS II retornou a uma consulta na unidade básica.

Minha mãe mesmo sabia de lá. Ela fazia lá, não sei se ainda faz, mas ela fazia lá, ela passou com o, esqueci o nome do Doutor lá, mas é psicólogo também do Caps. Aí a minha mãe que marcou pra mim pra eu passar lá (George)

Com Heitor a oferta se circunscreveu a atendimentos médicos com prescrição de medicação. Os dois participantes referem gostar dos atendimentos que realizam, mas não avaliam que houve resolutividade, algo destacado, principalmente, por continuarem apresentando sensações e sentimentos com os quais haviam chegado nesses serviços.

O tratamento foi balizado através da medicação e que, enquanto estavam nesses serviços, não sentiram que houve resolutividade, ou seja, melhora das sensações e sentimentos que chegaram no serviço.

O tratamento não era tão adequado assim e o remédio que eles tavam me dando... tavam dando fluoxetina, só que não adiantava nada. [...] Só ia com atendimento com médico. (Heitor)

Tava sendo bom até, tava gostando. Ah ajudar, ajudar não ajudou muito, sei lá, eu só falava que que tava acontecendo, mas voltava pra casa e tipo não ajudava nada, contava e não mudava nada. Parece que continuava tipo tudo de novo, tudo o que eu tava passando e tal. (George)

Em pesquisa realizada por Reis et al.¹⁰ acerca da caracterização dos CAPS infanto-juvenis de São Paulo, observou uma preponderância de atendimentos individuais (51,8%), sendo que as atividades extramuros se mostraram pouco expressivas. 31,1% contavam com alguma proposta para os familiares.

Os CAPS se diferenciam do modelo ambulatorial ao atenderem uma população com demandas graves em saúde mental e, por isso, cabe a oferta de cuidados intensivos e semi-intensivos através de propostas comunitárias e territoriais¹⁰. Para Ribeiro et al.⁴⁴ algumas atividades são tidas como comuns nos CAPSIJ, a saber: ambiência, realização de grupos e oficinas e atendimentos. Tais ofertas não foram citadas pelos adolescentes entrevistados que acessaram os serviços de saúde do tipo CAPS.

Há uma avaliação de que houve acolhimento e responsabilização pelo cuidado em saúde mental, mas, não foram relatadas outras propostas terapêuticas, além dos atendimentos individuais e/ou prescrição de medicação, principalmente, em momentos sentidos como de agudização dos sentimentos e sensações de sofrimento psíquico.

Afinamos com o pensamento de Fernandes et al.⁹⁷, principalmente, ao nos referirmos a aposta de que os Caps, principalmente, os CAPS infanto-juvenis consigam ampliar as estratégias de cuidado além do indivíduo e da expectativa da remissão dos sintomas utilizando a medicação:

Cabe observar que, ao apostar em processos de cuidado que não sejam disparados pelo viés da medicalização e da individualização das problemáticas, não estamos negando ou nos opondo às práticas que se produzem pelo viés das especialidades clínicas ou psiquiátricas, pelo contrário, reconhecemos que eles fazem parte dessa costura coletiva de estratégias de cuidado.⁹⁷

Retomando Costa-Rosa¹¹, o modelo da atenção psicossocial se apresenta a partir de práticas em saúde mental que ampliem a concepção de saúde e doença, que pressuponham que tanto o sujeito quanto o território devem ser tomados como parte do cuidado a ser realizado, dessa forma, as ofertas terapêuticas visam ampliar a produção de vida e não, necessariamente, a supressão dos sintomas.

Refletir sobre a implementação da atenção psicossocial e da Reforma Psiquiátrica no Brasil, exige, inclusive, avaliar os dispositivos substitutivos, como os CAPs, os arranjos institucionais, o modo de fazer clínica e sobre qual paradigma tem sido fundamentado o processo de trabalho. A lógica da ambulatorização pode estar presente, inclusive, nesses serviços e também na APS.

Urgência e Emergência

Apenas uma adolescente, Maria, em nosso estudo relatou ter acessado a urgência e emergência do hospital do município. Vivenciou durante a pandemia sintomas que se assemelhavam à infecção por Covid-19, principalmente, a falta de ar. Com a piora dos sintomas e pela dúvida quanto ao que se tratava tais sintomas, a mãe levou a adolescente até a urgência.

Daí a minha mãe falou “Ah vamos na Urgência vê o que que ela tem”, que ficava com falta de ar, daí a gente pensava: “será que é Covid?”. Porque a Covid dava os mesmos sintomas quase. Daí a gente foi lá, a moça explicou que eu tava ansiosa, crise de pânico tudo (Maria)

Quando questionamos à adolescente sobre a conduta terapêutica e os encaminhamentos oferecidos, a adolescente diz que houve prescrição de uma

medicação, orientada a voltar para casa, pois estando numa unidade que atendia à urgência para casos de Covid-19, corria risco de se contaminar.

Fiz só fiz o atendimento e fui embora para casa, passou o remédio e fui embora pra casa. Porque lá tava uma bagunça com a Covid, tipo, eles faziam rápido o atendimento e já falava “Vai pra casa que aqui, senão você vai pegar Covid aqui e tudo”. Daí a moça passou o remédio e falou que era pra mim relaxar que vai ficar tudo bem

[Pesquisadora: E você achava isso?]

(Risada). Não! (Maria)

Rossi et al.⁴ analisaram o itinerário de cinco adolescentes de São Carlos, cidade de médio porte, em busca de cuidado em saúde mental ao vivenciarem a crise em saúde mental. Destes adolescentes, quatro, procuraram ajuda na Unidade de Pronto Atendimento (UPA), sendo encaminhados para APS ou serviço especializado em Saúde Mental. Destacam que a trajetória UPA-CAPS III-CAPSIJ referida pelos adolescentes, aponta para uma RAS estratégica para a detecção e continuidade de cuidado.

Observamos que no pronto atendimento do município estudado aconteceu a detecção do sofrimento psíquico da adolescente e a conduta terapêutica se circunscreveu a prescrição medicamentosa. Embora a adolescente avalie que houve acolhimento por parte da profissional, não foi realizado nenhum encaminhamento ou mesmo orientação sobre lugares ou serviços de continuidade para o cuidado em saúde mental.

A adolescente não sabe como a mãe escolheu o Ambulatório Geral para dar seguimento aos cuidados, mas aponta que o percurso até lá foi realizado pela própria família, inclusive, o pedido para antecipar a avaliação da adolescente que apresentou piora do quadro – não conseguia dormir, comer, desenhar, chorava e não queria ficar longe da mãe.

Para adolescente o atendimento da urgência e emergência não foi resolutivo tanto pela conduta terapêutica quanto pela ausência de outros encaminhamentos, embora a profissional tenha sido considerada receptiva e acolhedora.

Ah a moça foi de boa, foi falando tranquila comigo, só que daí, tipo, acho, eu não sei se foi meus pais, mas acho que foi a psicóloga mesmo falou também, que ela devia ter passado um remédio mais forte pra mim. O remédio que ela passou pra mim, não fez nem cócegas em mim. Daí ela devia já ter me encaminhado para um

psiquiatra, para ele passado um remédio bom pra mim, pra mim não ter que ficar naquela situação e chorado (Maria).

Cabe interrogar se tal funcionamento se manteve restrito ao momento da pandemia em que serviços de saúde ao lidarem com as demandas decorrentes da covid-19, não conseguiram realizar adequadamente outras ações de saúde, incluindo, articulação de rede, encaminhamento adequado.

Ambulatório

No presente estudo, os cinco adolescentes tiveram como desfecho do itinerário a chegada no Ambulatório. Mesmo Heitor que iniciou o IT em uma cidade de grande porte que contava com CAPSIJ, apontou a chegada no Ambulatório como desfecho do itinerário. Apontamos “desfecho” não como sinônimo de resolução da questão em saúde mental, mas referente à compreensão do adolescente de que estava em um serviço específico para cuidar do sofrimento psíquico no momento da pesquisa.

A portaria 224/92 define o atendimento em saúde mental a nível ambulatorial com um conjunto de atividades que podem ser desenvolvidas nas unidades básicas, Centros de Saúde e/ou ambulatórios especializados. As ofertas de atendimento a serem realizadas pela equipe multiprofissional contemplariam atendimentos individuais, ofertas grupais, visitas domiciliares, dentre outros.

No Ambulatório Geral do município campo desta pesquisa, observamos que Lúcio na primeira consulta com médico clínico abordou o tema da saúde mental, foi encaminhado para especialistas: psiquiatra e psicólogo, tendo sido atendido por estes profissionais em duas semanas.

A primeira consulta com o psiquiatra tinha acontecido no dia da entrevista da pesquisa e o adolescente demonstrava expectativa de reduzir a ansiedade que, segundo ele, teria piorado na adolescência. As ofertas terapêuticas se basearam na prescrição de medicação e encaminhamento para nutricionista para iniciar atividade física.

Ah consulta já faz duas semanas [com clínico] eu não vou lembrar o dia certinho, mas já faz umas duas semanas mais ou menos. Consegui passar com o psiquiatra hoje e com a psicóloga amanhã. [...] Eu também tenho interesse em começar fazer academia, até eu cheguei

a comentar com ele, daí ele achou legal né, eu passar com uma nutricionista e eu também tinha interesse já de passar. Ele passou os remédios de ansiedade, de ansiedade, ele passou dois (Lúcio).

Ao ser encaminhado do CAPS II para o AG, George também conta que passou a ser acompanhado inicialmente por psicóloga e, logo em seguida, com psiquiatra: *“Eu passei lá com a Dra. Joana e acho que fiquei uns dois três meses. De lá a Dra. Joana [CAPS II] marcou pra eu passar com a Lívia [AG], com a Dra. Lívia. Aí eu não sei quem que marcou, mas eu comecei a fazer com o Dr. Manoel”* (George).

Maria relata que a mãe agendou a consulta com psicóloga através da recepção do Ambulatório Geral para cerca de 1 semana a frente. Porém, na sua experiência, embora o atendimento tenha sido agendado com brevidade, não houve acolhimento em ato quando a família procurou o serviço.

Ah foi rápido de marcar, que ela [mãe] tinha agendado só que daí era, tipo assim era semana agora, daí a psicóloga ia ser só semana que vem. Daí foi passando os dias que tava demorando muito pra chegar o dia da psicóloga, daí eu comecei a ficar ruim, pior, falando: “Reagenda psicóloga o mais cedo possível”. Daí que eu vim pra cá falar com a psicóloga, que é a Regina. Daí ela perguntou o que que eu sentia, daí eu falei e eu também estava tendo pensamentos...sabe de ansiedade? Então eu falei, daí ela falou “Nossa! você está muito ruim “, daí ela falou: “Passar você urgente pro Manoel” [psiquiatra].
(Maria)

Dessa forma, não houve avaliação quanto a demanda - gravidade ou urgência do caso para atendimento quando a adolescente e a família acessaram o serviço. No relato da adolescente, somente quando foi atendida pela psicóloga, houve a avaliação de que seria necessária a avaliação médica. A orientação da profissional era de que adolescente aguardasse que o médico atendesse todos os pacientes e, ao final, fosse falar com ele quanto ao atendimento:

Ela [Psicóloga do AG] falou “Ó quando o doutor terminar de atender todos os pacientes, daí você vai lá e fala com ele” daí ficamos aqui a tarde inteira esperando, daí eu passei finalmente com ele e ele me passou um remédio (Maria)

Observando a experiência da adolescente em que já vinha de um percurso terapêutico através da rede de Urgência e Emergência com piora do quadro, pode-se notar que no AG não houve acolhimento e avaliação no momento de procura do

serviço, ou seja, em tempo oportuno. A organização do trabalho realizada apenas por agendamento de atendimento sem avaliar em tempo oportuno a necessidade do caso, incorre no risco de que casos com riscos ou graves não contem com esse serviço para o cuidado.

No caso de Tayla, após o encaminhamento do Conselho Tutelar para o AG, iniciou acompanhamento com psicóloga e também esteve em consulta com médico psiquiatra, porém referiu que recusou a medicação naquele momento, mas sente que não está bem e pretende “pedir um encaixe” (Tayla). É interessante a palavra encaixe, algo que pode sugerir uma dificuldade de acesso fácil ao médico psiquiatra no Ambulatório e de um trabalho que não acontece de modo multiprofissional no acompanhamento dos casos.

Eu passo com uma psicóloga, eu passo todo mês com ela. Todo mês eu venho aqui e ela fica comigo conversando, dizendo as coisas. Esse mês eu ainda não passei, minha mãe veio remarcar agora, tenho que passar com ela de novo. [...] Eu até cheguei a pedir para minha psicóloga pedir um encaixe com o psiquiatra de novo que como eu acho que preciso muito [de medicação], eu vou repassar com ele e pedir dessa vez. (Tayla)

Com a mudança de cidade, Heitor foi encaminhado de um ambulatório em um hospital universitário em São Paulo para o AG deste município de médio porte, no dia da entrevista também era o primeiro atendimento no AG, consulta que levou duas semanas para acontecer e ele avalia ter sido rápido. Da experiência no Ambulatório do hospital universitário traz o relato de aguardar a vaga em uma fila de espera, enquanto era atendido no CAPSIJ. Ao chegar no ambulatório era atendido por um “*profissional que fazia consultas*” a cada dois meses para a prescrição de medicação. Ao longo da entrevista, lembra-se também dos atendimentos semanais em um grupo terapêutico.

Teve uma vez que eu fiz um negócio em grupo, tratamento, terapia em grupo, cada um tinha uma semelhança e aí percebeu que não era só ela que tinha. Falavam de como a gente se controlava, é que a gente cada um tinha um jeito e aí cada um tentava se ajudar, não sei, alguma coisa assim. Tinha alguns adolescentes e algumas crianças. Cada semana tinha uma consulta em grupo.

[Pesquisadora: E eram as mesmas pessoas que participavam?].
Ah eram os mesmos (Heitor).

A maioria dos adolescentes participantes da pesquisa já estavam em acompanhamento em saúde mental há algum tempo, apenas Lúcio estava iniciando algum cuidado especializado no momento da pesquisa.

Houve um predomínio entre os adolescentes de acompanhamento em saúde mental no ambulatório com baixa frequência de atendimentos, de forma mensal ou bimestral, mesmo em relação aos atendimentos psicológicos. No município estudado apenas o CAPS II foi citado com oferta de algum atendimento semanal. No caso do Ambulatório no hospital universitário, os atendimentos individuais ocorriam a cada dois meses na experiência do participante, porém, semanalmente ocorria um grupo terapêutico com os adolescentes.

De todos os adolescentes, apenas Maria referiu que a frequência de atendimento bimestral era suficiente, os outros adolescentes demonstraram descontentamento e avaliaram negativamente a frequência de atendimento, ressaltando que comprometia o cuidado e prolongavam o tratamento, conforme as falas abaixo:

Uma vez por mês! Eu acho que poderia mais, porque as coisas são... é muito tempo, eu vivo muita coisa, então quando chega naquela hora, desabafo tudo, tudo, tudo, tudo. Passa muita coisa ou, às vezes, é tanta coisa que eu vivo na semana ou no mês mesmo, até chegar pra passar com ela que eu esqueço de alguma coisa mais importante pra contar pra ela [...]. Se eu tivesse mais dias passando com ela eu acho que seria melhor, me ajudaria mais rápido eu acho (Tayla)

Realmente era muito pouco tempo para ser trabalhado. Às vezes, podia acontecer alguma coisa né?! Ah assim, não acontece nada em um mês e aí no segundo mês que vai ter a consulta, aí só depois da consulta que acontece. (Heitor)

Quando eu fui marcar, marcou, sei lá, uma consulta a cada dois meses. Com Dr. Manoel também. Eu fui só umas duas vezes só, desde quando eu comecei a passar com ela [psicóloga], desde que eu saí Caps. Foi uma a cada um mês eu acho. Fez um mês agora que tô tomando a medicação lá que ele [Psiquiatra] passou e eu fui em uma consulta dele, uma consulta dele na semana passada ou retrasada.

[Pesquisadora: E o que você acha disso?].

Ah, muito chato, sei lá, duas vezes só? (George)

Os adolescentes atendidos no AG referem que na primeira consulta com especialista houve a prescrição de medicação, mas apenas possuíam algum retorno de acompanhamento na unidade cerca de um ou dois meses depois. Os adolescentes citam agendamentos na recepção ou “encaixes” para acessar o cuidado na unidade,

o que faz pensar num processo de trabalho que não sustenta o caminhar da vida e suas questões, principalmente, se tratando de adolescentes em franco processo de desenvolvimento, bem como oscilações no sofrimento psíquico desses adolescentes, incluindo, possíveis crises em saúde mental durante o período entre um atendimento e outro.

Novamente, fica à cargo das famílias a peregrinação pelos serviços, neste caso, para solicitar que um agendamento antecipado ou aguardar uma tarde para se ter um atendimento de “encaixe”.

Cabe destacar que não se trata da avaliação quanto à qualidade dos atendimentos. Os adolescentes trouxeram em seus relatos avaliações positivas sobre a relação com os profissionais do AG. Os adolescentes valorizaram, principalmente, a escuta e o acolhimento ao que estavam sentindo e vivendo, como demonstram as falas abaixo:

Mas eu gostei muito da experiência, está sendo muito interessante assim. Muito atencioso, me ouviu, tentou realmente entender o que eu estava sentindo assim, é muito interessante (Lúcio).

Na hora que a gente entrou, finalmente, porque ele demorou pra atender, ele perguntou: “E aí Maria que você está pensando? Que que você anda tendo?” Eu expliquei tudo que eu estava passando, chorei. Daí ele falou: “Ó, vamos melhorar isso? [...] (Maria)

Severo et al.⁹⁸ ao analisaram o funcionamento de um ambulatório de saúde mental para adultos e sua articulação com a rede, questionam o lugar do ambulatório da RAPS tendo em vista a dissonância com o modelo da atenção psicossocial. Notaram desarticulação do ambulatório com a APS e outros dispositivos da rede, mantendo a predominância do modelo biomédico com grande demanda de consultas individuais (com psiquiatra e psicólogos) e psicotrópicos com reduzida participação das famílias.

O fato dos ambulatórios especializados atenderem usuários de todos os serviços sanitários, ou seja, não estarem territorializados, dificulta a corresponsabilização pelos casos, através da articulação com APS e com recursos comunitários dos usuários, o que aumenta a fragmentação do cuidado em rede. Quando retomamos o modelo da atenção psicossocial, da integralidade, da territorialidade e intersetorialidade, observa-se que os ambulatórios mantêm seu

funcionamento aquém do esperado. Esses serviços têm ocupado a função de outros equipamentos da rede de saúde mental: centros de convivência e cultura; serviços de atenção à crise tipo CAPS; APS com o trabalho das equipes de ESF e equipes NASF⁹⁸.

Brandão Júnior et al.⁹⁹ ao apresentarem a experiência de um ambulatório em saúde mental infanto-juvenil em Nova Iguaçu-RJ, relatam os esforços para que este equipamento funcionasse no modelo da clínica ampliada e compartilhada. Descrevem a presença de reuniões semanais, supervisão clínico-institucional, apoio matricial voltado para equipes da Educação – de onde originavam a maior parte dos encaminhamentos para o ambulatório.

Os usuários assistidos contavam com uma modalidade de atendimento em que não havia necessidade de encaminhamento ou agendamento, o usuário era avaliado no ato do comparecimento na unidade por um técnico do ambulatório para avaliar a gravidade do caso e possibilidade de aguardar atendimento, em segundo momento se realizava a entrevista de recepção e, depois, efetivamente, o acompanhamento. Tal modo de organização se mostrou diferente do modelo dos ambulatórios tradicionais em que há fila de espera sem avaliação de gravidade e urgência⁹⁹.

Sakai¹⁰⁰ elenca construções possíveis para os ambulatórios de saúde mental frente a este lugar contraditório dentro do modelo da atenção psicossocial. Entretanto, a estrutura ambulatorial tende a produzir um modo de trabalho voltado para a demanda, que, em um curto espaço de tempo, ocupa a agenda de todos os profissionais, o que os impede de realizar outras ações em saúde para além dos atendimentos individuais⁹⁹.

Foi possível reconstruir *mapas de cuidado*, conforme aponta Cecílio et al.⁵, identificando o conjunto de pontos de acesso e cuidado que cada participante percorreu. Os ITs foram apresentados anteriormente com a narrativa individual de cada adolescente.

A partir da experiência dos adolescentes ao acessar um conjunto de pontos de acesso de cuidado, foi possível perceber que as estratégias de cuidado se centralizaram em atendimentos individuais de baixa frequência e prescrição medicamentosa nos diversos serviços. Não houve menção aos cuidados voltados especificamente aos familiares, também não houve relatos acerca de articulações intersetoriais, como, por exemplo, com a escola, equipamento bastante destacado pelos adolescentes.

Segundo Nasser et al.¹⁸ o adolescente deve ser o principal condutor do seu processo de cuidado, sendo a construção do PTS – Projeto Terapêutico Singular, ferramenta importante para articular as condutas e ações terapêuticas durante o cuidado, que incluem ofertas diversas intra saúde, mas quando falamos de crianças e adolescentes, também ganha destaque o território e as articulações intersetoriais.

Quando pensamos na adolescência, uma fase com tantas transformações e com necessidade de intervenção precoce, os próprios adolescentes avaliam que a lógica de trabalho em saúde mental no modelo do ambulatório tradicional é insuficiente. Embora, os ambulatórios especializados em saúde mental possuam um modo de organização do trabalho através de agendas e filas de espera que tende a manter a lógica de trabalho em saúde mental pouco afinada com o modelo da atenção psicossocial. Não é improvável que mesmo dispositivos considerados substitutivos, como os CAPS, possam funcionar em uma lógica ambulatorial, o que faz pensar na necessidade de reuniões de equipe, no apoio matricial e na supervisão clínico-institucional indicada por Brandão Júnior et al.⁹⁹.

Após analisar os IT dos adolescentes e mapear o conjunto de pontos na rede formal de cuidado e na rede formal que foram acessados por eles e suas famílias durante a busca de cuidado em saúde mental, observamos que em nossos dados a maioria dos adolescentes protagonizaram o início da busca por cuidado em saúde mental seja na rede formal e também em suas redes de apoio como amigos e família.

Os adolescentes não trouxeram em suas narrativas as experiências com o território ou vulnerabilidades relacionadas ao território que viviam, o que pode indicar uma baixa integração dos serviços e das ofertas em saúde com o território e também ao fato de termos realizado as entrevistas no AG.

Ao tratarmos da rede formal abarcamos não apenas os serviços de saúde, mas também os serviços que compõem a rede intersetorial de crianças e adolescentes – escola, assistência social, serviços de garantia de direitos, conselho tutelar, entre outros. A seguir sistematizamos os pontos da rede formal e informal que foram acessados pelos adolescentes em nosso estudo.

Figura 7 - Mapa dos pontos da rede (formal e informal) encontrados nos IT.



Fonte: Autoria própria.

5.5 LUGAR DA MEDICAÇÃO NO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL DE ADOLESCENTES

Na avaliação dos adolescentes quanto a efetivação da resolutividade do cuidado em saúde mental, os psicofármacos se apresentaram de modo unânime na narrativa sobre os itinerários terapêuticos percorridos.

No momento da pesquisa, quatro adolescentes tinham prescrição de um ou mais psicotrópicos, sendo que três já estavam em uso há mais de seis meses. Observamos que a oferta terapêutica de prescrição medicamentosa ocorreu em três dos cinco adolescentes no primeiro atendimento em pontos diversos da RAS. Os adolescentes não avaliaram que esses serviços de saúde ofertaram um cuidado efetivo, sendo a medicação o principal fator destacado.

Nas falas a seguir notamos que os adolescentes trazem a inadequação do tratamento associado com a não eficácia da medicação devido a continuidade das sensações que haviam levado a procurar um serviço de saúde, no caso de Maria, inclusive, apontando uma piora:

*Ah, eu tomei ele, acho que, por uma semana, e não adiantava nada! Daí ela falava que fazia efeito na hora quase, mas não adiantava nada! Acho que foi a psicóloga mesmo falou também, que ela devia ter passado um remédio mais forte para mim. Ela devia já ter me encaminhado para um psiquiatra, pra ele passado um remédio bom pra mim, pra mim não ter que ficar naquela situação...e piorado.
(Maria)*

O tratamento não era tão adequado assim e o remédio que eles estavam me dando não era, não era...o que eu estava precisando. Estavam dando fluoxetina, só que não adiantava nada. (Heitor)

Porque ele tinha me passado pra eu tomar sertralina. Tipo eu estava tomando só que não estava conseguindo me lembrar de nada, tipo, não estava fazendo efeito nenhum. (George)

George traz o relato de que retornou, cerca de dois meses depois do primeiro atendimento na APS, com introdução de medicação. Em atendimento médico, ao apontar a medicação não estava fazendo o efeito esperado, a conduta do profissional foi aumentar a dose:

eu tava tomando um comprimido só não estava ajudando nada. Às vezes parecia que estava fazendo efeito contrário, tipo eu ficava mais bravo com mais facilidade essas coisas. Depois de uns dois, três meses, eu voltei lá e minha mãe falou que ele não tava fazendo efeito nenhum. Aí o médico foi e falou pra eu tomar dois comprimidos, um de manhã e um de noite antes de dormir e mesmo assim também não fez nada (George)

Chama atenção no relato o fato de não ter havido sequer a proposta de mudança de medicação, conversa sobre possíveis efeitos colaterais ou outras estratégias além da medicação, como, por exemplo, atividade física no atendimento da Atenção Primária. Embora tenha havido retorno para avaliação da conduta ofertada, observamos uma espera de dois meses e a restrição de outras ofertas terapêuticas.

As expectativas dos adolescentes quanto ao uso de medicação se relacionaram com se manter mais calmo, ficar mais tranquilo, diminuir o fluxo intenso de pensamento. A irregularidade do sono foi bastante destacada por eles que trouxeram a expectativa de que a medicação auxiliasse com isso tendo em vista os prejuízos sentidos nas atividades de vida diária.

Ah eu estava com expectativa, sei lá, de que ia me deixar mais calmo, essas coisas. Diminuir um pouco as crises e tal (George)

sempre foi muito desregulada minha rotina de sono por causa da ansiedade [...]. Mas aí eu acabei procurando por um profissional pra que ele pudesse indicar um medicamento pra ansiedade. Eu espero, assim, conseguir ficar tranquilo, menos ansioso no meu dia a dia. (Lúcio)

Bom, eu acho que em tudo, porque eu penso demais e isso me atrapalha focar em tudo, tudo, tudo, tudo. Não consigo fazer nada. Às vezes, me bate uma crise tão grande [...]. Às vezes é de noite e eu não durmo nada e vou dormir só as dez horas do outro dia, depois do outro dia, ah é horrível! (Tayla)

tipo assim, ele passou remédio pra dormir também, fazia um bom tempo que eu não estava dormindo direito, no outro dia acordei ótima, dormi (Maria)

Outra expectativa é de que a medicação ajudasse com questões próprias da adolescência, como, por exemplo, lidar com provas ou quanto entrasse na universidade:

Mas eu acabei procurando por um profissional pra que ele pudesse indicar um medicamento pra ansiedade também. Acho que isso, assim sempre achei que isso poderia me ajudar. Por exemplo, vou fazer uma prova da escola amanhã, aí “nossa tô muito nervoso, porque é a etapa final né” ou, sei lá, às vezes alguma coisa ou até mesmo depois quando começar a universidade e tudo ne?! (Lúcio)

As medicações que compuseram o tratamento desses adolescentes foram a sertralina, fluoxetina, clonazepam. Eles demonstraram interesse quanto às orientações e sobre as ações em saúde mental, porém, pouco trouxeram a respeito das orientações quanto aos efeitos colaterais. Houve a experiência de redução da medicação ao longo do tratamento, mas nenhum dos adolescentes referiu desejo de interromper o uso da medicação ou questionar até quando utilizaria.

Daí ele tinha me passado sertralina, clonazepam e só. Daí agora, eu só tô tomando um que chama Clo, que eu não lembro o nome completo. Tirou a sertralina e eu ainda tenho clonazepam, caso eu fique ruim, tipo, ansiosa com alguma coisa que aconteceu. Clo eu tomo sempre depois da janta ou do café da tarde. (Maria)

Ele passou os remédios de ansiedade, ele passou dois. Um é pra fazer tratamento em trinta dias né, que no caso é pra um tratamento geral de ansiedade e o outro é algo mais tiro e queda sabe?! Quando eu estou, nossa, muito ansioso, mas preciso dormir, daí eu tomo esse remédio clonazepam. Que é um de gotinhas e o outro, ah o primeiro não sei qual que é, mas eu só sei que é comprimidinho. (Lúcio)

E aí foi ao longo dos anos, isso foi a ansiedade o TOC foi reduzindo, sendo mais controlado. Tomava sertralina. (Heitor)

A partir de uma revisão integrativa da literatura entre os anos de 2020 e 2022, Pires et al.¹⁰¹ consideram que houve um aumento do uso de várias substâncias por adolescentes, incluindo, os psicotrópicos – prescritos ou não, durante a pandemia associado aos agravos em saúde mental como depressão, ansiedade, ideação suicida. O estudo de Brambilla¹⁰¹ demonstrou que entre alunos do ensino médio de uma escola técnica ocorreu um aumento de 8,5% no uso de medicamentos após as medidas de restrição na pandemia.

Em nosso estudo, a medicação ocupou lugar central nas práticas dos profissionais, não raro, como a única possibilidade diante de situações da vida e também em momentos de crise ou piora do estado de saúde mental, mesmo com riscos e efeitos colaterais a serem esclarecidos aos adolescentes e seus familiares.

Algo semelhante foi encontrado por Veloso et al.¹⁰² em um estudo sobre concepções de saúde mental em profissionais da Estratégia de Saúde da Família, em que os profissionais davam importância central à medicação como recurso terapêutico na assistência em saúde mental.

Houve o relato de preocupação dos adolescentes e também dos familiares quantos aos efeitos indesejados e riscos do uso de psicotrópicos. Lúcio abordou na entrevista a preocupação quanto a dependência dessas medicações, sendo que uma das medicações prescritas na primeira consulta com psiquiatra foi o clonazepam, classe dos benzodiazepínicos.

uma preocupação eu acho que, assim, o que vai ocorrer se eu tomar tudo certinho... acabar me tornando dependente desses medicamentos, uma coisa que eu sempre ouvi “nossa, mas se você ficar tomando remédios pra dormir, você vai, você vai tipo desaprender a dormir, você só vai conseguir dormir com remédio né?!” Então, mas acho que o médico passou tudo certinho, então acho que está tudo certo. (Lúcio)

Correia et al.¹⁰³, ao analisarem diversos estudos, apontam que psicotrópicos do tipo benzodiazepínicos são cada vez mais utilizados para quadros depressivos e ansiosos, com potencial sedativo e induzem ao sono. Consideram que há riscos de dependência física e carência de informações e cuidados tanto aos usuários quanto aos familiares, o que exigiria uma nova postura profissional, neste caso, também de farmacêuticos.

George referiu não saber quais medicações estava em uso no momento da pesquisa. Por um lado, avalia que a medicação ajuda na melhora das questões em saúde mental, entretanto, destacou os efeitos da medicação sobre o corpo ao usar o termo “dopado”. A preocupação da família foi descrita pelo adolescente, mas, não foi possível observar se houve algum espaço para que a família pudesse ser escutada como rede importante na avaliação da conduta terapêutica.

Eu fico tipo dopado quando eu tomo o remédio. Tipo sei lá, fico tipo muito sonolento assim sabe. Meu, tem hora que eu levanto assim e vou, sei lá, vou tomar uma água de noite, minha mãe me vê e eu fico tipo, meio levantado assim olhando para o nada assim, meio que balançando assim que nem um doido. Aí a minha mãe vendo fica meio preocupada com isso. Tanto que ela queria pedir para ele mudar os remédios, mas eu falei “se está fazendo efeito que é melhor continuar”. Que tipo, tá fazendo bem pra mim eu acho. (George)

Estudos que avaliaram a satisfação dos responsáveis por adolescentes sobre as informações recebidas acerca do uso dos psicofármacos¹⁰⁴, apontaram insatisfação destes responsáveis em diversos pontos, a saber: ação e uso dos medicamentos, interferência do medicamento na vida sexual do adolescente, interação com outros medicamentos, por exemplo, anticoncepcional e riscos e efeitos colaterais.

Esses autores refletem, ainda, que os profissionais de saúde tendem a avaliar que as informações oferecidas são satisfatórias. Identificaram que a mãe era a principal responsável pela administração de psicotrópicos, sendo “problemas dos medicamentos”, ou seja, riscos e efeitos colaterais deste foram avaliadas por essas responsáveis como o pior indicador no que tange às informações que receberam pelas equipes de saúde.

Em nosso estudo, apenas uma adolescente referiu ter recusado a medicação por um receio expresso da família de que ela ficasse “dopada”. Cogitava solicitar outra consulta com médico psiquiatra para reavaliar a introdução de medicação, pois não sentia que estava melhorando. Nesse sentido a medicação também ocupa a expectativa de trazer uma melhora para o que vem sentido.

No começo eu achei que estava de boa, minha família falou que não queriam que eu me dopasse, eu diria, com remédio e tudo mais...aí eu falei que não precisava (ri).

[Pesquisadora: Mas, por que você está falando assim?].

Ahhhh, porque eu precisava. Meu Deus! É, precisa até demais ter, eu acho que cada mês que passa vem piorando, piorando, piorando e está difícil de lidar sem remédio nenhum (Tayla).

Cabe destacar que Tayla foi uma das adolescentes que apontou que a frequência de um atendimento por mês com a psicóloga era insuficiente e fazia com que a resolutividade do acompanhamento em saúde mental fosse prejudicada. Com o relato acima, observamos que mesmo com a piora sentida pela adolescente, não houve outras ofertas ou mesmo mais intensidade nos atendimentos, como ela própria destaca.

[...]. Se eu tivesse mais dias passando com ela eu acho que seria melhor, me ajudaria mais rápido eu acho (Tayla)

No estudo de Silva et al.³⁹, 55% dos adolescentes inseridos em um grupo de educação em saúde oferecida na APS faziam uso de medicação controlada, sendo que, não raro, esses adolescentes já chegavam na unidade básica medicados sem compreender os motivos para tal. Além disso, os familiares não tiveram a possibilidade de questionar os efeitos colaterais ou a indicação dessas medicações. Os autores refletem acerca dos cuidados ofertados e das demandas de tratamento que a escola, familiares e os próprios adolescentes solicitam – queixa escolares e comportamentais, e questionam se não há uma patologização das vulnerabilidades dos adolescentes.

A construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS) no itinerário terapêutico dos adolescentes se mostrou frágil e centralizada em ofertas de atendimento individuais com baixa frequência. Houve ausência de outras ofertas terapêuticas ou mesmo uma avaliação singular a respeito da intensidade/frequência do acompanhamento que cada adolescente necessitava em cada momento do acompanhamento em saúde mental.

Gasparini⁶⁸ reflete que ao reconhecermos as necessidades em saúde mental dessa população, há o desafio de que ações em saúde não sejam padronizadas deixando de levar em conta as singularidades próprias dessa fase da vida.

Rossi et al.⁴ aponta que há dois pólos de discussão quando falamos da saúde mental nos jovens. De um lado a minimização das questões ao serem colocadas como questões de adolescentes e que não demandam cuidado. Por outro, a ideia de que a medicação resolveria a crise em saúde mental pelo entendimento de que se trata de uma desordem biológica, desconsiderando a influência dos eventos e experiências

vivenciadas pelos adolescentes, bem como a subestimação do conhecimento subjetivo de cada um sobre seu próprio sofrimento.

Destacamos aqui a principal característica da adolescência que é o processo de desenvolvimento biopsicossocial que envolve instabilidade, mudanças, angústias e movimentos, não raro, de contestar o que está posto pelas instituições. Também nos serviços de saúde é preciso tomar tais características para que não haja predeterminação ou cristalização desses adolescentes em rótulos, como aponta Malfitano et al.¹⁰⁵:

Quando se trata da aproximação da temática da infância e juventude com a saúde mental, é mister todo o cuidado para não se produzirem marcas e olhares sociais estereotipados que desvalorizem essa população, sobretudo com aqueles já imersos em contextos de desrespeito e preconceitos. É necessário que se clarifique a real demanda dos indivíduos para atenção e acolhimento do sofrimento psíquico.¹⁰⁵

O conceito de medicalização saúde mental infanto-juvenil vem sendo considerado por diversos autores como fenômenos da sociedade como uma resposta às questões sociais contemporâneas¹⁰⁵⁻¹⁰⁸.

Para Freitas et al.¹⁰⁸ a medicalização se trata da ampliação do discurso da medicina e áreas afins para aspectos do tecido social, exercendo influência na formação tanto dos indivíduos quanto da estrutura da sociedade. Assim, a sociedade contemporânea passa a apresentar dificuldade em lidar com problemas cotidianos, como, por exemplo, as oscilações próprias da adolescência, sem os ditos especialistas. Segundo esses autores, as práticas biomédicas:

engendram formas de cuidado e modos dos indivíduos entenderem, regularem e experimentarem os seus corpos e os seus sentimentos. Pensamos a medicalização como um processo de intervenção da biomedicina por meio da redefinição de experiências e comportamentos como se fossem problemas médicos.^{108:5}

Trata-se da oferta, cada vez mais crescente, de diagnósticos e tratamentos – não raro, exclusivamente medicamentoso, visando a normatização do processo singular de desenvolvimento de crianças e adolescentes, regulando e padronizando corpos, afetos e comportamentos¹⁰⁷.

Para Saggese¹⁰⁶ o excesso de diagnóstico em saúde mental sem levar em conta o contexto acelerado de mudanças sociais, conflitos na esfera familiar, de gênero, trabalho, da desigualdade, além da desestabilização identitária que vivem os jovens, produz uma abordagem reducionista e dificulta o estabelecimento de fronteiras entre o adolecer e o adoecer.

Para um cuidado efetivo em saúde mental com adolescentes são necessárias outras formas de acolhimento ao sofrimento e que as intervenções em saúde, como diagnósticos e medicações, possam escapar deste processo de medicalização social com explicações e soluções que individualizam e culpabilizam os sujeitos¹⁰⁵.

Nossos dados corroboram com Jucá et al.⁶⁹ que apontam que a discursividade biomédica também atravessa a narrativa dos adolescentes a respeito do sofrimento e do mal-estar que vivenciam. Eles também estão assujeitados à lógica medicalizante, não apenas do sofrimento psíquico como também das dificuldades próprias da vida cotidiana.

Entretanto, quanto abordamos nas entrevistas o tema sobre como os adolescentes se cuidavam, a medicação se mostrou como mais um dos recursos, ocupando lugar, especificamente, quando havia agudização de sensações e sentimentos ou “crise”. As falas abaixo ilustram:

Ah tô ruim, tipo dor ou com dor ou náusea, enjoo, sei lá, daí eu já aviso minha mãe, ela já me falou qual o nome de cada coisa, daí eu vou lá e falo “é esse né?!”. Daí ela “é”, já ponho lá as gotas e tomo. Dá pra prevenir minha saúde. (Maria)

Eu posso tomar quando eu tô em crise também, quando eu tô muito ansioso sabe, me tremendo todo, com as minhas mãos tudo suando assim e suando frio também. Eu tô percebendo que ultimamente eu tô suando frio, tipo, o corpo gelado, gelado, gelado e suando. E aí eu tomo também para me dá uma relaxada já. (George)

Quando retomamos o que os adolescentes abordaram a respeito da sua concepção de saúde mental e o que levou ao sofrimento psíquico, houve o tema da solidão, pressão social para os vestibulares e “ser alguém na vida”, em se dedicar na escola, em lidar com o conflito dos pais, violência nas escolas, pensamentos sobre morte. A medicação pode ter algum lugar, mas, não poderá ser compreendida como um recurso para resoluções rápidas. Jucá et al.^{69:133} aposta em tecnologia de cuidado, como narrativas, que ampliem a posição do sujeito frente às questões que enfrenta:

tecnologias de cuidado, no campo da saúde mental, que resistam aos discursos através dos quais se estabelece um tipo de laço social no qual o sujeito é reduzido ora à condição de consumidor ora à condição de objeto.

Reiteramos que os adolescentes deste estudo destacaram cenas em que o acolhimento foi primordial para o cuidado e parece que já temos aqui algumas pistas para o cuidado ampliado em saúde mental de adolescentes.

Na experiência de Maria, por exemplo, o profissional destaca as dificuldades e questões trazidas pela adolescente, retoma os projetos de vida que porventura tenham aparecido e oferta uma parceria de cuidado. Algo diferente do que havia experienciado no primeiro local de atendimento (Pronto Atendimento), pois devido ao atendimento voltado para os quadros de infecção por covid-19, o atendimento foi rápido, não podendo ser escutada a respeito do seu sofrimento e questões como pode acontecer no atendimento no AG.

Ele [médico psiquiatra] perguntou: “E aí Maria que você está pensando? Que que você anda tendo?” Eu expliquei tudo que eu estava passando, chorei. Daí ele falou: “Ó, vamos melhorar isso? Vamos melhorar você, antes que sua irmã chegar aqui no Brasil, antes de você querer ir viajar que nem ela, fazer intercâmbio, essas coisas”. Daí eu falei “Bora”, ele passou os remédios, no outro dia já estava ótima (Maria)

Não se trata de negar a necessidade ou valor terapêutico da medicação para cada adolescente entrevistado, mas interrogar por onde passa o sofrimento psíquico de adolescentes, principalmente, neste período pós-pandêmico, retomando o contexto social de cada um deles.

Observamos que os adolescentes são medicados logo no primeiro atendimento em saúde mental, refletimos sobre qual o lugar a medicação nas práticas profissionais em saúde mental dos adolescentes em um serviço do tipo ambulatorial em um município que não conta com serviços que oferecem cuidados intensivos como o CAPSIJ.

5.6 CUIDADO NA PERSPECTIVA DOS ADOLESCENTES – PISTAS PARA A POLÍTICA PÚBLICA EM SAÚDE MENTAL

Apresentamos até aqui os cuidados acessados pelos adolescentes e seus familiares durante o itinerário terapêutico na rede formal de saúde e intersetorial, também quais pontos da rede informal foram importantes no percurso.

Perguntamos aos adolescentes como eles se cuidavam no momento da pesquisa e como seria um bom jeito de cuidar de adolescentes como eles. A palavra *cuidado* foi pensada a partir da conceituação de Ayres^{37:21}: “projeto de felicidade”. Aquilo que os adolescentes compreendiam como cuidado, realizavam em seu cotidiano, desejam para eles e para outros adolescentes no município.

Alguns adolescentes, inicialmente tiveram dificuldade em elaborar uma resposta, outros incorporaram a possibilidade de falar como representantes desse grupo social chamado adolescentes. Um dos adolescentes referiu que era uma pergunta importante de ser pensada, porém cada adolescente era um. Situa nesse ponto que se trata de pistas para o cuidado, mas que não podem ser generalizadas ou interpretadas como normativas para o cuidado de todos os adolescentes.

Como apontado anteriormente, medicação foi o recurso terapêutico mais ofertado pelos serviços de saúde. No entanto, as respostas sobre como eles se cuidavam se apresentaram ampliadas e diversas.

Ter na família um espaço em que é possível pedir ajuda e encontrar acolhimento foi citado por três adolescentes como uma forma de se cuidar. A mãe foi pensada como a figura familiar importante no processo de cuidado. Manter conversas com a mãe, sentir que pode contar com ela e que é uma pessoa que será suporte quando o adolescente não souber como lidar com determinados sentimentos e situações. Os trechos abaixo são exemplos:

Ah, como que fala, eu procuro me afastar das coisas que me fazem mal e ficar...se aproximar das coisas que me faz bem, sei lá, acho que minha mãe. Ter uma boa relação com ela, a gente não briga não. (Heitor)

Quando eu não tô bem, eu já faço assim “Mãe, socorro” Só que...quando eu tô ruim, eu já vejo que tô ruim. (Maria)

George foi um dos entrevistados que mais abordou o tema da sensação de solidão, dessa forma, trouxe a tentativa de estabelecer relacionamentos sociais e afetivos como um modo de se cuidar. O compartilhamento entre adolescentes a respeito das dificuldades e questões em saúde mental como uma relação de ajuda mútua também apareceu na fala deste adolescente:

Tô conversando com uma menina também, nossa, tipo, a gente conversa o dia inteiro, a gente está conversando muito, com a Fernanda, ela estudou comigo. Ela tentou suicídio um monte de vez já, aí ela falou que quando eu converso com ela, eu tô ajudando ela com essas coisa (George)

O suporte da família e a possibilidade de fazer e manter laços sociais são interpretados pelos adolescentes como um recurso de cuidado. A construção de um lugar possível, através do laço social, em que haja espaço para falar do sofrimento e mal-estar que também pode advir das relações sociais.

Para três dos adolescentes em nossa pesquisa há uma cobrança excessiva dos adultos e da sociedade para com essa faixa etária. Sentem que adolescência é uma fase difícil e que precisa de mais apoio, acolhimento, conversa, justamente por ser uma fase que demanda muito dos próprios adolescentes e sentem que ainda não conseguem lidar. Por isso, um cuidado que a sociedade poderia ter com os adolescentes seria oferecer menos cobranças e mais acolhimento com espaços para que possam fazer escolhas. Algo que aparece nas falas abaixo:

Eu acho que menos cobrança, porque quando a gente chega nessa adolescência parece que tudo muda, a gente não virou adulto a gente continua uma criança só que a gente está evoluindo mais, mais todo mundo muda muito com a gente trata a gente como se fosse adulto [...]. Eu acho que mais apoio, porque a gente precisa de muita ajuda, muita. Acho que mais que uma criança, é difícil. Mais que uma criança, é bem, bem, bem complicada essa fase, eu acho. Tem muita coisa diferente, muita responsabilidade, aí, muita coisa, muita coisa, nossa difícil. (Tayla)

Sei lá, ser compreensivo, tentar entender mais, perguntar, conversar com os filhos, ver quando eles estiverem tristes, essas coisas assim, depressivo. (George)

Dar mais escolha pra gente, deixa a gente decidir se a gente quer fazer aquilo no futuro, não fazer a gente pensar tanto no futuro, porque a

gente quer viver o agora não o futuro. Deixa a gente...acho que um pouco mais devagar as coisas, não apressar tanto. (Tayla)

Os adolescentes sentem que os adultos têm dificuldade em lidar com a expressão do mal-estar que aparece na adolescência, reagindo, não raro, de modo a silenciá-la ou desqualificá-la. Eles valorizam espaços de confiança em que haja uma abertura para a fala e também a construção de uma rede para compartilhamento entre os próprios adolescentes que favoreça o processo de identificar semelhanças e diminuir a sensação de solidão frente ao sofrimento. Por isso, a amizade e a solidariedade são consideradas como recursos para lidar com o sofrimento produzido também no laço social⁶⁹.

Outro ponto que apareceu nas falas dos adolescentes entrevistados, refere-se às ofertas de cuidado aos adolescentes. Há uma percepção de que não apenas os adolescentes, mas as pessoas, em geral, apresentam questões em saúde mental, como ansiedade, e não conseguem identificar em tempo oportuno e que poderiam se beneficiar de algum cuidado preventivo. Um dos adolescentes propôs uma maneira de coletivizar as questões em saúde mental:

eu acho muito interessante né a gente pensar assim numa forma de criar uma abrangência, uma coletividade, assim, com vários adolescentes, porque isso é algo que hoje em dia afeta a maioria das pessoas né?! O Brasil é o país que mais tem ansiosos do mundo, eu vi uma pesquisa sobre isso. Então a gente tem que descobrir e tratar isso. (Lúcio)

Encontramos algo semelhante com o observado por Gasparini⁶⁸, a importância dos espaços de acolhimento para atenuar a experiência de sofrimento psíquico, sendo os próprios serviços de saúde e atenção primária destacados como lugar estratégico para tal. Como fazer isso? Os adolescentes também oferecem algumas pistas para nós.

Os adolescentes realizam algumas indicações quanto à rede formal de cuidado do município. A maioria dos adolescentes, em nosso estudo, não experimentaram nenhum tipo de oferta grupal - apenas George na infância e Heitor em outro município. Ainda assim, esta foi uma das propostas apontadas com entusiasmo. O atendimento em grupo foi visto pelos adolescentes como uma oportunidade para perceber que outros adolescentes passam por situações semelhantes.

Olha, eu acho que se tivesse algum tratamento em grupo, cada um ia perceber as semelhanças. Todo mundo tem algum tipo de coisa que acha que só ela tem, mas muitas das pessoas também têm, elas podem ver essa semelhança. (Heitor)

Uns grupos de apoio para adolescentes que são ansiosos ou campanhas de ansiedade, porque, às vezes, a gente tem os sintomas, mas, a gente não sabe identificar aquilo que a gente tem. E a gente fica sofrendo com isso e a gente não sabe se é algo patológico. (Lúcio)

Um dos adolescentes também apontou a necessidade de haver mais profissionais na ESF bem como ter profissionais de saúde mental nos serviços de saúde, especificamente nas unidades da APS. Tal ponto é importante, porque o município em questão vivenciou o desmonte das equipes NASF em meados de 2021. Quando George precisou de cuidados em saúde mental, não contou com nenhuma outra oferta na APS, sendo, inclusive, atendido por Terapeuta Ocupacional apenas no CAPS II.

Já Maria ao falar sobre os profissionais de saúde, apontou para dimensão da qualificação profissional em atender adolescentes, algo que também foi destacado pelos adolescentes que participaram no estudo de Fernandes et al.⁹⁶ indicando a importância de educação permanente com profissionais para a oferta de cuidado integral a essa população.

Sei lá, podia ter mais, mais médicos, assim, de psicólogos, psiquiatras essas coisas nos postinhos. Tipo, ter mais, assim, profissionais, porque ultimamente tem um ou dois e só, então fica muito corrido, podia ter mais, eu acho. (George)

Ah, tipo, quando passar com um médico, ele entender o que que a gente está passando. Entender, saber da gente, acho que é isso. (Maria)

Lúcio que já havia falado sobre a necessidade de trabalhar o tema da saúde mental de forma coletiva, destacou a escola como um lugar importante para refletir sobre tais estratégias, um profissional capaz de acolher o sofrimento dos adolescentes no ambiente escolar e propor caminhos de cuidado e de orientação.

Eu acho que talvez nas escolas. Criar canais de apoio nas escolas tipo um profissional nas escolas. Então eu acho que prover isso nas escolas, é interessante também, sempre ter um profissional ali ou

alguém né que possa ouvir, aconselhar os alunos é muito interessante você ter um uma voz ali que te ouça e que te dê um caminho né, tipo um caminho pra seguir. (Lúcio)

A proposta trazida por Lúcio traz à cena alguns debates em percurso e que precisam ser, de fato, implementados ou melhor articulados. A saber, a necessária articulação da educação e da saúde para que haja a oferta de espaços de acolhimento e de escuta dos jovens na própria escola. Quanto a presença de profissionais na escola, apostamos na presença de equipe multiprofissional nas escolas públicas e também no fortalecimento do Programa Saúde na Escola (PSE)

Desde 2019 o Brasil conta com a Lei nº 13.935/2019 que versa sobre a obrigatoriedade da presença de psicólogas e assistentes sociais na composição de equipe multiprofissional na rede pública de educação básica, todavia, ainda encontra em processo de implementação. Uma das justificativas apontadas para a presença de psicólogos e assistentes sociais na educação básica correlaciona os impactos da crise sanitária da COVID-19 com a necessidade de cuidados voltados para saúde mental de estudantes, professores e comunidade escolar e também com o reconhecimento das dificuldades advindas do processo de escolarização no ensino remoto¹⁰⁹.

Nessa mesma direção, Vazquez et al.⁷⁹ aponta alguns desafios da escola a partir do agravamento da pandemia, sendo que o primeiro deles seria a promoção da saúde mental apostando em metodologias de ensino-aprendizagem para além dos espaços curriculares. Para tal indica a necessidade do fortalecimento do PSE que objetiva articular saúde e educação básica no próprio ambiente escolar. A contribuição do PSE estaria em articular saúde e educação na construção de espaços de cidadania através de ações de promoção e prevenção em saúde, nesse sentido, aproximando a APS da população infanto-juvenil tanto para os cuidados primários, mas também para o rastreamento de casos que demandam outros cuidados.

O cuidado com o corpo, especificamente, a aparência, alimentação e atividades físicas, também foram identificados pelos participantes da pesquisa como cuidado à saúde mental. As atividades físicas se apresentaram de maneira mais expressiva na narrativa de quatro dos participantes como um recurso com impactos positivos para a saúde mental e também como um desejo de um espaço de lazer. Os trechos a seguir são representativos:

Ahh eu sempre procuro primeiro cuidar da minha aparência assim. Acho que essa parte da autoestima é muito importante, isso aí, ajuda bastante. Exercícios também, eu procuro fazer uma caminhada ali para me deixar mais tranquilo (Lúcio)

Para prevenir minha saúde, eu me alimento bem, só o exercício que eu preciso melhorar. Eu quero fazer, mas não eu não consigo. (Maria)

Na parte da noite eu frequento a academia que é o que mais me ajuda a sair da minha da minha mente, eu diria. (Tayla)

Ah fez uma semana agora [que está na academia]. No começo eu estava querendo, porque tipo, tem um amigo meu, tanto que o José, aquele que tava ali fora ali, ele faz academia lá na onde eu treino, então eu vi ele fazendo e fiquei até com um pouco de vontade de fazer. (George)

Cada vez mais crianças e adolescentes tem diminuído a utilização do tempo livre para atividades esportivas e de lazer ao ar livre, aumentando o tempo de exposição às telas. Há evidências de que aqueles que praticam atividades físicas apresentam menores prevalências de TMC, como sintomas ansiosos e depressivos e aumentam a qualidade de vida – sono, autoestima, dentre outros^{110,111}. Além disso, adolescentes que possuem mais informações acerca dos benefícios de atividades físicas tendem a ser mais ativos¹¹².

As mudanças físicas típicas da adolescência podem ser sentidas de maneiras diferentes por cada adolescente, para alguns pode haver dúvidas e angústias. A relação que este estabelecerá com o próprio corpo pode ter impactos no modo como cuidam da própria saúde, de forma positiva ou negativa. Por isso, em intervenções de prevenção e promoção com esta população temas como a relação com o corpo, com a alimentação, atividades físicas devem ser abordadas¹⁸.

Rossi et al.⁴ apontam a necessidade dos espaços coletivos, na educação, cultura, esporte e lazer, serem reconhecidos e efetivados como espaços de apoio e de produção de saúde mental aos adolescentes. Algo interessante que aparece na fala de uma das adolescentes a respeito do direito à cidade para a juventude com a presença do lazer acessível, já que há apenas um equipamento na cidade:

Sala de jogos, shopping, que aqui na cidade não tem. Até falam que é shopping, mas aquilo lá nem é shopping. Ahhh tem muito mercado. Poderia ter mercados igual, tipo Extra. Sabe Extra? Esse tipo, tem várias coisas, além de ser só comidas, tem roupa, tem brinquedo,

eletrodoméstico, isso que era legal. Só que agora tiraram o Extra e colocaram o Assaí que é mais mercado com comida. (Maria)

Sobre isso, Sebenello et al.⁷² observou em seu estudo que os adolescentes apresentaram grande desejo em ficar com os amigos, jogar e brincar ao ar livre, fazer festas em família, fazer compras, ir ao shopping, além de frequentar equipamentos públicos. Porém, os participantes apontaram que há dificuldade de acesso quando se trata de lugares pagos ou por se localizar em regiões centrais e distantes da comunidade, precarizações e redução dos espaços públicos, restrições dos pais pelo medo de exposição a riscos e até violências.

Na observação de Maria a cidade é organizada de modo a não oferecer espaços lúdicos para os adolescentes e mesmo os que existem não são percebidos como interessantes para os jovens. Podemos perceber que o brincar, não cabe apenas à infância, tendo lugar na adolescência e deve ser levado em conta nas políticas públicas em saúde mental juvenil.

Entretanto, chama a atenção a mercantilização do imaginário social desses jovens, que não conseguem nem aventar a ideia de quadras esportivas, oficinas e ateliês que a política pública poderia - e deveria- lhes oferecer.

Além dos recursos para o cuidado em saúde mental apontados, desenhar e ouvir músicas foram trazidos, pela maioria dos adolescentes na pesquisa, como ferramenta importante no cuidado em saúde mental.

Maria referiu gostar muito de desenhar, quando questionamos como ela se cuidava no momento da pesquisa, os desenhos foram apresentados como forma de lidar com o que sentia, expressavam o estado em que se encontrava – com raiva ou bem. Além disso, os desenhos apresentaram como intermediadores nas consultas com o médico psiquiatra, como ela conta:

Tem vez que eu tô com raiva, vou lá e faço um desenho tudo “aaaaa” [mostra riscando]. Tipo, até o Manoel [médico psiquiatra] já falou. Tem dia que eu tô com raiva e ele pergunta: “Você fez com raiva esse desenho?” Ahh, do jeito que eu imaginei desenhando eu estava e outros são de boa que é aqueles de pintar mesmo. (Maria)

A expressão de sentimentos por adolescentes através da arte – desenho, pinturas, se apresentou como ferramenta de interação, expressão de afetos, discernimento, superação de problemas e sensação de tranquilidade em adolescentes

de uma escola em uma Oficina de Arte, conforme, demonstrou Ferreira et al.¹¹³. Os estudantes do ensino médio apresentaram prevalência considerável de TMC em rastreio realizado pelos autores (cerca de 20%) e apontaram os benefícios da expressão através da arte também para lidar com temas ligados ao sofrimento psíquico.

Em nossas entrevistas, um dos adolescentes quis mostrar algumas músicas relacionadas com o que estava expressando. Para dois dos adolescentes, a música foi descrita como uma forma de expressão, de oferecer lugar para o que estavam sentindo, tanto em eventos próprios da descoberta da adolescência: amor, decepção, término, mas também como uma forma de narrativizar os sentimentos, angústias e o sofrimento psíquico⁶⁹.

Ahh eu gosto assim, delas [Lana Del Rey e Taylor Swift] porque pra mim tem aquela coisa nostalgia: “nossa essa música eu conheço desde que eu era criança, cara, e, tipo, já se foram dez anos e eu ainda tô aqui!”. Nossa, é muito gostoso você ouvir e, também assim, por se identificar com a letra das músicas eu acho muito interessante. (Lúcio)

Lúcio aponta para a música como uma “amiga” que o acompanha em todas as fases da vida, ajudando a lidar com a transição da infância para a adolescência. Cita o fato de que desde a infância escuta duas artistas. Já para George, o isolamento no quarto acompanhado de músicas e letras, se apresenta como um exercício para construir sentido para os afetos que aparecem nessa fase da vida.

O que eu mais faço mesmo é ouvir música. Eu passo o dia ouvindo música, então, a música é minha melhor amiga de todas. (Lúcio)

Ela queria que eu sáísse um pouco do quarto. Mas nem percebo, eu fico o dia inteiro só ouvindo música. Tipo aquelas músicas que ouço, que tem as letras, tipo, meio pesada, meio triste assim que fala de suicídio, essas coisas assim. Mas, sabe?! É uma das coisas que eu me identifico bastante, me ajuda de alguma forma, para mim é uma terapia, uma coisa assim, me ajuda bastante. (George)

A música esteve destacada como um recurso de cuidado diário para Lúcio e para George para lidar com aquilo que sentem. A identificação com as letras das músicas ajuda a nomear aquilo que sentem no campo da dor, mas também no amor:

A parte da Taylor Swift geralmente é essa parte mais amorosa, assim aconteceu alguma coisa ali. A Lana, geralmente, é essa parte mais quando eu tô triste sabe?! Eu gosto das músicas dela por isso, porque sempre quando eu tô triste eu procuro as músicas dela porque eu consigo me identificar ali e tenta entender melhor minha dor. (Lúcio)

Tipo essas aqui também que fala de problema de relacionamento que ultimamente também eu tô ouvindo bastante, essa daqui ó.

[Música toca: “Eu sei que ela te conhece...” Pesquisadora: E essa fala sobre o relacionamento dele com uma garota?]

Sim.

[Pesquisadora: E como é que esse tema pra você?]

Ahh, faz pouco tempo que eu terminei um namoro também, aí tipo, a gente continua conversando ainda. Fala das partes que me identifico pra caramba. Vai fazer um mês agora. (George)

A música também apareceu com um intermediador ao final da entrevista com George, ao me mostrar as músicas que se identificava, pode me contar de experiências difíceis que ainda não tinham sido abordadas. Só conseguiu narrar acerca dos pensamentos de morte ao mostrar letras de música que traziam esse tema:

Como é que falo? Quer ver ó? Posso mostrar uma aqui, um trecho aqui? Eu fico postando no status [do whatsapp] também. Eu posto a tradução, quer ver ó? Peraí.

[Música toca: “Eu estive acordado por dias, não sei mais a diferença entre estar dormindo e estar acordado. Tô perdendo a paciência, não sinto o meu gosto...”

[Pesquisadora: E como se sente com essas letras?]

Ah, acho que é pesado, mas, sei lá, eu me identifico bastante. Sei lá, a maioria é mais sobre solidão, depressão essas coisas assim. É um negócio também que eu tenho muito pensamento suicida, então, às vezes eu me identifico também. (George)

Encontramos poucos estudos a respeito da música na promoção de saúde mental dos adolescentes comparado com quando tratamos de adultos e saúde mental. A respeito da relação dos adolescentes com a música, há concepção de uma prática de lazer realizada com o grupo amigos a partir do interesse por participação em shows musicais, festas⁷². Também, relato de experiência da participação de adolescentes em coral musical, o qual contribuiu para o desenvolvimento de

habilidades sociais, sociabilidade, relaxamento e também diminuição da insegurança e ansiedade¹¹⁴.

Para Carolina Delboni¹¹⁵ é comum os adolescentes estarem a todo tempo ouvindo música e, explica, que esta oferece um lugar de representação, identidade e pertencimento. Ajuda a nomear, reconhecer e perceber o que está sentindo. Para a autora, em um contexto de virtualidade das relações entre os adolescentes, por vezes, sem estabelecer relações presenciais e sem experiências de compartilhamento, a música se torna a possibilidade de alguma vinculação.

As experiências encontradas na literatura^{72,113,114} versaram sobre as experiências coletivas dos adolescentes com a arte e com a músicas. Em nosso estudo a arte e a música foram destacadas como ferramentas importantes de cuidado em saúde mental, produzem impactos positivos para lidar com sentimentos, sensações do sofrimento psíquico, mas também para conseguirem nomear aquilo que sentiam.

Observamos, entretanto, que os adolescentes entrevistados apresentaram uma relação solitária com a música, arte, lazer e pouco associada a um grupo social. Assim, para além de ofertas terapêuticas grupais que não foram encontradas nos serviços de saúde do município até o momento da pesquisa, tal dado nos faz pensar quais espaços comunitários de acolhimento, encontro e compartilhamento existem no município para os jovens.

Embora o lazer, as atividades físicas, espaços de convivência são tidos como primordiais para a promoção, prevenção e, inclusive, a recuperação da saúde mental juvenil, as possíveis lacunas nas políticas públicas e nos serviços de saúde mental infanto-juvenil que incluam esta dimensão devem ser avaliadas e refletidas.

Tomando as indicações dos adolescentes entrevistados a partir das reflexões de Ribeiro et al.⁴⁴ sobre as maneiras de potencializar a adesão dos adolescentes aos serviços de saúde, especificamente, os CAPSIJ e os serviços da rede intersetorial, reafirmamos que os serviços para crianças e adolescentes devem incluir oficinas de arte, música, esportes e novas tecnologias, sendo as famílias também compreendidas como parte do cuidado e não meras orientadoras sobre o tratamento desses sujeitos.

Os adolescentes entrevistados ofereceram pistas importantes sobre o que interpretam como recursos de cuidado e como gostariam que os adolescentes, como eles, pudessem ser cuidados, categorizamos como respostas: **1) acolhimento,**

através de uma postura dos adultos bem como de espaços coletivos; 2) Ofertas de cuidado ampliadas na rede formal em saúde; 3) Lazer, arte e música.

Apona-se a necessidade de incluir tais proposições no debate acerca do cuidado ofertado nos serviços de saúde e na rede intersetorial.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo se propôs a ser uma pesquisa qualitativa, através das ferramentas metodológicas de IT e Narrativas de Vida, buscou se aproximar da experiência de utilização de serviços de saúde e de outras estratégias informais de cuidado de adolescentes com problemas de saúde mental. Nossos resultados apontam para a perspectiva da experiência sem apostar em generalizações, por outro lado, os adolescentes entrevistados aqui realizaram a avaliação dos cuidados recebidos durante o itinerário terapêutico e é a partir da participação em uma pesquisa que esse lugar pôde ser encarnado.

Os adolescentes se apropriaram com muita rapidez da proposta de que a pesquisa era um lugar para que eles pudessem relatar, opinar, dizer, avaliar, dar ideias, a despeito do recorrentemente dito sobre o contato com adolescentes - de que são difíceis ou não se interessam.

O que apareceu foi a vontade de quem queria me mostrar as músicas, contar a história com detalhes, também como a oportunidade de ser porta-voz de um grupo. Além disso, a curiosidade por entender o que era isso mesmo chamado pesquisa, como que faz uma pesquisa?

No processo de reconstrução de Itinerários terapêuticos de cinco adolescentes e seus familiares em busca de cuidado em saúde mental numa cidade de médio porte, observamos acesso à diversos pontos de atenção e serviços do sistema formal, além disso à rede não-convencional⁵⁵ também foi destacada, principalmente como rede de apoio, mas também como orientadora na busca por cuidados de especialistas diante da peregrinação dos familiares, algo também encontrado na literatura^{52,53}, porém, não se apresentou como incluída no processo de cuidado.

Através das entrevistas, os adolescentes demonstraram uma concepção de saúde mental ampliada, levando em conta aspectos sociais e relacionais, mas, ainda assim, marcada pelo discurso biomédico. Puderam narrar a experiência de sofrimento psíquico e também de adolecer, com todos os atravessamentos psíquicos, sociais, educacionais e familiares, decorrentes e/ou agravados pelo contexto pandêmico e pós-pandêmico.

Os adolescentes indicaram fragilidades quanto à resolutividade dos serviços de saúde mental acessados por eles, não raro, havendo desresponsabilização por encaminhamentos, fragmentação e descontinuidade do cuidado. Por tratarmos de

adolescentes, preocupa-nos a ausência de articulações intersetoriais adequadas associado ao cuidado em saúde mental, o compartilhamento de cuidado entre os serviços e as ofertas terapêuticas restritas ao modelo biomédico.

O lugar da medicação foi algo bastante relevante para os participantes. Não perguntamos especificamente sobre esse tema, mas foi unânime as experiências sobre as expectativas do efeito terapêutico da medicação. Essa foi a oferta que mais apareceu nos atendimentos em saúde aos adolescentes na rede formal, o que denota, que os adolescentes estão atravessados por uma cultura da medicalização em que, na maioria das vezes, se trata da primeira e única oferta terapêutica nos serviços de saúde.

Por outro lado, os adolescentes apresentaram pistas importantes sobre as possibilidades de cuidados a serem ofertados aos adolescentes. Reconhecem a importância do acolhimento e de profissionais capacitados para lidar com essa população, para além disso, demonstram que espaços grupais, encontros com outros adolescentes, variedade de dispositivos que incluam a arte, música, esportes, lazer são fundamentais, características essas afinadas com o modelo da atenção psicossocial¹¹.

Sobre o acolhimento, os adolescentes valorizaram o encontro com profissionais que trabalharam na perspectiva do acolhimento de suas demandas e legitimaram-nas, levando em conta o sofrimento psíquico e também os seus projetos de vida, o que apontou ser um ponto importante para a vinculação. Também valorizaram a qualificação profissional ao proporem intervenções que propiciassem efeitos de melhora em seu sofrimento. Mas o acolhimento também apareceu como a capacidade da sociedade, dos adultos, familiares, instituições, de lidarem com as oscilações próprias dessa fase da vida.

Os dados levantados pela própria secretaria de saúde demonstram que há uma demanda importante de cuidados aos adolescentes e que tem sido realizada pelo Ambulatório Geral. Na avaliação dos próprios adolescentes, a organização do processo de trabalho no Ambulatório Geral dificulta o acesso de casos com necessidade de acolhimento, avaliação e atendimento em tempo oportuno. O formato do acompanhamento foi avaliado como insuficiente por se tratar apenas de atendimentos individualizados com médico ou psicólogas numa baixa frequência (média de 30 a 60 dias).

Apresentamos experiências encontradas na literatura para alternativas de organização de redes para o cuidado de crianças e adolescentes em sofrimento mental em municípios que não contam com CAPS infanto-juvenil, levando em conta a realidade da implementação heterogênea dos novos serviços em saúde mental no Brasil. Todavia, notamos que o município campo desta pesquisa, possui indicação para implementação de CAPS infanto-juvenil (pop. acima de 70mil), o que faz questionar o lugar do AG para o cuidado da população infanto-juvenil.

Os adolescentes entrevistados no estudo correspondem ao perfil principal de adolescentes que demandam cuidado tanto nos pontos de urgência e emergência quanto no ambulatório do município – principalmente quadros de ansiedade. Dessa forma, não foi possível investigar o itinerário terapêutico de adolescentes em crise de saúde mental grave ou que realizavam uso problemático de álcool e outras drogas.

Ao que se aponta pelos dados da secretaria, adolescentes com tal demanda chegam à urgência e emergência e/ou Ambulatório Geral de forma menos expressiva, porém, ainda assim, sabe-se que se trata de casos que demandam cuidados intensivos, tratamento este dispensado por CAPSIJ. Notadamente, o AG mantém um modelo tradicional de atenção à saúde, já que não trabalham com avaliação de gravidade e urgência⁹⁹.

É sabido que o CAPSad do município absorve a demanda de adolescentes realizam uso problemático de álcool e outras drogas no município. Também que durante a coleta de dados, o município, através da Secretaria de Assistência Social e do CMDCA, possuía cerca de 80 vagas para internações para adolescentes em instituições do tipo “Clínicas Terapêuticas” e que não permanecem no mesmo município.

Embora não seja possível afirmar sobre a estrutura desses espaços, cabe interrogar qual o fluxo da rede de cuidado para adolescentes com demandas em saúde mental consideradas graves. Há apenas um registro de internação de adolescente pela Secretaria de Saúde, o que estranha a alta oferta de vagas de internação e que não eram reguladas por serviços e saúde, mas pelo setor da Assistência Social.

Vale retomar a ilegalidade de acolhimento de crianças e adolescentes em instituições que não são consideradas equipamentos de saúde, como as Comunidades Terapêuticas. Segundo a portaria 3.088/2011 tais instituições só podem ser direcionadas para adultos, além disso, em Setembro de 2022 a 12^o Vara Federal

de Pernambuco reiterou a ilegalidade de internações de adolescentes nestas instituições.

Urge a necessidade da plena implementação da política em saúde mental infanto-juvenil, pois os vazios assistenciais quando se trata do cuidado a esta população, implica desassistência, peregrinação dos familiares e que, não raro, podem encontrar nas internações de adolescentes em instituições do tipo asilares ou comunidades terapêuticas a resolutividade que procuram.

A ausência de política pública em saúde mental adequada aos jovens em acordo com as normativas do ECA, art. 19, quanto ao direito da criança e adolescente a se desenvolver sob a convivência familiar e comunitária, pode ser considerada uma violação dos direitos dessa população.

Os dados encontrados neste estudo apesar de não poderem ser generalizados, podem elencar indicativos para construção e integração de políticas públicas e serviços em municípios com contextos semelhantes ao descrito, visando à qualificação do planejamento e gestão de políticas públicas e também da prática de cuidado para esta população.

O fato dos adolescentes entrevistados serem acompanhados no AG, pode ter restringido a variedade de pontos de acessos tanto na rede formal quanto informal de cuidado, demonstrando a importância de outros estudos que possam encontrar os adolescentes em seus territórios ou outros equipamentos para além do setor saúde para ampliar a diversidade de IT no campo de estudos sobre as juventudes.

Este estudo através da ótica dos próprios adolescentes visou contribuir para diminuir a lacuna histórica em pesquisas e discussões no campo da Saúde Coletiva e da Reforma Psiquiátrica.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Brasileiro de 2022. Rio de Janeiro: IBGE; 2023.
2. Treichel CAS, Silva MC, Presotto RF, Onocko Campos RT. Comitê Gestor da Pesquisa como dispositivo estratégico para uma pesquisa de implementação em saúde mental. *Saúde Debate*. 2019 Nov;43:35-47.
3. Couto MCV, Delgado PG. Crianças e adolescentes na agenda política da saúde mental brasileira: inclusão tardia desafios atuais. *Psic clin*. 2015;27(1):17-40.
4. Rossi LM, Marcolino TQ, Speranza M, Cid MFB. Crise e saúde mental na adolescência: a história sob a ótica de quem vive. *Cad Saúde Pública*. 2019;35(3):28-54.
5. Cecílio LCO, Carpinheiro G, Andrezza R, Souza ALM, Andrade MGG, Santiago SM, et al. O agir leigo e o cuidado em saúde: a produção de mapas de cuidado. *Cad Saúde Pública*. 2014;30(7):1502-14.
6. Paula CS, Miranda CT, Bordin AS. Saúde mental na infância e adolescência: revisão de estudos epidemiológicos. In: Lauridsen-Ribeiro EPP, Tanaka OY, editores. *Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS*. 2nd ed. São Paulo: Hucitec; 2016. p. 186-210.
7. Onocko Campos RT. Fale com eles! O trabalho interpretativo e a produção de consenso na pesquisa qualitativa em saúde: inovações a partir de desenhos participativos. *Physis*. 2011;21(4):1269-86.
8. Amarante P, Nunes MO. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. *Ciênc. saúde colet*. 2018;23(6):2067-74.
9. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal; 1988.
10. Reis AOA, Delfini PSS, Dombi-Barbosa C, Oliveira MFAPB. Crianças e adolescentes em sofrimento psíquico atendidos nos centros de atenção psicossocial infanto-juvenis. In: Lauridsen-Ribeiro EPP, Tanaka OY, editores. *Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS*. 2nd ed. São Paulo: Hucitec; 2016. p. 186-210.
11. Costa-Rosa A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: Amarante P, editor. *Ensaio, subjetividade e saúde mental*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2000. p. 141-68.
12. Macedo JP, Abreu MM, Fontenele MG, Dimenstein M. A regionalização da saúde mental e os novos desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. *Saude soc*. 2017;26(1):155-70.
13. Couto MCV, Duarte CS, Delgado PGG. A Saúde Mental Infantil na Saúde Pública Brasileira: situação atual e desafios. *Braz. J. Psychiatry*. 2008;30(4):390-8.
14. Amstalden ALF, Hoffmann MCCL, Monteiro TPM. A política de saúde mental infanto-juvenil: seus percursos e desafios. In: Lauridsen-Ribeiro EPP, Tanaka OY, editores. *Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS*. 2nd ed. São Paulo: Hucitec; 2016. p. 33-45.
15. Félix LB, Santos MFS. Infância e Atenção Psicossocial. *ECOS Estudos Contemporâneos da Subjetividade*. 2016;6(1):36-50.
16. Brasil. Ministério da Saúde. III Conferencia Nacional de Saúde Mental: Caderno Informativo. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

17. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras providências. Brasília, DF: Diário Oficial da União; 2011.
18. Nasser MA, Takiuti AD, Sala A, Pimenta AL, Billand JSJ, Ayres JRJM, et al. (Org.). Linha de Cuidado para a Saúde na Adolescência e Juventude para o Sistema Único de Saúde no Estado de São Paulo. São Paulo: LCA&J, 2021.
19. Luzio CA, L'Abbate S. A atenção em saúde mental em municípios de pequeno e médio porte: ressonância da reforma psiquiátrica. *Ciênc. saúde coletiva*. 2009;14(1):106-16.
20. Assis SG, Avanci JQ, Pires TO, Oliveira RVC. Necessidade e utilização de serviços de saúde mental infantil. In: Lauridsen-Ribeiro EPP, Tanaka OY, editores. *Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS*. 2nd ed. São Paulo: Hucitec; 2016. p. 33-45.
21. Ayres JR, Nemes Filho A, Dalmaso ASW, Senna DM, Schraiber LB, França LM, et al. *Caminhos da Integralidade na atenção primária à Saúde: recursos conceituais e instrumentos práticos para a educação permanente da equipe - adolescência e Juventude*. São Paulo: Centro de Saúde Escola Samuel B. Pessoa / FMUSP; 2012.
22. Rocha APR, Garcia CA. A Adolescência como ideal cultural contemporâneo. *Psicol cienc prof*. 2008;28(3):622-31.
23. Coutinho LG. Adolescência, cultura contemporânea e educação. *Estilos clin..* 2009;14(27):134-49.
24. Ariès P. *História social da criança e da família*. Rio de Janeiro: LTC; 1981.
25. Castro JA, Aquino L, organizadores. *Juventude e políticas sociais no Brasil*. Brasília: Ipea; 2008.
26. Calligaris C. *A Adolescência*. São Paulo: Publifolha; 2000.
27. Winnicott DW. Adolescência: Transpondo as zonas de calmaria. In: Winnicott DW, organizador. *A família e o desenvolvimento individual*. São Paulo: Martins Fontes; 2011.
28. Saggese E, Oliveira FH, organizadores. *Juventude e Saúde mental: a especificidade da clínica com adolescentes*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud; 2015.
29. Brasil. Lei 8.069/1990, de 13 de Julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, DF: Diário Oficial da União; 1990.
30. Organização Mundial da Saúde. *Saúde para os adolescentes do mundo: uma segunda chance na segunda década*. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2014.
31. Brasil. Ministério da Saúde. *Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
32. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua - PNAD Contínua*. Brasília, DF: IBGE; 2023.

33. Onocko Campos RT. Comportamento antissocial nos jovens como sequela da privação: contribuições da clínica winnicottiana para as políticas públicas. *Interface (Botucatu)*. 2018;22(67):1091-8.
34. Cifali AC, Benedito B, Martinelli C, Farias D, Pecoral GL, Paiva G, et al. Dossiê infância e covid-19: os impactos da gestão da pandemia sobre crianças e adolescentes. São Paulo: Centro de Estudos e Pesquisas de Direito Sanitário (CEPEDISA) - Instituto Alana; 2022.
35. Conjuve. Juventudes e a Pandemia do Coronavírus – Relatório Nacional, 2ª edição; 2021 [cited 2023 Nov 14]. Available from: <https://mk0atlasdasjuve5w21n.kinstacdn.com/wp-content/uploads/2021/06/>
36. Buss PM, Pellegrini Filho A. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis*. 2007 Apr;17(1):77-93.
37. Ayres JRMC. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde Soc*. 2004;13(3):16-29.
38. Ayres JRMC, Carvalho YM, Nasser MA, Saltão RM, Mendes VM. Caminhos da integralidade: adolescentes e jovens na Atenção Primária à Saúde. *Interface (Botucatu)*. 2012;16(40):67-81.
39. Silva TM, Faria MLVC, Cardoso MMA. Estamos patologizando as vulnerabilidades dos adolescentes? Uma pergunta a ser considerada pela atenção básica. *Braz. J. Dev.*. 2022;8(9).
40. Barros S, Ballan C, Batista LE, organizadores. Atenção psicossocial a crianças e adolescentes negros no SUS: Caderno de textos. São Paulo: EEUSP; 2021. p. 7-13.
41. Braga CP, D'Oliveira AFPL. A continuidade das internações psiquiátricas de crianças e adolescentes no cenário da Reforma Psiquiátrica Brasileira. *Interface (Botucatu)*. 2015;19(52):33-44.
42. Pereira MO, Sá MC, Miranda L. Um olhar sobre a atenção psicossocial a adolescentes em crise a partir de seus itinerários terapêuticos. *Cad. Saúde Pública*. 2014;30(10):2145-54.
43. Rodrigues-Morais R, Couto MCV, Faria DLS, Modena CM. O atendimento à crise e urgência no Centro de Atenção Psicossocial para crianças e adolescentes de Betim. *Pesqui. prá. psicossociais*. 2019;14(1):1-15.
44. Ribeiro JP, Gomes GC, Santos EO, Pinho LB. Especificidades de cuidado ao adolescente usuário de crack assistido na rede de atenção psicossocial. *Esc. Anna Nery*. 2019;23(2).
45. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados – 12, ano 10, nº 12. Informativo eletrônico. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
46. Sanduette V, Reis AOA. Modelos de abrangência para reorganização da saúde mental infantojuvenil em pequenos municípios. In: Lauridsen-Ribeiro EPP, Tanaka OY, organizadores. Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS. São Paulo: Hucitec; 2016. p. 404-26.
47. Couto MCV, Delgado PGC. In: Lauridsen-Ribeiro EPP, Tanaka OU, organizadores. Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS. São Paulo: Hucitec; 2016. p. 271-9.
48. Paz LM, Lima MG, Gussi MA, Cardoso AMR. Itinerários terapêuticos de familiares na atenção psicossocial infanto-juvenil. *Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social*. 2022;10(1).

49. Cabral ALLV, Martinez-Hemáez A, Andrade EIG, Cherchiglia ML. Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*. 2011;16(11):4433-42.
50. Demétrio F, Santana ERDE, Pereira-Santos MO. O Itinerário Terapêutico no Brasil: revisão sistemática e metassíntese a partir das concepções negativa e positiva de saúde. *Saúde Debate*. 2019;43:204-21.
51. Alves PC. Itinerário Terapêutico, cuidados à saúde e a experiência de adoecimento. In: Gerhardt TE, Pinheiro R, Silva Junior AG, organizadores. *Itinerários Terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC; 2016. p. 125-46.
52. Alves PC, Souza IM. Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In: Rabelo MC, Alves PC, Souza IM, organizadores. *Experiência de doença e narrativa*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 1999. p. 125-138.
53. Bellato R, Araújo LFS, Castro P. O itinerário terapêutico como uma tecnologia avaliativa da integralidade em saúde. In: Pinheiro R, Silva AGJ, Mattos RB, organizadores. *Atenção Básica e Integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC, IMS/UERJ, ABRASCO; 2008.
54. Bonet O. Itinerations and meshes to think about care itineraries. Regarding Tim Ingold. *Sociol. Antropol.* 2014;4(2):327-50.
55. Souza FF, Zambenedetti G. Percursos de cuidado: pistas sobre itinerários terapêuticos em saúde mental. *Tempus, Actas Saúde Colet.* 2018;11(4):105-22.
56. Bandeira N, Onocko Campos R. Itinerários terapêuticos de usuários que abandonaram o cuidado em Centros de Atenção Psicossocial (Caps-III). *Saúde Debate*. 2021;45(128):91-104.
57. Assis AD. Itinerário terapêutico em situação de comorbidade: desafios para a integralidade do cuidado em saúde mental. *Cad. Bras. Saúde Ment.* 2019;11(29):33-46.
58. Mângia EF, Yasutaki PM. Itinerários terapêuticos e novos serviços de saúde mental. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*. 2008;19(1):61-71.
59. Silveira R, Lofego J, Leal O, Souza LC, Feitosa A, Rodrigues L, et al. Trajetórias assistenciais e itinerários terapêuticos como práticas avaliativas da integralidade em Rio Branco. In: Pinheiro R, Junior A, Mattos R, organizadores. *Atenção básica e integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC, IMS-UERJ, ABRASCO; 2008. p. 75-104.
60. Alves PC. Itinerário terapêutico e os nexos de significados da doença. *Rev. Ciênc. Soc.* 2015;42(20):29-43.
61. Costa ALRC, Figueiredo DLB, Medeiros LHL, Mattos M, Maruyama SAT. O percurso na construção dos itinerários terapêuticos de famílias e redes para o cuidado. In: Pinheiro R, Martins PH, organizadores. *Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica*. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS-UERJ; Recife: Editora Universitária UFPE; 2011.
62. Moreira DJ, Bosi MLM, Soares CA. Uso de narrativas na compreensão dos itinerários terapêuticos de usuários em sofrimento psíquico. In: Gerhardt TE, Pinheiro R, Silva Junior AG, organizadores. *Itinerários Terapêuticos:*

- integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde. Rio de Janeiro: CEPESC; 2016. p. 223-36.
63. Onocko Campos RT. O exercício interpretativo. In: Onocko Campos RT, Furtado JP, Passos E, Benevides R, organizadores. Pesquisa avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos da narratividade. São Paulo: Aderaldo & Rothschild; 2008. p. 65-86.
 64. Onocko Campos RT, Palombini AL, Leal E, Serpa Junior OD, Baccari IOP, Ferrer AL, et al. Narrativas no estudo das práticas em saúde mental: contribuições das perspectivas de Paul Ricoeur, Walter Benjamin e da antropologia médica. *Ciênc. saúde coletiva*. 2013;18(10):2847-57.
 65. Pereira DEM. Fluxos na rede de atenção psicossocial infanto-juvenil na cidade de Campinas-SP: compreensão, construção e itinerários [dissertação de mestrado]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Departamento de Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Campinas; 2016.
 66. Onocko Campos R, Leal EM, Bakolis I, Costa MN, Saidel MGB, Moura JP, et al. Relatório Final Fapesp - Pesquisa de Implementação: Dispositivos de integração da rede de Saúde Mental no município de Itatiba-SP. São Paulo: UNICAMP; 2022.
 67. Fakuda CC, Garcia KA, Amparo DM. Concepções de saúde mental a partir da análise do desenho de adolescentes. *Estud. psicol. (Natal)*. 2012;17(2):207-214.
 68. Gasparini DA. Saúde mental e sofrimento psíquico na perspectiva de adolescentes [dissertação de mestrado]. São Carlos: Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional, Universidade Federal de São Carlos - UFSCar; 2022.
 69. Jucá VJS, Barros DNS, Lemos RM. As conversações e a narrativa do sofrimento psíquico entre adolescentes. *Rev. Psicol.* 2021;12(2):132-46.
 70. Le Breton D. Escarificações na adolescência: uma abordagem antropológica. *Horiz. Antropol.* 2010;16(33):25-40.
 71. Gomes LES, Freires KCP, Vasconcelos AF, Leite JM, Silva JG, Rocha AS, et al. Os efeitos da violência escolar na saúde mental infanto-juvenil. *Contr. Cienc. Soc.* 2023;16(10):23908-33.
 72. Sebenello DC, Kleba ME, Keitel L. Práticas de lazer e espaços públicos de convivência como potência protetiva na relação entre juventude e risco. *Rev. Katálysis*. 2016;19(1):53-63.
 73. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional de Saúde Escolar - 2019. Rio de Janeiro: IBGE; 2021.
 74. Rosenbaum M. Proteção em primeiro lugar: uma abordagem honesta sobre a questão do uso de drogas por adolescentes. Instituto Igarapé; 2018.
 75. Tavares LA, Montes JC. Adolescência e consumo de drogas: uma rede informal de saberes e práticas. Salvador: EDUFBA, CETAD; 2014.
 76. Tognetta LRP, Cuadra-Martínez DJ, Souza RA, Fioranelli Neto M. O sofrimento emocional em adolescentes em tempos de pandemia do Covid-19. *Rev. Online Polít. Gest. Educ.* 2022;26.
 77. Barros RP, Machado LM. Perda de Aprendizagem na Pandemia. Insper, Núcleo de Ciência pela Gestão Educacional; 2021.
 78. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP). Relatório de Resultado do Saeb 2021 [Internet]. Brasília: INEP; 2023 [citado em

- 2023 Nov 14]. Disponível em: https://download.inep.gov.br/educacao_basica/saeb/2021/resultados/relatorio_d_e_resultados_do_saeb_2021_volume_1.pdf
79. Vazquez DA, Caetano SC, Schlegel R, Lourenço R, Nemi A, Slemian A, et al. Vida sem escola e saúde mental dos estudantes de escolas públicas na pandemia de Covid-19. *Saúde Debate*. 2022;46(133):304-17.
80. Folha de São Paulo. Analfabetismo de crianças de 7 a 9 anos dobra no Brasil após pandemia, aponta Unicef [Internet]. 2023 [citado em 2023 Nov 14]. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/educacao/2023/10/analfabetismo-de-criancas-de-7-a-9-anos-dobra-no-brasil-apos-pandemia-aponta-unicef>
81. 77. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP). Resultados da segunda edição da pesquisa Resposta Educacional à Pandemia de Covid-19 no Brasil. [Internet]. Brasília: INEP; 2020 [citado em 2023 Nov 14]. Disponível em: https://download.inep.gov.br/censo_escolar/resultados/2021/apresentacao_pesquisa_covid19_censo_escolar_2021.pdf
82. Lopes CS, Abreu GA, Santos DF, Menezes PR, Carvalho KMB, Cunha CF, et al. ERICA: prevalência de transtornos mentais comuns em adolescentes brasileiros. *Rev. Saúde Pública*. 2016;50:1-9.
83. Bustamante V, Oliveira RS. O brincar de crianças e suas famílias como alternativa de cuidado à saúde mental infantil. *Psicol. rev. (Belo Horizonte)*. 2018;24(3):726-43.
84. Avanci JQ, Assis SG, Oliveira RVC, Ferreira RM, Pesce RP. Fatores associados aos problemas de saúde mental em adolescentes. *Psic.: Teor. e Pesq.* 2007;23(3):287-94.
85. Brasil. Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
86. Silva CD da, Jurdi APS. Saúde mental infantojuvenil e a escola: diálogos entre profissionais da educação e da saúde. *Saúde Debate*. 2022;46(spe6):97-108.
87. David EC. Desafios das equipes para acolher crianças e adolescentes negros em CAPSij: relato de uma experiência de pesquisa. In: Barros S, Ballan C, Batista LE, organizadores. *Atenção psicossocial a crianças e adolescentes negros no SUS: Caderno de textos*. São Paulo: EEUSP, 2021. p. 105-9.
88. São Paulo. Documento Orientador: Acolhimento [Internet]. São Paulo: Coordenadoria Pedagógica – COPED; 2021 [citado em 2023 Nov 14]. Disponível em: <https://midiasstoragesec.blob.core.windows.net/001/2022/05/programa-pe-documento-orientador-acolhimento.pdf>
89. Cavalleiro E. Introdução. In: SECAD. *Educação anti-racista: caminhos abertos pela lei federal nº 10.639/03*. Brasília: MEC-SECAD; 2005. p. 11-18.
90. Brasil. Ministério da Saúde. *Caminhos para uma política de saúde mental infantojuvenil*. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
91. Taño BL, Matsukura TS, Minatel MM. Atenção psicossocial e intersectorialidade: entre o lugar do saber e o saber do lugar. In: Fernandes ADSA, Taño BL, Cid MFB, Matsukura TS, organizadores. *Saúde Mental de Crianças e Adolescentes e Atenção Psicossocial*. Santana de Parnaíba: Manole; 2021. p. 2-20.
92. Taño BL, Matsukura TS, Minelli M, Constatinidis TC. Crianças, adolescentes e suas famílias: proposições para práticas comprometidas com o encontro. In:

- Fernandes ADSA, Taño BL, Cid MFB, Matsukura TS, organizadores. Saúde Mental de Crianças e Adolescentes e Atenção Psicossocial. Santana de Parnaíba: Manole; 2021. p. 21-34.
93. Delfini P, Bastos IT, Reis AOA. Peregrinação familiar: a busca por cuidado em saúde mental infantil. *Cad. Saúde Pública*. 2016;33(12):e00145816.
 94. Santos D, Mishima SM, Merhy EE. Processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: potencialidades da subjetividade do cuidado para reconfiguração do modelo de atenção. *Ciênc. saúde colet*. 2018;23(3):861-70.
 95. Alves MJH, Albuquerque GA, Silva AS, Belém JM, Nunes JFC, Leite MF, et al. Fatores envolvidos na adesão de estudantes adolescentes à Estratégia Saúde da Família. *SANARE*. 2016;15(2):37-49.
 96. Fernandes ESF, Santos AM. Desencontros entre formação profissional e necessidades de cuidado aos adolescentes na Atenção Básica à Saúde. *Interface (Botucatu)*. 2020;24.
 97. Fernandes ADSA, Taño BL, Cid MFB, Matsukura TS, organizadores.. Saúde Mental de Crianças e Adolescentes e Atenção Psicossocial. Santana de Parnaíba, SP: Manole, 2021. p. 21-34.
 98. Severo AK, Dimenstein M. Rede e intersectorialidade na atenção psicossocial: contextualizando o papel do ambulatório de saúde mental. *Psicol. Ciênc. Prof.*. 2011;31(3):640-55.
 99. Brandão PMC, Canavêz F, Ramos PL. Entre saúde e educação: sobre um ambulatório de saúde mental infantojuvenil. *Interface (Botucatu)*. 2017;21(62):699-709.
 100. Sakai CP. Atenção ambulatorial em saúde mental para infância e adolescência: um estudo descritivo no estado da Bahia entre 2008 e 2016 [dissertação de mestrado]. Salvador: Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia; 2018.
 101. Pires CS, Bezerra MAL, Amorim AT. Consumo de psicofármacos entre adolescentes durante a pandemia da COVID-19. *Res. Soc. Dev*. 2022;11(7):e54011730527.
 102. Veloso TMC, Souza MCBM. Concepções de profissionais da estratégia saúde da família sobre saúde mental. *Rev. Gaúcha Enferm*. 2013;34(1):79-85.
 103. Correia GAR, Gondim APS. Utilização de benzodiazepínicos e estratégias farmacêuticas em saúde mental. *Saúde Debate*. 2014;38(101):393-8.
 104. Matos DO, Medeiros-Souza O, Melo RP, Menezes RA, Tavares NUL. Satisfação dos responsáveis por adolescentes com as informações recebidas para o uso dos psicotrópicos em Unidade de Saúde Mental. *Rev Paul Pediatr*. 2022;40:e2021012.
 105. Malfitano APS, Adorno RDECF, Lopes RE. Um relato de vida, um caminho institucional: juventude, medicalização e sofrimentos sociais. *Interface (Botucatu)*. 2011;15(38):701-14.
 106. Saggese E. Uma Juventude à Flor da Pele: o dilema de adolecer ou adoecer. *Educ. Real*. 2021;46(1):e109166.
 107. Oliveira A, Vicentin MCG, Massari MG. Entre medicalização e recusas: crianças e adolescentes nos circuitos socioassistenciais-sanitários. *Rev. Polis Psique*. 2018;8(3):225-45.

108. Freitas FFP, Azevedo LJC. Medicalizando crianças e adolescentes. *Estud. Sociol.* 2022;27.
109. Conselho Federal de Psicologia. Cartilha: Psicologia e Serviço Social na educação básica. Lei nº 13.935/2019. Essa luta tem história. Brasília: 108. Conselho Federal de Psicologia; 2022.
110. Igreja Júnior SM, Ribeiro DR, Gonçalves MLS, Araújo JSS, Santana BW. O impacto da atividade física na saúde mental do adolescente: uma breve revisão de literatura. *Braz. J. Dev.* 2023;9(7):21917-24.
111. Marcino LF, Giacon-Arruda BCC, Teston EF, Souza AS, Marcheti PM, Lima HP, et al. Prática de lazer em adolescentes e fatores associados: implicações para o cuidado. *Acta Paul Enferm.* 2022;35.
112. Campos CG, Muniz LA, Belo VS, Romano MCC, Lima MC. Conhecimento de adolescentes acerca dos benefícios do exercício físico para a saúde mental. *Ciênc. saúde coletiva.* 2019;24(8):2951-8.
113. Ferreira MA, Batista EM, Olive ES. O sofrimento mental entre adolescentes e os benefícios através da arte. *Revista UFG.* 2020;20.
114. Souza JB, Barbosa SSP, Martins EL, Zanettini A, Urio A, Xirello T. A música como prática de promoção da saúde na adolescência. *Rev. Enferm. UFSM.* 2019;9.
115. Delboni C [Internet]. Você sabe por que os adolescentes estão sempre ouvindo música? *Estadão*; 2022 [citado em 2023 Nov 14]. Disponível em: <https://www.estadao.com.br/emails/carolina-delboni/voce-sabe-por-que-adolescentes-estao-sempre-escutando-musica/>

APÊNDICE I - ROTEIRO NORTEADOR DE ENTREVISTA EM PROFUNDIDADE



Universidade Estadual de Campinas UNICAMP
Faculdade de Ciências Médicas – FCM
Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva



Percorrendo a rede de quem precisa de rede: itinerários de adolescentes em busca de cuidado em saúde mental em um município paulista de médio porte.

Roteiro Norteador de Entrevista em Profundidade

- 1) Você poderia me contar um pouco da sua história? O que você faz no dia-a-dia? O que você gosta? Quem mora com você?
- 2) Agora eu gostaria de compreender como você percebe o que é estar bem e o que não estar bem. Como é se sentir bem? Quando você se sente bem?
- 3) Você está fazendo tratamento aqui neste serviço, não é mesmo!? Você se lembra quando começou a não ficar bem? Alguém percebeu ou você contou para alguém sobre isso? Por que você está fazendo tratamento?
- 4) Qual foi o primeiro lugar que você e sua família procuraram ajuda? Como foi lá?
- 5) E depois vocês foram em outros lugares, inclusive, outros lugares que não eram serviços? Na época o que você entendeu que estava acontecendo? Gostou de como as pessoas cuidavam de você e da sua família?
- 6) Como foi conseguir ajuda para o que você estava sentindo?
- 7) Hoje, como se cuida? Quem você procura quando está em sofrimento?
- 8) O que acha do seu tratamento aqui? Como que ele te ajuda? Como foi conseguir chegar nesse tratamento?
- 9) Como você acha que poderia ser um bom jeito de cuidar de adolescentes como você aqui?

APÊNDICE II - TCLE AOS RESPONSÁVEIS USUÁRIOS ADOLESCENTES ITINERÁRIOS



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA AOS RESPONSÁVEIS - (Resolução 466/12 do Ministério da Saúde) USUÁRIO - ADOLESCENTES Itinerários

Pesquisa: DISPOSITIVOS DE INTEGRAÇÃO DA REDE DE SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO DE ITATIBA-SP: UMA PESQUISA DE IMPLEMENTAÇÃO.

Pesquisador responsável: Rosana Teresa Onocko Campos

Número do CAAE: 00827918.8.0000.5404

O Termo de Consentimento é um termo usado e obrigatório para pesquisas envolvendo seres humanos, de acordo com a Resolução N° 466 do Conselho Nacional de saúde do Brasil, especificamente para participantes de 07 a 17 anos.

O menor de idade pelo qual o (a) senhor é responsável está sendo convidado a participar de uma pesquisa Dispositivos de Integração da Rede de Saúde Mental no Município de Itatiba-SP: Uma pesquisa de Implementação, para a Universidade Estadual de Campinas.

Por favor, leia com atenção e calma, aproveitando para esclarecer suas dúvidas. Se houver perguntas antes ou mesmo depois de assiná-lo, você poderá esclarecê-las com o pesquisador. Se preferir, pode ter um tempo para refletir se aceita que o menor de idade pelo qual é responsável participe da pesquisa. Não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo se você não autorizar a participação do menor de idade ou retirá-la em qualquer momento.

Justificativa e objetivos:

O objetivo desta pesquisa é avaliar as formas de organizar a rede de serviços de saúde mental, buscando mapear os serviços e/ou atendimentos que o adolescente do qual você é responsável já utilizou no município de Itatiba e qual a percepção dele sobre estes serviços. A justificativa para realização desta pesquisa é a importância de entender como a implementação favoreceu ou não o funcionamento da rede de serviços em saúde mental.

Procedimentos:

Caso você autorize, o menor irá participar de uma entrevista, que consiste em uma

Rubrica do responsável: _____ Rubrica do pesquisador: _____

conversa com um dos pesquisadores.

A realização será aqui no serviço mesmo. O pesquisador vai fazer perguntas às quais ele será convidado a responder e dialogar sobre o que pensa acerca do assunto e compartilhar a experiência dele. Tudo que for dito pelo menor de idade não será relatado para ninguém (nem para os responsáveis) O tratamento do seu histórico, informações, assim como a identidade, seguirão os padrões profissionais de sigilo.

Essa conversa será audiogravada e posteriormente transcrita, preservando a identidade dos participantes, para que se possa fazer a análise dos dados. O material audiogravado será utilizado exclusivamente para este projeto e armazenado pela pesquisadora responsável somente em formato digital pelo período de 3 anos, após esse período, o mesmo será destruído. Deverão acontecer entre 1 e 2 encontros com duração entre 1 e 2 horas.

A participação do menor de idade não é obrigatória, ele terá o direito de não aceitar participar se não desejar e, a qualquer momento, ele(a) poderá desistir da participação na pesquisa.

Desconfortos e riscos:

Embora tenhamos o interesse de manter o menor de idade o mais confortável possível, sabemos que existe o risco de que as perguntas deste estudo, por fazer alusão ao tratamento dele, podem causar incômodo. Este risco se justifica pela necessidade de entender como o processo de trabalho interage com o processo de implementação. Contudo, ele poderá interromper a participação sempre que quiser, podendo continuar depois a participar da entrevista ou não.

Devido a pandemia do coronavírus, há risco de contágio, uma vez que o vírus é disseminado através de contato direto ou indireto. Pensando em minimizar esse risco com medidas de distanciamento, os pesquisadores estão apresentando a carteira de vacinação contra a covid-19, uso de máscara e utilização de álcool gel 70%, seguindo o protocolo de segurança vigente pelo Ministério da Saúde. Não há outros riscos previsíveis.

Benefícios:

O (A) senhor(a) e o menor de idade pelo qual é responsável não receberão remuneração pela participação. Caso o(a) senhor(a) tenha custos com a pesquisa, por exemplo, com transporte e alimentação para o menor e acompanhante, o(a) senhor(a) deverá conversar com o pesquisador e apresentar comprovantes dos gastos para receber ressarcimento. A participação dele(a) será a oportunidade de compartilhar as vivências e sentimentos acerca do processo de tratamento, acolhimento a crise e cuidado em rede. De forma indireta, ele estará

Rubrica do responsável: _____ Rubrica do pesquisador: _____

ajudando a entender os problemas que poderiam ser melhorados nos serviços de saúde mental de Itatiba, proporcionando assim um melhor atendimento para os usuários e um melhor processo de trabalho para ele e outros adolescentes.

Acompanhamento e assistência:

O (A) senhor(a) e o menor de idade pelo qual é responsável têm o direito à assistência integral e gratuita devido a danos diretos e indiretos, imediatos e tardios, pelo tempo que for necessário. Qualquer situação de incômodo ou desconforto físico e emocional poderá ser relatada pelo menor de idade para que ele(a) possa receber atendimento e/ou apoio. Ele(a) terá o direito de acessar os dados e os resultados da pesquisa sempre que for de interesse. Lembramos que o menor de idade pode cancelar a participação no estudo a qualquer momento.

Sigilo e privacidade:

Iremos resguardar o direito ao sigilo e anonimato aos participantes da pesquisa. As respostas do menor, bem como as informações que ele nos der, não serão divulgadas de forma a possibilitar a identificação. Nenhuma informação será dada a outras pessoas que não façam parte da equipe de pesquisadores. Na divulgação dos resultados desse estudo, o nome do menor de idade não será citado.

Ressarcimento e indenização:

Como o estudo será feito nesse serviço, não esperamos gerar o(a) senhor(a) e o menor de idade pelo qual é responsável, mas caso vocês tenham algum gasto para participar dessa pesquisa fora da sua rotina, vocês serão ressarcidos integralmente. Caso isso ocorra, esse ressarcimento será feito em espécie, no momento da entrevista, e um recibo deverá ser assinado. O menor de idade pelo qual é responsável terá a garantia ao direito à indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa.

Contato:

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com Rosana Teresa Onocko Campos pelo email rosanaoc@unicamp.br ou no Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp das 08:00hs às 11:30hs e das 13:00hs às 17:30hs: R. Albert Sabin, s/ nº. Cidade Universitária "Zeferino Vaz" CEP: 13083-894. Campinas, SP, Brasil. Telefone para contato: (19) 3521-9574.

Em caso de denúncias ou reclamações sobre a participação do menor de idade pelo qual é responsável e sobre questões éticas do estudo, você poderá entrar em contato com a secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNICAMP das 08:00hs às 11:30hs e das 13:00hs às 17:30hs na Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126; CEP 13083-887 Campinas – SP; telefone (19) 3521-8936 ou (19) 3521-7187; e-mail: cep@fcm.unicamp.br.

Rubrica do responsável: _____ Rubrica do pesquisador: _____

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

O papel do CEP é avaliar e acompanhar os aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos. A Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) tem por objetivo desenvolver a regulamentação sobre proteção dos seres humanos envolvidos nas pesquisas. Desempenha um papel coordenador da rede de Comitês de Ética em Pesquisa (CEPs) das instituições, além de assumir a função de órgão consultor na área de ética em pesquisas.

Este Termo de Consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma via será arquivada pelo pesquisador (a) responsável, e a outra será dada para você.

Consentimento livre e esclarecido:

Eu _____ (colocar nome legível do responsável) declaro que recebi esclarecimentos sobre a natureza da pesquisa, objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar na participação do menor de idade pelo qual sou responsável (colocar o nome completo do menor) _____, e autorizo que ele(a) participe da pesquisa:

Nome do (a) responsável: _____

Assinatura do responsável: _____

Data: ____/____/____.

Responsabilidade do Pesquisador:

Asseguro ter cumprido as exigências da resolução 466/2012 CNS/MS e complementares na elaboração do protocolo e na obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Asseguro, também, ter explicado e fornecido uma via deste documento ao participante da pesquisa. Informo que o estudo foi aprovado pelo CEP perante o qual o projeto foi apresentado e pela CONEP, quando pertinente. Comprometo-me a utilizar o material e os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento ou conforme o consentimento dado pelo participante da pesquisa e seu responsável legal.

Assinatura do pesquisador: _____ Data:

____/____/____.

APÊNDICE III - TALE USUÁRIOS ADOLESCENTES ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS



TERMO DE ASSENTIMENTO PARA PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA - (Resolução 466/12 do Ministério da Saúde) USUÁRIO ADOLESCENTES - Itinerários (De 14 a 17 anos)

Pesquisa: DISPOSITIVOS DE INTEGRAÇÃO DA REDE DE SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO DE ITATIBA-SP: UMA PESQUISA DE IMPLEMENTAÇÃO.

Pesquisador responsável: Rosana Teresa Onocko Campos

Número do CAAE: 00827918.8.0000.5404

O Termo de Assentimento é um termo usado e obrigatório para pesquisas envolvendo seres humanos, de acordo com a Resolução N° 466 do Conselho Nacional de saúde do Brasil, especificamente para participantes de 07 a 17 anos, que visa assegurar seus direitos como participante de uma pesquisa.

Você está sendo convidado a participar da pesquisa Dispositivos de Integração da Rede de Saúde Mental no Município de Itatiba-SP: Uma pesquisa de Implementação, para a Universidade Estadual de Campinas.

Seus pais e/ou responsáveis permitiram que você participe e vamos explicar como você vai participar. O que iremos fazer na pesquisa? A seguir vamos descrever para você o que faremos em toda a pesquisa e como será a sua participação. Podemos ler com atenção e calma, aproveitando para esclarecer suas dúvidas. Se houver perguntas antes ou mesmo depois de assiná-lo, você poderá esclarecê-las com o pesquisador.

Justificativa e objetivos:

Queremos com essa pesquisa avaliar as formas de organizar a rede de serviços de saúde mental, buscando mapear os serviços e/ou atendimentos que você já utilizou no município de Itatiba e qual a sua percepção sobre eles. A justificativa para realização desta pesquisa é a importância de entender como a implementação favoreceu ou não o funcionamento e melhoria da rede de serviços que cuidam da saúde mental das pessoas.

Procedimentos:

Estamos te convidando para participar de uma entrevista, que consiste em uma conversa com um dos pesquisadores. A realização será aqui no serviço mesmo. O pesquisador vai fazer

Rubrica do responsável: _____ Rubrica do pesquisador: _____

perguntas às quais você poderá conversar sobre o que pensa acerca do assunto, compartilhar a sua experiência. Vamos combinar que o que a gente conversar aqui não iremos contar para ninguém (nem seu pais ou outros responsáveis). O tratamento do seu histórico, informações, assim como a sua identidade, seguirão os padrões profissionais de sigilo.

Essa conversa será audiogravada e posteriormente transcrita, preservando a sua identidade, para que se possa fazer a análise dos dados. O material audiogravado será utilizado exclusivamente para este projeto e será armazenado pela pesquisadora responsável somente em formato digital pelo período de 3 anos, após esse período, o mesmo será destruído. Deverão acontecer entre 1 e 2 encontros com duração entre 1 e 2 horas.

Para participar deste estudo, o responsável por você deverá autorizar e assinar o Termo de Consentimento. Porém, a sua participação é voluntária e você terá o direito de não aceitar participar se não desejar. Pode também levar este Termo para casa e discutir a sua participação com a sua família.

O responsável por você poderá retirar o consentimento ou interromper a sua participação a qualquer momento sem prejuízos.

Desconfortos e riscos:

Embora tenhamos o interesse de manter você o mais confortável possível, sabemos que existe o risco de que as perguntas deste estudo por ter relação com o tratamento que você realizou ou realiza, podem causar incômodo. Contudo, você pode interromper sua participação sempre que quiser, podendo continuar depois a participar da entrevista ou não. Você não precisa ter medo de dizer o que quer ou de pedir ajudar se precisar.

Devido a pandemia do coronavírus, há risco de contágio, uma vez que o vírus é disseminado através de contato direto ou indireto entre pessoas. Pensamos em minimizar esse risco com medidas de distanciamento, os pesquisadores estão apresentando a carteira de vacinação contra a covid-19, uso de máscara e utilização de álcool gel 70%, seguindo o protocolo de segurança vigente pelo Ministério da Saúde. Não há outros riscos previsíveis.

Benefícios:

Não haverá nenhum benefício financeiro para você e para o seu responsável na participação deste estudo, o único benefício direto será a oportunidade de compartilhar suas vivências e sentimentos acerca do seu processo de tratamento, acolhimento a crise e cuidado em rede. Contudo, de forma indireta, você estará ajudando a entender os problemas que poderiam ser melhorados nos serviços de saúde mental de Itatiba, proporcionando assim um melhor atendimento para os usuários e um melhor processo de trabalho para você e seus colegas.

Rubrica do responsável: _____ Rubrica do pesquisador: _____

Acompanhamento e assistência:

Você tem o direito à assistência integral e gratuita devido a danos diretos e indiretos, imediatos e tardios, no caso de quaisquer danos eventualmente em consequência da sua participação na pesquisa, pelo tempo que for necessário. Qualquer situação de incômodo ou desconforto físico e emocional poderá ser relatada para que você possa receber atendimento e/ou apoio. Você terá o direito de acessar os seus dados e os resultados da pesquisa sempre que for de seu interesse. Lembramos que você pode cancelar sua participação no estudo a qualquer momento.

Sigilo e privacidade:

Você tem a garantia de que sua identidade será mantida em sigilo e nenhuma informação será dada a outras pessoas que não façam parte da equipe de pesquisadores. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada e serão publicadas em revistas e jornais importantes da comunidade científica. Seu nome não será divulgado, será mantido em sigilo e o pesquisador(a) poderá utilizar pseudônimos.

Ressarcimento e Indenização:

Como o estudo será feito nesse serviço, não esperamos gerar nenhum custo nesta participação e você também não receberá qualquer vantagem financeira, mas caso você tenha algum custo para participar dessa pesquisa fora da sua rotina, você será ressarcido integral. Você terá a garantia ao direito à indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa.

Contato:

Caso você tenha dúvidas sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com a pesquisadora Profa. Dra. Rosana Teresa Onocko Campos, responsável pela pesquisa, nos contatos do quadro a seguir:

A pesquisadora principal chama-se Rosana Teresa Onocko Campos.
O endereço comercial da pesquisadora é: Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas (FCM). Rua Albert Sabin, s/ nº. Cidade Universitária "Zeferino Vaz" CEP: 13083-894. Campinas, SP, Brasil.
Os telefones para contato com a pesquisadora são: (19) 3521-9574.
E-mail da pesquisa é: rosanaoc@unicamp.br

Rubrica do responsável: _____ Rubrica do pesquisador: _____

Você poderá acionar o Comitê de Ética em Pesquisa da Unicamp (CEP) em caso de denúncias ou reclamações sobre sua participação e sobre questões éticas do estudo. No quadro a seguir você tem todas as formas de contato possíveis com o Comitê de Ética em Pesquisas:

O endereço eletrônico do CEP é:

<https://www.prp.unicamp.br/pt-br/contato-2>

O endereço comercial do CEP é:

Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Faculdade de Ciências Médicas (FCM),
Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), Rua Tessália Vieira de Camargo, 126; CEP 13083-887
Campinas – SP

O telefone do CEP: (19) 3521-8936 ou (19) 3521-7187

O e-mail para contato com o CEP é: cep@fcm.unicamp.br

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

O papel do CEP é avaliar e acompanhar os aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos. A Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) tem por objetivo desenvolver a regulamentação sobre proteção dos seres humanos envolvidos nas pesquisas. Desempenha um papel coordenador da rede de Comitês de Ética em Pesquisa (CEPs) das instituições, além de assumir a função de órgão consultor na área de ética em pesquisas.

Este Termo de Assentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma via será arquivada pelo pesquisador (a) responsável, e a outra será dada para você.

Rubrica do responsável: _____ Rubrica do pesquisador: _____

Termo de Assentimento

Eu _____, portador (a) do documento (RG, Passaporte, CPF) _____, fui informado (a) dos objetivos desta pesquisa, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar e esclareci todas as minhas dúvidas.

Sei que, a qualquer momento poderei solicitar novas informações/esclarecimentos de dúvidas sobre a minha participação, e o meu responsável poderá modificar a decisão de participar se eu assim desejar.

Com o Termo de Consentimento do meu responsável já assinado, declaro que concordo em participar voluntariamente desse estudo e que recebi uma cópia deste termo de assentimento devidamente assinado pelo pesquisador (a). E que, em caso de dúvidas, ou qualquer outra necessidade, poderei entrar em contato com o mesmo.

() Autorizo a gravação do meu depoimento em áudio () Não autorizo a gravação do meu depoimento em áudio.

Nome do (a) participante: _____

Assinatura do participante: _____

Data: ____/____/____.

Responsabilidade do Pesquisador:

Asseguro ter cumprido as exigências da resolução 466/2012 CNS/MS e complementares na elaboração do protocolo e na obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Asseguro, também, ter explicado e fornecido uma via deste documento ao participante da pesquisa. Informo que o estudo foi aprovado pelo CEP perante o qual o projeto foi apresentado e pela CONEP, quando pertinente. Comprometo-me a utilizar o material e os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento ou conforme o consentimento dado pelo participante da pesquisa e seu responsável legal.

Assinatura do pesquisador: _____

Data: ____/____/____.