

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL
INSTITUTO INTEGRADO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM ENFERMAGEM

GABRIELE CÁSSIA SANTOS SILVA

**ATENÇÃO EM SAÚDE AO ADOLESCENTE COM O COMPORTAMENTO DE
AUTOLESÃO, E SUA FAMÍLIA, NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL:
PERSPECTIVA DE ADOLESCENTES, FAMILIARES E PROFISSIONAIS**

CAMPO GRANDE, MS

2025

GABRIELE CÁSSIA SANTOS SILVA

**ATENÇÃO EM SAÚDE AO ADOLESCENTE COM O COMPORTAMENTO DE
AUTOLESÃO, E SUA FAMÍLIA, NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL:
PERSPECTIVA DE ADOLESCENTES, FAMILIARES E PROFISSIONAIS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Enfermagem.

Linha de Pesquisa: O Cuidado em Saúde e Enfermagem.

Grupo de pesquisa vinculado: Núcleo de Estudo e Pesquisa em Saúde Mental e em Condições Crônicas (NEPSMCC).

Orientadora: Profa. Dra. Bianca Cristina Ciccone Giacon Arruda.

CAMPO GRANDE, MS

2025

GABRIELE CÁSSIA SANTOS SILVA

**ATENÇÃO EM SAÚDE AO ADOLESCENTE COM O COMPORTAMENTO DE
AUTOLESÃO, E SUA FAMÍLIA, NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL:
PERSPECTIVA DE ADOLESCENTES, FAMILIARES E PROFISSIONAIS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Enfermagem

Campo Grande, MS, 26 de agosto de 2025.

Resultado:

BANCA EXAMINADORA:

Profª. Dra. Bianca Cristina Ciccone Giacon Arruda. (Presidente)
Instituto Integrado de Saúde- INISA
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS)

Profª. Dra. Elen Ferraz Teston (Membro titular)
Instituto Integrado de Saúde - INISA
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS)

Profª. Dra. Sonia Regina Zerbetto (Membro titular)
Departamento de Enfermagem - DENf
Universidade Federal de São Carlos (UFSCar)

Profª. Dra. Marcelle Paiano (Membro titular)
Departamento de Enfermagem - DEN
Universidade Estadual de Maringá (UEM)

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todos os adolescentes e seus familiares que, mesmo enfrentando o estigma e o sofrimento que envolve a autolesão, se dispuseram a compartilhar suas vivências. Sua coragem em dar voz ao que tantas vezes é silenciado tornou possível a realização deste trabalho.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Eva e Osteneu, sou imensamente grata por tudo que fizeram por mim, por todo amor, dedicação e ensinamentos. Essa vitória também é de vocês.

As minha sobrinhas Esther e Eloah, por sempre com seus jeitos e amor único de criança, conseguem me tirar sorrisos e gargalhadas com suas peripécias nos momentos em que não estava bem.

À minha noiva, por sempre estar ao meu lado desde o início, por me apoiar em definitivamente qualquer coisa que eu desejo, me dando seu colo e ombro nos vários momentos dessa caminhada em que pensei em desistir, sempre me dizendo “vai ficar tudo bem gabe”, “você vai conseguir!”, “Escreva mais um pouquinho”, “Estou com você para o que der e vier” e por vibrar comigo cada momento em que algo dava certo ou em cada final de etapa concluída (nunca vou me esquecer do dia da qualificação), por incentivar meus sonhos e sonhar comigo sem olhar os obstáculos, você foi extremamente fundamental nessa caminhada, sou grata por todo o amor e carinho que me proporcionou. Espero um dia poder retribuir tudo que fez por mim nesses 2 anos. Essa vitória também é sua! Amo muito você, você é incrível, saiba disso.

As minhas colegas de mestrado Tailma e Nur, que ao decorrer desta jornada, fizeram com que eu me sentisse acolhida e amparada, quando precisei prontamente me ajudaram, obrigada por sempre me acolherem e por todos os conselhos e desabafos, vocês são profissionais incríveis. Minha enorme gratidão à vocês!

Não poderia deixar de agradecer ao meu amigo, João V. que me ajudou nessa caminhada, quando precisei de seus dotes de designer prontamente me ajudou, sem reclamar e sempre esteve ao meu lado. Sou grata a você, uma parte dessa vitória também é sua!

Não posso deixar de agradecer à minha orientadora, Profª. Dra. Bianca Cristina Ciccone Giacon Arruda, sou eternamente grata por todo o incentivo e apoio nesta jornada, por ser um ser humano incrível, no momento mais pesado dessa caminhada, quando desabei, a senhora me acolheu com muita empatia e humanidade e me deu um norte para continuar, nunca vou me esquecer disso. Professora, a senhora é incrível!

SILVA, Gabriele Cássia Santos. **Atenção em Saúde ao Adolescente com o Comportamento de Autolesão, e sua Família, na Rede de Atenção Psicossocial: Perspectiva de Adolescentes, Familiares e Profissionais.** Campo Grande, MS, 2025. 106f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campo Grande, MS, 2025.

RESUMO

A saúde mental dos adolescentes é uma preocupação nacional e internacional, uma vez que as mudanças ocorridas nessa fase podem acarretar sofrimento psíquico. Nesse contexto, a Autolesão Não Suicida (ALNS) pode ser uma estratégia não adaptada de alívio de sofrimento nessa população. Essa condição de saúde causa impacto tanto na vida do indivíduo como em sua família, que enfrenta diferentes sentimentos como medo, vergonha e incertezas. O acesso aos serviços de saúde e o recebimento de uma assistência integral ao adolescente e sua família se tornam importantes, entretanto, há lacunas identificadas tanto na entrada desses indivíduos nos serviços de saúde como no cuidado integral. Assim, este estudo tem como objetivo compreender como se dá a atenção à saúde, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, ao adolescente com comportamento de autolesão e à sua família, a partir da perspectiva de adolescentes, familiares e profissionais de saúde. Para isso, foi realizado um estudo de abordagem qualitativa, baseado no referencial teórico do Modelo Explicativo de Doença de Kleinman. Os participantes foram adolescentes com comportamento de ALNS, seus familiares e profissionais dos serviços pertencentes à RAPS de uma capital da região centro-oeste do Brasil. A coleta de dados ocorreu entre os meses de maio e julho de 2025, sendo realizada por meio da entrevista em profundidade, com os grupos de interesse, e foi utilizado um roteiro inicial semiestruturado, com questões norteadoras baseadas no referencial teórico. A duração média das entrevistas variou de dez a quarenta minutos e estas foram áudio gravadas. A coleta de dados teve início a partir do contato com os campos escolhidos para apresentar a proposta da pesquisa e, após o aceite, foi solicitada a divulgação dela aos adolescentes e sua família, por meio de um convite redigido em forma de carta aberta, com informações sobre a pesquisa. Após, foi marcada uma entrevista com aqueles participantes que aceitaram e se enquadraram na pesquisa. Para a análise dos dados, foi utilizada a análise temática de conteúdo, utilizando-se das três etapas estabelecidas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados. Os resultados foram organizados a partir da análise temática de conteúdo, dando origem ao tema central “Autolesão na adolescência: experiências, relações familiares e a assistência dentro da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)”, onde os principais achados mostraram que a autolesão em adolescentes repercute não apenas na relação entre pais e filhos, mas em toda a dinâmica familiar, reforçando a importância de incluir a família no cuidado terapêutico. Também revelou que, embora o CAPSi seja reconhecido como um espaço de acolhimento, a assistência ainda se apresenta de forma fragmentada, marcada pela escassez de profissionais, insuficiente capacitação e fragilidades na articulação da RAPS. Além disso, destacou a escola como um espaço estratégico para a detecção precoce e encaminhamento dos casos. Os resultados deste estudo permitiram compreender de forma abrangente a experiência de adolescentes em situação de autolesão e de suas famílias, revelando impactos emocionais profundos que se estendem para além da relação pais-filhos, alcançando também a dinâmica conjugal-familiar.

Descritores: Enfermagem Familiar. Saúde Mental. Serviços de Saúde. Adolescente. Comportamento Autodestrutivo. Comportamento do Adolescente.

SILVA, Gabriele Cássia Santos. **Health Care for Adolescents with Self-Harm Behavior and their Families in the Psychosocial Care Network: Perspective of Adolescents, Families and Professionals.** Campo Grande, MS, 2025. 106f. Dissertation (Master 's) – Postgraduate Program in Nursing, Federal University of Mato Grosso do Sul, Campo Grande, MS, 2025.

ABSTRACT

The mental health of adolescents is a national and international concern, since the changes that occur during this phase can cause psychological distress. In this context, non-suicidal self-injury (NSSI) can be an inadequate strategy for relieving distress in this population. This health condition impacts both the individual's life and that of their family, who face different feelings such as fear, shame, and uncertainty. Access to health services and comprehensive care for adolescents and their families are important, however, there are gaps identified both in these individuals' access to health services and in comprehensive care. Thus, this study aims to understand how health care is provided within the Psychosocial Care Network to adolescents with self-harming behavior and their families, from the perspective of adolescents, family members, and health professionals. To this end, a qualitative study was conducted, based on the theoretical framework of Kleinman's Explanatory Model of Illness. The participants were adolescents with ALNS behavior, their families, and professionals from services belonging to the RAPS in a capital city in the Midwest region of Brazil. Data collection took place between May and July 2025, through in-depth interviews with the interest groups, using an initial semi-structured script with guiding questions based on the theoretical framework. The average duration of the interviews ranged from ten to forty minutes, and they were audio-recorded. Data collection began with contact with the fields chosen to present the research proposal and, after acceptance, it was requested that it be disclosed to adolescents and their families through an invitation written in the form of an open letter with information about the research. Afterwards, an interview was scheduled with those participants who accepted and qualified for the research. For data analysis, thematic content analysis was used, following three established stages: pre-analysis, exploration of the material, and treatment of the results. The results were organized based on the thematic content analysis, giving rise to the central theme “Self-harm in adolescence: experiences, family relationships, and care within the Psychosocial Care Network (RAPS),” where the main findings showed that self-harm in adolescents affects not only the relationship between parents and children, but on the entire family dynamic, reinforcing the importance of including the family in therapeutic care. It also revealed that, although CAPSi is recognized as a welcoming space, assistance is still fragmented, marked by a shortage of professionals, insufficient training, and weaknesses in the coordination of RAPS. In addition, it highlighted the school as a strategic space for early detection and referral of cases. The results of this study provided a comprehensive understanding of the experience of adolescents who self-harm and their families, revealing profound emotional impacts that extend beyond the parent-child relationship to also affect marital and family dynamics.

Descriptors: Family Nursing. Mental Health. Health Services. Adolescent. Self-Injurious Behavior. Adolescent Behavior.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Composição dos serviços da RAPS.....	26
Quadro 2	Definições das categorias.....	39

LISTA DE SIGLAS

ALNS	Autolesão Não Suicida
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS IJ	Centros de Atenção Psicossocial infanto juvenil
CS	Comportamento Suicida
ESF	Estratégia da Saúde da Família
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
OMS	Organização Mundial da Saúde
TALE	Termo de Assentimento Livre e Esclarecido
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto atendimento
VIVA	Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	19
2.1 Autolesão em adolescentes e seu impacto a nível individual e no contexto familiar.....	19
2.2 A experiência do adolescente com ALNS, e de sua família, na atenção à saúde.....	22
2.3 Políticas Públicas e a organização da atenção em saúde à pessoa com comportamento de autolesão.....	23
3 OBJETIVOS.....	29
3.1 Objetivo geral.....	29
4 MÉTODO.....	30
4.1 Tipo de estudo e referencial teórico.....	30
4.2 Local do estudo.....	31
4.3 Participantes do estudo.....	32
4.4 Procedimento de coleta de dados.....	34
4.5 Análise dos dados.....	36
4.6 Aspectos éticos.....	40
5 RESULTADOS.....	41
5.1 A experiência do adolescente e da família na vivência do comportamento de autolesão..	42
5.1.1 Percepções sobre o comportamento de autolesão.....	42
5.1.2 A circularidade entre a família e o comportamento de autolesão do adolescente....	46
5.2 A atenção à saúde na Rede de Atenção Psicossocial.....	49
5.2.1 Itinerário terapêutico.....	49
5.2.2 Vivências e percepções sobre a assistência recebida e ofertada.....	53
5.2.3 Desafios e potencialidades da atenção à saúde mental de adolescentes com comportamento de autolesão e suas famílias.....	55
6 DISCUSSÃO.....	67
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	76
CONTRIBUIÇÕES PARA A ÁREA DA ENFERMAGEM.....	77
REFERÊNCIAS.....	78
ANEXO A – Autorização de realização da pesquisa (SESAU).....	87
APÊNDICE A - Questões norteadoras e Auxiliar para entrevista inicial (FAMILIAR).....	89
APÊNDICE B - Questões norteadoras e Auxiliar para entrevista inicial (ADOLESCENTE).....	90
APÊNDICE C - Questões norteadoras e Auxiliar para entrevista inicial (PROFISSIONAL)	91
APÊNDICE D - Questionário Sociodemográfico - Familiar.....	92
APÊNDICE E - Questionário Sociodemográfico - Adolescente.....	95
APÊNDICE F - Questionário Sociodemográfico - Profissional.....	97
APÊNDICE G - CONVITE	99
APÊNDICE H - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Familiar	100
APÊNDICE I - Termo de Assentimento Livre e Esclarecido - Adolescente	103
APÊNDICE J - CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO	105
APÊNDICE K - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Profissional	106

1 INTRODUÇÃO

A saúde mental de adolescentes, e suas alterações, tem sido indicada como prioridade de atenção à nível internacional. O último Relatório Mundial de Saúde Mental da Organização Mundial da Saúde (OMS) relata alguns cenários e fatores relacionados à saúde mental dessa população, assim como estratégias e ações para um cuidado mais integral, englobando promoção, prevenção e reabilitação. Visto que, o sofrimento mental não assistido nesse período do ciclo de vida pode perdurar para a vida adulta desses indivíduos, e está relacionado ao desenvolvimento de transtornos mentais graves (WHO, 2022).

Um marco importante foi a vivência da pandemia Covid-19, onde impactou diretamente na saúde mental dessa população e potencializou o sofrimento mental devido diferentes fatores como: incerteza e insegurança sobre o contágio e suas consequências; a perda e/ou distanciamento de pessoas com vínculos afetivos importantes (família e amigos próximos); o distanciamento social e de instituições importantes para o desenvolvimento e proteção dessa população, como a escola; ausência ou diminuição do acesso aos serviços de saúde; insegurança social; entre outros (BINOTTO; GOULART; PUREZA, 2021).

Como consequência, houve um aumento da ansiedade, depressão, estresse e do risco para o surgimento de Transtorno de estresse pós-traumático (BINOTTO; GOULART; PUREZA, 2021). Em uma pesquisa realizada pela Fiocruz, 31,6% dos adolescentes respondentes referiram que se sentiram tristes durante a pandemia, 48,7% declararam se sentir preocupado, nervoso ou com mau humor sempre ou na maioria das vezes, além da identificação de alteração importante do sono (FIOCRUZ, 2020).

Além disso, a fase da adolescência por si só é um momento em que esses indivíduos passam por diversas mudanças físicas, psicológicas, sociais e cognitivas que se relacionam entre si. É um período em que importantes eventos de vida ocorrem, como a transição para maior independência e responsabilidades frente ao contexto familiar e atividades cotidianas, e o início da formação de identidade pessoal e de sua autonomia. Nesse contexto, os adolescentes podem experimentar a vivência de situações estressoras que, sem a habilidade de enfrentamento e suporte adequado, pode implicar em um sofrimento emocional e psíquico intenso com comprometimento do funcionamento familiar, social, cognitivo e acadêmico (PETERLE et al., 2022).

Os primeiros sinais de alterações na saúde mental dessa população podem ser identificados em média aos 14 anos de idade, as quais podem interferir negativamente em diferentes processos da vida como o bem-estar, relacionamentos, trabalho e saúde física (SYAN et al., 2021). Em sua maioria, o adoecimento mental dos adolescentes é reflexo de experiências adversas e vulnerabilidades vivenciadas, principalmente, com início na infância como a pobreza, o abuso ou a violência, sendo o abuso infantil e o bullying as principais causas de depressão nessa população infanto-juvenil (WHO, 2022).

Outros fatores também são indicados como associados à diminuição do bem-estar e o sofrimento mental em adolescentes, como baixas habilidades sociais e as pressões de pertencimento a grupos, influência das mídias e normas de gênero. A discriminação e/ou exclusão, minoria étnicas e sexuais, presença de condições crônicas de saúde, a falta de acesso a políticas públicas e a redes de suporte também são descritos na literatura como adversidades importantes na saúde integral desse grupo (PETERLE et al., 2022).

Em nível mundial, 14% dos adolescentes têm algum transtorno mental, e grande parte das condições de saúde mental em adultos se inicia nessa fase. A depressão, a ansiedade e transtornos do comportamento são as principais causas de incapacidades nessa fase, e o suicídio a quarta principal causa de morte na faixa etária de 15 a 29 anos (FELIPE et al., 2020; GABRIEL et al., 2020; OPAS, 2021; WHO, 2021).

Ademais, comportamentos de risco dos adolescentes, dentre eles, o uso de substâncias como álcool e outras drogas, também são indicados como fatores importantes. O consumo excessivo de álcool entre adolescentes, em todo mundo, é estimado em 13,6%, e o de cannabis em torno de 4,7%. Tais comportamentos podem ser estratégias não adaptadas de lidar com dificuldades emocionais e como fatores relacionados ao adoecimento mental dessa população (WHO, 2018; WHO, 2022)

Frente ao exposto, o comportamento de autolesão pode ser uma das consequências do adoecimento mental dessa população, visto que sua prática está associada a depressão, pensamentos suicidas, uso de substâncias psicoativas, problemas familiares, problemas relacionados à atenção e concentração, dificuldade de aprendizagem, vivência de violências por um longo período ou bullying, dentre outros (STEINHOFF et al., 2021; FARKAS et al., 2023).

A sua prática é, na maioria das vezes, uma estratégia que o adolescente encontra de conseguir se regular emocionalmente, com o ato ser uma estratégia de alívio temporário de um desconforto emocional ou um sofrimento psíquico. Ou seja, as motivações podem emergir de diferentes fatores e estar atribuída ao alívio de um estado mental referido como ruim, à punição, a sentimentos de desespero, a vontade de morrer, entre outros (STEINHOFF et al., 2021; LEVKOVICH; STREGOLEV, 2024).

Ademais, ele aumenta o risco para a prática de lesões mais graves ou letais, como o comportamento suicida (SOUSA; HAVIARAS; CARVALHO, 2023). Neste cenário, a violência autoprovocada ou autolesão deliberada, que envolve a autolesão não suicida (ALNS) e o comportamento suicida (CS), têm sido considerada um problema de saúde pública, a nível mundial (XIAO et al, 2022; KNIPE et al, 2022)

Esse comportamento tem sido descrito nas diferentes fases do ciclo de vida, mas com maior prevalência entre os adolescentes e jovens, com início entre os 13 e 14 anos de idade e, geralmente, com diminuição de sua ocorrência com o avanço para a idade adulta (AVANCI et al., 2023).

No Brasil, os dados epidemiológicos são imprecisos, mas indicam que na faixa etária da adolescência 30.075 casos em meninas e 11.789 casos em meninos foram registrados entre os anos de 2011 e 2016. No mundo, sua prevalência está em torno de 17 e 60% dos adolescentes (SOUSA; HAVIARAS; CARVALHO, 2023). Apesar de se observar uma tendência de crescimento da prevalência deste comportamento nos últimos anos, ele ainda é um fenômeno invisível (AVANCI et al., 2023).

A procura por ajuda profissional pode ser protelada devido aos estigmas e preconceitos atrelados aos problemas de transtorno mental, e implica na falta de acesso a ações de promoção e prevenção em saúde, ao tratamento precoce adequado e à reabilitação psicossocial (MEHELI; BANERJEE, 2022). A falta de acesso aos serviços de saúde contribui para que as necessidades e sofrimento psíquico se intensifiquem, estendam-se para a vida adulta e tenham as oportunidades adequadas de cuidado durante o ciclo de vida diminuídas (COOMBS et al., 2021).

No contexto familiar, a prática da violência autoprovocada é marcada por vergonha, silêncio e pelo não compartilhamento do problema com outras pessoas. A decisão dos adolescentes em compartilhar com os familiares sobre essa situação vivenciada é permeada de

sentimentos de medo, de não serem acolhidos e/ou compreendidos, de julgamento e de demandar preocupação e problemas para a família, além daqueles já existentes (ROSENROT; LEWIS, 2020).

Associado a isso, o momento da revelação ou descoberta pela família pode influenciar e modificar a dinâmica familiar. Nesse processo, cada família, e seus familiares, pode reagir de diferentes maneiras, com atitudes acolhedoras, demonstração de sentimentos positivos e apoio/procura de ajuda profissional. Entretanto, outras se silenciam, sentem culpa e esperam que o problema possa se resolver naturalmente (ROSENROT; LEWIS, 2020).

Portanto, a vivência do comportamento de autolesão em um adolescente, e as condições de saúde e sofrimento mental atrelado a ele, impacta diretamente na estrutura, desenvolvimento e funcionamento familiar (ROSENROT; LEWIS, 2020). Isto porque, ao considerar a família enquanto um sistema de interação mútua e contínua, o adoecimento ou a presença de uma condição de saúde em um familiar afetará cada membro e o grupo familiar como um todo (WRIGHT; LEAHEY, 2013; ABULAIT et al., 2022).

O funcionamento familiar é impactado no momento da descoberta e vem associado a mudanças financeiras, nos relacionamentos, na saúde familiar e no próprio trabalho dos envolvidos. Além disso, sentimentos surgem atrelados a descoberta, como um “choque e horror” seguido de sentimentos de medo, ansiedade e raiva por não saberem o que fazer com aquela situação em que seu adolescente está vivenciando, culpa por se acharem responsáveis pelo comportamento de ALNS de seu adolescente (LINDKVIST et al., 2024).

Esses diversos sentimentos experienciados pelos familiares pode acarretar um adoecimento físico, perda de peso e uma intensa necessidade de estar vigilante sobre os movimentos de seus filhos. Outra consequência enfrentada pela família é a fragilidade dos relacionamentos após a descoberta, pois os pais acabam deixando de lado o relacionamento conjugal para dar atenção somente ao adolescente, potencializando problemas preexistentes nos relacionamentos e os impactando diretamente (LINDKVIST et al., 2024).

Destarte, é importante que o cuidado ofertado pelos serviços de saúde englobe não apenas os adolescentes, mas sua família. Contudo, a literatura descreve alguns desafios dos adolescentes com comportamento de autolesão, e de suas famílias, no acesso a esse cuidado, que envolve diferentes fatores como o compartilhamento do comportamento pelo adolescente e sua decisão na procura de ajuda; às necessidades e o conhecimento da família nesse

processo de procura de ajuda e de cuidado. E outras relacionadas à organização e oferta dos serviços de saúde como a falta de divulgação dos serviços específicos, problemas estruturais, falta de profissionais capacitados, dificuldades para introdução de educação permanente aos profissionais; além de problema como a estigmatização, relação entre os usuários e os profissionais de saúde, a adequação do número de profissionais para o atendimento à população e a atenção secundária (FACCHINI; TOMASI; DILÉLIO, 2018; CARMO et al, 2021; WALLER et al., 2023).

No Brasil, a oferta de cuidado às pessoas em sofrimento mental ou com transtornos mentais, e suas famílias, deve ser garantida pela Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) que tem o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) como o dispositivo central de organização do cuidado à pessoas em sofrimento psíquico ou transtorno mental grave, ou oriundo do uso de crack, álcool e outras drogas (BRASIL, 2011; GARCIA; REIS, 2018).

O objetivo da RAPS é criar, ampliar e articular os diferentes pontos Rede de Atenção à Saúde, a fim de garantir o acesso à atenção psicossocial da população em geral, potencializando o cuidado no território por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Ademais, ela é responsável pela qualificação do cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências. Além de desenvolver ações intersetoriais de prevenção e redução de danos em parceria com organizações governamentais e da sociedade civil (GARCIA; REIS, 2018).

O trabalho articulado dos profissionais e serviços dentro da RAPS é fundamental para o estabelecimento e fortalecimento de vínculos, para a corresponsabilidade dos casos, para a ampliação da capacidade resolutiva de problemas de saúde pela equipe local e para uma atenção em saúde territorializada (GARCIA; REIS, 2018). Entretanto, a assistência nessa rede é fragmentada, centrada, em sua maioria, no modelo biomédico de cuidado, e permeada pela falta de capacitação e qualificação para o acolhimento e cuidado integral da população em suas necessidades de saúde mental (CONSTANTINIDIS; DIAS; FERNANDES; TAÑO, 2021; SAMPAIO; BISPO, 2021).

Além disso, há problemas relativos à falta do dimensionamento adequado de profissionais de profissionais, alta demanda de usuários, poucas vagas de leitos em pronto atendimento e em hospital geral, falta de recursos materiais como, por exemplo, meio de transporte para conduzir visitas domiciliares em locais de difícil acesso ou de alta distância, entre outros (NÓBREGA et al, 2017).

Tais desafios implicam em uma oferta de cuidado, aos adolescentes com comportamentos de autolesão ou com outros sofrimentos psíquicos, e suas famílias, frágil. A subnotificação potencializa esse problema, pois apenas cerca de 25% dos casos de lesões autoprovocadas são notificados. Um fator associado a esse problema é que o comportamento ocorre na comunidade, em sua maioria, de maneira oculta e permeado por julgamento, isolamento e estigma, implicando na procura de ajuda e acesso à atenção em saúde necessária (GABRIEL et al., 2020; GARCIA, 2024).

Esses desafios se potencializam em serviços não especializados que, pelos seus profissionais vivenciarem sentimento de insegurança e incapacidade diante do sofrimento mental e do comportamento de violência autoprovocada, ofertam uma assistência permeada pela falta de empatia, por julgamentos, estigmas e incompreensão (SILVA; SANTOS; VEDANA, 2022). O cuidado sem julgamentos promove a construção de um relacionamento de confiança dentro do contexto terapêutico e é de extrema importância que a família seja ser incorporada ao cuidado, pois pode permitir relações mais saudáveis, auxiliando na prevenção do adoecimento dos mesmos (PESSOA et al., 2020).

Em específico ao cuidado de enfermagem, há desafios enfrentados como a falta de planejamento da assistência em saúde mental, a qual é focada em consultas de enfermagem restritivas e pontuais, que abordam temas fora do contexto do sofrimento psíquico mental; baixa competência profissional, justificada pela fragilidade do ensino desse tema na formação do enfermeiro, e de ações de capacitação e de educação permanente; a falta de recursos e infraestrutura para o acolhimento e oferta de assistência adequada e de qualidade. (PESSOA et al., 2020).

Frente ao exposto, identifica-se que o adolescente com autolesão deliberada, e a sua família, podem vivenciar diversas situações (de sofrimento e dificuldades) no acesso ao cuidado integral e de qualidade. Portanto, a oferta de um cuidado acolhedor, integral, resolutivo e de qualidade deve abranger não apenas o adolescente, mas o seu grupo familiar.

A família é um espaço importante de cuidado, promoção, prevenção e reabilitação em saúde de seus membros, e deve-se compreender a família enquanto uma unidade de cuidado. Nesse sentido, é alguns referenciais se tornam importante para o desenvolvimento desse cuidado, como a teoria dos sistemas familiares e o cuidado familiar sistêmico e o cuidado integrado e centrado na pessoa e na família (OTTO; RIBEIRO, 2020; ANDRADE et al., 2021; MARCHETTI et al., 2023; SOUSA et al., 2023).

Destarte, a compreensão do cuidado ofertado é uma ferramenta importante para identificar potencialidades e fragilidades dentro um serviço ou rede, principalmente quando ele considera a experiência e percepção dos diferentes atores envolvidos no processo de cuidar, como usuários, familiares e profissionais. O que promove estratégias para efetivar as práticas e saberes introduzidos por meio da oferta da assistência em saúde mental, e aplicada na própria construção dos serviços e/ou seu acompanhamento (SILVA; MELO; ESPERIDIÃO, 2012).

Dessa maneira, questiona-se: como está sendo a assistência e o cuidado ofertado ao adolescente com autolesão, e sua família, nos diferentes pontos da RAPS? Acredita-se que conhecer como essa assistência está sendo ofertada, na perspectiva de diferentes perspectivas, poderá contribuir para a organização do cuidado centrado na pessoa e na família, e, com isso, possibilitar a oferta de um cuidado integral, longitudinal e resolutivo.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Autolesão em adolescentes e seu impacto a nível individual e no contexto familiar

A violência autoprovoçada, ou autolesão, é um fenômeno complexo que exige atenção e cuidado, principalmente na população adolescente, que vivencia, neste período de vida, diversas mudanças em diferentes âmbitos da vida que podem implicar no adoecimento mental (PETERLE et al., 2022).

O período da adolescência, que compreende a faixa etária dos 10 aos 19 anos, se caracteriza por diversas mudanças psicológicas, cognitivas, sociais, sexuais e morais, que são interligadas e influenciadas pela puberdade (desenvolvimento físico). Nesse período, o adolescente experimenta o processo de transição para uma maior autonomia, responsabilidade e independência em diferentes atividades de vida e situações familiares, sociais e produtivas. É um processo de aprimoramento que contribui para o desenvolvimento de competências emocionais essenciais para a vida adulta, visto que elas influenciam diretamente no bem-estar, na saúde mental, na capacidade de se relacionar socialmente e lidar com situações de vida (PETERLE et al., 2022).

A exposição do indivíduo a determinados fatores como a pobreza, a abusos em geral ou casos de violência física e mental pode torná-los vulneráveis ao adoecimento mental (WHO, 2022). Nesse cenário, vivenciar o sofrimento emocional durante a adolescência pode impactar de maneira negativa na saúde física e mental dos adolescentes, além de prejudicar seu desempenho social, cognitivo e acadêmico (PETERLE et al., 2022).

O comportamento de autolesão, ou a violência autoprovoçada, se configura como uma ação ou estratégia, não adaptada, de lidar com o sofrimento mental ocasionado por algum desses fatores. Ele pode vir ou não acompanhado do pensamento ou intenção suicida. Ele é usado como uma forma de regular emoções, devido um alívio momentâneo de um sofrimento psíquico experimentado pelo indivíduo. Entretanto, ele pode se manter ao longo do tempo, e tornar-se desadaptativo, implicando em riscos para a saúde física e emocional, bem como aumento do risco para o comportamento suicida (SOUSA; HAVIARAS; CARVALHO, 2023).

Esse comportamento é caracterizado por atos repetidos de um indivíduo em infligir a si próprio lesões superficiais, embora dolorosas, à superfície do seu corpo como cortes,

queimaduras, arranhões ou agressões nos membros. A violência ou dano causado ao corpo de maneira intencional é feito com a expectativa de apenas ocorrer o dano físico, sem intenção de morte (COSTA et al., 2021; ABULAITI et al., 2022). Em contrapartida, a autolesão com intenção suicida, ou também definido como o comportamento suicida tem pensamentos e intenção de morte, assim como o risco aumentado para o suicídio (LOPES; OLIVEIRA; SILVA, 2019).

A manifestação do comportamento de ALNS pode ocorrer em forma de padrões rítmicos e repetitivos que irão variar em nível de intensidade, grau da lesão e se há ou não o rompimento com o ambiente social que o indivíduo se encontra (CEPPI; BENVENUTI, 2011; GONÇALVES; MOLEIRO, 2016).

No Brasil, o comportamento de ALNS é presente em indivíduos nas diversas faixas etárias, com predominância na adolescência. Nesse período, seu início ocorre entre os 13 e 14 anos de idade e geralmente diminuindo conforme o avanço da vida adulta. As meninas são as mais afetadas e a repetição é mais identificada neste grupo (AVANCI et al., 2023). Entre os anos de 2011 e 2016, foram registrados 30.075 casos em meninas e 11.789 casos em meninos. A nível mundial, os índices estão entre 17 e 60% dos adolescentes (SOUSA; HAVIARAS; CARVALHO, 2023).

Esse comportamento possibilita ao adolescente um alívio momentâneo de seu sofrimento. Entretanto, os principais fatores associados ao sofrimento psíquico ou desconforto psicossocial permanece, o que implica em repetição do comportamento, que pode causar o isolamento desse adolescente, afastando-se de atividades familiares e sociais, ou modificando essas relações, devido a sentimentos de vergonha, tristeza e falta de apoio. (LARA; SARAIVA; COSSUL, 2023; GARCIA, 2024).

Esse fenômeno não atinge somente o adolescente ou indivíduo que o pratica. A família é um sistema complexo, dinâmico e aberto onde seus membros são geralmente do mesmo contexto social, se tornando um lugar de trocas, reconhecimento de diferenças e de aprendizado. O seu entendimento enquanto um sistema de interação mútua e contínua permite compreender como fenômenos ou condições de saúde impactam todos os seus membros, implicando em alterações à nível estrutural, funcional, emocional e cognitivo. Assim, ela vivencia intensamente essa condição de saúde de seu adolescente e é impactada por ela, se organiza e reorganiza frente às mudanças ocorridas com o principal propósito de cuidar de seu membro e de todo o grupo (WRIGHT; LEAHEY, 2013; JONA et al., 2017).

A família é o primeiro ambiente social que um indivíduo conhece, desempenhando um papel crucial no seu desenvolvimento integral desde o nascimento. Na adolescência, a influência da família se estende a várias áreas da vida, incluindo o desenvolvimento emocional, social e psicológico. A família oferece uma base emocional estável para o desenvolvimento da identidade e autoestima do adolescente por meio de uma comunicação aberta e honesta, criando um ambiente seguro para que os jovens possam expressar seus sentimentos e opiniões (GUIMARÃES et al, 2022; ALVES; QUEIROZ; LINHARES, 2023).

Além disso, os adolescentes observam e imitam comportamentos e valores dos membros da família. Quando o ambiente familiar é positivo, responsável e empático, há uma tendência de que os jovens adotem esses valores em suas próprias vidas. A família também é essencial na orientação social durante a adolescência, ajudando os filhos a desenvolverem a capacidade de tomar decisões de forma independente e responsável. Enquanto oferece suporte, é importante que a família permita a autonomia dos adolescentes, pois a liberdade controlada contribui para o desenvolvimento de habilidades de resolução de problemas e autossuficiência. Um ambiente familiar com interações saudáveis entre os membros também favorece a manutenção de relacionamentos positivos tanto dentro quanto fora do núcleo familiar, tornando essa relação importante para o desenrolar dessa fase (GUIMARÃES et al, 2022; ALVES; QUEIROZ; LINHARES, 2023).

Em relação ao comportamento de autolesão, ambientes familiares permeados por relações de apoio, comunicação e coesão entre os indivíduos protege os adolescentes. O suporte dado pela família é de grande valia quando ela compreende a importância de conversar, de ter uma relação amorosa, se interessar pela vida e experiência do adolescente. E, com isso, permitir a construção ou continuidade de um desenvolvimento saudável. Entretanto, a instabilidade do contexto familiar e relações não saudáveis entre os membros, permeada pela presença de conflitos familiares, a ausência dos pais, a rejeição parental, a falta de suporte e de afeto, e o uso de substâncias como álcool e outras drogas pode potencializar o comportamento. (GUIMARÃES et al, 2022).

Nesse contexto, muitas famílias enfrentam dificuldades em compreender a transição da infância para a adolescência, o que pode acarretar traumas e fatores que levam a comportamentos autolesivos. O reconhecimento ou descoberta de que o adolescente está provocando uma ALNS traz um grande impacto negativo acarretando na família sentimentos de surpresa, revolta, vergonha, sofrimento, preocupação, dor e desorientação, além de alterar

a dinâmica familiar. Esses sentimentos podem levar a família a acreditar que todos esses problemas, incluindo os conflitos familiares, podem ser resolvidos de imediato (ROSENROT; LEWIS, 2020).

Cada família e seus membros podem reagir de diferentes maneiras, oferecendo atitudes acolhedoras, demonstrando sentimentos positivos e buscando ajuda profissional, no entanto, algumas famílias podem optar pelo silêncio, sentir culpa e esperar que o problema se resolva por conta própria (ROSENROT; LEWIS, 2020). Então é importante ter um olhar diferenciado sobre o que essa família precisa, pois ela tem o desejo de saber como lidar com esse adolescente que pode ser filho ou não, além de querer que não haja crítica e estigma dentro do contexto da autolesão tanto para com seu adolescente quanto para com a sua família (GUIMARÃES et al, 2022).

2.2 A experiência do adolescente com ALNS, e de sua família, na atenção à saúde

A experiência vivida pelo adolescente com ALNS e sua família no atendimento à saúde pode ser complexa e impactante. Para o adolescente, o comportamento de ALNS reflete em um ato de lidar com a sua dor e enfrentar conflitos em sua vida, também podendo ser uma forma de expressar seus sentimentos. Porém, o estigma atrelado a esse comportamento pode gerar sentimentos no adolescente como vergonha, medo e tristeza, o que pode causar a demora ou ausência em buscar ajuda e, com isso, ter acesso ao cuidado necessário (HARRIS, 2020). Nesse contexto, a família tem um papel importante, mas suas ações irão ser influenciadas pelos pensamentos/crenças e sentimentos gerados ao tomar conhecimento do problema. A literatura descreve que a descoberta do comportamento de ALNS, pela família, é envolvida por sentimentos de choque, descrença, culpa e frustração. Além disso, a incapacidade de entender os motivos que levaram o seu adolescente ter tal comportamento e a falta de conhecimento sobre como agir e melhor apoiar o adolescente. O estigma e a falta de informações claras sobre o tema, a rede de apoio e a assistência podem contribuir para a dificuldade de buscar ajuda (HARRIS, 2020; SILVA et al., 2022).

Frente a essa experiência, o grupo familiar é afetado e sofre alteração em sua estrutura e funcionalidade. A compreensão do binômio adolescente e família como unidade de cuidado pode oferecer suporte e informação/orientação para lidar com as mudanças e desafios, e a melhorar a compreensão do problema. Ela contribui, também, para fortalecer os laços e

desenvolver estratégias eficazes para lidar com o comportamento de autolesão dos adolescentes (ROSENROT; LEWIS, 2020; SILVA et al., 2022; RHEINBERGER et al., 2023).

O envolvimento da família nesse processo de recuperação cria um ambiente de apoio mais positivo e eficaz. Assim, a interação com os serviços de saúde é um aspecto vital na atenção ao adolescente com ALNS e sua família, devendo ser uma abordagem multidisciplinar. A comunicação aberta entre o adolescente e os profissionais é importante para um cuidado de qualidade. Os profissionais devem criar um ambiente de confiança durante o atendimento, onde o jovem se sinta seguro para expressar suas emoções e explorar as causas do comportamento autolesivo (HARRIS, 2020; ROSENROT; LEWIS, 2020; SILVA et al., 2022; RHEINBERGER et al., 2023).

Porém familiares e adolescentes experimentam vivências negativas dentro dos serviços de saúde relacionadas a falta de compreensão do fenômeno, julgamento, falta de empatia e descredibilidade. A falta de capacitação formal e o sentimento de despreparo dos profissionais em cuidar de adolescentes com ALNS, e suas famílias, são fatores relacionados a essas atitudes dos profissionais (SILVA et al., 2022).

A banalização é identificada juntamente do julgamento de não relevância em saúde dos temas entre os profissionais, juntamente acompanhado de uma assistência restrita e superficial, sem vínculo e acompanhamento de perto dos indivíduos, levando a uma fragilidade tanto no acesso quando na notificação dos casos, tornando-os subnotificações dificultando o saber da realidade do quantitativo de casos de ALNS (SILVA et al., 2022).

Por outro lado, há relatos de experiências positivas no atendimento ao adolescente e sua família, onde profissionais foram proativos e levaram informações relevantes ao país e adolescentes sobre a ALNS criando vínculos e dando devidos encaminhamentos dentro do serviço de saúde para o adolescente e sua família (RHEINBERGER et al., 2023).

2.3 Políticas Públicas e a organização da atenção em saúde à pessoa com comportamento de autolesão

A nível mundial a saúde mental vem sendo discutida devido sua grande importância e impacto sobre a sociedade, devido a necessidade de mudança do cenário existente vem sendo desenvolvido diretrizes e recomendações a serem colocadas em práticas para o cuidado de adolescentes em sofrimento psíquico e com comportamentos de violência autoprovocada, com

foco na promoção da saúde mental, prevenção e tratamento como por exemplo o Plano de ação abrangente para a saúde mental 2013-2030 onde o principal objetivo é promover a saúde mental e o bem-estar para todos, para prevenir problemas de saúde mental para pessoas em risco e alcançar a cobertura universal dos serviços de saúde mental (OPAS, 2022; WHO, 2021).

Esse plano inclui implementação de programas que forneçam informações sobre saúde mental e habilidades a serem desenvolvidas no enfrentamento do sofrimento existente, garantia de educação profissional para melhor atendimento dentro dos serviços de saúde, programas de apoio familiar para a família no intuito de ajudar a compreender e lidar com o sofrimento psíquico de seus filhos. Por fim, uma avaliação e monitoramento da prevalência dos comportamentos autolesivos são apontados como de extrema importância para garantir que as ações a serem realizadas estejam sendo eficazes a essa população (OPAS, 2022; WHO, 2021).

No Brasil, o cuidado a pessoas com comportamento de autolesão ou violência autoprovocada tem sido organizado de maneira intersetorial, tendo o setor saúde como estratégico na organização e articulação desse cuidado. Para isso, diferentes políticas têm sido estruturadas e atualizadas.

A Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, instituída pela Lei nº 13.819/2019, tem como objetivos prevenir o comportamento de autolesão e suicídio, com estratégias que visem promover a saúde mental, controlar fatores que são determinantes e condicionantes da saúde mental para o risco de autolesão e suicídio, garantir acesso à atenção psicossocial, garantir a assistência psicossocial aos familiares desses indivíduos e sensibilizar a sociedade sobre esse fenômeno como problemas de saúde pública (BRASIL, 2019).

Também busca promover informações para a prevenção do suicídio em diversos espaços de comunicação privados ou públicos, notificar de maneira compulsória todos os casos de autolesão e suicídio, manter serviços telefônicos para suporte gratuito a pessoas em sofrimento mental e promover a educação permanente de gestores e de profissionais de saúde em todos os níveis de atenção quanto ao sofrimento psíquico, à autolesão e ao suicídio (BRASIL, 2019).

A notificação compulsória de casos suspeitos ou confirmados é uma estratégia importante que contribui com o entendimento da magnitude do fenômeno e possibilita ações e

estratégias para a prevenção dele. Ela deve ser feita por todos os estabelecimentos de saúde públicos e privados às autoridades sanitárias, e estabelecimentos de ensino públicos e privados ao conselho tutelar (BRASIL, 2019).

Essa estratégia amplia a Portaria MS/GM nº 1.356, de 23 de junho de 2006, que implanta o VIVA- Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes, composto por dois componentes: Vigilância de violência interpessoal e autoprovocada do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Viva/Sinan) e Vigilância de violências e acidentes em unidades sentinela de urgência e emergência (Viva Inquérito). E a Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014, que inclui na lista de notificação compulsória a violência doméstica, sexual e/ou outras violências e estabelece a notificação imediata (em até 24 horas) para os casos – violência sexual e tentativa de suicídio (BRASIL, 2014).

A vigilância em saúde permite articular e integrar a rede de atenção e de proteção integral a aqueles que sofrem com situações de violências, com o propósito da oferta de um atendimento integral e humano dentro das políticas de assistências, e com o envolvimento de diferentes setores, como saúde, assistência social, educação, conselhos tutelares, organizações governamentais e não governamentais, e setor privado (BRASIL, 2017). Para além da notificação, a política prevê o acesso e continuidade ao atendimento integral e intersetorial à pessoa em situação de violência autoprovocada. A postura acolhedora deve ser uma prática presente de todos os profissionais dentro do serviço de saúde, desde a equipe de recepção, segurança e equipe multiprofissional, entre outros. (BRASIL, 2017).

Nesse sentido, o acolhimento e atendimento para o adolescente com comportamento de ALNS e sua família deve ocorrer nos diferentes espaços e dispositivos do Sistema Único de Saúde. A porta de entrada para essa população é a atenção primária à saúde (APS) que visa o acompanhamento integral, longitudinal e humanizado à toda população no território. Entretanto, frente a gravidade do caso de ALNS, o manejo específico para o sofrimento psíquico deve ser estendido e garantido pela Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) (BRASIL, 2017).

A RAPS foi criada e é organizada de forma a assistir pessoas em sofrimento psíquico, com transtornos mentais comuns e graves, e necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Ela foi instituída pela Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, republicada em 21 de maio de 2013, e posteriormente revogada pela Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017 (BRASIL, 2017).

O seu objetivo é criar, expandir e articular diferentes pontos de atenção à saúde para essas pessoas e suas famílias. Isso inclui ampliar o acesso da população em geral à atenção psicossocial, promover o acesso aos pontos de atenção, garantir a articulação e integração dos pontos de atenção nas redes de saúde do território, e qualificar o cuidado por meio do acolhimento, acompanhamento contínuo e atenção às urgências. Além disso, busca desenvolver ações intersetoriais de prevenção e redução de danos em parceria com organizações governamentais e da sociedade civil, priorizando o cuidado em saúde especialmente para grupos mais vulneráveis (criança, adolescente, jovens, pessoas em situação de rua e populações indígenas) (GARCIA; REIS, 2018).

As suas diretrizes são compostas pelo respeito aos direitos das pessoas, garantindo sua autonomia e liberdade, equidade, combatendo os estigmas e preconceitos, garantindo o acesso aos serviços multidisciplinares com foco na humanização e centrado na necessidade dos indivíduos, organizando os serviços dentro da rede de atenção à saúde de forma regionalizada, com ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado, dando ênfase ao projeto terapêutico singular para as pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (BRASIL, 2011).

Em relação a sua constituição, ela é formada por serviços e dispositivos:

Nível de Atenção / Componente	Serviços e Dispositivos
Atenção Primária à Saúde (APS)	<ul style="list-style-type: none"> - Unidade Básica de Saúde (UBS) - Equipe de atenção básica para populações específicas (consultório na rua) - Equipe de apoio aos serviços do componente atenção residencial de caráter transitório - Centros de convivência
Atenção Psicossocial Especializada	<ul style="list-style-type: none"> - Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em suas diferentes modalidades - Ênfase para o CAPS Infante Juvenil (CAPSIJ), que atende crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de crack, álcool e outras drogas
Atenção Residencial de Caráter Transitório	<ul style="list-style-type: none"> - Unidade de acolhimento - Serviços de atenção em regime residencial
Atenção Hospitalar	<ul style="list-style-type: none"> - Enfermaria especializada em Hospital Geral - Serviço hospitalar de referência para atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e

	necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas
Atenção de Urgência e Emergência	- Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) - Unidades de Pronto Atendimento (UPA)

Quadro 1 – Composição dos serviços da RAPS.

Fonte: Brasil (2011)

Ademais, dispositivos de estratégias de desinstitucionalização como Serviços Residenciais Terapêuticos e de reabilitação psicossocial (composto por iniciativas de geração de trabalho e renda/empreendimentos solidários/cooperativas sociais) são importantes dispositivos pertencentes a RAPS e à sustentação da mudança de uma assistência hospitalocêntrica para um modelo de atenção psicossocial.

Ressalta-se que esses diferentes serviços pertencentes à RAPS devem ser acionados e utilizados de acordo com a necessidade de cada caso, avaliada pelo grau de gravidade e risco, dentre outros fatores, como a presença de redes de suporte. Os casos de ALNS, em sua maioria, são assistidos em sua completude pela APS. Aqueles em que há risco ou ameaça a vida, mesmo que não consciente, presença de comorbidades como transtornos mentais graves, fragilidades do suporte familiar ou rede de apoio, vulnerabilidades sociais e econômicas, fatores de risco associados, entre outros, o CAPS IJ deve ser acionado, assim como outros pontos descritos. Ou seja, condições que possam evoluir para um maior nível de gravidade e complexidade devem ser avaliadas e acompanhadas pela atenção psicossocial especializada em conjunto com APS e com apoio da Equipe Multiprofissional da Atenção Básica (SÃO PAULO, 2023).

Apesar da estruturação e organização da RAPS para o atendimento à pessoa em sofrimento mental e as necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, a mesma apresenta fragilidades acerca do atendimento, com relação ao estigma associado ao sofrimento psíquico e transtornos mentais graves, e a uma formação profissional ainda centrada no modelo biomédico em que a assistência ofertada está centrada no processo biológico de doença e na visão hospitalocêntrica. Essas fragilidades podem implicar processo da criação de vínculo profissional-usuário que é extremamente importante e, com isso, no manejo inadequado do caso e em uma assistência frágil para a pessoa em sofrimento mental (SAMPAIO; BISPO, 2021).

Além disso, há problemas relativos ao dimensionamento adequado de profissionais dentro da rede, a qual tem uma alta demanda de usuários, poucas vagas de leitos em pronto atendimento e falta de leitos de internação em hospital geral, falta de recursos materiais como por exemplo meio de transporte para conduzir visitas domiciliares em locais de difícil acesso ou de alta distância, que acabam por obstaculizar o trabalho das equipes e a qualificação do cuidado que a RAPS propõe (NÓBREGA et al, 2017).

Ainda que haja fragilidades dentro da RAPS, reforça-se que o movimento da reforma psiquiátrica proporcionou um novo modelo de atenção à saúde mental que consegue efetivamente tirar o indivíduo do isolamento e tenta modificar as relações da sociedade com esse sujeito. Assim, como potencialidade a RAPS, em seu novo modelo, favorece a promoção de vínculos e a garantia de direitos. Ela fortalece laços que vão se configurar no decorrer da assistência e articula serviços e múltiplos setores da sociedade, com direção para um cuidado em saúde mental mais integral e humano, multiprofissional e individualizado, com maior eficácia na condução do tratamento. E, se distancia da segregação de pessoas “diferentes” e intensifica a necessária modificação das relações da sociedade com os mesmos, fora que outra potencialidade é que o usuário tem um (SAMPAIO; BISPO, 2021; OLIVEIRA, 2022).

As potencialidades e fragilidades dentro um serviço, ou as dificuldades ou facilidades de acesso a um serviço devem ser abordadas e explicitadas por profissionais e usuários através do seu olhar sobre ele. Isso ocorre quando esses indivíduos colocam sua visão e vivência do que é ofertado e como é ofertado. Portanto, para estudar como se dá a assistência em saúde mental dentro da RAPS é importante e necessário considerar as pessoas que estão envolvidas dentro do ambiente de saúde mental, podendo ser eles usuários, familiares e profissionais (SILVA; MELO; ESPERIDIÃO, 2012).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Compreender como se dá a atenção à saúde, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, ao adolescente com comportamento de autolesão e à sua família, a partir da perspectiva de adolescentes, familiares e profissionais de saúde.

4 MÉTODO

4.1 Tipo de estudo e referencial teórico

Estudo de abordagem qualitativa, baseado no referencial teórico do Modelo Explicativo de Doença de Kleinman (KLEINMAN, 1988).

O Modelo Explicativo de Doença (KLEINMAN, 1988) constitui um referencial interpretativo fundamentado na antropologia médica, que sustenta a ideia de que a experiência de uma condição de saúde é construída pelo indivíduo por meio de um processo sociocultural. Na perspectiva da cultura, com um simbolismo, saúde e doença são compreendidas como seqüências de eventos significativos, permitindo ao indivíduo interpretá-los e dar sentido à sua vivência (BUETTO; ZAGO, 2015).

Assim, é por meio da cultura e da construção de significados e símbolos, emergentes das relações com os outros, que o indivíduo compreende o processo saúde-doença vivenciado. Conseqüentemente, a concepção médica e sociocultural da doença influencia a vivência e a gestão do cuidado por parte desse indivíduo (BUETTO; ZAGO, 2015). O modelo propõe, portanto, distinções entre as construções “profissionais” (modelo biomédico) e “culturais” (modelos populares) de doença, ressignificando três conceitos explicativos: *Illness* (doença), *Disease* (patologia) e *Sickness* (enfermidade) (KLEINMAN, 1988).

A doença (*Illness*) refere-se à percepção individual usada para expressar, avaliar e responder aos sinais e sintomas, incluindo os significados atribuídos pelo indivíduo e sua família e as interações sociais relacionadas à experiência. A patologia (*Disease*) corresponde ao processo biológico, seguindo o conceito biomédico, no qual há alteração do organismo ou do funcionamento psicológico. Por fim, a enfermidade (*Sickness*) relaciona-se às condições sociais, políticas e econômicas que influenciam a vivência da doença (KLEINMAN, 1988; AMADIGI; GONÇALVES et al., 2009).

A forma como o indivíduo percebe a doença, experimenta e responde a ela, bem como ao tratamento e às instituições sociais envolvidas, constitui o Sistema de Cuidado à Saúde proposto por Kleinman (1980). Esse sistema é estruturado em subsistemas de cuidado: familiar, popular e profissional. Eles interagem à medida que os indivíduos transitam por eles, fornecendo subsídios para interpretar a condição saúde-doença e influenciando decisões sobre tratamento, práticas terapêuticas e avaliação de resultados (KLEINMAN, 1988; AMADIGI; GONÇALVES et al., 2009).

O subsistema familiar refere-se ao saber do senso comum, envolvendo familiares, amigos e vizinhos, sendo responsável pelos primeiros cuidados relacionados à doença. O subsistema popular diz respeito a especialistas de cura não legalmente reconhecidos, como curandeiros, que utilizam tratamentos manipulativos, fitoterápicos, xamanismo e rituais de cura. Já o subsistema profissional engloba as profissões de cura organizadas e legalmente reconhecidas, com destaque para os sistemas médicos tradicionais (MALISKA; PADILHA, 2007).

Para compreender as práticas desenvolvidas em cada subsistema, o conceito de “modelo explicativo” é central. Ele propõe explicações sobre a doença e seu tratamento, orientando a elaboração do significado pessoal e social da experiência vivida. Esse modelo influencia a escolha entre terapias disponíveis, suas vantagens e desvantagens, a disponibilidade de recursos e as explicações culturalmente aceitas pelo indivíduo e seu grupo (MALISKA; PADILHA, 2007).

4.2 Local do estudo

O estudo foi realizado com adolescentes que tinham histórico de ALNS e seus familiares, e com os profissionais dos serviços pertencentes à RAPS de uma capital da região centro-oeste do país. No momento do estudo, a capital era constituída por uma população de 898.100 habitantes, e a população adolescentes, na faixa etária de 10-19 anos, era de 121.950 indivíduos (IBGE, 2022).

A RAPS para o atendimento à essa população é composta por um Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil III; por unidades de pronto atendimento ou centro regionais de saúde, que oferecem assistência de urgência e emergência; unidade de saúde da família e unidade básica de saúde; Unidade de Acolhimento Infanto Juvenil; Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas ampliado para público jovem; Programa de Atendimento Especializado em Crianças e Adolescentes que funciona no ambulatório de Saúde Mental do Centro de Especialidades Médicas e, eventualmente, os Mutirões de Saúde Mental Infantojuvenil com objetivo de reduzir filas de espera e agilizar o acesso ao atendimento psicossocial.

Para esse estudo, três serviços de acompanhamento continuado de adolescentes com comportamento de ALNS e suas famílias foram incluídos: CAPS III IJ é uma unidade que se

encontra na região central do município, atendendo crianças e adolescentes (até 17 anos e 11 meses) de toda a cidade em situação de grave sofrimento psíquico, incluindo casos de autolesão. O acesso a esse serviço se dá através do acolhimento por demanda espontânea ou encaminhamento de escolas, unidades de saúde ou outros serviços de saúde mental; funciona 24 horas por dia, incluindo finais de semana e feriados, oferece acompanhamento clínico e psicoterapêutico com uma equipe composta por 19 médicos, 4 psicólogos, 2 enfermeiros, 1 fonoaudiólogo, 2 assistentes sociais e 4 técnicos de enfermagem, e nos plantões a equipe fica composta por 3 médicos plantonistas, 2 técnicos de enfermagem, 1 enfermeiro e 1 pessoa da equipe multiprofissional.

Outros campos para a pesquisa escolhidos foram duas unidades de saúde da família, que fazem parte da região urbana do Anhanduizinho, com atendimento voltado à atenção Primária à Saúde com foco na Estratégia de Saúde da Família (ESF), oferecendo serviços como consultas médicas e de enfermagem, vacinação, entrega de medicamentos e procedimentos básicos. O funcionamento em uma das unidades, consiste no atendimento de segunda a sexta feira das 7 às 17 horas e outra com horário estendido de segunda a sexta feira das 7 às 23 horas. Ambas contêm uma equipe multiprofissional composta por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde e de endemias, assistentes sociais, profissionais de odontologia e psicólogo. A unidade é responsável por acolher e encaminhar, quando necessário, esses adolescentes e sua família para serviços especializados em saúde mental, como o CAPS IJ.

Tais locais foram selecionados devido à proximidade da equipe de pesquisa com os serviços e com o território, e o conhecimento de demandas de cuidados à adolescentes com comportamento de autolesão.

4.3 Participantes do estudo

Os participantes do estudo foram adolescentes com histórico de ALNS que são ou foram assistidos em um ou mais serviços da RAPS, seus familiares e os profissionais que trabalham nos serviços em que esses adolescentes e sua família são assistidos.

Os critérios de inclusão para os adolescentes foram: adolescentes na faixa etária de 10 a 18 anos, que tenham o comportamento de ALNS, foram assistidos ou que estavam em acompanhamento por um ou mais serviços da RAPS. Como exclusão, considerará aqueles que

referirem comportamento suicida em algum momento e aqueles que apresentarem ou referirem, no momento da coleta de dados, alguma condição de saúde ou sofrimento mental moderado a intenso.

Como familiares foram definidos aqueles que acompanham o adolescente em seu tratamento, ou aqueles que fossem indicados pelo adolescente como familiar (WRIGHT; LEAHEY, 2013). Os critérios de inclusão para os familiares foram: idade igual ou maior de 18 anos, que tenham conhecimento sobre o comportamento de ALNS e que foi referido como envolvido no processo de assistência desse adolescente. Os critérios de exclusão para os familiares foram aqueles que apresentaram ou referiram, no momento da coleta de dados, alguma condição de saúde ou sofrimento mental moderado a intenso.

Os outros participantes foram profissionais da saúde que trabalham nos serviços em que esses adolescentes e sua família foram assistidos. Os critérios de inclusão para os profissionais consistiram naqueles que prestaram assistência direta ao adolescente participante do estudo, e sua família nos serviços de saúde pertencentes à RAPS ou que são responsáveis pela assistência no território em que esse adolescente e sua família estão inseridos; e ter no mínimo seis meses de atuação no referido serviço, devido a relação construída ao longo do tempo de confiança entre adolescentes e profissionais. Os profissionais foram excluídos quando estavam afastados do serviço no momento da coleta de dados.

A definição da amostra foi por conveniência em todos os grupos. Para o grupo de adolescentes e familiares, foi solicitado aos profissionais do CAPS IJ e de serviços de APS (frente às questões éticas) que convidassem aqueles que eram elegíveis e atendessem aos critérios de seleção. Ao realizarem o convite, aqueles que aceitassem participar, era orientado a entrar em contato com a pesquisadora principal (a partir de um convite com dados de contato da pesquisadora), ou permitia que o profissional compartilhasse o contato do responsável para a pesquisadora realizar o convite.

Outra estratégia nesse processo foi a permanência da pesquisadora no serviço e realização do convite direto aos adolescentes e famílias que, após consulta, aceitassem conversar com a pesquisadora, ou por meio da apresentação da pesquisa em grupos terapêuticos de adolescentes e na sala de espera, onde o familiar aguardava a finalização da participação do adolescente no grupo.

Do total de 15 adolescentes e 14 familiares convidados, 6 adolescentes e 7 familiares aceitaram participar do estudo, sendo que 4 adolescentes e 3 familiares não aceitaram com justificativa de que não tinham necessidade de realizar a pesquisa, pois os adolescentes já estavam bem e que não gostariam de participar, além de 1 adolescente que não deu justificativa. Entretanto, 5 adolescentes e 4 familiares não responderam ao convite feito pela pesquisadora. Ao final foram entrevistados 6 adolescentes e 7 familiares.

Foram convidados a participar do estudo todos os profissionais que compunham as equipes dos três serviços de saúde selecionados. No CAPS IJ, dos 32 profissionais, 17 receberam o convite; na USF 1, dos 54 profissionais, 37 foram convidados; e na USF 2, dos 40 profissionais, 33 foram convidados. Ao final, aceitaram participar 7 profissionais do CAPS IJ, 3 da USF 1 e 1 da USF 2. Entre os que não participaram, um foi excluído por não possuir tempo mínimo de seis meses no serviço, e aproximadamente 75 não responderam ao convite.

4.4 Procedimento de coleta de dados

Após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, a pesquisadora entrou em contato com o CAPS III IJ para apresentar à gerência como seria realizada a pesquisa e quais seriam os participantes da mesma.

A partir disso, antes de iniciar as entrevistas, foram feitas ao longo de fevereiro a maio, cinco encontros com os profissionais e a gerência para esclarecer como seria a pesquisa, qual o público da mesma, e solicitado que os profissionais apresentassem o convite em forma de carta aberta, para cada público específico (adolescentes e suas famílias).

O convite em formato de carta aberta foi entregue aos profissionais de maneira impressa, com informações sobre a pesquisa, seus objetivos, quem poderia participar (critérios de inclusão e exclusão), os procedimentos de coleta de dados e as questões éticas do estudo (APÊNDICE G). Solicitou-se, também, que os profissionais orientassem que, àqueles adolescentes e familiares que atendessem aos critérios de seleção e indicassem interesse em participar, que entrassem em contato com as pesquisadoras (por meio de WhatsApp) ou que permitissem o compartilhamento de um meio de contato para que as pesquisadoras entrassem em contato para marcar o dia e horário das entrevistas.

Para os profissionais do CAPS IJ, o convite foi apresentado pela própria pesquisadora na primeira reunião sobre a pesquisa, bem como retirada as dúvidas sobre a coleta de dados e todas as questões éticas envolvidas no estudo.

Além disso, dois cartazes foram afixados nas áreas de espera do CAPS IJ contendo o convite para participação na pesquisa e o QR code para o WhatsApp da pesquisadora principal. Apesar dos profissionais aceitarem participar da pesquisa, houve resistência em convidar os adolescentes e suas famílias, em consultas ou acolhimentos individuais. Devido a essa resistência, foi necessário a realização de mais de uma reunião com a equipe, assim como a constante presença da equipe de pesquisa na unidade, principalmente nos dias de grupo terapêutico dos adolescentes.

Ao receberem a resposta de aceite dos profissionais, as pesquisadoras agendaram o dia e horário para a realização da entrevista no CAPS IJ, de acordo com a disponibilidade dos participantes. Com relação a entrevistas, foram 7 profissionais que foram entrevistados sendo realizadas nos serviços de saúde de acordo com a disponibilidade na agenda de cada profissional, cada entrevista durou de 20 a 40 minutos de duração, sendo elas realizadas apenas em um encontro. No contexto da USF, após aprovação do comitê de ética, foi agendada uma reunião com a gerência das unidades de saúde da família para apresentação da pesquisa, objetivos e questões éticas envolvidas. Após a concordância da mesma, foi agendado uma reunião com a equipe para a realização do convite, sendo o mesmo apresentado pela própria pesquisadora.

Na ocasião, os profissionais foram convidados a participar das entrevistas e a colaborar na mobilização e convite de adolescentes com histórico de ALNS atendidos na área de abrangência dos respectivos serviços. Os adolescentes e famílias indicados por esses serviços autorizaram o contato da pesquisadora para apresentação do estudo e, no caso de aceite, o agendamento da coleta de dados.

Das 4 entrevistas realizadas nas USFs, todas foram realizadas nos serviços de saúde de acordo com a disponibilidade na agenda de cada profissional, cada profissional foi entrevistado apenas uma vez e cada entrevista teve duração de 10 a 40 minutos.

A coleta de dados ocorreu entre os meses de maio e julho de 2025, por meio da entrevista em profundidade, com os grupos de interesse sendo adolescentes, familiares e profissionais, audiogravadas em mídia digital, subsidiada por um roteiro inicial

semiestruturado, com questões norteadoras baseadas no referencial teórico do Modelo Explicativo de Doença de Kleinman (APÊNDICE A, B e C).

O convite nos grupos terapêuticos ocorreu em momento antes do início ou ao término do grupo. Para aqueles que demonstrassem interesse em participar, era entregue o convite impresso e uma cópia do Termo de Assentimento Livre e Esclarecido e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Após o aceite dos familiares e adolescentes as entrevistas foram realizadas em dia e horário previamente agendados com os adolescentes e familiares, de forma presencial. Com os adolescentes, ocorreram 5 entrevistas na unidade de saúde e 1 em sua residência, e com os familiares, 5 realizadas nos serviços de saúde e 2 em outro espaço escolhido por eles, como suas residências, todas as entrevistas tiveram entre 20 a 40 minutos de duração, sendo elas realizadas apenas em um encontro.

Do total de entrevistas com todos os participantes, 17 foram realizadas pela pesquisadora principal do estudo, enfermeira, discentes de pós-graduação, nível mestrado; 6 pela orientadora do estudo, doutora em enfermagem; e 1 por uma pesquisadora da equipe, enfermeira, especialista em saúde da família. Todas as pesquisadoras envolvidas na coleta de dados são integrantes do grupo de pesquisa ao qual o estudo está vinculado e possuem treinamento e experiência em estudos qualitativos e técnica de entrevista em profundidade.

Além disso, foi aplicado pela pesquisadora o questionário com dados sociodemográficos dos adolescentes (APÊNDICE E), familiares (APÊNDICE D) e Profissionais, para o aprofundamento dos grupos de interesse da pesquisa (APÊNDICE F).

4.5 Análise dos dados

Todo o conteúdo das entrevistas foi transcrito na íntegra e retirado qualquer informação pessoal como nome, telefone celular, ou outra informação que pudesse caracterizar os participantes ou terceiros em que possa ter mencionado. Para manter a identidade dos participantes em sigilo, cada participante recebeu um código para identificação, como o símbolo “F” (FAMILIAR), “A” (ADOLESCENTE) e “P” (PROFISSIONAIS) seguido de um número, por exemplo, “F:1” (para designar familiar 1).

Para a análise dos dados, foi utilizada a análise temática de conteúdo utilizando-se das três etapas estabelecidas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados

(BARDIN, 2011). Na pré-análise, o pesquisador organiza o material, realiza uma leitura exploratória e define o corpus, identificando ideias centrais e hipóteses iniciais. A exploração do material consiste em codificar e segmentar o conteúdo, identificando temas, padrões e relações, permitindo verificar hipóteses e revelar significados implícitos. Por fim, o tratamento dos resultados envolve a sistematização e interpretação crítica das categorias e temas, relacionando-os ao contexto externo e às questões de pesquisa (SANTOS, 2012).

Além disso, esse tipo de análise permite focar nas informações sobre comportamentos e conteúdos, podendo ser utilizado tanto para verificar hipóteses e questões previamente definidas quanto para revelar elementos subjacentes aos conteúdos manifestos nos discursos dos participantes (MOZZATO; GRZYBOVSKI, 2011).

Após as transcrições das entrevistas, os resultados foram organizados a partir da análise temática de conteúdo e agrupados em categorias construídas com base nos núcleos de sentido que foram identificados nas entrevistas realizadas com os participantes. Após isso, esses códigos foram organizados, agrupados e deram origem ao tema central de acordo com núcleos dos sentidos emergentes de cada grupo de participantes.

Dos adolescentes: Autolesão como forma de alívio ou controle emocional, prazer e impulso no ato de se lesionar, histórico de violência e negligência, relações afetivas e apoio diante do sofrimento, descoberta da autolesão pelos pais ou outros e reconhecimento da necessidade por busca de ajuda, itinerário terapêutico, acolhimento e escuta individual dentro do serviço de saúde, fragilidades na oferta de profissionais e na continuidade do cuidado.

Dos familiares: Descoberta do sofrimento permeado pela autolesão, sentimentos e percepções familiares sobre a autolesão, impacto nas relações familiares, vigilância constante e reorganização da rotina, itinerário terapêutico em busca por cuidado, barreiras no acesso à assistência e na sua continuidade, facilidades no acesso à assistência em saúde, potencialidades do serviço ofertado na RAPS, carência de apoio emocional às famílias, percepção de mudanças positivas dos adolescentes, mudanças necessárias nos pontos da RAPS.

Dos profissionais: Autolesão como fuga do sofrimento psíquico, diversidade de formas autolesivas, incompreensão sobre a autolesão, demanda espontânea e a escola como principal espaço de identificação e encaminhamento, interrupções no acompanhamento do adolescente, relações familiares e seus impactos, importância da família como parte do

processo terapêutico, falta de atendimento específico ao familiar, rotina dos pais e vulnerabilidade familiar como dificuldade de acesso e continuidade dentro dos serviços, sobrecarga dos CAPS, descaracterização do serviço, falta de capacitação para atuar no serviço, desarticulação e falhas nos encaminhamentos dentro da RAPS, potencialidades no serviço de saúde para a prática profissional.

Categoria temática	Núcleo do sentido	Definição
A experiência do adolescente e da família na vivência do comportamento de autolesão	Percepções sobre o comportamento de autolesão A circularidade entre a família e o comportamento de autolesão do adolescentes;	Como os adolescentes se autolesionam e o significado desse ato, incluindo a percepção tardia do comportamento por familiares e os sentimentos envolvidos na descoberta, tanto pelos familiares quanto pelos próprios adolescentes.
		Mudanças familiares após a descoberta da autolesão como a rotina, recursos financeiros e as relações familiares, podendo gerar apoio e mudanças positivas, mas também aumentar o sofrimento, afetando relacionamentos, comportamentos dos filhos e a dinâmica familiar como um todo.
A atenção à saúde na Rede de Atenção Psicossocial	Itinerário terapêutico Vivências e percepções sobre a assistência recebida Desafios e potencialidades da atenção à saúde mental de adolescentes com	Fase pós descoberta dos familiares, reconhecimento da necessidade de ajuda, as dificuldades, os caminhos trilhados pelos familiares em busca de atendimento, encaminhamentos e decisões ao longo do processo.
		Experiência positiva de acolhimento e escuta no serviço de saúde,

	comportamento de autolesão e suas famílias	sentimentos dos adolescentes relacionados a segurança, acolhimento e apoio. Relatos sobre ausência de atendimento específico aos familiares devido à falta de estrutura, recursos humanos e materiais nos serviços.
		<p>Relatos acerca da demora no atendimento, falta de profissionais, distância dos serviços, falta de medicação, excesso de demanda dos profissionais, centralização do serviço, falta de capacitação específica e fragilidade no fluxo e articulação da rede</p> <p>Demora no atendimento, falta de profissionais, distância dos serviços, falta de medicação, excesso de demanda dos profissionais, centralização do serviço, falta de capacitação específica e fragilidade no fluxo e articulação da rede.</p>

Quadro 2 - Definições das categorias.

Fonte: Elaborado pela autora.

4.6 Aspectos éticos

O presente estudo foi encaminhado para apreciação e aprovação do Grupo de Trabalho de Avaliação de Projetos de Extensão e Pesquisa - GTAPEP (SESAU), com aprovação (ANEXO A), em seguida, foi encaminhado para apreciação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, através da plataforma Brasil, o qual foi aprovado, sob o CAAE nº 79025224.7.0000.0021. Todos os princípios éticos estabelecidos pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) 466/2012, foram respeitados durante toda a pesquisa e a pesquisa teve início somente após a apreciação e aprovação da mesma (BRASIL, 2012).

Todos os participantes tiveram informações sobre o estudo, foi esclarecido os objetivos do estudo, procedimentos de coleta de dados, riscos e benefícios e assinarão o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE e Termo de Assentimento Livre e Esclarecido - TALE.

5 RESULTADOS

A amostra deste estudo foi composta por 24 participantes divididos em: seis adolescentes, sete familiares e onze profissionais.

Em relação aos seis adolescentes participantes, todos eram do sexo feminino (n=6), tinham idade entre 12 a 15 anos e tempo de diagnóstico da autolesão entre 4 meses a 5 anos. Verificou-se que cinco participantes possuíam ensino fundamental incompleto e um possuía ensino médio incompleto.

O tempo médio de prática de autolesão variou entre um e nove anos, sendo que a maioria relatou ter se autolesionado inúmeras vezes, a ponto de não se recordar com exatidão da quantidade. Três participantes já necessitaram de hospitalização, uma vez cada, em decorrência da autolesão. Quanto ao uso de medicação contínua, duas faziam uso de fluoxetina, duas de risperidona, uma de quetiapina, uma de lítio e uma de clonazepam. No que se refere à crença religiosa, duas declararam acreditar em Deus, uma se identificou como espírita, duas afirmaram não possuir religião e uma relatou ser mórmon.

Os familiares tinham idade entre 35 e 60 anos, maioria do sexo feminino (n=6), sendo quatro mães, um pai, uma tia e uma avó. Entre os participantes, apenas um relatou comorbidades (hipertensão arterial sistêmica e hipertireoidismo). Quanto ao estado civil, cinco eram casados, um solteiro e um viúvo. Em relação à escolaridade, dois possuíam ensino fundamental incompleto, dois ensinos médios completos e três ensino superior completo.

No que se refere à ocupação, houve diversidade: um economista, duas pessoas do lar, um assistente social, um operador de caixa, uma cuidadora e uma cozinheira/diarista. A renda familiar variou entre R\$ 600,00 e R\$ 5.000,00, sendo que um participante preferiu não informar. Em relação à moradia, todas as famílias residiam em casas de alvenaria, das quais três eram alugadas, três cedidas e uma própria. Todas possuíam acesso à água encanada e saneamento básico. Sobre a crença religiosa, identificaram-se: um mórmon, um cristão, um evangélico, dois católicos, um adventista e um participante que declarou apenas acreditar em Deus.

Os 11 profissionais eram, em sua maioria, do sexo feminino (n=10), com idade entre 29 e 60 anos. Entre os participantes, cinco eram casados, três solteiros e três divorciados. Todos possuíam ensino superior completo. Quanto à crença religiosa, um não possuía religião,

um se declarou evangélico, oito católicos e um kardecista. A renda familiar variou entre R\$ 4.100 e R\$ 13.000. Em relação à moradia, todos residiam em casas de alvenaria, sendo quatro alugadas e sete próprias, e todas possuíam acesso à água encanada e saneamento básico.

Com relação à formação profissional, um era médico lotado na USF, um assistente social lotado USF e um assistente social lotado CAPS IJ, três enfermeiras lotadas no CAPS IJ e duas enfermeiras lotadas na USF e três psicólogas lotadas no CAPS IJ. O tempo médio de trabalho nos serviços variaram de um à 24 anos. Com relação à qualificação ser ofertada pelos órgãos de saúde para os profissionais atuarem no serviço, todos os 11 responderam que não receberam nenhum tipo de qualificação para atender adolescentes com autolesão e suas famílias.

Da análise de dados emergiu o tema central “Autolesão na adolescência: experiências, relações familiares e a assistência dentro da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)”, o qual será apresentado em duas categorias: 1) A experiência do adolescente e da família na vivência do comportamento de autolesão, composta pelas subcategorias - “Percepções sobre o comportamento de autolesão” e “A circularidade entre a família e o comportamento de autolesão do adolescentes”; e 2) A atenção à saúde na Rede de Atenção Psicossocial, composta pela subcategorias: “Itinerário terapêutico”, “Vivências e percepções sobre a assistência recebida e ofertada” e “Desafios e potencialidades da atenção à saúde mental de adolescentes com comportamento de autolesão e suas famílias”.

5.1 A experiência do adolescente e da família na vivência do comportamento de autolesão

Essa categoria permitiu compreender a percepção e experiência dos participantes sobre o comportamento de autolesão, assim como a relação circular entre essa condição de saúde e o contexto familiar.

5.1.1 Percepções sobre o comportamento de autolesão

De acordo com os relatos dos adolescentes e profissionais participantes, a autolesão é utilizada pelos adolescentes como forma de alívio ou controle emocional de sentimentos e situações de sofrimento como raiva, ansiedade, sobrecarga emocional, traumas, angústias e tristezas.

“Me sinto um pouco melhor, porque eu fico muito triste. Eu começo a entrar em crise. Eu começo a querer bater em todo mundo. E, para eu não fazer isso, eu me corto.” (A2)

“Então, eu sinto um alívio. Tipo, eu estou fazendo aquilo para aliviar a minha dor. E eu vejo aquilo, parece que é a minha dor que está saindo, sabe? Parece que tudo que eu estou sentindo ali na hora some, o que eu estou fazendo, ele sai. Parece que ele alivia, ele tira aquele peso de dentro. [...] Quando eu estou muito, muito mal. Tipo, muito mesmo. Quando eu não tenho um dia ruim, assim, eu não faço. Mas quando eu estou super sobrecarregada, eu faço. Ai eu preciso de um alívio e a minha cabeça vai aqui, vai aqui e eu acabo me automutilando.” (A4)

“Algumas vezes quando eu me sinto triste ou com raiva de alguém, eu desconto a raiva em mim mesma.” (A5)

“Ah, geralmente eles falam: ‘(...) Eu faço autolesão para eu ficar mais calma, que aí tira toda a tristeza que eu tenho, né? Que eu tô com raiva e sai a raiva e eu faço’. É uma fuga. É uma fuga deles.’ (P6)

“A minha experiência é porque sempre por trás das lesões tem uma angústia, tem um sofrimento, tem uma dor, né? Então, a maneira que eles têm para aliviar esse sofrimento deles, a raiva, a mágoa é essa.” (P7)

“É onde eles se provocam mais nessa dor física para esquecer aquilo que está latente, latejando dentro dele na questão emocional, no trauma. [...] Hoje, quando eu atendo um paciente adolescente que se autolesiona, a queixa que ele me traz, o porquê que ele faz isso, é parecido com a pessoa adulta. Ele começa por causa de uma dor interna. A resposta é sempre a mesma: ‘Eu quero sentir a dor física para esquecer a dor emocional. Eu prefiro sentir a dor de um corte do que a dor que carrego dentro de mim’.” (P2)

Além do comportamento ser relatado como um meio de alívio momentâneo, essa prática também foi referida, por uma adolescente, permeada de sentimento de prazer e admiração. E, por um profissional, como um ato usado para chamar atenção dos pais.

“Toda hora, tipo, eu faço.. parece que é um impulso, sabe? Alguém falou alguma coisa chata, não sei se você sentiu, aí o impulso.. corta, acabou. Ai pronto... Pra sentir um alívio. [...] Prazer. É porque, tipo, assim, eu acho muito, acho muito bonito, tipo, dá um negócio que, ah, acalma. Às vezes eu me sinto, porque eu acho o corte bonito, sinceramente, eu acho. Os risquinhos, assim, eu acho bonito.” (A6)

“Alguns apresentam autolesão mas depois eu percebo que está relacionado a uma chantagem também, quando eles não são.. quando eles querem alguma coisa e os pais não dão feedback, não aceitam, não oferecem.” (P11)

Além do ato de se cortar, os profissionais referiram, em seus relatos, outras formas do comportamento como puxar os cabelos, fazer uso de substâncias psicoativas, entre outros.

“Ela teve uma crise bem feia com a família dela, tudo mais, é.. e aí ela trouxe que ela não tinha se cortado, tudo bem que ela desviou um pouco pra outro comportamento que ela acabou se machucando, só que não foi tão grave, acabou que ela puxou um pouco o cabelo dela.” (P1)

“Então você sabe que o paciente às vezes tomou uma bebida ou fez uso de alguma substância para tirar uma dor que está em sofrimento.” (P3)

Para os familiares, a percepção sobre os sinais de sofrimento de seus adolescentes ocorreu de forma tardia. Tal comportamento foi permeado pelo silêncio ou pelo esforço dos adolescentes em esconder as lesões. Os familiares só conseguiram identificar tal comportamento não adaptativo após episódios graves, avisos da escola ou revelações feitas pelos próprios adolescentes. Para alguns familiares era um tema desconhecido e carente de informação.

“Ela relatou na escola. Aí a escola entrou em contato comigo, fui lá e ela me relatou a situação. [...] Porque quando a gente viu a primeira vez, ela estava arranhada no braço, e ela falou que era o cachorro que tinha arranhado. Só que daí na hora que veio, ela contou que estava se mutilando. Foi uma tristeza para a gente. Nunca imaginava que ela ia fazer isso com o corpo.” (F3)

“E aí, depois que o pai faleceu, ela começou a se revoltar e começou a se autolesionar. E aí eu fui perceber muito tarde.” (F4)

“Porque eu vi o corte, mas ao mesmo tempo que eu vi a lesão, eu vi que já haviam outras lesões já cicatrizadas. [...] Simplesmente eu fiquei muito nervosa e questionei por que ela estava fazendo aquilo? Qual era a intenção dela de fazer aquilo? O que estava acontecendo? Mas ela não quis falar,. E ela não expôs que ela, quanto tempo que ela já estava fazendo isso, nem um motivo específico.” (F5)

“Eu descobri já faz um ano praticamente, foi ano passado. No início do ano passado. {...} Ela falou que já fazia tempo. Ela falou assim, “mãe, já faço isso fazia tempo já”.” (F7)

A descoberta da autolesão pelos familiares foi relatada como um período permeado por sentimentos intensos de dor, culpa, tristeza, angústia e impotência, os quais deixam esse familiar paralisado e sem reação para o que estava acontecendo com seu adolescente, assim como o que fazer.

“Olha, a primeira vez que eu vi, eu fiquei muito chocada. Você realmente não sabe como lidar, eu fiquei paralisada, eu fiquei sem reação. Eu nunca tinha imaginado que ela fazia, se mutilava. Nunca, jamais imaginei. Quando eu vi, realmente fiquei chocada. Essa é a palavra certa. Eu fiquei sem reação, eu comecei a chorar. [...] Eu me sinto tipo refém, não posso falar nada que vá deixá-la frustrada, porque ela vai acabar se mutilando. [...] Mas você não quer imaginar que isso vai acontecer na sua casa. Na verdade, eu nunca tinha ouvido falar sobre isso. Então, para mim, foi um choque muito grande. Bem difícil.” (F7)

“Só que daí na hora que veio e ela contou que estava se mutilando foi uma tristeza para a gente. [...] Para mim, eu acho mais difícil lidar. Porque ela fala que, tipo assim... Quando ela teve a crise lá, foi bem lá, foi por culpa minha. Aí eu queria saber o que eu estou errando (F3)

“Nossa, foi muito difícil. E aí eu fui perceber muito tarde. Porque ela tampava tudo e eu realmente não tinha percebido. E como ela mesma fala, eu estava um pouco ausente, mas não porque eu queria. Porque eu tive que engolir o luto, engolir o choro para poder passar força pra ela e pra outra. Eu sabia o quanto elas eram grudadas com o pai. E o quanto ele ajudava a gente, assim, tudo. Ele era paizão mesmo. Então, eu acredito que foi muito difícil por conta disso. Eu acredito que foi esse o motivo. Não sei se eu respondi certo. Pra mim foi muito triste.” (F4)

“Então, assim, eu realmente entrei em estado de choque e liguei para o pai dela. Porque eu realmente não sabia o que fazer, como lidar com aquilo. O que falar, o que fazer, como agir?” (F5)

A autolesão foi identificada como um estigma, uma vez que muitas famílias demonstram dificuldade em compreender a situação, frequentemente interpretando-a como “frescura”, conforme relataram os profissionais. Essa percepção, por vezes, também é compartilhada por alguns membros da própria equipe de saúde, o que compromete o acesso dos adolescentes aos grupos terapêuticos e, também, levando o profissional a fazer descaso com a situação.

“E aí, a gente estava participando de uma oficina e a gente perguntou. Fulano está lá em cima! A gente não pode convidar ele para participar da oficina? E todo mundo ficou assim... ‘Ah, então... A gente não costuma convidar os abrigados para participar da oficina, porque às vezes eles podem contaminar os outros pacientes, no sentido comportamental’.” (P1)

“Eu vejo que tem muitas famílias que têm dificuldade em entender que eles estão no sofrimento. Às vezes, elas acham que é frescura. Tem pais que brigam, ameaçam bater, sabe?: ‘ah, não sei por que que tá assim, não faz nada da vida, não tem preocupação.’” (P5)

“Olha, varia muito do paciente. Porque tem profissional que faz o descaso. Aí tem profissional que não, que atende bem, entendeu?” (P6)

“Porque o paciente já tem o estigma, principalmente adolescente que fala? “Mas por que eu tô aqui? Eu não preciso disso daqui, aqui é o CAPS” Então, mais por conta também do estigma.” (P6)

“Tem muito essa questão do mecanismo de defesa de negação, “não, meu filho não está doente”, ou às vezes a mãe traz o filho, sabe, está vendo que o filho está precisando de ajuda, que ele tem algo diferente e aí o pai não aceita. Eu mesma já atendi aqui casais que vira briga, porque a mãe quer que ele faça o tratamento e o pai.. “meu filho não é louco, se você continuar com isso eu vou te internar”, sabe..” (P7)

“É aquela negligência. É complicado. Não, é... Mas às vezes até eu imagino, às vezes você de repente queira aprofundar, queira ir, mas você não tem às vezes o apoio. Muitos falam, acham que o adolescente é a frescura, a época...” (P10)

5.1.2 A circularidade entre a família e o comportamento de autolesão do adolescente

Algumas falas elucidam que dentro da dinâmica familiar, há distanciamento, dificuldades de comunicação e isolamento social do adolescente, o que provoca sentimento de impotência nos familiares. Além de fragilizar as relações entre pais e filhos, esse contexto também pode repercutir no vínculo conjugal. Assim, a autolesão se mostra não apenas como um sofrimento individual, mas como um fenômeno que atravessa todo o núcleo familiar, desestabilizando vínculos e sobrecarregando emocionalmente seus membros.

“Não interagia muito com as irmãs, nem com os pais, e sempre que interagia era algum tipo de cobrança, um tipo de reclamação, um tipo de insatisfação, um questionamento... A maioria das vezes que ela vinha interagir com a gente era alguma coisa negativa. Então, aos poucos, acredito que a gente também foi se afastando e a comunicação foi diminuindo, porque toda vez que ela vinha conversar com a gente era para pedir alguma coisa, era para cobrar alguma coisa. Então, acho que todo mundo já estava cada um no seu canto.” (F5)

“Ela não quer... Às vezes chamando pra ir na minha mãe, ela não quer. Ela fala, ela se sente cansada, que ela tá cansada, que ela não quer. Que porque que eu obrigo ela a sair de casa, sendo que ela não gosta de sair de casa. Tudo assim, volta contra mim. Eu peço pra ela fazer qualquer coisa, ela não aceita. Até mesmo coisas que ela gosta. Falo, “não, mas você pode comprar uma coisa que você gosta de comer e tá”. Ela fala assim, “vai e traz pra mim. Eu não quero sair de casa”. Porque eu tento tirar ela de casa, oferecer esse tipo de coisa. Vamos, vamos comprar o que você gosta e tal. Você é legal, você é divertida. Mas se ela ficar o tempo todo quieta, ela quer ficar olhando no celular. Não quer ver. Comigo, com o contato, ela não quer. Fica lá na tela, mas ela fica sentada o tempo todo. Isso não é. Ontem foi o aniversário do meu avô, de 89, e eu fui comemorar. No salão de festa tinha um quarto e ela falou que queria ficar isolada nesse quarto. Tava cheio, a família toda lá e ela não queria ficar perto de ninguém. Pra mim é muito doido isso, porque você vê que ela não quer ter convívio, não quer... Tá todo mundo se divertindo, todo mundo rindo, todo mundo... Tinha piscina, tudo, ela não queria. Então, você não sabe como lidar com a situação. Eu me sinto impotente perante essa situação. Mas aí eu falei pra ela, não, você não vai ficar no quarto, você não veio pra ficar no quarto. Tem um tanto de gente que tem que... Ela ficou um tempão na mesinha sozinha, aí depois chegou mais uma menina da idade dela, aí ficou conversando. Mas nem sempre ela aceita socializar. É bem complicado.” (F5)

“Para o (...) Tem hora que ele fala até em separação.” (F2)

Alguns relatos indicam o medo da família em deixar os adolescentes sozinhos na residência. Isto é, caracterizado pelo estabelecimento de uma rotina fixa, baseada, em sua maioria, em estratégias de proteção ao adolescente. Os familiares referiram acreditar que, adotando um método de vigilância constante, irá proteger o adolescente de se machucar.

“Quando eu faço diária, eu deixo ela na minha cunhada. Porque não dá para deixar ela sozinha. [...] Aí ela me ajuda bastante.” (F2)

“Minha filha vai ter agora férias. E ela não pode ficar sozinha. Então, eu decidi com a minha esposa. Eu pedi o seguro de desemprego porque minha filha não pode ficar sozinha. Então, se ela vai pegar férias para não ficar sozinha, então eu vou pedir o seguro-desemprego para ficar ao lado dela e minha esposa tranquila, trabalhando.” (F6)

“Então a gente tem que ficar o tempo todo vigiando ou olhando se tem alguma coisa de corte perto. Eu vi já, tô olhando se tem alguma coisa de quarto perto, quando vai no banheiro tem que olhar, porque ela fica horas trancada no banheiro. Quando ela fica assim eu já posso bater na porta, eu sei que ela tá se machucando” (F7)

Apesar de se falar muito em mudança das relações familiares ou sofrimento dos mesmos sendo causado pelo impacto da autolesão há, também, relatos de situações dentro do contexto familiar que acabaram aumentando ou causando um sofrimento no adolescente.

“Muitas vezes pode ser que o adolescente esteja adoecendo a família ou o contrário muitas vezes né, a família às vezes.. porque acho que também não tem.. não gosto de apontar culpados mas tem algo ali que desperta o sofrimento.” (P1)

“A gente faz, eu costumo fazer o encaminhamento, quando eu percebo que a situação está adoecendo a família, ou que a família, às vezes, está dessa maneira e, por isso, acaba adoecendo o paciente, a gente faz o encaminhamento.” (P1)

“E também foi porque a minha mãe bebia muito e ela mordida a minha bunda e doía. Ela falava que era brincadeira porque ela estava muito bêbada. E, também, minha tia, uma vez elas ficaram muito bêbadas e minha tia apertou meu nariz com força e meu nariz começou a sangrar e aí aconteceu isso..” (A1)

“Eu tinha 10 anos de idade e eu fui abusada pelo meu tio.. Aí na escola eu comecei a ter muitas crises por conta disso.” (A4)co

“Sim, às vezes eu penso assim, por que será que eu tô passando por isso? O que Deus fez pra mim? Porque às vezes eu sou bem ruim, sabe? Tipo, o que eu fiz pra Deus pra merecer isso? Mas eu sei que não é culpa dele, é culpa das pessoas que... Na minha infância. Das escolhas dos adultos. Dos adultos.” (A6)

“E é muito importante esse trabalho terapêutico, porque muitas das vezes não são os pacientes que estão adoecidos, os adolescentes, e sim os pais. Os pais estão adoecidos, eles estão desgostosos com a vida, só reclamam, só falam, muitos falam assim, “você não deveria nem ter nascido, eu tentei te abortar”. Aí pensa, para a criança ficar ouvindo aquilo, na hora que ele chega na fase da adolescência, fala assim, “tanto faz se eu estou aqui ou não estou aqui para a minha família” (P7)

“Aí quando você vai ver, é a família, a família está adoecida, a família que está causando toda aquela angústia naquele adolescente, naquela criança, está só mordendo, está só batendo, está só isso, mas aí você vai ver ali o histórico familiar, a gente fica triste, é desesperador, fala meu Deus, olha aí a causa.” (P7)

“Agora tem outros, ah, o que levou você a se automutilar? “Eu não aguento mais as pressões dentro de casa, da minha família, muita briga, meus pais brigam muito, eles se agridem fisicamente, meu pai agride a gente, meu pai é alcoólatra, minha mãe é alcoólatra, daí são muito violentos”. “Tudo que a gente faz nada tá bom, só sabe criticar, nunca me deu um elogio, nunca me deu um beijo, nunca falou eu te amo, meu filho, eu te amo, minha filha, nunca”. Eu nunca ganhei um abraço”. Então você vê assim que eles se sentem abandonados.” (P7)

Os relatos revelam o importante papel da família no cuidado e na proteção dos adolescentes em sofrimento psíquico. Também é destacado a importância de inserir a família no processo terapêutico, reconhecendo-a como parte da assistência daquele adolescente. Além disso, quando a família é inserida nos tratamentos há transformações positivas nas relações familiares e é apontado em algumas falas que a família também é um fator protetivo dos adolescentes.

“Era eu e minha irmã que cuidava dos cortes. Só minha irmã que me ajudava... No início. Mas aí depois, lá pra 2023, aí ela começou a cuidar dos meus cortes também. E... Basicamente é isso. Eu não senti que tinha alguma coisa mudando assim. Eu só senti quando foi em 2023 que aí minha mãe quando começava a aparecer com os braços pingando de sangue, aí ela que cuidava de mim. Porque ela cuidava dos cortes e... Basicamente era só isso.” (A3)

“Acho que não tem como você atender a criança, adolescente sem você inserir a família né, no tratamento. É claro que, acho que em contextos diferentes, mas não tem como você não associar a família, junto..” (P1)

“Então, a gente tem que trabalhar com eles, para eles aprenderem a colocar regras e limites, mas eles também têm que ter uma compreensão, um diálogo com os filhos, compartilhar mais do dia a dia dos filhos, mesmo eles trabalhando, mesmo eles cansados, eles arrumarem um tempo para eles ficarem com esses filhos, para eles se sentirem acolhidos, amados, pelas figuras paternas, ou tio, ou avó, quem cuida, o cuidador. Mas para que eles se sintam assim.” (P7)

“Isso quando a gente pergunta, “você tá com vontade de se matar hoje?” Se ela fala, “não, não tô com vontade de me matar. Ah, porque eu lembro da minha mãe, porque eu lembro do meu pai, eles me amam e eu não quero deixar eles”. Então, a gente percebe que ela tem um fator protetivo aí, né?” (P6)

“Eu tô vendo resultados em pais que eram hostis, que sempre estavam batendo, sempre estavam xingando, brigando. Eles estão diferentes.” (P7)

5.2 A atenção à saúde na Rede de Atenção Psicossocial

5.2.1 Itinerário terapêutico

O itinerário terapêutico do adolescente e sua família começa quando descobrem a autolesão após isso vem o reconhecimento da necessidade de ajuda, levando as famílias buscarem atendimento, esse processo foi relatado a partir da descoberta da autolesão não só pelos familiares, mas sim por instituições como a escola ou pessoas ao redor do adolescente.

“É.. porque a minha mãe trouxe eu aqui, porque ela tava muito preocupada comigo.. ai ela ficou muito preocupada, ela quis procurar tratamento e ajuda pra me ajudar.” (A1)

“Não foi legal.. elas não gostaram, ficaram muito preocupadas, aí elas conversaram comigo e decidiram buscar ajuda.” (A2)

“A minha amiga, na época, a mãe dela, ela era nossa professora. E ela tinha.. ela era minha melhor amiga. E a minha mãe também era amiga dela. Elas conversaram, eu conversei com a minha amiga também. E a mãe dela me ajudou sobre isso. A mãe da minha amiga, ela era professora. Então, ela já sabia das crianças que se autolesionavam. Ela ajudava também. E aí ela conversou com a minha mãe e falou, “leva a Maria Eduarda nos anjos da saúde. Que lá é bom, aí você vê uma... Você vê uma psiquiatra e uma psicóloga pra ela”. E aí que minha mãe entendeu e me levou no anjos da saúde.” (A3)

“Aí a escola percebeu aquilo e foi a primeira pessoa. Eu tive aquilo e falei, vou ter que contar. Aí eu contei, contaram para a minha mãe e vim aqui no CAPS. Porque eu estava muito mal. A escola começou a perceber que eu estava tendo muita coisa, muita crise de choro, assim. Aí meu coração disparava e eu começava a ter crise. Com 10 anos, mas foi uma coisa muito ruim. Foi muito ruim, assim, para mim. Aí a escola começou a perceber que eu estava ficando muito quieta, às vezes muito agitada, com a minha idade. Aí falaram, não, isso que está acontecendo com você. Porque você está... Eles falaram, alguma coisa, mas eu não lembro. Não lembro.” (A4)

“Foi quando eu estava na escola, porque estava muito calor; eu estava de casaco. Aí eu pensei, vou tirar rapidinho, ninguém vai perceber. Aí eu tirei, aí eu fui entregar uma lição pro professor; aí eu estava assim.. Eu estava assim. Aí ele pegou e falou assim, “ tira o braço aí”. Eu falei, não precisa, aí ele pegou e falou, “ por favor, deixa eu ver esse braço”, ele viu tudo cortado e tal. Aí o professor me levou pra coordenação, não sei o que e tal. Foi nessa vez que eles descobriram.” (A6)

“Muitos vêm por indicação “A minha vizinha traz o filho dela aqui e pediu para eu vir aqui”, “Ah, um amigo meu. Sempre tem isso. O amigo, o vizinho.” (P7)

“Mas a gente procurou logo ajuda. Para não acontecer coisa pior.” (F3)

“Isso. Ela relatou na escola. Aí a escola entrou em contato comigo, fui lá e ela me relatou a situação.” (F3)

A partir do reconhecimento da necessidade de ajuda, a família inicia um percurso em busca de atendimento, que inclui desde a unidade de saúde até o CAPS III IJ, além de apoio informal, como a igreja. Os encaminhamentos ocorrem por diferentes profissionais e serviços de saúde, muitas vezes quando a autolesão é identificada durante outro acompanhamento. Nos relatos, a escola aparece como o principal agente de encaminhamento dos adolescentes e suas famílias para os serviços de saúde.

“Fui à unidade de saúde com a minha mãe e a minha avó! um montão de vez..” (A1)

“Minha psicóloga que falou, que indicou o caps pra cá, pra vir aqui procurar ajuda. Do juliano varela.” (A2)

“Eu procurei psicóloga, psiquiatra, né? E foi isso, se eu contar todos os locais, porque eu tive ao total agora, contando desde o início até agora, eu tive 12 psicólogos e 3 psiquiatras.” (A3)

“Aí eles indicaram o CAPS, porque eu estava muito mal, eu estava muito debilitada. Aí mandaram para a minha mãe, que eu precisava de um psicólogo e um psiquiatra. Aí a gente veio para cá.” (A4)

“Foi. Foi a primeira vez. Aí a escola percebeu aquilo e foi a primeira pessoa. Eu tive aquilo e falei, vou ter que contar. Aí eu contei, contaram para a minha mãe e vim aqui no CAPS.” (A4)

“Eu fugi de casa duas vezes e eu fui duas vezes para a casa de abrigo. Aí subi em cima do telhado para me jogar. Chamaram o samu, chamaram o conselho tutelar... Sei lá. Aí eu estava deitado em cima do telhado e aí eu fui duas vezes para a casa de abrigo. Foi lá em São Paulo. E é isso. Foi por causa que eu cheguei aqui, por causa que eu fui para a casa de abrigo e me colocaram no CAPS. Por causa dessas coisas que foram acontecendo. Conselho tutelar. Casa de abrigo. Já fui para o UPA.” (A6),

“Unidade de saúde, juliano varela e aqui no caps, se nós fomos em outro lugar eu não lembro” (F1)

“Não, no posto. Aí eu contei que ela fazia tratamento com a pediatra, né? Aí ela encaminhou ela pra psicóloga. Aí ela que colocou ela pra cá.” (F2)

“A escola que encaminhou.” (F3)

“Pelo CAPS mesmo. A escola que encaminhou para o CAPS.” (F3)

“E aí que eu procurei ajuda. Fui no postinho, o médico falei para ele sobre a minha situação e tudo. Aí ele falou que se eu não estivesse bem ele ia me passar remédio e que eu precisaria levar as meninas no CAPS infantil. Porque lá eles poderiam avaliar melhor cada uma delas e me dizer melhor o que fazer com elas.” (F5)

“Porque eu falei, não, eu acho que você deve procurar ajuda. Eu falei sim, eu já tava... Daí comecei, fui lá na unidade básica perto de casa e passei pela assistente social, falei que eu precisava de psicólogo para ela. E aí eu comecei a levar.” (F7)

“Não, quando eu descobri que ela tava se cortando, eu já corri pra unidade básica.” (F7)

“Eu procurei, eu fiquei sem encaminhamento, eu fui na... no Cotelengo também. Eu estava desesperada. Eu fui lá também pertinho da minha casa. Porque lá também, eles também têm o médico da família. Eu falei pra procurar ele. Daí na assistência social, eu passei. Daí falei pra ela que eu precisava de um psicólogo pra ela e tal. Só que até então ela não tinha um laudo, ainda assim foi isso que eu falei. Na unidade básica ela foi atendida poucas vezes. Porque a psicóloga faltava bastante, quando eu consegui atender, ela saiu da rede, falou para mim. E ela também falou para mim procurar o CAPS.” (F7)

“Não, eles vêm. E você pergunta se eles vêm de uma unidade de saúde?! Não! eles vêm da escola.” (P1)

“A escola está encaminhando alunos a “rodo” para nós. Ó, a maioria vem por demanda espontânea, porque o nosso CAPS é porta aberta. A maioria é demanda espontânea.. E uma grande maioria também.. é.. encaminhada da escola ou da própria unidade básica de saúde, os médicos que atendem nas unidades básicas encaminham para o CAPS,mas, desde que eu entrei aqui, a maioria dos encaminhamentos estão vindo das escolas... Das escolas.” (P2)

“Mas vem bastante de escola, às vezes vem por demanda espontânea, porque as portas abertas são, então qualquer um pode procurar. De autolesão, acho que é mais assim, espontâneo em escola e às vezes unidade básica, que atende alguma coisa e encaminha para a gente.” (P5)

“Mais pelo encaminhamento da escola, encaminhamento do posto, da USF de referência. Mais é esses. E aí tem os que vêm mesmo de demanda espontânea, mas é muito difícil. Mas vem de demanda. Entre os dois, entre o encaminhamento da unidade de saúde e da escola, qual que vem mais? Mais da escola. Mais da escola. Mas muito é o encaminhamento da escola, é o que mais tem.” (P6)

“Eu até procurei ajuda, mas não recebi ajuda. Com pastores da igreja, mas como é uma igreja que eu não tenho muito contato. Porque faz pouco tempo que a (...) que vai mais lá.” (F5)

Nesse processo por busca de ajuda a maioria dos familiares passaram por dificuldades até conseguirem ser atendidos em algum dos pontos da RAPS, os relatos trazem a demora para conseguir atendimento, a falta de informações sobre onde ir para ser atendido, a falta de informação sobre quais serviços dentro da unidade o adolescente pode usufruir de acordo com a sua necessidade, quando conseguem o primeiro atendimento também há demora no retorno para a continuidade de seu tratamento, levando até alguns familiares recorrerem a serviços da rede privada mesmo sem condições financeiras para conseguirem ter assistência em saúde para seu adolescente.

“Até parar elas, porque os médico atendeu, passou medicação, orientou tudo certinho mas foi um pouco mais sofrido porque demora né!?” (F1)

“Para aqui pro caps e para outros lugar que tivesse vaga, porque muita das vezes não é você que escolhe o lugar que vai, vai para onde tem vaga e.. pra nós o mais perto é o caps.”(F1)

“Se fosse tudo pelo posto, que tivesse, né? Para mim seria melhor. Principalmente para os tratamentos, né? Aí ficava bom...” (F2)

“Às vezes você tem que chegar e agendar, e se encaminhar..esperar. Acho que teria que ter mais psicólogo e psiquiatra mesmo.” (F4)

“Até agora eu acho que, assim, tem o acolhimento, né? Tem a resposta, mas acredito que demora um pouco, né? Acredito que o caso da autolesão seria uma coisa mais urgente, mais grave. Então, assim, deviam priorizar um atendimento quando você procura ajuda, assim, umas consultas, né? E até mesmo todas as etapas, né? Para chegar na médica, para começar a tomar o remédio, eu achei que demorou muito.” (F5)

“Mas, assim, para conseguir essa primeira consulta com a enfermeira e essa primeira consulta com a médica, foi mais ou menos uns 30 dias, né? E tanto é que eles não estão conseguindo fazer uma consulta mensal. Está dando quase dois meses do retorno da (...), né? Vai ficar para agosto. Então, assim, é claro que eu entendo que tem poucos profissionais, né? Mas, assim, acho que poderiam melhorar, né? Poderiam melhorar e dar mais atenção a esse problema, né? Como eu já trabalhei como agente de saúde, né? A gente sabe que isso é um problema bem sério, né? Que muitas vezes a família não percebe, né? E não procura ajuda e o adolescente vai piorando cada vez mais com relação a isso.” (F5)

“Aguardamos muito tempo para que ela tivesse essa terapia, essa coisa. Por exemplo, que o ano passado, acho que sim, o ano passado, me falaram que tinha terapia, não lembro que mês do ano passado que nos falaram da terapia, passou um tempo, passava um mês, duas semanas, tudo isso. Aí, “cadê a terapia? cadê a terapia?”, nossa filha, em necessidade. E demoraram muito para que acontecesse o que já está acontecendo, que são as terapias, até inclusive numa dessa situação, dessa crise, eu liguei para cá,”olha.. o que acontece? Precisamos de sua ajuda!”. ” (F6)

“E alguém lá que falou.. eles me falaram, não, você tem que ir para tal lugar aqui. Sim, eu falei, acho que é o tijuca. Quando chegou para lá, não, aqui não, a gente não atende menina, isso aqui é uma instituição para atender mulher em risco social. Olha, eu fiquei muito bravo. Olha, aqui, me fala que eu tenho que levar minha filha. Muito bravo. Aqui me fala que eu tenho que levar minha filha para lá e lá me fala que eu tenho que... Ele não atende em caso de menina nessa situação, senão de mulher em alto risco, coisas assim. Então, que brincadeira é essa? Minha filha está passando por essa situação e ele me está indicando ir para um lugar que não tem nada a ver com a situação da minha filha.” (F6)

“Pra ser sincera? Bem demorada. Porque, assim, no caso da minha filha, da (...), eu consegui, né? Mas é bem mais difícil que as crianças que têm suicídio.” (F7)

“O médico da família, né? Eu falei pra procurar ele. Daí na assistência social, eu passei. Daí falei pra ela que eu precisava de um psicólogo pra ela e tal. Só que até então ela não tinha um laudo ainda, né? Aí foi isso que eu falei. Na unidade básica ela foi atendida poucas vezes. Porque a psicóloga

faltava bastante, quando eu consegui atender, ela saiu da rede, falou pra mim. E ela também falou pra mim procurar o CAPS.” (F7)

“Fiquei um tempão, um tempão, na verdade eu queria um psiquiatra pra ela. Pelo fato dela ter essas ansiedades, ela não consegue dormir. Ela é muito ansiosa e eu queria... Eu sei que psicólogo não pode passar remédio pra ela, eu queria passar pro psiquiatra. Daí eu fui pedir encaminhamento. Daí mandaram pra cá.” (F7)

“Foi particular. Pelo SUS demora muito tempo. Muito, muito, muito tempo.” (F7)

“Então, eu tenho que pagar mais um reforço pra ela, pra não fazer outra psicóloga.” (F2)

“É... É difícil. Eu vou até fazer bombom, as coisas, pra ajudar pra começar a pagar, pra ela ter melhora. Porque eu não posso.. pra ela ter melhora. Eu não quero ver ela assim.” (F2)

5.2.2 Vivências e percepções sobre a assistência recebida e ofertada

As falas dos adolescentes e de seus familiares mostram que, ao adentrarem nos serviços de saúde, encontram acolhimento e escuta. Os adolescentes relatam se sentir à vontade para se expressar, se sentem seguros, percebem que há um apoio mútuo deles com os profissionais. Assim, essa percepção positiva é compartilhada pelas famílias, que reconhecem o serviço como um local bom para seus filhos, onde são bem tratados no olhar dos familiares.

“O (...) me recebeu muito bem, depois o médico teve que sair porque acabou o atestado dele de médico, aí eu comecei fazer terapia com a jéssica e depois eu fiz com a outra pró.. esqueci o nome dela, aí foi assim.. eles me atenderam muito bem também, só..” (A1)

“Posso conversar e de vez em quando eles fazem jogos pra nós brincar, só que jogo de adolescente.” (A1)

“É legal! a gente conversa, pode falar o que você sente.. expressar.. só. O grupo de adolescentes.” (A2)

“Tá, eu achei, sabe, meio... Eu não gosto muito de me abrir com as pessoas, sabe? Mas assim, enquanto eu posso, eu falo. Aí, tipo, eu acho meio legal, assim, porque aí eu posso fazer alguma coisa. Porque eu sou filha única, tipo, eu fico sozinha, só com o celular. Por mais que eu gosto de mexer no celular, eu sinto muito tédio. Aí, eu venho pra cá, converso, acho legal, acho bem da hora. Por causa que a gente convive com as pessoas, a gente se sente mais acolhido por isso. Porque as vezes tem coisa que a gente não consegue falar pra conhecidos. Porque a gente acha que vai falar pra mãe, vai falar pro pai, aí então a gente fala para os conhecidos que a gente tem aquela segurança que não vai falar para ninguém.” (A6)

“Eu não sei. Sei lá, me ajuda, eu acho.” (A5)

“Não, eu gosto do atendimento.” (A4)

“Sempre fui muito bem tratada em todos, quer dizer, alguns... Mas nunca tive nenhuma dificuldade. Eu gosto bastante de conversar. Qualquer pergunta que a pessoa fizer, eu falo assim... Sem importar. Sem filtro.” (A3)

“O atendimento aqui é muito bom. Gosto muito daqui. Quando ela tem, eu venho aqui, converso. Ai eles me atendem. A psiquiatra é muito boa.” (F2)

“Ah, foi bom. Foi um profissional que atendeu a gente, foram muito atenciosos, né? Foi todo um processo. Ai quando eles viram que ela estava pronta para ter alta, eles deram alta, né? Mas foi bom.” (F3)

“Eu gostei particularmente do CAPS. Do CAPS eu gostei, assim.” (F4)

“Eles me atenderam, a doutora que me atendeu foi uma maravilha.” (F6)

“É isso mesmo. A mulher do acolhimento falou pra mim, vim aqui na segunda-feira, que ela ia passar por essa psicóloga, né? E aí eu comecei a vir.” (F7)

“Não, então, graças a Deus que tem esse lugar que atende muitas crianças, que eu vi aqui, que na verdade eu nem conhecia. Eu conheci, então é bacana ter.” (F7)

Entretanto a assistência dentro do serviço de saúde mental se reserva apenas a acolher os adolescentes, os relatos mostram que existe a falta e a necessidade de atendimento direcionado a família, o serviço não considera o sofrimento, a sobrecarga ou a necessidade de apoio emocional para o familiar. Porém quando perguntado aos profissionais porque não existe esse acolhimento e essa assistência aos familiares em particular, os relatos abordam que não há estrutura para oferecer essa assistência direta aos familiares. Relatam que há carência de recursos humanos e materiais para dar suporte às demandas familiares.

“Falta uma pessoa né que conversasse mais.. que, é.. desse mais atenção, eu acho que se tivesse uma pessoa pra atender aquele que mais precisa ia ajudar bastante, pelo menos um pra fazer né! acho que ia ajudar bastante. acho que só..” (F1)

“Não. Eu não, só com a minha filha. É bom, né? A pessoa conversar um pouco, né? Tem hora que... Mas é bom. Seria bom, então, ter alguém em algum momento para conversar.” (F3)

“Para mim, assim, eu acho mais em lidar, né? Porque ela fala que, tipo assim... Quando ela teve a crise lá, foi bem lá, foi por culpa minha, né? Ai eu queria saber o que eu estou errando, né? Se eu estou errando, o que eu estou errando, né? Mas com conselho, assim. Seria importante.” (F3)

“Para mim não.” (F4)

“Eu percebo que não teve um atendimento para a família. Teve um atendimento para a (...). Mesmo as outras filhas sendo do grupo familiar da (...), que está envolvido com a autolesão, em nenhum momento foi falado que as outras irmãs ou que eu ia ter algum tipo de auxílio com relação a como lidar com esse momento da (...).” (F5)

“Sim, é uma coisa que afeta a família inteira. Na verdade a gente não tem apoio, os pais não, a gente não tem apoio de ninguém.” (F7)

“E eu realmente como mãe, lógico que eu prefiro, primeiro que eu prefiro que ela fique bem, mas o nosso psicólogo, o nosso psicológico fica bem afetado. Porque você vê um filho falando que não quer mais viver, se mutilando, então a cabeça da gente fica muito bagunçada. Afeta todo mundo. Ela não quer sentar com a gente na sala, não quer participar de nada. Ela se sente, ela fala que ela não se sente feliz perto da minha família, perto da nossa família. Então isso dói demais. E aí eu não sei como lidar com isso. Eu acho que a gente tinha que ter um apoio para poder aprender a lidar com eles, para poder tentar ajudar eles. E a gente não tem.” (F7)

“Não para o familiar, mas envolvendo o familiar no tratamento do adolescente, então não é para o familiar, não é algo voltado para a família, a gente até tem grupos de família né, onde eles podem trocar a experiência e tudo mais, mas não tem um atendimento específico pra eles.” (P1)

“Não tem um grupo específico para a família, não tem horário específico para a família. Conforme vêm as demandas, eu vou atendendo. Tipo, o individual atende, depois chama a família, que eu preciso orientar, conversar. Eu faço após os atendimentos.”(P5)

“Eu não sei se tem um acompanhamento específico para a família, não.” (P6)

“Porque aqui a gente não tem esse atendimento psicológico nem da família” (P6)

“Mas o técnico de referência serve para isso, ele serve para acompanhar o adolescente, acompanhar.. o correto seria também a família. Aqui uma coisa que eu não vi, que seria bom, é ter acompanhamento terapêutico.” (P6)

“Não, só assim, quando tem a situação muito grave, aí a gente tem que fazer o atendimento individual, para dar a psicoeducação, as orientações, para saber também o que está acontecendo. Só que a gente não fica com esse adulto em atendimento individual.” (P7)

“A família precisa mais também, né? Mas geralmente o pessoal não pensa no pai e na mãe. Só pensa na criança. Isso é errado. Porque tem que tratar a mãe. E os irmãos também? Não tratam.”(P8)

5.2.3 Desafios e potencialidades da atenção à saúde mental de adolescentes com comportamento de autolesão e suas famílias

Como desafios na RAPS os relatos dos familiares e adolescentes mostram fragilidades organizacionais dentro da rede, como a demora para atendimento, falta de profissionais para atender a demanda, a distância entre os serviços e o local onde residem também se torna um desafio da continuidade do serviço, sendo até sugerido pelos familiares que os atendimentos fossem nas unidades básicas de saúde perto das suas residências. Além disso, os familiares mencionam dificuldades no acesso ao atendimento individualizado e falta de medicação oferecida que acaba comprometendo a efetividade do cuidado.

“Em qual sentido? Tipo, de ter atendimento com psicólogo? sim, porque na maioria das vezes falta lá. E é muito... é porque é de público, então dá para

entender, porque tem muita, muita gente querendo atendimento ao mesmo tempo e não tem psicólogo suficiente, não tem nem vaga lá. Da última vez que eu fui lá, a psicóloga falou que literalmente não tinha psicólogo. Um CAPS daquele tamanho não tem psicólogo para atender ninguém! Então, aí fica complicado. Tem um psicólogo e tem um psiquiatra para atender 30 pessoas. Aí é difícil, né?” (A3)

“Sei lá, porque quando às vezes falta aqui. Às vezes não tem essa medicação.” (A5)

“Se fosse tudo pelo posto, que tivesse, né? Para mim seria melhor. Principalmente para os tratamentos, né? Aí ficava bom...” (F2)

“Eu acho que teria que ter mais psicólogos, tanto no CAPS, que tem pouco, né? Eu acredito que eles não têm aquele atendimento individual, né? Nem o psiquiatra, nem o psicólogo. Eles têm só os grupos mesmo. E na unidade básica, eu acho que teria que ter um pronto atendimento, tipo, se o psicólogo lá chegar uma criança surtada, com crise de ansiedade, acho que teria que ter esse apoio, assim. Nunca tem, né? Às vezes você tem que chegar e agendar, e se encaminhar..esperar. Acho que teria que ter mais psicólogo e psiquiatra mesmo.” (F4)

“Até agora eu acho que, assim, tem o acolhimento, né? Tem a resposta, mas acredito que demora um pouco, né? Acredito que o caso da autolesão seria uma coisa mais urgente, mais grave. Então, assim, deviam priorizar um atendimento quando você procura ajuda, assim, umas consultas, né? E até mesmo todas as etapas, né? Para chegar na médica, para começar a tomar o remédio, eu achei que demorou muito.” (F5)

“Mas, assim, para conseguir essa primeira consulta com a enfermeira e essa primeira consulta com a médica, foi mais ou menos uns 30 dias, né? E tanto é que eles não estão conseguindo fazer uma consulta mensal. Então, assim, é claro que eu entendo que tem poucos profissionais, né? Mas, assim, acho que poderiam melhorar, né? Poderiam melhorar e dar mais atenção a esse problema, né?” (F5)

“Eu vejo que teria que ter mais outras formas, não só pelo menos que eu entendi. Tem um acolhimento, entrevista com a enfermeira e a consulta com a médica para passar o remédio. Então, mais para mim, que teria que ter mais coisas para auxiliar esses adolescentes. Porque só o remédio não vai tratar realmente o problema que levou o adolescente a fazer a autolesão. Então, teria que ter terapia, teria que ter umas oficinas, alguma coisa assim, não sei, não entendo muito também de terapia, mas teria que ter mais auxílio além desse.” (F5)

“Com relação ao atendimento da rede em geral, do CAPS, tudo? Eu acredito que, assim, com relação a isso seria mais benéfico se a gente pudesse ser atendido pelo médico do posto de saúde. Que a gente não tivesse que ir no CAPS, né? Para poder ter esse tipo de atendimento, né? Que os próprios profissionais próximos, né? Da nossa área, né? Da nossa região pudessem dar esse auxílio para a gente, né? E, assim, que tivesse mais psicólogos para atender e fazer realmente um tratamento terapêutico com mais eficácia, né? Principalmente nesses casos de autolesão, né? De adolescentes. Acho que seria muito importante que eles pudessem receber esse atendimento mais próximo de casa, né? E também com mais agilidade, né? Que pudessem olhar com mais urgência esses casos de autolesão, né? Até porque muitas vezes a

família não sabe lidar com isso, né? Então, que os profissionais de saúde, né? Pudessem auxiliar as famílias melhor com relação a isso.” (F5)

“O único mal que a gente mora do outro lado da cidade e isso aqui fica longe, né?” (F6)

Outro desafio encontrado é a questão da distância do serviço, rotina dos pais e vulnerabilidade familiar como dificuldade de acesso e continuidade dentro dos serviços de saúde mental. Os profissionais relatam que o horário de trabalho dos familiares e as condições socioeconômicas das famílias, são barreiras tanto para o acesso quanto para a continuidade dos serviços de saúde, dificultando o acompanhamento contínuo dos adolescentes e comprometendo a efetividade do cuidado.

“Às vezes o adolescente vem sem o pai, sem a mãe aí a gente fica... não pode né, como eu vou fazer um PTS só com o adolescente? não tem como! Então às vezes a gente tem casos assim e às vezes não tem como julgar muito as famílias porque a gente sabe como é a realidade do serviço, às vezes o transporte, principalmente da carga deles individuais, muitos são autônomos ou então precisam entregar um atestado e às vezes só uma declaração não funciona. É complicado nesse sentido, né?” (P1)

“E outra questão é a acessibilidade do CAPS aqui, né? Eu perguntei, onde passa o ônibus de vocês? Ah, lá no Mato Grosso, né? Para eles virem a pé até aqui, ou vem ter que vir com a mãe, ou o pai, ou o tio, ou tem que vir sozinho. Então, assim, a acessibilidade aqui é muito ruim, não passa ônibus aqui nessa rua. Se passa é bem longe daqui.” (P2)

“Então, assim, eu não vejo a dificuldade da adesão do paciente, eu vejo a adesão da família, alegando a questão de distância, que os grupos ou a terapia é no horário de expediente, que ele não pode sair do trabalho.” (P3)

“Hoje uma das coisas que eu mais sinto dificuldade é a questão do transporte, da mobilidade. Mas a gente tem algumas conversas com a câmara, eu já vi vereadores que são da área de defender a política da juventude e falar nisso.. Teve uma época que a gente tinha um quantitativo de passe, então a gente tinha como garantir o retorno. Hoje a gente tem casos aqui que a mãe fala, “ou eu compro comida ou venho na terapia”. Então assim.. a questão da acessibilidade é um grande gargalo. Eu acho que a gente até por nós, a gente fica fora do horário, a gente faz o possível.” (P3)

“Ele é avaliado ali mesmo no acolhimento ou no ambulatório. Que aí ele vai para a oficina. Só que assim, tem muitos que não vêm porque é longe. Tem muitos que não vêm porque não tem passe. Ou porque fica na escola em período integral. Então aí tem que avaliar também a condição do adolescente. Não tem quem traz, porque a mãe trabalha. Tem tudo isso.” (P6)

“Ele é avaliado ali mesmo no acolhimento ou no ambulatório. Que aí ele vai para a oficina. Só que assim, tem muitos que não vêm porque é longe. Tem muitos que não vêm porque não tem passe. Ou porque fica na escola em período integral. Então aí tem que avaliar também a condição do adolescente. Não tem quem traz, porque a mãe trabalha. Tem tudo isso.” (P7)

“Então, outra coisa que eu acho muito difícil é o acesso aqui para esse caso. Porque tem que descer lá no Mato Grosso e vir a pé. Não vem ônibus para cá,

né? Então, se vem lá do Morenã, vem lá do... Do outro bairro para lá, para o Anhanduizinho. De outros bairros pra lá, E aí? Não tem? Daí tem que pegar ônibus pra descer no centro, daí do centro ir subindo. Não, daí desce lá na Mato Grosso, então eu vejo que isso daí é uma parte que dificulta muito o acesso.” (P7)

Os profissionais relatam excesso de demanda, centralização do atendimento, falta de pessoal e pouco tempo para acompanhamento. Isso compromete a assistência, já que muitas demandas não correspondem ao perfil do serviço, o que descaracteriza sua função, dificulta o cuidado adequado e gera sobrecarga aos trabalhadores e à rede de saúde mental. Além disso, há relatos de repressão profissional por conta da gerência atual do serviço, não sendo possível questionar o porquê da descaracterização do mesmo, os deixando de “mãos atadas”.

“Hoje em dia tá muito atolado né, a gente tá com um fluxo muito grande de atendimentos aqui. A gente fica muito atolado de todas essas demandas, às vezes a gente não consegue dar tanta atenção para esses matriciamentos da família. Então, acho que é difícil isso. E aqui no Caps ij, eu tenho... Dos lugares que eu passei, tem sido bem difícil lidar com a demanda.” (P1)

“Os profissionais que estão sobrecarregados... Os médicos... Os profissionais da equipe multiprofissional.” (P1)

“Mas nós temos, infelizmente, poucos psicólogos para muitos pacientes. Então, é uma demanda muito grande que a gente não abrange tanto atendimento individual. Tem aqueles que podem ir para uma terapia particular, com o seu convênio... Mas dentro do SUS a gente atende algumas sessões individuais e depois coloca no coletivo. E a gente tenta fazer aquilo que está ao nosso alcance. Porque é uma demanda muito grande de pacientes para a gente estar atendendo no individual dentro da RAPS.”(P2)

“E até a gente conversou em equipe, né, gente? Todo mundo ser inserido no CAPS, daqui a pouco a gente não vai ter profissionais para atender tanta gente, né?” (P2)

“Diante de uma grande demanda que temos e pouca gente para trabalhar. Isso quando os profissionais não adoecem. Temos muitos profissionais adoecidos também.” (P2)

“Hoje, estava completamente lotado, porque de manhã teve 22 pacientes de demanda espontânea para dois técnicos atender. Então, assim, a gente está aqui, eu tenho um paciente agendado, então a gente aumenta o outro e eu cuido do acolhimento, ainda bem que é informatizado. Aí eu vou e ajudo minha colega, porque senão você não tem saúde mental, que aguenta. Às vezes é uma coisinha de nada, mas tem uma coisinha e quando você puxa é muito grande.”(P3)

“Eu percebo que o CAPS pega mais do que deveria. Então, assim, eu acho que ele é um papel fundamental dentro da RAPS, porque tudo vem para a gente, sabe? Então, assim, a unidade básica vem para a gente, a escola encaminha para a gente. A unidade básica é para a gente, o psicólogo é para a gente, o conselho é para a gente, então assim, tudo bem centralizado no CAPS, né? Então, eu acho que acaba ficando com a gente mesmo.” (P5)

“São poucos profissionais para muitos adolescentes. Nem todos a gente vai conseguir um individual, alguns não conseguem ficar em grupo, não conseguem se abrir no grupo, sabe? Então, não sei.” (P5)

“E aí onde que a gente manda esse paciente se não tem serviço? Serviço para acolher ele, se não tem uma rede de atenção para me encaminhar. É uma dificuldade grande, né?” (P6)

“O colega que faz o PTS, a gente faz o PTS e fala assim, “olha, esse pai, essa mãe, né, precisa de uma ajuda, eu vou atender, né, eles”, mas a gente não consegue realizar muitos atendimentos, assim, com os pais, porque nós somos em poucos profissionais, né? São quatro psicólogos, agora que veio a (...), nós somos quatro.” (P7)

“A unidade de saúde, ela tem pacientes que ela não quer acolher, porque está cheio. A gente vê que é pouco servidor para uma demanda grande. Igual fala, é um CAPS infantil para Campo Grande toda. Que nem os CAPS adultos ainda tem, são quatro CAPS, agora, o infantil é um só.” (P7)

“Mas eu, como psicóloga, eu não consigo fazer o meu trabalho psicológico com todos. É pouco profissional para uma demanda muito grande. Então a gente está ficando cansado. Tem colegas que falam, vou pegar testado, não estou dando conta. Está muito puxado, está vindo, tem dia 22, 23 acolhimentos numa tarde. Então a gente sabe, eu falo assim, acho que até eu ando assim, sentindo uma dor no peito, acho que é de cansaço, porque você fala assim, meu Deus, você corre para lá, corre para cá, corre para lá. Para tentar resolver e muitas vezes você não consegue. Daí você se frustra, você fica chateado, você fica mal. Daí você sai daqui e você fica pensando, poxa, eu queria tanto ter ajudado.” (P7)

“Então, essa dificuldade da falta de profissional, de medicação, de não conseguir realizar o atendimento que a gente gostaria de realizar com aquele adolescente, com aquela família. Muitas vezes não dá. A nossa coordenadora fala bem assim: atende umas cinco vezes e libera. Aí a gente fala assim, mas o que você faz em cinco atendimentos? Porque no primeiro e segundo você está fazendo uma anamnese. Daí os outros três, que vão começar a falar, você criar um vínculo, quando vê já acabou. E o que você vê? Tem que colocar na oficina. Vai para a oficina.” (P7)

“Outra dificuldade é de equipe multiprofissional. Eu acho que pouquíssimos profissionais. Eu acho que pouquíssimos enfermeiros também, uma abordagem que possa fazer essa abordagem. Então, a dificuldade também é que é bem reduzida. O médico tem bastante, é um suporte. Mas sem o suporte da equipe multi, não vejo muita conexão. Principalmente porque são poucos.” (P11)

“A gente tá com um fluxo muito grande de atendimentos aqui, e que às vezes são atendimentos descaracterizados da demanda de caps, então hoje em dia a gente tem aqui vários.. vários transtornos que não deveriam tá aqui, são transtornos que poderiam ser manejados por exemplo no posto de saúde né, que às vezes precisaria de alguma que a gente não tem o que oferecer aqui, quando a gente fala de transtornos de aprendizagem que a gente não tem uma equipe aqui que cuide disso.” (P1)

“E aí a gente tem meio que uma... Não é uma ordem, mas é meio que uma orientação. De quando for um encaminhamento da escola, a gente inserir.” (P1)

“Mas é aquilo né?! É uma descaracterização do serviço. O Caps já não é mais um Caps. É um serviço de saúde mental. Um ambulatório, a gente funciona mais na perspectiva do ambulatorial..” (P1)

“Acho que isso mostra muito também um pouco como as coisas estão aqui, em relação ao serviço. Realmente bem descaracterizado. Por conta do modelo que ele está Em relação à gestão Atual, Acaba dessa maneira.”(P1)

“Não tem mais a característica de caps porque é único um campo grande, Porque a gestão tem colocado essa pressão, nesse atendimento tem tido diagnósticos demais... Muitas vezes... Mal investigados. Muitas problemáticas envolvendo, não é só uma coisa... São muitas coisas envolvidas.” (P1)

“Por enquanto, todos estão ficando aqui. Por conta de questões do pessoal.. dos coordenadores da RAPS, né? Diretores, né? E aí eles pedem para quando vir encaminhamento de escola, de posto de saúde, a gente manter aqui.”(P6)

“Aí a escola acha estranho, aí manda o encaminhamento para fazer uma avaliação aqui no CAPS. Aí nesse caso, a gente mantém aqui porque são ordens, né? Dos diretores da RAPS, né? Mas assim, às vezes a gente observa que nem tem por que ficar,entendeu? Avalia e acha que porque é o CAPS ele tem na sua política, né? Então são transtornos graves persistentes e tem a sua política, né? No CAPS IJ eu observo que o CAPS ele tá sugando muitos pacientes que não são do CAPS, né? Que deveriam ser atendidos lá em outro lugar.” (P6)

“Por conta dos coordenadores, das circulares, dessas questões lá de cima, entendeu? Que a gente.. que nós somos orientados a fazer, entendeu? Que a gente não pode fazer essa contra referência. Porque aí, às vezes, já teve paciente que foi pra lá, paciente com transtorno mental daqui do CAPS foi pra lá, e aí mandaram de volta pra cá. Aí a diretoria da RAPS lá de cima falou, “não, esse paciente pode ficar aí. É pra vocês absorverem aí, não é pra mandar pro posto”, entendeu? Então aí os profissionais daqui, ficam meio receosos de fazer a contrarreferência pro posto.” (P6)

“É que é muito bonito tudo nos protocolos, nas diretrizes, é tudo muito bonito, mas no dia a dia não é. Tem essa questão do fluxo, né? Que agora tudo tem que ser absorvido aqui. E aí, querendo ou não, parece que nós somos profissionais.. mas não podemos ter voz, porque são, às vezes, tem coisas que a gente pode manejar fora daqui, que pode ser encaminhado, né? Então, a gente fica de mãos atadas.”(P6)

“Essa questão de não poder, tudo que vem de encaminhamento da escola tem que ficar, tudo que vem de encaminhamento da USF tem que ficar. E é isso que me choca mais, sabe? Porque tem paciente que tá aqui que não precisa, né?” (P6)

“Mas se a gente fala muito, a gente é podado. Então muitas coisas acontecem que a gente tem que ficar de mãos atadas.” (P7)

Um ponto importante que se torna um desafio dentro da RAPS é a falta de fluxos bem estabelecidos, de capacitação específica para atuarem no serviço de saúde mental e isso acaba contribuindo para a insegurança, abordagens inadequadas e dificuldade em realizar encaminhamentos dentro da rede de saúde. Para minimizar a falta de capacitação ofertada

pela rede, muitos profissionais acabam optando por buscar conhecimento fora, por si só ou aprendendo com a prática do serviço, mas não necessariamente é a prática e a conduta correta.

“Acho que a gente precisa trabalhar muito nessa capacitação dos profissionais, acho que a gente precisa inserir, absorver na verdade. Por exemplo, os profissionais que a residência forma, uma residência de saúde mental, acho que precisa ter absorção, que é um investimento do município e que às vezes não acaba absorvendo na rede de saúde mental. Então acho que poderia ter absorção dos profissionais que já são capacitados. Trabalhar na capacitação dos profissionais que já têm, que estão às vezes há muito tempo.”(P1)

“Ainda não.. Dentro do atendimento à criança e ao adolescente, eu ainda não recebi.” (P2)

“Eu, Ana, nesses meses que eu estou aqui não. Eu tenho uma capacitação de formação. Eu já trabalho com saúde mental, tenho pós-graduação na área e vim para cá para somar junto com a equipe com foco de contribuir, mas eu estou aprendendo muito. Mas assim, falar se tem um módulo específico, não conheço. Quando tem, por exemplo, setembro amarelo, maio laranja, o mês que falam, quando são, janeiro branco, a gente sempre faz capacitações pela SESAU, mas coisas mais abertas. Então assim, o meu currículo eu tenho, mas o serviço não ofertou. Se for falar para você, eu tenho colegas.. como tem uma colega que ela veio contratada, ela não tem noção nada da rede. Eu trabalhava como interprofissionalidade, porque eu era da APS, então eu fazia o outro papel. Então eu já sabia qual era a função do CAPS, então agora eu incorporei. Mas não é isso para todo servidor, não é regra.”(P3)

“Nunca fiz nenhuma capacitação nesse tempo, de saber que a forma que faz o risco do corte é o tipo de até um transtorno que a pessoa possa ter. Então assim, foi coisas que nunca vi, e ele na prática disse “Quando você vê riscos dessa forma, horizontal ou vertical ou cruzada, quando o paciente tem isso, você pensa sempre que ele já tem uma certa linha, é até para chamar atenção, quando quer se machucar”, e foi coisas que nunca tive uma palestra sobre isso, tive que vir para cá para conhecer. Então eu penso que precisaria ter, são coisas que hoje vem da básica, porque isso eu já levei lá para a UPA, até o final de semana aconteceu que o médico “onde você já viu isso?” “Trabalho no CAPS e o psicólogo fez um atendimento e me deu essa aula”, e ele falou “nossa! você podia vir dar essa aula para nós também!”, porque assim, ele é médico, mas chega lesão, lesão, foi suicídio, foi suicídio, mas não tem essa leitura, por que que cortou horizontal, por que cortou vertical, não tem essa orientação para ter essa leitura do que pode ser, do que é que foi.” (P3)

“Nunca tive um treinamento específico. Eu fiz um curso EAD, até coloquei aqui, né? Fiz um curso EAD pela... Até pela própria Fiocruz, que é aqui do Mato Grosso do Sul. Esses cursos do Ava Sus, que tem online. Fiz um deles sobre saúde mental do adolescente. Que ele veio no ano passado, eu fiz. Mas assim, não tive uma coisa direcionada, específica, sabe?” (P4)

“Curiosidades minhas, né? Pessoal de ler, estudar, pesquisar sobre isso, assim, mas não fiz algo específico.” (P5)

“Não. Bom, pelo menos eu quando entrei aqui não tive nenhuma capacitação. você vai aprendendo conforme o tempo. Eu era enfermeira, fazia residência no posto de saúde. Então é totalmente diferente. Ali, raramente a gente via e

também nem perguntava na abordagem, no acolhimento, “você já se autolesionou?” Nunca. Então eu vim aprender mais aqui, no CAPS infantil, sobre essa questão de autolesão.” (P6)

“Nunca ofertou. Eu, assim, no período que eu estou aqui, eu não tive essa capacitação, né? Eu acredito que também aqui o pessoal, porque a gente que olha assim, né? Geralmente chega uma lesão, eu sei olhar bem, porque eu sou técnica de enfermagem. Então eu trabalhei, né, 10 anos no pronto-socorro da Santa Casa. A gente tem que ficar com um olharzinho diferenciado..”(P7)

“Mas, assim, eu, pelo menos, eu não tive... Eu não sei se o pessoal teve já. Mas a rede sempre oferece, tipo assim, cursos pra saúde mental. Eu acho que vai ter um... Vai começar em agosto, vai até dezembro. Então, para a saúde mental, tem. Mas específico para a autolesão? Não, eu não vi esse curso.” (P7)

“A capacitação que nós recebemos quando nós entramos na SESAU, é assim.. a gente entra , aí a gente conversa com a amiga, com outra colega, vê na internet, né? E tem um curso também de... E como faz a notificação. Mas como lidar com eles, não.” (P8)

“Eu tenho que saber o que eu estou lidando, porque dentro dessa parte da saúde mental, a gente precisa de muita capacitação, porque às vezes nossas falas são muito problemáticas. Inconscientemente, a gente, às vezes, desdenha da questão do outro. E isso está presente ainda no espaço da rede toda, tanto enfermeiros quanto médicos, técnicos de enfermagem, todo mundo precisa de capacitação e ver que existe um cuidado, existe um jeito de trabalhar com essa população. Mas, de uma forma geral, a gente acaba pecando no manejo com esse tipo de paciente.” (P9)

“Nesses 15 anos que eu estou aqui eu fiz um treinamento relacionado à notificação, ao preenchimento correto da notificação de violência. Esse assunto foi abordado, violências as mais diversas e mais recentes, violências as mais diversas, mas sem específico a tal lesão do paciente.” (P10)

Todas as dificuldades e desafios relatados acabam fazendo com que a RAPS não tenha seu fluxo respeitado, havendo fragilidades na comunicação e na articulação entre os pontos do serviço, resultando em dificuldades nos fluxos de encaminhamento e na continuidade do cuidado. Há profissionais que relataram que não conhecem o fluxo por conta da demanda atual e a descaracterização do serviço, associada a orientações da gestão para restringir encaminhamentos para a atenção primária e quando ocorrem, não há garantia o adolescente e a sua família cheguem até os serviços, podendo deixar esses indivíduos perdidos dentro da própria rede.

“Para ser bem sincera... Eu nem sei qual é o organograma atual mas só pelo fato da escola fazer tantos encaminhamentos... Assim... E eles terem que ser absorvidos, eu considero que isso já não está tão funcionando... Considerando que as vezes a gente pode ter dificuldade de encaminhar um paciente para o serviço de saúde, do posto de saúde e ter que receber ele de volta... Entendeu? Acho que isso é uma dificuldade que a gente tem. É que o correto deveria ser essa escola mandar para atenção primária para avaliar ali e mandar para cá... Eu até entendo que tem casos que a escola pode

mandar, casos mais graves, mas o que acontece não, ele já mandou direto para cá, eles não passam pelo posto. E aí, acaba que o que... A gente não está fazendo um cuidado ampliado de saúde, não está tendo um acompanhamento integral, não é singular e não é integral, porque a gente perde a oportunidade de ver outras questões envolvidas, que no posto de saúde a gente conseguiria ver e manejar.” (P1)

“Na época falavam que não podia, eu fiz até a cartinha pro posto de saúde, orientei a família, orientei todo mundo mas aí falaram que não podia encaminhar e que era para eu fazer o agendamento aqui, eu acho que é esquisitíssimo. Bizarro. Porque no serviço adulto a gente faz isso direto, direto mesmo. Enfim, e aí não pode ser feito, entendeu?” (P1)

“E acho que reorganizar um pouco esse fluxo de atendimento, trabalhar o matriciamento com as unidades de saúde, com as escolas. Mas não apenas trabalhar o matriciamento, porque tem coisas que quando envolvem política e gestão, a gente sabe que tem uma orientação que vem de cima.. Então acho que tinha que ter um diálogo melhor entre essas secretarias. Porque hoje em dia a gente trabalha muito com essa judicialização também, da saúde. Então a gente precisa conversar mais, sabe? Não apenas o CAPS com as escolas, o CAPS com os abrigos, ou então o CAPS com o posto de saúde, claro que isso tem que acontecer.” (P1)

“É porque a gente tem uma coisa na RAPS e a gente tem uma coisa que acontece aqui, que é uma coisa diferente.”(P1)

“Os casos são mais para o setor de saúde mental um pouquinho mais grave. Mas, ultimamente tem aberto, agora todo mundo, até quem não sabe ler, tem que vir para o CAPS.” (P2)

“E a questão, né, da nossa rede.. Eu percebo assim, que está todo mundo trabalhando no seu quadrado e às vezes a nossa rede é bem furada, né? Tem um monte de furo, né? Que precisa ser costurado, né? Que precisam ser costurados, articulados, né?” (P2)

“Porque às vezes a atenção primária atende e fala, “não, vai lá no CAPS, é porta aberta.” É porta aberta, mas o paciente chega sem nenhuma contra referência, aí você tem que abrir sistema, você vai ver e ainda você não vê onde entra a psiquiatria... Se a sua unidade tivesse dado uma contra referência escrita, “ó, o paciente está sendo encaminhado, porque está com comportamento inadequado, está agressivo” não, não vem. Aí você olha no histórico do sistema e você não acha nada, eu sinto falta disso, porque é um paciente contra referenciado para a gente poder falar a mesma língua. A dificuldade hoje é a contra-referência, né? De dar essa resposta.. ”(P3)

“Antigamente a gente encaminhava mais, então recebia, percebia, é encaminhava. Hoje em dia tem uma mudança que a gente está absorvendo mais coisas, né? Às vezes pela dificuldade de outros setores abraçarem também esses pacientes. Então assim, não sei, ultimamente uma ansiedade leve, ou só um episódio de autolesão e tal, a gente manda de volta para a base, para a psicologia, né? Existem NASF e tudo. E hoje em dia não, eles atendem esse caso lá e já encaminham para a gente. Então às vezes nem é para a gente, né? Mas aí a gente acaba como eles encaminham, pede para ser avaliado aqui, né? Eu mesmo marco o médico e aí depois ver se esse médico vai manter aqui ou se vai voltar para a básica, sabe?”(P5)

“É porque assim, vamos supor, isso que eu te falei, ele vem do médico da unidade básica. Então quer dizer, o médico da unidade básica não se sentiu apto para poder cuidar daquele paciente lá, de medicar, de iniciar um tratamento... Então ele mandou para o CAPS, então eu preciso que o médico daqui avalie, inicie a medicação se for necessário e aí quando estiver estável, “não, tá bem, tá medicado, tá tudo certo”, a gente manda de volta para a unidade básica, e aí faz o matriciamento.” (P5)

“E aí eu observo isso, eu observo que tem coisas que a gente pode manejar na atenção primária, mas aí tem um leque, né? Porque às vezes o médico da atenção primária não sabe manejar, às vezes o enfermeiro da atenção primária não sabe manejar uma adolescente com autolesão. Eu fiz residência na saúde da família, fiz em 2020, então, os pacientes que a gente via, paciente, adolescente ou paciente adulto com transtorno mental, a gente não sabia manejar, o enfermeiro.. é poucos enfermeiros que sabem manejar paciente com transtorno mental, o que é que você faz? Encaminha pro psicólogo, e aí o psicólogo faz o quê? Encaminha pro CEM... Aí o CEM tá fechando, é onde que esses pacientes vão? Vem pro CAPS e aí são pacientes que não precisam de CAPS, entendeu?”(P6)

“E aí a gente vai avaliando, avaliando, e dependendo, um é daqui, mas aí a gente tem que deixar, porque vem com encaminhamento da escola, vem com encaminhamento da UBS, e aí a gente não pode fazer uma contrarreferência. Aí tem a questão do matriciamento. Não, não pode.” (P6)

“Nós, profissionais do acolhimento multi, o que nós somos orientados é nunca mande para o posto de saúde. Claro que tem, às vezes, que a gente encaminha, né? Encaminha, faz o encaminhamento à mão, né? E aí... Porque tem coisas que não são daqui. Na verdade, a maioria das coisas que você vê aqui, não é daqui, mas aí tá ficando tudo aqui.” (P6)

“E aí, às vezes, a gente pensa, “poxa, nós somos profissionais, mas a gente não tem a autoridade de falar, não, esse paciente não é daqui, mas eu vou ter que marcar para o médico, mesmo não sendo daqui”, entendeu? Então, essas são as questões negativas, né?”(P6)

“Aí, beleza, então vou manejar para o CEM, mas já não tem em alguns lugares, supondo, alguns núcleos lá dentro do CEM já não tem mais e aí, para onde que ele vai? Fica perdido dentro da rede... Então, se vai ficar perdido, então fica aqui mesmo. Tampo o sol com a peneira, se for parar para pensar.”(P6)

“Aí tudo eles... Chegou lá, a criança está muito danada, não quer copiar as atividades, é imperativa, bota para o CAPS.. Aí as unidades de saúde, elas estão assim... Elas não estão querendo acolher o paciente ali, eles querem encaminhar, não querem ter aquela responsabilidade, muitas vezes chegam até nós e a gente vê que não é perfil nosso do CAPS, a gente encaminha de volta.” (P7)

“Sim, a gente segue. A gente trabalha sim, em conjunto. Não é bem, né? Tem hora que quebra. Tem horas que quebram, assim. Porque aparece tão bonitinho no papel, às vezes, nossa, olha a assistência. Mas quando você vê, assim, não é bem a realidade.” (P7)

“Então o fluxo, às vezes, ele não é seguido. Não é seguido, que o correto deveria ser, né? Mas igual hoje nós fizemos uma reunião. Fizemos uma

reunião, né? Porque a gente está, assim, sabe, cansado. A gente está de mãos atadas, a gente não sabe mais o que fazer.”(P7)

“E hoje eu não vejo esse fluxo, assim. Eu, de fato, não consigo esse fluxo do jovem chegar com essa queixa. Não sei se é porque a nossa unidade tem o CRS bem próximo do lado. Então, assim, provavelmente se a pessoa tiver alguma queixa, alguma coisa, já vai direto para o CRS. Mas eu mesmo, no caso, ainda não peguei. Aqui na unidade, eu estou aqui há quatro meses. E aí eu ainda não vi. Nem ouvi falar de algum caso, né? Pela minha experiência, a gente não tem esse fluxo consolidado. Mas eu não sei o que a gente vai fazer, para onde encaminhar.” (P9)

“Então, eu acredito que, de alguma forma, a gente precisa ter acesso a esses serviços. Porque, por mais que eu já acredito que a gente possa ter, os caminhos não são muito claros para a gente, né? Os fluxos não são muito claros para a gente. Então, eu acredito que hoje, na maioria dos serviços, a gente depende muito do profissional médico. Então, eu acredito que, independente do serviço, essa rede, sobretudo, precisa estar mais clara no âmbito profissional. Então, eu tenho uma situação, onde eu vou caminhar? onde eu posso indicar que a pessoa está?. Porque, de uma forma geral, a gente, quando tem dificuldade com a saúde mental, a gente orienta ir no CAPS. Só. “Ah, pode procurar o CAPS”. Faz uma escuta lá e manda ir. Mas só.”(P9)

“Alguns pacientes são encaminhados, são devolvidos, e às vezes não chegam. Ficam, às vezes, perdidos. Não tem aquela contra referência. [...] Não, a gente não tem contra referência, dos dois... Dos serviços mesmo nunca recebi, acho que nenhuma contra referência. Não tem recebido contra referência do serviço. Às vezes vem mais algum paciente que foi... que vem às vezes vem por engano aqui, né? Achando que seria aqui, mas não veio para cá encaminhado.”(P10)

Com relação às potencialidades, os relatos dos profissionais evidenciam facilidades dentro do serviço como a abertura para a criação de novas estratégias de cuidado, o que favorece a atuação direcionada ao público adolescente. A equipe multiprofissional aparece como um ponto forte, que promove trocas de saberes e discussões sobre os casos com foco na melhora desses indivíduos. A presença da residência multiprofissional fortalece ainda mais o trabalho em equipe e amplia as possibilidades de intervenção. Além disso, a característica do CAPS IJ ser um serviço de portas abertas 24 horas por dia garante o acesso contínuo e acolhimento tornando um importante recurso para os adolescentes e suas famílias.

“Eu acho que a gente tem.. Abertura. Eu acho que se a gente quiser criar algo existem possibilidades, é uma questão do profissional querer atuar com esse público ou não. Acho que essa possibilidade existe, tem essa abertura. Não é uma coisa que eu acho que vai ser mal vista Pela gestão... Pela gerência ou pela equipe. Então aqui é a facilidade e a abertura De você poder criar; Buscar alternativas Até o que está dentro do nosso alcance” (P1)

“A equipe multi é bem aberta. Tem médicos experientes, mais velhos, têm médicos mais novos e eles são muito abertos. Estou muito feliz, talvez eu nunca trabalhei com tanto especialista né. Eu acho que deve ter uns 25

médicos aqui. E por mais que eu já trabalhei em uma unidade com residência, de ter até 12, é outro nível. Porque eu gosto da saúde mental, mas todo dia conversa, discutimos casos, eles procuram a gente para ver um outro olhar” (P3)

“Eu acho que facilita porque a gente tem a residência, né? Então a gente tem uma e-multi forte” (P4)

“Eu acho que facilita porque eles têm fácil acesso ao CAPS, né, por ser um serviço de portas abertas, então a qualquer momento que eles precisarem, tiver acontecendo alguma coisa, eles podem estar indo até a unidade. Por ser 24 horas também, né, às vezes chegam de madrugada, então acho que isso é um fator que facilita para eles, assim” (P5)

6 DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo possibilitaram compreender a experiência de adolescentes e familiares em relação à autolesão e à assistência ofertada, bem como a percepção dos profissionais sobre o funcionamento do fluxo da RAPS na realidade dessa população. Observou-se que o número reduzido de adolescentes participantes pode ser explicado pelo fato de que nem todos aqueles que apresentam esse comportamento buscam ajuda profissional, o que dificulta a identificação dos dados epidemiológicos reais (COSTA et al, 2021).

Nesse sentido, o referencial teórico de Kleinman contribui para compreender que o itinerário terapêutico não se restringe ao percurso formal no sistema de saúde, mas também abrange as trajetórias percorridas no sistema popular e no sistema informal de cuidado. Assim, parte dos adolescentes e suas famílias pode optar por buscar apoio em espaços como a escola, a igreja ou a própria rede de relações sociais, o que explica por que muitas situações de autolesão não chegam ao conhecimento dos serviços formais de saúde. Essa perspectiva evidencia a importância de reconhecer a pluralidade de itinerários e de fortalecer a articulação entre os diferentes sistemas de cuidado, de modo a ampliar o alcance e a resolutividade da assistência prestada.

Com relação a idade dos participantes, outros estudos relacionados à autolesão em adolescentes também indicaram resultados semelhantes, onde o comportamento autolesivo tem início comum entre os 13 e 14 anos (MORAES et al, 2020; AVANCI et al., 2023). Além disso, predominantemente os dados da pesquisa mostram que todos os participantes são do sexo feminino corroborando estudos que apontam predomínio do sexo feminino (MUHLEN et al, 2024; SILVA-SANTOS; FARO; FALK, 2023). Estudo de metanálise relacionada à autolesão em adolescentes aponta que, em um pouco mais de 800 estudos em 17 países, a prevalência da autolesão no sexo feminino é duas vezes maior que no masculino (MOLONEY et al, 2024), corroborando os dados sociodemográficos do presente estudo.

Tal fato pode estar associado ao sofrimento psicológico, emocional abalado e impulsividade que podem influenciar maior prevalência no sexo feminino. Justifica-se também a presença elevada de relatos de comportamento autolesivo em relação ao sexo oposto, devido aos sintomas de depressão e ansiedade que podem estar atribuídos aos fatores individuais, interpessoais e socioculturais, bem como as predisposições emocionais, vivências

de violência sexual e desigualdade de gênero, que contribuem para esse sofrimento, podendo ocasionar o ato autolesivo (LUTZ et al, 2022).

O ato da autolesão usado pelas adolescentes teve como função principal o alívio ou controle emocional diante do sofrimento, raiva, ansiedade, sensação de sobrecarga que carrega, traumas, angústias, tristezas e até uma forma de chamar atenção dos pais. A fase da adolescência simboliza a transição da vida infantil para a vida adulta, desencadeando transformação corporal, perceptiva e cognitiva. Essa fase está muitas vezes associada a atos de rebeldia, crise e contradição, em meio a busca por autonomia e responsabilidade, podendo estar condicionada às definições que cada cultura oferta. Além disso, nesse período, o adolescente experimenta maior autonomia, responsabilidade e independência em diferentes ocasiões. É um momento que contribui para o desenvolvimento de competências emocionais essenciais para a vida adulta, visto que elas influenciam diretamente no bem-estar, na saúde mental, na capacidade de se relacionar socialmente e lidar com situações de vida (PETERLE et al., 2022; CAMPOS, 2023).

O adolescente quando vivencia situações de pobreza, abusos em geral ou violência física e mental pode vulnerabilizá-lo e adoecê-lo mentalmente (WHO, 2022). Com isso, vivenciar os diversos tipos de sofrimento, incluindo o emocional, durante a adolescência pode impactar de maneira negativa na saúde física e mental dos adolescentes, além de prejudicar seu desempenho social, cognitivo e escolar (PETERLE et al., 2022).

Esse momento repleto de mudanças e vivências negativas podem gerar a esse adolescente sofrimento mental, que em alguns casos desencadeiam o ato de se auto lesionar. A autolesão pode estar associada à necessidade de querer mudar o ambiente em que está, de obter algo, fugir de demandar e entre outras situações. Desta maneira, a autolesão tem como função para o adolescente eliminar os sentimentos ruins, aliviar estresse, sofrimento, tensão e gerar em alguns casos uma sensação agradável de prazer. Tal ato pode estar relacionado também ao reforço social positivo, ou seja, necessidade do adolescente ser aceito no grupo ou de chamar atenção, bem como de escapar das responsabilidades ou compromissos (FONSECA et al, 2018).

A autolesão deliberada com comportamento não suicida é a prática de realizar cortes na pele, arranhões ou riscas, autogolpes, jogar a cabeça contra a parede, mordeduras, tração capilar e outros diversos métodos. Além disso, esse ato é em sua maioria escondido, pois está associado a um sentimento forte de vergonha, pois em alguns casos pode ser entendida por

outras pessoas como uma frescura ou exagero principalmente vindo de familiares, aumentando ainda mais o estigma e fortalecendo o ato de esconder o sofrimento e as lesões (MUHLEN et al, 2024; STEGGALS; LAWLER; GRAHAM, 2019).

O ato de se lesionar não acarreta prejuízo somente a quem realiza, mas também aos que estão ao entorno do adolescente. Os dados deste estudo salientaram que a família ao descobrir a autolesão, surgiram sentimentos de dor, culpa, tristeza, angústia e impotência, que muitas vezes deixam os familiares perdidos, sem imaginar que isso aconteceria na sua família. Além disso, os indivíduos relataram que receio de fazer ou falar para o adolescente, desencadeando ao jovem frustração e aumento de risco de se machucar, o que pode gerar ao familiar a sensação de se tornar refém da situação. Além desse momento de descoberta ser permeado de surpresas e sentimentos, a autolesão repercute fortemente sobre o funcionamento familiar, impactando no relacionamento da família, no sentido matrimonial, no distanciamento e até de mudanças de comportamento dos filhos dentro do seio familiar (FERREY et al, 2016; CURTIS et al, 2018).

A descoberta de que um filho se automutila pode abalar profundamente a vida de um casal. Em muitos casos, cada um dos pais reage de forma diferente, seja pela maneira como lida com a dor, seja pela capacidade de enfrentar a situação. Essas diferenças, somadas ao peso emocional e à sensação de impotência, podem gerar tensões no relacionamento e até ocasionar rupturas. As preocupações constantes e o medo de novas ocorrências muitas vezes transformam a rotina familiar, afetando não apenas o vínculo com o adolescente, mas também a relação conjugal. Pesquisas mostram que, diante desse cenário, muitos pais passam a viver em estado de alerta permanente, o que desgasta sua saúde mental e social — e inevitavelmente impacta a parceria entre eles (TOWNSEND et al, 2021; QIN et al, 2023).

Ademais, por conta da autolesão de seus adolescentes, a família adota rotinas diferentes por medo do que possa acontecer se seus adolescentes ficarem sozinhos, e acreditam que mudar essa rotina e adotar um método de vigilância constante protegerá o adolescente de se auto lesionar. Os estudos ressaltam que pais de adolescentes com autolesão, após a descoberta, se tornaram hipervigilantes, influenciando a atenção no trabalho e nos membros da família. Justifica-se tal situação pela necessidade dos genitores estarem disponíveis para seus filhos, o que desencadeia conflitos com o seu tempo de trabalho, requerendo mudar a dinâmica de trabalho e, conseqüentemente, afetando as finanças da família. Porém, os pais se apegam na esperança de um futuro positivo, com melhores

enfrentamentos por partes dos adolescentes, promovendo a melhora do quadro (FERREY et al, 2016; TOWNSEND et al, 2021).

Embora a autolesão muitas vezes seja entendida e vista como algo que impacta e traz sofrimento familiar, é importante reconhecer que, em algumas situações, o próprio ambiente familiar pode ser a fonte desse sofrimento. Para muitos adolescentes, experiências de violência, abuso, convivência com o uso de álcool ou a falta de afeto e vínculo familiar são realidades que intensificam sua dor. Nesses casos, a autolesão pode surgir como uma tentativa de aliviar ou escapar desse sofrimento, funcionando como uma forma de busca por controle ou alívio diante de um cenário difícil.

Estudos apontam que a forma como os familiares interagem com seus filhos pode influenciar o começo e a continuidade da autolesão nos adolescentes. Quando os pais são muito autoritários, dão pouco apoio emocional e controlam demais os filhos, o que pode aumentar o risco de acontecer a automutilação. Além disso, quando os adolescentes sentem que não recebem apoio ou são constantemente criticados em casa, é mais provável que recorram ao ato de se machucar. Situações difíceis na infância, como abusos ou falta de cuidado, também aumentam a chance de problemas emocionais que ocasionam tal comportamento. Outros fatores, como violência, conflitos familiares, uso de drogas, solidão e até histórico familiar de suicídio, também contribuem para isso, principalmente quando combinados com questões culturais, sociais e de pobreza (TOWNSEND et al, 2021; GEORGIE et al, 2025; ESCOBAR; ARRUDA; SOBRINHO, 2024).

Porém, os relatos mostram como a família é fundamental para cuidar e proteger os adolescentes que enfrentam sofrimento emocional. O presente estudo destaca também a importância de incluir a família no tratamento, reconhecendo-a como parte do processo de ajuda e melhora. Quando a família participa desse cuidado, as relações entre seus membros costumam melhorar, e muitas vezes ela se torna uma verdadeira rede de proteção para o adolescente.

Tal fato é reforçado em literatura, ou seja, apesar do período da adolescência ser marcado pela busca por independência, os pais necessitam assumir um papel fundamental no desenvolvimento de seus filhos. As intervenções realizadas com foco apenas no adolescente nem sempre funcionam para todos, por isso envolver os pais no tratamento pode ser uma estratégia importante para melhorar os resultados (PINE et al, 2024; KIETZMAN et al, 2025; DIAMOND et al, 2021; GAO et al, 2024).

O ambiente familiar pode ser um lugar protetivo, quando as famílias com relações positivas ajudam a reduzir fatores que ocasionam comportamento autolesivo. A capacidade da família de se adaptar às dificuldades, fortalece a resiliência mental de seus adolescentes, especialmente aqueles que enfrentam algum tipo de sofrimento mental. Esse apoio atua como fator protetor, diminuindo os riscos e promovendo resultados positivos, prevenindo a autolesão em adolescentes (PINE et al, 2024; KIETZMAN et al, 2025; DIAMOND et al, 2021; GAO et al, 2024).

O itinerário terapêutico descrito neste estudo tem início com a descoberta da autolesão. A partir desse momento, o adolescente e sua família enfrentam os sentimentos envolvidos nessa revelação e buscam compreender a situação vivenciada. Esse processo leva ao reconhecimento da necessidade de ajuda, motivando as famílias a procurarem atendimento. Esse processo de reconhecimento de precisar de ajuda foi relatado como algo que não partiu somente pela família, mas também por outros envolvidos como a escola ou pessoas próximas dos adolescentes.

O itinerário terapêutico é o caminho onde os indivíduos e suas famílias percorrem por busca de assistência em saúde. Saber sobre esse percurso oferece uma visão para ajudar a compreender as estratégias, barreiras e potencialidades na assistência a adolescentes com algum tipo de sofrimento mental como a autolesão. Esse caminho pode ter um trajeto permeado por dificuldades no acesso à saúde, falhas na articulação entre serviços e ausência de suporte integral e individual, aspectos visto também em outros estudos (SILVA; TREICHEL; ONOCO, 2024; VIEIRA et al, 2020; MUGHAL et al, 2021), corroborando com o achado desta pesquisa.

O caminho trilhado pelas famílias varia desde ir à unidade de saúde até ir diretamente no CAPSi, como também buscarem ajuda de forma informal em igrejas. Quando chegam a um serviço de saúde, os encaminhamentos podem vir de diferentes locais e profissionais, como por exemplo o adolescente já realiza acompanhamento por outro motivo e, ao se identificar a autolesão, é direcionado ao serviço específico, e a escola se destaca como o principal meio de encaminhar os adolescentes e suas famílias para o serviço de saúde (REIS; PEREIRA, 2023).

A escola foi citada pelos profissionais e familiares desempenhando o papel principal na identificação e encaminhamento de adolescentes para os serviços de saúde mental, especificamente o CAPSi. Isso pode ser explicado porque na maioria das vezes esse é o

ambiente em que sinais de sofrimento emocional podem ser percebidos com maior facilidade por professores que passam um longo período com esses adolescentes e acabam atuando como ponte para a descoberta e acesso ao cuidado especializado. A literatura mostra que as escolas são, na maioria dos casos, a principal porta de entrada para a rede de atendimento à saúde mental, não apenas contribuindo para a identificação precoce, informação aos pais do que se passa com o adolescente, mas também atua como agente ativo na direção ao serviço especializado (OLIVEIRA et al, 2023; ESPER; NAKAMURA, 2025; LEITÃO et al, 2025).

Nesse caminho feito pelos indivíduos por busca de atendimento, a maioria dos pais e adolescentes relata ter passado por dificuldades até serem atendidos no serviço especializado. As justificativas consistem em demora para conseguir atendimento, falta de informações sobre os locais aonde ir e que quando conseguem chegar no lugar certo, após o primeiro atendimento, há a demora na continuidade da assistência, o que requer que os familiares recorram a serviços da rede privada para terem assistência em saúde para seu adolescente. Os estudos mostram que esses fatores relatados não apenas atrasam o início do tratamento, mas também contribuem para a desmotivação e abandono do acompanhamento em saúde pelos adolescentes (LEITÃO et al, 2025; PAZ et al, 2022; REIS; PEREIRA, 2023).

Os relatos dos adolescentes e de seus familiares mostram que dentro dos serviços de saúde encontraram acolhimento e escuta, se sentem à vontade para se expressar, se sentem seguros e percebem que há um apoio dos profissionais. Assim, essa percepção positiva é compartilhada pelas famílias, que reconhecem o serviço como um local positivo, onde são bem tratados, ouvidos e acolhidos.

Segundo a literatura, o acolhimento e a organização do cuidado favorecem melhorias significativas, pois o serviço é reconhecido como espaço de aprendizagem e apoio. Após o acompanhamento, os adolescentes apresentam maior capacidade de enfrentamento, autonomia fortalecida e redução do sofrimento, configurando-se como um fator protetivo (REIS; PEREIRA, 2023; RODRIGUES et al, 2020).

Entretanto, a assistência dada pelo serviço se limita em acolher os adolescentes. Os relatos dos familiares deste estudo mostram que existem a falta e a necessidade de atendimento específico para a família; o serviço acaba não considerando o sofrimento, a sobrecarga ou a necessidade de apoio desse familiar. Os profissionais do estudo relatam que realmente não há um atendimento específico por conta da falta de estrutura, carência de profissionais e materiais para dar suporte aos familiares. A literatura reforça que o cuidado

integral precisa incluir a família não apenas como acompanhante, mas como sujeito que também demanda atenção terapêutica importante, pois quando as famílias são incluídas de forma ativa, a relação com os serviços se fortalece, favorecendo a melhora do adolescente (PAZ et al., 2022; SILVA; TREICHEL; ONOCO, 2024; REIS; PEREIRA, 2023; ESCOBAR; ARRUDA; SOBRINHO, 2024; SANTOS et al, 2020).

Essa carência de atenção à família reflete fragilidades mais amplas na organização da RAPS, que se manifestam também no atendimento aos próprios adolescentes. Os relatos dos familiares e adolescentes mostram desafios e fragilidades organizacionais dentro da própria RAPS, tais como a demora para atendimento, falta de profissionais, distância entre os serviços e moradia do familiar, o que resulta em empecilho da continuidade da assistência. Diante disso, os usuários sugeriram que os atendimentos pudessem ser realizados nas unidades básicas de saúde perto das suas residências. Além disso, há dificuldades no acesso ao atendimento individualizado e que a falta de medicação oferecida também compromete a efetividade do tratamento.

Essa realidade corrobora estudos que ressaltam que existem fragilidades e necessidades com relação à integração entre os pontos da rede, especialmente com relação à atenção primária, onde deveria ser o ponto principal de entrada dentro da RAPS para facilitar o acesso e promover assistência mais próxima de onde os usuários vivem. Além disso, dificuldades no acesso a atendimento individualizado e a carência na oferta de medicação adequada impactam negativamente a efetividade dos tratamentos, fato já identificado na literatura como um dos impasses no sucesso terapêutico desses indivíduos. Portanto, existe a necessidade de fortalecer a estrutura organizacional da rede, com foco na integração, ampliação do acesso e na garantia de recursos terapêuticos, sendo fundamental para melhorar o atendimento a adolescentes em sofrimento psíquico e de suas famílias (SILVA; TREICHEL; ONOCO, 2024; LEITÃO et al, 2025; REIS; PEREIRA, 2023; DIMENSTEIN; MACEDO; FONTENELE, 2022).

Outro desafio encontrado pelos entrevistados é relacionado à rotina dos pais e vulnerabilidade como fator dificultador do acesso e continuidade dentro dos serviços de saúde mental. Os estudos mostram que as condições socioeconômicas das famílias são barreiras tanto para o acesso quanto para a continuidade dos serviços de saúde, dificultando o acompanhamento contínuo dos adolescentes e comprometendo a efetividade do cuidado (MUNIRA; LIAMPUTTONG; VIWATTANAKULVANID, 2023).

Além dessas situações acima citadas, há um excesso de demanda, centralização, falta de profissionais e pouco tempo para atendimento e acompanhamento, o que atrapalha a assistência oferecida, principalmente quando as demandas que são recebidas fogem do que é para ser atendido e manejado dentro do serviço, como por exemplo demandas escolares sobre aprendizagem que não está relacionada a algum problema psíquico, descaracterizando, dificultando a assistência correta e sobrecarregando os profissionais e o serviço de saúde mental (COSTA; MELO, 2022; SAMPAIO; BISPO, 2021; REIS; PEREIRA, 2023).

Um outro ponto importante que impacta na qualidade da assistência a adolescentes e familiares é a falta de capacitação específica aos profissionais para atuarem no serviço de saúde mental, o que contribui para a insegurança, abordagens inadequadas e dificuldade em decidir e realizar encaminhamentos dentro da rede de saúde (MORAIS et al, 2021; REIS; PEREIRA, 2023). Para minimizar a falta de capacitação ofertada pela rede, muitos profissionais relataram que acabam optando por buscar conhecimento fora, por si só ou aprendem com a prática do serviço, conforme literatura (PINHEIRO; EMERICH, 2024).

Todas as dificuldades e desafios relatados corroboram estudos, os quais salientam o desrespeito ao fluxo de atendimento na RAPS, devido às fragilidades na comunicação e articulação entre os pontos do serviço, o que resulta em dificuldades nos fluxos de encaminhamento e na continuidade do cuidado (SAMPALIO; BISPO, 2021; ESCOBAR; ARRUDA; SOBRINHO, 2024).

Considerando-se os pontos de atenção e seus respectivos dispositivos pertencentes à RAPS (BRASIL, 2011; 2017), o fluxo de como ela funciona ou deveria funcionar em Campo Grande, Mato Grosso do Sul, pode ser dividida em alguns cenários, sempre de acordo com as necessidades e riscos apresentados diante das situações. O cenário de risco é quando existem tentativa de suicídio, agressões físicas graves, surtos psicóticos com risco de agressão, demandas sem risco iminente são aquelas que envolvem quadros agudos de ansiedade, delírios, alucinações sem agitação intensa, intoxicações por álcool ou drogas, além de situações de sofrimento emocional, como tristeza, ansiedade e irritabilidade, também sem risco imediato (UFMS, 2024).

O serviço de urgência e emergência em saúde deve ser acionado para pessoas que estão em situação de risco. Entretanto, para as situações de risco baixo, com potencial de escalar e agravar, a pessoa pode então ser encaminhada para o CAPS ou para uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA). Por fim, se a pessoa tem um sofrimento emocional, mas não

existe urgência ou emergência, a mesma deverá ser encaminhada para a unidade básica de saúde (UBS) para os devidos encaminhamentos, de acordo com a sua necessidade individual. Nos casos de identificação de autolesão no indivíduo escolar, o encaminhamento é direcionado ao conselho tutelar e à unidade de referência de saúde dentro do município (LOPES; OLIVEIRA; SILVA, 2019; UFMS, 2024).

A fragilidade das articulações entre os serviços da rede é resultante do desconhecimento dos profissionais em relação ao fluxo de atendimento, à demanda atual, que gera descaracterização do serviço, associada a orientações da gestão. Porém, mesmo quando ocorrem tais encaminhamentos, não há garantias deste adolescente e de sua família acessem esses serviços, deixando-os perdidos dentro da própria rede (SAMPAIO; BISPO, 2021; ESCOBAR; ARRUDA; SOBRINHO, 2024).

Assim, a pesquisa evidencia que as fragilidades identificadas na organização da RAPS impactam diretamente na assistência a adolescentes com autolesão e à sua família, ressaltando a necessidade de garantia do acesso e a continuidade do tratamento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados evidenciaram que a autolesão afeta tanto os adolescentes quanto suas famílias, gerando sentimentos de dor, culpa e impotência, com impacto nas relações familiares e conjugais. Assim, reforça-se a importância de incluir a família como parte ativa do cuidado, reconhecendo também suas necessidades terapêuticas no contexto da RAPS.

Apesar do acolhimento citado pelos adolescentes e familiares dentro do CAPSIJ, a assistência aos familiares ainda é insuficiente, refletindo a um comprometimento da integralidade do cuidado. Além disso, as dificuldades estruturais da RAPS, como a falta de profissionais, demora no atendimento à população, ausência de qualificação para atender esse público e falhas na articulação entre os pontos de serviço, contribuem para um percurso terapêutico fragmentado e desafiador para esses indivíduos.

A escola aparece como um espaço ativo e majoritário de identificação e encaminhamento, sendo uma ponte para o acesso ao serviço de saúde mental. No entanto, há obstáculos relacionados à continuidade do cuidado mostrando a necessidade de fortalecer a RAPS, promovendo integração, capacitação e suporte não apenas aos adolescentes, mas também às suas famílias.

Portanto, este estudo contribui ao trazer a visão conjunta de adolescentes, familiares e profissionais, apontando lacunas específicas da RAPS em Campo Grande/MS que podem dialogar com a realidade nacional e reflete a importância de uma abordagem integral e familiar no cuidado à autolesão de adolescentes, sendo necessário o investimento na qualificação profissional e no fortalecimento da RAPS, visando garantir uma assistência efetiva, contínua e acolhedora. Assim, sendo possível promover melhores atendimentos contribuindo para a saúde mental de forma mais abrangente e contínua.

O presente estudo teve como uma das limitações, o número baixo de participantes no estudo, devido ao tema de autolesão ser considerada um estigma e os adolescentes em sua maioria, bem como seus familiares, terem dificuldade em falar sobre isso. A segunda limitação foi a resistência do serviço em realizar a pesquisa e convidar os adolescentes, mesmo vinculados aos profissionais, tornando a coleta de dados longa e extrapolando o tempo previsto no cronograma.

CONTRIBUIÇÕES PARA A ÁREA DA ENFERMAGEM

Este estudo contribui para a área da enfermagem ao evidenciar a complexidade do cuidado à adolescente com autolesão e sua família, destacando a necessidade de uma abordagem integral que vá além do indivíduo e considere também os contextos familiar, escolar e comunitário.. Os achados apontam que a ausência de capacitação específica, a sobrecarga dos serviços e as fragilidades estruturais da RAPS resultam em uma assistência fragmentada, distante dos princípios de integralidade e equidade preconizados pelo SUS>

No ensino, o mapeamento dos itinerários terapêuticos e das necessidades de adolescentes, familiares e profissionais pode subsidiar currículos de graduação e pós-graduação, promovendo uma formação crítica e alinhada à realidade dos serviços de saúde mental.

Na pesquisa em enfermagem, o estudo avança ao expor a descaracterização da RAPS, as falhas de referência e contrarreferência e os efeitos dessas lacunas sobre a assistência. Esses resultados incentivam novos debates científicos e orientam investigações futuras sobre estratégias de cuidado intersetorial, fortalecimento da rede e intervenções direcionadas a adolescentes e famílias em sofrimento psíquico.

Na assistência, o conhecimento produzido fornece subsídios para que enfermeiros e equipes multiprofissionais adotem práticas mais assertivas, acolhedoras e resolutivas. Os achados reforçam a importância do cuidado centrado na pessoa e na família, bem como na implementação de ações educativas e de apoio terapêutico que fortaleçam vínculos, promovam autonomia e favoreçam a continuidade do cuidado.

REFERÊNCIAS

ABULAITI, Bahaerguli et al. The dyadic care experiences of elderly individuals with disabilities and caregivers in the home setting from the perspective of family resilience: A qualitative study. **Frontiers in psychiatry**, v. 13, p. 963101, 2022.

AMADIGI, Felipa Rafaela et al. A antropologia como ferramenta para compreender as práticas de saúde nos diferentes contextos da vida humana. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 13, n. 1, p. 139-146, 2009.

ANDRADE, J. J. da C. et al. Family functionality and burden of family caregivers of users with mental disorders. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 74, n. 5, p. e20201061, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1061>.

AVANCI, Joviana Q. et al. **Comportamento Suicida e Autolesão na Infância e Adolescência**.

BARDIN, Laurence. Organização da análise. Análise de conteúdo. **São Paulo: Edições**, v. 70, p. 229, 2011..

BINOTTO, Bruna Taís; GOULART, Claudia Maria Teixeira; DA ROSA PUREZA, Juliana. PANDEMIA DA COVID-19: indicadores do impacto na saúde mental de adolescentes. **Psicologia e Saúde em debate**, v. 7, n. 2, p. 195-213, 2021.

BRASIL, M. S.; BRASIL. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 2012.

BRASIL. Lei nº 13.819, de 26 de abril de 2019. Altera a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, para dispor sobre o atendimento das pessoas com transtornos mentais e necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Available from: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/participacao-social/conselhos-e-orgaos-colegiados/cgpnps/atos-normativos/lei-no-13-819-de-26-de-abril-de-2019.pdf/view>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 3. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/%0D%0Agm/2017/prc0003_03_10_2017.htm

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014. Institui o Programa de Atenção Integral à Saúde do Adolescente e do Jovem no Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 9 jun. 2014. Seção 1, p. 64-66. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-1.271-de-6-de-junho-de-2014-32926587>.

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). Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 26 dez. 2011. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html.

BUETTO, L. S.; ZAGO, M. M. F. Significados da qualidade de vida no contexto da quimioterapia pelo paciente com câncer colorretal. **Rev Latino-Am Nursing [Internet]**. 2015 jun;[cited 2018 Jul 04]; 23 (3): 427-34.

CAMPOS, Bruna Mascarenhas. **Autolesão não suicida em adolescentes: um fenômeno multifacetado**. 2023. Dissertação (Mestrado em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência) – Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência, Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina, Belo Horizonte, 2023.

CARMO, R. F. et al. Acesso aos serviços de saúde na rede de atenção: compreendendo a narrativa de profissionais de saúde. **Cadernos de Saúde Coletiva**, v. 29, n. 1, p. 77–85, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1414-462X202129010512>.

CEPPI, B.; BENVENUTI, M. Análise funcional do comportamento autolesivo. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 38, n. 6, p. 247-253, 2011.

CONSTANTINIDIS, Teresinha Cid et al. Trabalho em Rede na Atenção e Cuidado à Criança e ao Adolescente em Sofrimento Psíquico/Networking in Attention and Care to Children and Adolescents in Psychic Suffering. ID on line. **Revista de psicologia**, v. 15, n. 57, p. 358-375, 2021.

COOMBS, Nicholas C. et al. Barriers to healthcare access among US adults with mental health challenges: A population-based study. **SSM-population health**, v. 15, p. 100847, 2021.

COSTA, Icaro; DE FREITAS MELO, Cynthia. Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial: uma revisão integrativa. **Revista Psicologia e Saúde**, p. 3-20, 2022.

COSTA, Luiza Cesar Riani et al. Experiências da autolesão não suicida para adolescentes que se autolesionaram-contribuições da teoria psicanalítica winnicottiana. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 30, p. e20190382, 2021.

COSTA, Renata Pires de Oliveira et al. Profile of non-suicidal self-injury in adolescents: interface with impulsiveness and loneliness. **Jornal de pediatria**, v. 97, n. 2, p. 184-190, 2021.

CURTIS, Sophie et al. Caring for young people who self-harm: A review of perspectives from families and young people. **International journal of environmental research and public health**, v. 15, n. 5, p. 950, 2018.

DE SOUSA, Antônio et al. Análise epidemiológica de crianças e adolescentes com autolesão atendidas em um hospital referência em Santa Catarina nos anos de 2018-2021. **Debates em Psiquiatria**, v. 13, p. 1-21, 2023.

DE SOUZA CARMO, Julia et al. Autolesão não suicida na adolescência como fator de predisposição ao suicídio. **Saúde Ética & Justiça**, v. 25, n. 1, p. 3-9, 2020.

DIAMOND, Guy et al. Family processes: Risk, protective and treatment factors for youth at risk for suicide. **Aggression and violent behavior**, v. 64, p. 101586, 2022.

DIMENSTEIN, Magda; MACEDO, João Paulo; FONTENELE, Mayara Gomes. Atenção psicossocial nos serviços de atenção primária à saúde: desafios à integração no Brasil. **Mental**, v. 14, n. 25, p. 1-13, 2022.

DOS SANTOS, Ingrid Moreira et al. Percepção da família acerca do suporte profissional recebido em um serviço de saúde mental infanto-juvenil. *Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social*, v. 8, p. 512-523, 2020.

ESCOBAR, Amanda de Moraes Pinto Ribeiro; ARRUDA, Mariana de Fátima Alves; LORENA, José Eudes de. Cuidado aos adolescentes com comportamentos suicidas e autolesivos: o olhar dos profissionais de uma rede de serviços intersetoriais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 34, p. e34032, 2024.

ESPER, Marcos Venicio; NAKAMURA, Eunice. Saúde mental da criança e estratégia de saúde da família: fortalezas e desafios. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health**, v. 17, n. 51, p. 15-34, 2025.

FARKAS, Bernadett Frida et al. The prevalence of self-injury in adolescence: a systematic review and meta-analysis. **European Child & Adolescent Psychiatry**, v. 33, n. 10, p. 3439-3458, 2024.

FATTAH N, LIMA MS. Epidemiological profile of notifications of self-inflicted violence from 2010 to 2019 in a state in Southern Brazil. **SMAD, Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.** 2020;16(4):65-74. doi: <https://dx.doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2020.166310>.

FELIPE, A. O. B. et al. Autolesão não suicida em adolescentes: Terapia Comunitária Integrativa como estratégia de partilha e de enfrentamento. **SMAD Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas (Edição em Português)**, v. 16, n. 4, 31 ago. 2020.

FERREY, Anne E. et al. Changes in parenting strategies after a young person's self-harm: a qualitative study. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, v. 10, n. 1, p. 20, 2016. FIOCRUZ. **ConVid Adolescentes - Pesquisa de Comportamentos**, 2020. <https://convid.fiocruz.br/>.

FONSECA, Paulo Henrique Nogueira da et al. Autolesão sem intenção suicida entre adolescentes. **Arquivos brasileiros de psicologia**, v. 70, n. 3, p. 246-258, 2018.

GABRIEL, I. M. et al. Autolesão não suicida entre adolescentes: significados para profissionais da educação e da Atenção Básica à Saúde. **Escola Anna Nery**, v. 24, n. 4, 2020.

GALVAO, M. C.; PLUYE, P.; RICARTE, I. Métodos de pesquisa mistos e revisões de literatura mistas: conceitos, construção e critérios de avaliação. **InCID: Revista de Ciência da Informação e Documentação**, v. 8, n. 2, p. 4-24, 4 out. 2017.

GAO, Yuehong et al. Family intimacy and adaptability and non-suicidal self-injury: a mediation analysis. **BMC psychiatry**, v. 24, n. 1, p. 210, 2024.

GARCIA, A. M. **Autolesão não suicida: um fenômeno multifacetado**. 2024. [Trabalho de conclusão de curso] – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2024.

Disponível em:

<https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/65366/1/Autoles%C3%A3o%20n%C3%A3o%20s uicida%20-%20um%20fen%C3%B4meno%20multifacetado%20-%20Ap%C3%B3s%20Defe sa%2012-02-24.pdf>

GARCIA, Paola Trindade; REIS, Regimarina Soares. **Redes de atenção à saúde: Rede de Atenção Psicossocial RAPS**. 2018.

GONÇALVES, M.; MOLEIRO, C. Resultados de um programa piloto de desestigmatização da saúde mental juvenil. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, v. 34, n. 3, set. 2016.

HARRIS, J. R. *Self-Injury and Family Dynamics: Understanding the Adolescent Experience*. **Oxford: Oxford University Press**, 2020.

HUDSON, Georgie et al. Do coping mechanisms moderate the effect of stressful life events on depression and anxiety in young people? A case-control study from Latin America. **BMJ Mental Health**, v. 28, n. 1, 2025.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Panorama de Campo Grande - MS. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ms/campo-grande/panorama>. Acesso em: 28 ago. 2024.

JONA, Celine MH et al. As famílias afetadas pela doença de Huntington relatam dificuldades na comunicação, envolvimento emocional e resolução de problemas. **Journal of Huntington's disease**, v. 6, n. 3, p. 169-177, 2017.

KIETZMAN, Henry W. et al. Family-Centered Care in Adolescent Intensive Outpatient Mental Health Treatment in the United States: A Case Study. **In: Healthcare**. MDPI, 2025. p. 1079.

KLEINMAN, Arthur. Suffering, healing and the human condition. **Encyclopedia of Human Biology**, 1988.

KNIPE, Duleeka et al. Suicide and self-harm. **The Lancet**, v. 399, n. 10338, p. 1903-1916, 2022.

LARA, G. de; SARAIVA, E. S.; COSSUL, D. Automutilação na adolescência e vivência escolar: uma revisão integrativa da literatura. **Educação e Pesquisa**, v. 49, p. e249711, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1678-4634202349249711por>.

LEITÃO, Iagor Brum et al. Saúde mental infantojuvenil: análise de itinerários terapêuticos em município de interior e sem Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 41, p. e00115824, 2025.

LEVKOVICH, I; STREGOLEV B. Non-Suicidal Self-Injury among Adolescents: Effect of Knowledge, Attitudes, Role Perceptions, and Barriers in Mental Health Care on Teachers' Responses. **Behav Sci (Basel)**. 2024 Jul 20;14(7):617. doi: 10.3390/bs14070617. PMID: 39062440; PMCID: PMC11273488.

LINDKVIST, Rose-Marie et al. Brief admission by self-referral for individuals with self-harm and suicidal ideation: a qualitative study based on focus groups exploring relatives' experiences. **International journal of qualitative studies on health and well-being**, v. 19, n. 1, p. 2353460, 2024.

LOPES, Paola Nogueira; OLIVEIRA, Bruna Camila de; SILVA, Valquíria Rédua da (Orgs.). **Manual Rede de Atendimento: Orientação para as Escolas Estaduais de Mato Grosso do Sul [Recurso eletrônico]**. 2. ed. Campo Grande, MS: Secretaria de Estado de Educação do Mato Grosso do Sul – SED/MS, 2019.

LUTZ, Nina M. et al. Why is non-suicidal self-injury more common in women? Mediation and moderation analyses of psychological distress, emotion dysregulation, and impulsivity. **Archives of suicide research**, v. 27, n. 3, p. 905-921, 2023.

MACÊDO, Larissa Alves de et al. A importância da família para o desenvolvimento integral da criança e do adolescente. **Revista Lampiar**, v. 2, n. 01, 2023.

MALISKA, Isabel Cristina Alves; DE SOUZA PADILHA, Maria Itayra Coelho. AIDS: a experiência da doença e a construção do itinerário terapêutico. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 9, n. 3, 2007.

MARCHETTI, M. A. et al. Interdisciplinary training for the family approach in primary healthcare. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 32, p. e20220178, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2022-0178en>.

MARIA SÁ GUIMARÃES, Brennda et al. **O papel da família mediante a automutilação em adolescentes**. 2022.

MEHELI, S.; BANERJEE, D. Revisiting Social Stigma in Non-suicidal Self-injury: A Narrative Review. **Consortium Psychiatricum**. 2022. v. 3, n. 3, p. 6-19. doi: 10.17816/CP196

MOLONEY, Fiona et al. Sex differences in the global prevalence of nonsuicidal self-injury in adolescents: a meta-analysis. **JAMA network open**, v. 7, n. 6, p. e2415436-e2415436, 2024.

MORAES, Danielle Xavier et al. “The pen is the blade, my skin the paper”: risk factors for self-injury in adolescents. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. suppl 1, p. e20200578, 2020.

MORAIS, Aline Silvia Esteves et al. Working conditions of a nursing team in mental health facility. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 74, n. suppl 3, p. e20200407, 2021.

MOZZATO, Anelise Rebelato; GRZYBOVSKI, Denize. Análise de conteúdo como técnica de análise de dados qualitativos no campo da administração: potencial e desafios. **RAC-Revista de Administração Contemporânea**, v. 15, n. 4, p. 731-747, 2011.

MUGHAL, Faraz et al. Experiences of general practice care for self-harm: a qualitative study of young people's perspectives. **British Journal of General Practice**, 2021.

MÜHLEN, Mara Cristiane von et al. Prevalência e fatores associados à autolesão não suicida entre adolescentes escolares de uma cidade do interior gaúcho. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, v. 20, 2024.

MUNIRA, Lafi; LIAMPUTTONG, Pranee; VIWATTANAKULVANID, Pramon. Barriers and facilitators to access mental health services among people with mental disorders in Indonesia: A qualitative study. **Belitung Nursing Journal**, v. 9, n. 2, p. 110, 2023.

NÓBREGA, Maria do Perpétuo Socorro de Sousa et al. Tecendo a rede de atenção psicossocial oeste do município de São Paulo. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 70, n. 5, p. 1016-1023, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0566>. Acesso em: 31 ago. 2024.

OLIVEIRA, Bruno Diniz Castro de et al. Promoção de Saúde Mental no contexto escolar: potências, desafios e a importância da colaboração intersetorial para o campo da Atenção Psicossocial. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 34, p. e34077, 2024.

OLIVEIRA, Maria Augusta do Nascimento. Do desencadeamento psicótico à retomada do laço social: a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) como dispositivo estratégico. **Mental (Barbacena, Online)**, v. 14, n. 26, p. 1-16, jul./dez. 2022.

OPAS - ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. OPAS. OMS destaca necessidade urgente de transformar saúde mental e atenção. [S.l.]. **OPAS**, 2021. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/17-6-2022-oms-destaca-necessidade-urgente-transformar-saude-mental-e-atencao>. Acesso em: 10 out. 2023.

OPAS - ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. OPAS. Pandemia de COVID 19 desencadeia aumento de 25% na prevalência de ansiedade e depressão em todo o mundo. [S.l.]. **OPAS**, 2022. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/2-3-2022-pandemia-covid-19-desencadeia-aumento-25-na-prevalencia-ansiedade-e-depressao-em>. Acesso em: 10 out. 2023.

OTTO, Ana Flávia Nascimento; RIBEIRO, Maria Alexina. Contribuições de Murray Bowen à terapia familiar sistêmica. **Pensando Família**, v. 24, n. 1, p. 79–95, 2020. ISSN 1679-494X.

PAZ, Luana Maria da et al. Itinerários terapêuticos de familiares na atenção psicossocial infantojuvenil. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, v. 10, n. 1, p. 33-48, 2022.

PESSOA, Denise Mayara de Souza et al. Assistência de enfermagem na atenção primária à saúde de adolescentes com ideações suicidas. **REME rev. min. enferm**, p. e-1290, 2020.

PETERLE, Carolina Ferreira et al. Problemas emocionais e comportamentais em adolescentes no contexto da COVID-19: um estudo de método misto. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 30, p. e3744, 2022.

PINE, Abigail E. et al. Parental involvement in adolescent psychological interventions: a meta-analysis. **Clinical Child and Family Psychology Review**, v. 27, n. 3, p. 1-20, 2024.

PINHEIRO, Livia Penteadó; EMERICH, Bruno Ferrari. Cuidado compartilhado em Saúde Mental: o que dizem os trabalhadores?. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 28, p. e230324, 2024.

QIN, Yuan et al. Perspectives of parents of adolescents with repeated non-suicidal self-injury on sharing their caretaking experiences with peers: a qualitative study. **Frontiers in psychiatry**, v. 14, p. 1237436, 2023.

REIS, Luciana Bicalho; PEREIRA, Camila Marchiori. Percepções de familiares sobre uma rede de cuidados de saúde mental infantojuvenil. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 43, p. e254081, 2023.

RHEINBERGER, D.; SHAND, F.; MCGILLIVRAY, L.; MCCALLUM, S.; BOYDELL, K. Parents of adolescents who experience suicidal phenomena: a scoping review of their experience. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 20, n. 13, p. 6227, 26 jun. 2023.

RODRIGUES, Thayane Alves dos Santos; RODRIGUES, Lauane Pereira de Sousa; CARDOSO, Ângela Maria Rosas. Adolescentes usuários de serviço de saúde mental: avaliação da percepção de melhora com o tratamento. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 69, p. 103-110, 2020.

ROSENROT, S. A.; LEWIS, S. P. Barriers and responses to the disclosure of non-suicidal self-injury: a thematic analysis. **Counselling Psychology Quarterly**, v. 33, n. 2, 2 abr. 2020.

SAMPAIO, M. L.; BISPO JÚNIOR, J. P. Rede de Atenção Psicossocial: avaliação da estrutura e do processo de articulação do cuidado em saúde mental. **Cadernos de Saúde Pública [online]**, v. 37, n. 3, p. e00042620, 2021. Available from:<https://doi.org/10.1590/0102-311X00042620>.

SAMPAIO, Mariá Lanzotti; BISPO JÚNIOR, José Patrício. Rede de Atenção Psicossocial: avaliação da estrutura e do processo de articulação do cuidado em saúde mental. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 3, p. e00042620, 2021.

SANTOS, Fernanda Marsaro dos. Análise de conteúdo: a visão de Laurence Bardin. Resenha de: [BARDIN, L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70, 2011, 229p.] **Revista Eletrônica de Educação**. São Carlos, SP: UFSCar, v.6, no. 1, p.383-387, mai. 2012. Disponível em <http://www.reveduc.ufscar.br>.

SÃO PAULO (Município). Prefeitura do Município de São Paulo. **Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)**. São Paulo, 2023. Available from:https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/Livreto_RAPS_geral_set23.pdf.

SILVA-SANTOS, L. C.; FARO, A.; FALK, D. Self-harming behaviors in Brazilian adolescents: relationships with bullying, impulsivity, and suicidal behavior. **Psicologia, Saúde & Doenças, Lisboa**, v. 24, n. 3, p. 907-917, dez. 2023.

SILVA, A. C.; MIASSO, A. I.; ARAÚJO, A.; BARROSO, T. M. M. D. A.; SANTOS, J. C. P.; VEDANA, K. G. G. Prevention of non-suicidal self-injury: construction and validation of

educational material. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 30, p. e3735, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.5120.3735>.

SILVA, Aline Conceição; VEDANA, Kelly Graziani Giacchero; SANTOS, José Carlos Pereira dos (org.). Autolesão não suicida: assistência e promoção de saúde mental. Ribeirão Preto, SP: **Centro de Apoio Editorial da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto**, 2022. E-book (58p.)

SILVA, Michelle Chanchetti; TREICHEL, Carlos Alberto dos Santos; ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa. Itinerários terapêuticos compartilhados por usuários de serviços especializados de saúde mental: uma análise por clusters. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 40, p. e00052624, 2025.

SILVA, N. dos S.; MELO, J. M.; ESPERIDIÃO, E. Avaliação dos serviços de assistência em saúde mental brasileiros: revisão integrativa da literatura. **REME-Revista Mineira de Enfermagem**, [S. l.], v. 16, n. 2, 2012. Disponível em: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/reme/article/view/50321>.

SOUSA, A. E. P.; HAVIARAS, A. C.; CARVALHO, E. R. Análise epidemiológica de crianças e adolescentes com autolesão atendidas em um hospital referência em Santa Catarina nos anos de 2018-2021. **Debates em Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 13, p. 1–21, 2023. DOI: 10.25118/2763-9037.2023.v13.424. Disponível em: <https://revistardp.org.br/revista/article/view/424>. Acesso em: 28 fev. 2024.

SOUSA, J. M. et al. Cuidado centrado na pessoa na atenção psicossocial: desafios para a relação terapêutica na perspectiva de profissionais. **Escola Anna Nery**, v. 27, p. e20230007, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2023-0007pt>.

STEINHOFF, A. et al. Self-injury from early adolescence to early adulthood: age-related course, recurrence, and services use in males and females from the community. **European Child & Adolescent Psychiatry [online]**, v. 30, n. 6, p. 937-951, 2021.

SYAN, A. et al. The Wellness Quest: A health literacy and self-advocacy tool developed by youth for youth mental health. **Health Expectations**, v. 24, n. 2, 26 abr. 2021.

UFMS - UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL. **Rede de Atenção Psicossocial**. Disponível em: <https://saudemental.ufms.br/raps/>. Acesso em: 20 mai. 2024.

WALLER, Gillian et al. The barriers and facilitators to the reporting and recording of self harm in young people aged 18 and under: a systematic review. **BMC public health**, v. 23, n. 1, p. 158, 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2018). Global status report on alcohol and health 2018. **World Health Organization**. <https://iris.who.int/handle/10665/274603>. Licença: CC BY NC-SA 3.0 IGO.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2021). Suicide worldwide in 2019: global health estimates. **World Health Organization**. <https://iris.who.int/handle/10665/341728>. Licença: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **COMPREHENSIVE MENTAL HEALTH ACTION PLAN 2013–2030**. Geneva: 2021. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Mental health: strengthening our response. **Fact sheet 220**; 2022 [cited 2023 Out 25]. Available from: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

WRIGHT, L.M; LEAHEY, M. (2013). **Enfermeiros e Famílias: Um Guia para Avaliação e Intervenção Familiar (6ª ed.)**. Filadélfia, PA: FA Davis Company

XIAO, Qingqing et al. Global prevalence and characteristics of non-suicidal self-injury between 2010 and 2021 among a non-clinical sample of adolescents: A meta-analysis. **Frontiers in psychiatry**, v. 13, p. 912441, 2022.

ANEXO A – Autorização de realização da pesquisa (SESAU)

015/2024


PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO GRANDE
ESTADO DO MATO GROSSO DO SUL
TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO

A Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande MS - SESAU, autoriza a realização da pesquisa proposta pelo (a) pesquisador (a), Gabriele Cássia Santos Silva, inscrito (a) no CPF/MF sob n.º 041.748.591-32, portador (a) do documento de Identidade sob n.º 001.813.155 SSP/MS, residente e domiciliado (a) à Rua/Av. João Fernandes Vieira, N.º 528, Bairro: Vila Vilas Boas, nesta Capital, telefone n.º, (67) 993425450, pesquisador (a) do Curso de Pós Graduação em Enfermagem, da Instituição Universidade Federal do Mato Grosso do Sul com o título do Projeto de Pesquisa: **"AVALIAÇÃO DE QUARTA GERAÇÃO: ASSISTÊNCIA À SAÚDE DE ADOLESCENTES COM O COMPORTAMENTO DE AUTOLESÃO DELIBERADA E FAMILIARES"** orientado (a) pela Professor (a) Bianca Cristina Ciccone Giacom Arruda inscrito (a) no CPF/MF sob n.º 31044219866, portador (a) do documento de Identidade sob n.º 35262100 SSP/SP, residente e domiciliado (a) à Rua/Av. Ana Basília, N.º 539, Bairro: Rita Vieira, nesta cidade, telefone n.º (67) 998551424, professor (a) e pesquisador (a) do Curso de: Pós Graduação em Enfermagem da Instituição Universidade Federal do Mato Grosso do Sul

O Pesquisador (a), firma o compromisso de manter o sigilo das informações obtidas do banco de dados da Secretaria Municipal de Saúde, assumindo a total responsabilidade por qualquer prejuízo ou dano à imagem dos pacientes cadastrados na SESAU.

Fica advertido (a) de que os nomes e/ou qualquer referência aos dados do paciente devem ser mantidos em sigilo, não podendo em hipótese alguma serem divulgados, devendo ser consultada a gestão da unidade de saúde, sobre quaisquer referências aos dados analisados.

A pesquisas científicas envolvendo seres humanos, só será iniciada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), de acordo com resolução n. 466/202 (Conselho Nacional de Saúde).

Vale ressaltar que a visita restringir-se-á somente a observação e entrevistas não sendo permitido fotos e/ou procedimentos.

Após a conclusão, o pesquisador deverá entregar uma cópia para esta Secretaria.

Campo Grande - MS, 19 de Março de 2024.

Gabriele Cássia Santos Silva
Pesquisador (a)

Cyrolina
Orientador(a)

Cyrolina
Ciro L. de Albuquerque Mendes
Médico de Família e Comunitário
CRM 129514/2

Cyro Leonardo de Albuquerque Mendes
Coordenador Geral de Educação em Saúde/SESAU

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO GRANDE

ESTADO DO MATO GROSSO DO SUL

TERMO DE PARCERIA PARA PESQUISA NA ÁREA DA SAÚDE

Considerando a importância da pesquisa na área da saúde;
Considerando a necessidade de elaborar protocolos para assegurar a qualidade dos trabalhos realizados;
Considerando resguardar questões éticas e preservar sigilo das informações constantes nas fichas/prontuários/laudos de pacientes atendidos na rede municipal de saúde;
O presente termo estabelece responsabilidades entre o pesquisador (a) e a Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande MS.

COMPETÊNCIAS:

PESQUISADOR:

- 1) Para que a execução da pesquisa aconteça deverá entregar a esta secretaria uma cópia do parecer do Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos com o número de protocolo.
- 2) Em função da rotina de trabalho da SESAU de cada unidade e ou serviço de saúde, favor agendar previamente com a área envolvida;
- 3) Garantir a citação da SESAU como fonte de pesquisa;
- 4) Disponibilizar cópia para a SESAU e quando necessário para equipe de saúde
- 5) Ao comparecer em nossas unidades ou serviços de saúde autorizados para realização da pesquisa, apresentar-se ao gestor responsável, com vestimentas adequadas, com a utilização de equipamentos de proteção individual –EPI, bem como correta identificação através de crachás.

SESAU:

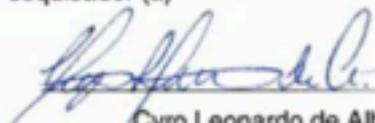
- 1) Fornecerá as informações para pesquisa, preservando-se a identidade e endereço do paciente;
- 2) As pessoas serão atendidas pelos técnicos de acordo com a necessidade/objetivo da pesquisa;
- 3) Receber o resultado final e encaminhar para o devido retorno.

Campo Grande - MS, 19 de Março de 2024.

Pesquisador (a)



Orientador(a)


Ciro L. de Albuquerque Mendes
Coordenador Geral de Educação em Saúde/SESAU
CIBM 100115
2024Cyro Leonardo de Albuquerque Mendes
Coordenador Geral de Educação em Saúde/SESAU

APÊNDICE A - Questões norteadoras e Auxiliar para entrevista inicial (FAMILIAR)

Questão 1: Gostaria que você me contasse sobre como foi, para você e sua família, o processo de descoberta do comportamento de auto lesão do seu familiar adolescente e o processo de busca por ajuda.

Auxiliares - Vocês procuraram quais tipos de ajuda - pessoas, locais ou instituições? Qual foi a ordem/sequência dessa procura? Qual o motivo pela busca desses tipos de ajuda?

Questão 2: Agora, gostaria que você falasse sobre a sua experiência, de seu adolescente e de sua família (como um todo), na assistência em saúde ofertada/recebida pelo seu familiar adolescente, você e sua família, nos serviços pertencentes à rede de atenção psicossocial (CAPS, UBS, UPA), desde a descoberta do comportamento de auto lesão de seu familiar adolescente?

Auxiliares: Quais foram os serviços que você e a sua família acessaram em busca de assistência? Como foi para você, e sua família, esse processo de busca por assistência nesses serviços? Quais foram as dificuldades e facilidades vivenciadas nesse processo? Por quais serviços e profissionais da RAPS o seu adolescente já foi assistido? E atualmente, quais são esses serviços e profissionais?

Questão 3: Além do seu familiar adolescente, você e/ou sua família recebeu ou recebe alguma assistência em saúde da rede de atenção psicossocial devido a condição de saúde de seu familiar adolescente? Poderia falar um pouco sobre isso?

Questão 4: Na sua percepção, a partir da experiência vivida, existe algo que poderia mudar/melhorar/acrescentar na assistência oferecida ao seu familiar, a você e a sua família?

Questão 5: Você gostaria de falar sobre algo que não foi perguntado ou discutido?

APÊNDICE B - Questões norteadoras e Auxiliar para entrevista inicial (ADOLESCENTE)

Questão 1: Gostaria que você me contasse como foi que você chegou até aqui.

Auxiliares – Qual a sua percepção sobre o seu comportamento? Como foi o processo de identificação desse comportamento e de reconhecimento da necessidade de ajuda? Quais foram os caminhos percorridos na busca por ajuda? Você procurou quais tipos de ajuda - pessoas, locais ou instituições? Qual foi a ordem/sequência dessa procura? Qual o motivo pela busca desses tipos de ajuda?

Questão 2: Agora, gostaria que você falasse sobre a sua experiência na assistência em saúde ofertado/recebido por você pelos serviços pertencentes à rede de atenção psicossocial (CAPS, UBS, UPA), desde o início.

Auxiliares: Quais foram os serviços acessados em busca de assistência? Como foi para você esse processo de busca por assistência nesses serviços? Quais foram as dificuldades e facilidades vivenciadas nesse processo? Por quais serviços e profissionais da RAPS você já foi assistido? E atualmente, quais são esses serviços e profissionais?

Questão 3: Na sua percepção, a partir da experiência vivida, existe algo que poderia mudar/melhorar/acrescentar na assistência ofertada a você e a sua família?

Questão 4: Você gostaria de falar sobre algo que não foi perguntado ou discutido?

APÊNDICE C - Questões norteadoras e Auxiliar para entrevista inicial (PROFISSIONAL)

Questão 1: Qual a sua experiência na assistência à adolescentes com comportamento de autolesão, e sua família?

Questão 2: Na sua experiência, como a assistência ao adolescente com autolesão deliberada, e sua família, é realizada neste serviço de saúde?

Auxiliares: Como esse adolescente, e sua família, chega a esse serviço? Quais os tipos de assistência ofertada ao adolescente e à sua família? Existe o acompanhamento em saúde para os familiares desses adolescentes? Quais são os serviços ofertados a eles e como é esse atendimento/acompanhamento deles? Quais profissionais realizam o acompanhamento do adolescente e da família? Você ou o serviço recebeu alguma capacitação para atender o adolescente e sua família com ALNS? Como essa capacitação influencia a assistência ofertada para esse adolescente e sua família?

Questão 3: Como você percebe a inserção (responsabilidades, competências etc.) desse serviço na RAPS para o atendimento desses adolescentes e seus familiares?

Auxiliares: Como é o processo de atendimento e encaminhamentos dentro da RAPS a esses adolescentes e suas famílias? Quais são as dificuldades e facilidades vivenciadas por você e pelo serviço no processo de assistência desses casos?

Questão 4: A partir da sua experiência, existe algo que poderia mudar/melhorar/acrescentar na assistência ofertada a esses adolescentes, e a sua família?

Questão 5: Você gostaria de falar sobre algo que não foi perguntado ou discutido?

APÊNDICE D - Questionário Sociodemográfico - Familiar

Questionário Sociodemográfico

Caracterização do familiar participante

1. Parentesco com o adolescente:

- Filho (a)
- Esposo (a)
- Tio (a)
- Sobrinho (a)
- Primo (a)
- Neto (a)
- Avô (ó)
- Companheiro (a)
- Outros

2. Há quanto tempo (em anos) seu familiar comete autolesão deliberada? _____

3. Sexo: Masculino Feminino.

4. Idade (em anos completos): _____

5. Possui comorbidades? Quais? _____

5. Estado Civil:

- Solteiro (a)
- Casado (a)
- União Estável
- Divorciado/Separado
- Outros

6. Cidade/Estado: _____

7. Escolaridade:

- a) Analfabeto ou apenas lê e escreve o nome
- b) Ensino fundamental incompleto;
- c) Ensino fundamental completo;
- d) Ensino médio incompleto;
- e) Ensino médio completo;

f) Ensino superior incompleto;

g) Ensino superior completo.

8. Profissão/Ocupação: _____

9. Crença religiosa: _____

10. Qual a renda bruta somada de toda a sua família? _____ (em reais).

11. Quantas pessoas dependem desta renda? _____

12. Casa:

a) Própria

b) Alugada

c) Outros _____

13. Tipo de moradia: Alvenaria palafita Pau a Pique Outros: _____.

14. Possui água encanada:

Sim Não

15. Possui Saneamento Básico:

Sim Não

Caracterização do adolescente

16. Idade: _____

17. Sexo: Masculino Feminino

18. Escolaridade:

a) Analfabeto ou apenas lê e escreve o nome

b) Ensino fundamental incompleto;

c) Ensino fundamental completo;

d) Ensino médio incompleto;

e) Ensino médio completo;

f) Ensino superior incompleto;

g) Ensino superior completo.

19. Estado Civil: casado; união estável; solteiro; divorciado/separado; outros

20. Número de Filhos: _____

21. Profissão: _____
22. Ano do diagnóstico de autolesão deliberada: _____
23. Quantos episódios de autolesão ocorreram? _____
23. Houve hospitalização () sim () não.
24. Data da Primeira Hospitalização: __/__/__
25. Número de Hospitalizações: _____

APÊNDICE E - Questionário Sociodemográfico - Adolescente
Questionário Sociodemográfico

Caracterização do adolescente participante

1. Parentesco com o familiar:

- Filho (a)
- Esposo (a)
- Tio (a)
- Sobrinho (a)
- Primo (a)
- Neto (a)
- Avô (ó)
- Companheiro (a)
- Outros

2. Há quanto tempo (em anos) você comete autolesão deliberada? _____

3. Sexo: Masculino Feminino.

4. Idade (em anos completos): _____

5. Escolaridade:

- a) Analfabeto ou apenas lê e escreve o nome
- b) Ensino fundamental incompleto;
- c) Ensino fundamental completo;
- d) Ensino médio incompleto;
- e) Ensino médio completo;
- f) Ensino superior incompleto;
- g) Ensino superior completo.

6. Crença religiosa: _____

7. Ano do diagnóstico de autolesão deliberada: _____

8. Quantas vezes você praticou autolesão? _____

9. Possui alguma doença? _____

10. Faz uso de alguma medicação? Quais? _____

8. Houve hospitalização por alguma doença () sim () não. Por qual motivo?

8. Houve hospitalização por autolesão? () sim () não

9. Data da Primeira Hospitalização: __/__/__

10. Número de Hospitalizações relacionada a autolesão: _____

APÊNDICE F - Questionário Sociodemográfico - Profissional

Questionário Sociodemográfico

Caracterização do profissional participante

1. Profissão/ Ocupação:

- Enfermeiro (a)
- Médico (a)
- Psicólogo (a)
- Assistente social (a)
- Agente Comunitário de saúde
- Recepcionista
- Técnico de Enfermagem (ó)
- Outros

2. Há quanto tempo você é formado? _____

3. Possui outra profissão? se sim, qual (ais)? _____

4. Qual é o serviço que você atua? _____

2. Há quanto tempo trabalha na Unidade de Saúde? _____

5. Você recebeu ou recebe algum tipo de curso/qualificação para atuar nesse serviço? se sim, quais?
_____.

3. Há quanto tempo atende o adolescente e sua família? _____

4. Sexo: Masculino Feminino.

5. Idade (em anos completos): _____

6. Estado Civil:

- Solteiro (a)
- Casado (a)
- União Estável
- Divorciado/Separado
- Outros

7. Cidade/Estado: _____

8. Escolaridade:

- a) Analfabeto ou apenas lê e escreve o nome
- b) Ensino fundamental incompleto;
- c) Ensino fundamental completo;
- d) Ensino médio incompleto;
- e) Ensino médio completo;
- f) Ensino superior incompleto;
- g) Ensino superior completo.

9. Crença religiosa: _____

10. Qual a renda bruta somada de toda a sua família? _____ (em reais).

11. Quantas pessoas dependem desta renda? _____

12. Casa:

a) Própria

b) Alugada

c) Outros _____

13. Tipo de moradia: Alvenaria palafita Pau a Pique Outros: _____.

14. Possui água encanada:

Sim Não

15. Possui Saneamento Básico:

Sim Não

APÊNDICE G - CONVITE

Olá!

Somos Gabriele Cássia Santos Silva e Bianca C. C. Giacon Arruda. Somos pesquisadoras de um curso de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Nós temos estudado, há alguns anos, a experiência de famílias frente a diferentes condições de saúde e sua assistência. Isso porque acreditamos que, conhecer a realidade e a experiência dessas famílias, ajuda a enfermagem a planejar melhor sua assistência, tanto aos indivíduos com alguma condição de saúde, como a sua família.

Nesse contexto estamos desenvolvendo uma pesquisa intitulada “A EXPERIÊNCIA DE ADOLESCENTES COM COMPORTAMENTO DE AUTOLESÃO DELIBERADA E SUA FAMÍLIA NO CONTEXTO DO CUIDADO INTEGRAL EM SAÚDE”. Ela tem como objetivo compreender as ações de cuidado integral em saúde ao adolescente com ALNS, e a sua família, na Rede de Atenção Psicossocial, em Campo Grande - MS. Para isso, gostaríamos de convidar você, familiar de uma pessoa com autolesão deliberada e seu adolescente, para participar de nosso estudo.

Quem pode participar?

Para participar do estudo você terá que ter mais idade igual ou maior de 18 anos, que tenham conhecimento sobre o comportamento de autolesão deliberada do adolescente (ALNS), e que residam no mesmo local do adolescente. Além disso, que não tenham nenhuma condição de saúde ou sofrimento mental no período da coleta de dados que o impossibilitem de participar da pesquisa.

Como será a participação?

Se você se interessar em participar deste estudo, sua participação consistirá em participar de uma a três entrevistas se necessário, com duração média de 60 minutos cada. As entrevistas serão realizadas de forma presencial, no seu domicílio ou em outro local escolhido por você e sua família, que permita a preservação da privacidade de vocês. Nessa entrevista será solicitado a você, e a seu adolescente, a falarem um pouco sobre a experiência que a sua família e seu adolescente vivenciam ou vivenciaram relacionada ao cuidado em saúde ofertado para vocês.

E as questões éticas de minha participação?

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul de acordo com a resolução no. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que versa sobre as questões éticas de pesquisas com seres humanos, direito e proteção dos participantes. Caso você aceite participar receberá um documento chamado Termo de Consentimento Livre Esclarecido e seu adolescente receberá o Termo de Assentimento Livre Esclarecido no qual terá todas as explicações sobre o estudo e a participação de vocês, seus direitos, os riscos em participar e os benefícios. Esses termos serão assinados por você, seu adolescente (Termo de Assentimento Livre Esclarecido) e pelos pesquisadores e tem efeito legal perante sua participação na pesquisa.

E o que fazer para participar?

Caso aceite participar, solicitamos que entrem em contato com as pesquisadoras pelos contatos expostos no convite ou sinalizar diretamente para o profissional seu interesse em participar e deixar seu contato para que as pesquisadoras entrem em contato com você para a realização da pesquisa. Caso tenha dúvida, favor falar conosco pelo telefone ou whatsapp (67) 99342-5450 ou pelos e-mails: bianca.giacon@ufms.br e gabisccor@gmail.com.

Desejamos um ótimo dia

Bianca e Gabriele.

APÊNDICE H - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Familiar

Prezado (a) Me chamo Gabriele Cássia Santos Silva e junto com a pesquisadora Bianca Cristina Ciccone Giacom Arruda, viemos convidá-lo(a) a participar da pesquisa intitulada “A EXPERIÊNCIA DE ADOLESCENTES COM COMPORTAMENTO DE AUTOLESÃO DELIBERADA E SUA FAMÍLIA NO CONTEXTO DO CUIDADO INTEGRAL EM SAÚDE”, Por favor, leia este documento com bastante atenção antes de assiná-lo. Caso haja alguma palavra ou frase que o (a) senhor (a) não consiga entender, converse com o pesquisador responsável pelo estudo ou com um membro da equipe desta pesquisa para esclarecê-los. A pesquisa citada tem como objetivo Compreender as ações de cuidado integral em saúde ao adolescente com ALNS, e a sua família, na Rede de Atenção Psicossocial e Compreender qual a percepção das famílias e profissionais em relação ao cuidado ofertado a adolescentes com autolesão deliberada em Campo Grande - MS.

Se você se interessar em participar deste estudo, sua participação consistirá em participar de uma a três entrevistas se necessário, com duração média de 60 minutos cada. A sua participação e do seu adolescente se dará após seu consentimento e do adolescente sob sua responsabilidade. Será acordado com você e seus familiares a data, local e horário para realização da primeira entrevista. As entrevistas serão realizadas de forma presencial, no seu domicílio ou em outro local escolhido por você e sua família, que permita a preservação da privacidade de vocês. Todas as entrevistas serão realizadas por uma das pesquisadoras principais indicadas nesse estudo, sendo elas enfermeiras. Elas serão gravadas por meio de áudio (audiogravadas), sem gravação de imagem.

As entrevistas serão realizadas por meio de perguntas sobre a sua experiência, e da sua família, sobre o cuidado oferecido a você, sua família e ao seu adolescente com comportamento de Autolesão Deliberada (comportamento de se machucar intencionalmente, com ou sem intenção de morte), desde o seu início até o momento atual. Após a primeira entrevista, se necessário será agendada com você e sua família, uma segunda entrevista, que terá como objetivo complementar, aprofundar e discutir novas questões sobre a experiência vivenciada por vocês. Caso seja necessário, será realizada uma terceira entrevista, que será acordada com você e sua família. Você também será convidado a responder um questionário sociodemográfico que conterà questões relacionadas a você e demais membros de sua família, como idade, sexo, renda familiar, local de habitação, parentesco com o/adolescente e dados referentes ao seu adolescente incluindo tempo de diagnóstico.

Gostaríamos de dizer que você é livre para decidir em participar ou não do estudo, que você pode também decidir parar de participar, basta informar ao pesquisador. A decisão de não participar da pesquisa ou de interromper sua participação nela não lhe traz prejuízo ou penalidade. E, também, que você não precisa responder nenhuma pergunta que não queira. Você será orientado(a) quando apresentar dúvidas relacionadas à assuntos que possam emergir no decorrer de sua participação e que os pesquisadores possam colaborar, ou outro assunto relacionado ao estudo. Você não terá gastos e não receberá dinheiro para participar da pesquisa. Você tem o direito de ser ressarcido se tiver alguma despesa para participar da pesquisa e de ser indenizado, se houver dano causado pela pesquisa.

Rubrica Pesquisador _____

Rubrica participante _____

Acreditamos que sua participação no estudo envolva a possibilidade de riscos relacionados a prováveis constrangimentos, desconfortos, estresse e sentimento de tristeza no momento em que responder perguntas que relembre momentos que possam causar sofrimento. Caso isso ocorra, você poderá optar por não responder as perguntas que gerem desconforto e, você será acolhido (a) e assistido (a) pelas pesquisadoras e se houver necessidade as pesquisadoras irão encaminhar você, e acompanhá-lo (a), para a Unidade Básica de Saúde ou para um serviço de referência de atendimento (Centro de Atenção Psicossocial – CAPS), público ou privado, que você indicar. Além disso, ficará em contato constante com você até que o risco gerado seja totalmente assistido.

Como possíveis benefícios, a sua participação poderá auxiliar no conhecimento sobre o Itinerário Terapêutico das famílias com adolescentes com autolesão deliberada, suas possíveis dificuldades, fragilidades e potencialidades da assistência ofertada a esses adolescentes e sua família, gerando um conhecimento sobre a realidade vivida para profissionais e usuários melhorando a qualidade de vida dessas pessoas e de seus familiares. E, assim, proporcionar um maior apoio e tratamentos mais adequados para ambas as partes.

Somente as pesquisadoras envolvidas no estudo irão ter acesso aos dados transcritos. Todas as identificações (nomes e locais) sobre você, sobre seu familiar ou família, ou qualquer outra pessoa mencionada serão retiradas e substituídas por códigos que apenas os pesquisadores terão acesso. Outras pessoas não envolvidas no estudo não terão acesso às informações dadas. Se você quiser, você poderá ler as transcrições das entrevistas, basta solicitar às pesquisadoras. Toda informação que você der será mantida em segredo. Os dados da pesquisa serão armazenados em local seguro pelos pesquisadores responsáveis, que apenas eles terão acesso, por um prazo de cinco anos, e após serão eliminados.

Nós, pesquisadoras, comprometemo-nos em apresentar para você e sua família os resultados da pesquisa. Os resultados também poderão ser publicados em revistas científicas, apresentados em eventos científicos ou para os serviços participantes, com segurança de que serão preservadas a identidade e privacidade do entrevistado e demais pessoas envolvidas.

Este termo de consentimento livre esclarecido será feito em duas vias, de igual teor, assinadas pelas pesquisadoras do estudo e por você, participante. Uma via ficará em domínio das pesquisadoras e outra com você.

Caso você tenha alguma dúvida sobre seus direitos e questões éticas de sua participação nessa pesquisa você pode entrar em contato, independente, com o Comitê de Ética com Seres Humanos da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, por meio do número de telefone (67) 3345-7187, no endereço Cidade Universitária, Av. Costa e Silva, s/nº | Bairro Universitário, Campus da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, prédio das Pró-Reitorias “Hércules Maymone” – 1º andar, CEP 79070-900, Campo Grande – MS, Caixa Postal 549, ou pelo e-mail cepconep.propp@ufms.br.

E em caso de dúvida sobre essa pesquisa e sua participação nela, você pode entrar em contato com a pesquisadora Bianca Cristina Ciccone Giaccon Arruda, no Instituto Integrado de Saúde, na Unidade 12, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, no endereço Cidade Universitária, Av. Costa e Silva, s/nº, Bairro Universitário, Campo Grande. Também poderá

Rubrica Pesquisador _____

Rubrica participante _____

entrar em contato pelo telefone (67) 99855-1424 ou e-mail: bianca.giacon@ufms.br ou com a pesquisadora Gabriele Cássia Santos Silva pelo contato telefônico (67) 99342- 5450 ou e-mail: gabiscor@gmail.com.

Gabriele Cássia Santos Silva

Bianca Cristina Ciccone Giacon Arruda

Tel. 67 93425450/gabiscor@gmail.com

Participante _____

APÊNDICE I - Termo de Assentimento Livre e Esclarecido - Adolescente

Eu Gabriele Cássia Santos Silva e Bianca Cristina Ciccone Giacon Arruda (Pesquisadoras) viemos convidá-lo(a) a participar da pesquisa intitulada “A EXPERIÊNCIA DE ADOLESCENTES COM COMPORTAMENTO DE AUTOLESÃO DELIBERADA E SUA FAMÍLIA NO CONTEXTO DO CUIDADO INTEGRAL EM SAÚDE”. A autolesão é definida como o comportamento do adolescente de se machucar (cortar, beliscar, puxar cabelo, bater, arranhar, enforçar ou outros), com intenção ou não de morte. Informamos que seu pai/mãe ou responsável legal permitiu a sua participação. Pretendemos saber sobre o cuidado integral em saúde ofertada a você adolescente com autolesão deliberada na sua percepção e dos seus familiares e profissionais aqui no município de Campo Grande - MS e Compreender qual a sua percepção, da sua família e dos profissionais em relação ao cuidado em saúde ofertada a adolescentes com autolesão deliberada em Campo Grande - MS. Gostaríamos muito de contar com você, mas você não é obrigado a participar e não tem problema se desistir. Desta forma, como adolescente que apresenta esse comportamento, se você se interessar em participar deste estudo, sua participação consistirá em participar de uma entrevista individual em local reservado escolhido por você, com duração média de 60 minutos.

Será acordado com você e seus familiares a data, local e horário para realização da entrevista. As entrevistas serão realizadas de forma presencial, em local escolhido por você e sua família, que permita a preservação da sua privacidade. A entrevista será realizada por mim enfermeira e será gravada por meio de áudio (audiogravadas), sem gravação de imagem. sobre a sua experiência, e da sua família, sobre o cuidado oferecido a você e sua família, desde o seu início até o momento atual. Desta forma, caso esteja de acordo, você deverá informar o contato para que possamos agendar com a sua família a primeira entrevista e se necessário agendar a próxima e no máximo três entrevistas, que terá como objetivo complementar, aprofundar e discutir novas questões sobre a sua experiência e a da sua família.

Você também poderá ser convidado a responder um questionário sociodemográfico que conterá questões relacionadas a você, como idade, sexo, parentesco com seus familiares e dados referentes ao seu tempo de diagnóstico da autolesão deliberada.

Acreditamos que sua participação no estudo possa envolver riscos relacionados a prováveis constrangimentos, desconfortos, estresse e sentimento de tristeza no momento em que responder perguntas que relembre momentos que possam te causar sofrimento. Caso isso ocorra, você poderá escolher por não responder as perguntas que gerem desconforto e, além disso você será acolhido (a) e assistido (a) pelas pesquisadoras e se houver necessidade as pesquisadoras irão encaminhar você, e acompanhá-lo (a), para a Unidade Básica de Saúde ou para um serviço de referência de atendimento (Centro de Atenção Psicossocial – CAPS), público ou privado, que você indicar. Além disso, as pesquisadoras ficarão em contato constante com você até que o risco gerado seja totalmente assistido.

Rubrica Pesquisador _____

Rubrica participante _____

Como possíveis benefícios, a sua participação poderá auxiliar no conhecimento sobre o Itinerário Terapêutico das famílias com adolescentes com autolesão deliberada, suas possíveis dificuldades, fragilidades e potencialidades da assistência ofertada a esses adolescentes e sua família, gerando um conhecimento sobre a realidade vivida para profissionais e usuários melhorando a qualidade de vida dessas pessoas e de seus familiares. E, assim, proporcionar um maior apoio e tratamentos mais adequados para ambas as partes. As suas informações ficarão sob sigilo, ninguém além de seus familiares saberão que você está participando da pesquisa; não falaremos a outras pessoas, nem daremos a estranhos as informações que você nos der. Os resultados da pesquisa serão publicados, os resultados também poderão ser publicados em revistas científicas, apresentados em eventos científicos ou para os serviços participantes, com segurança de que serão preservadas a identidade e privacidade do entrevistado e demais pessoas envolvidas, mas sem identificar seus dados pessoais e áudios de gravações. Reforçamos o sigilo da pesquisa, que somente as pesquisadoras envolvidas no estudo irão ter acesso aos dados transcritos. Todas as identificações (nomes e locais) sobre você, sobre seu familiar ou família, ou qualquer outra pessoa mencionada por você serão retiradas e substituídas por códigos que apenas as pesquisadoras terão acesso. Outras pessoas não envolvidas no estudo não terão acesso às informações dadas. Se você quiser, você poderá ler as transcrições das entrevistas, basta pedir às pesquisadoras. Toda informação que você der será mantida em segredo. Os dados da pesquisa serão armazenados em local seguro pelas pesquisadoras responsáveis, que apenas elas terão acesso, por um prazo de cinco anos, e após serão eliminados.

Em caso de dúvida sobre seus direitos e questões éticas de sua participação nesta pesquisa, você poderá contatar, de maneira independente, com o Comitê de Ética com Seres Humanos da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, no endereço Av. Costa e Silva, s/nº | Bairro Universitário, Campus da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, prédio das Pró-Reitorias 'Hércules Maymone' – 1º andar, CEP: 79070900. Campo Grande – MS. e-mail: cepconep.propp@ufms.br; telefone: 3345-7187; atendimento ao público: 07:30-11:30 no período matutino e das 13:30 às 17:30 no período vespertino.

Na hipótese de dúvida sobre essa pesquisa e sua participação nela, você pode entrar em contato com a pesquisadora responsável no e-mail bianca.giacon@ufms.br, celular: 67-998551424 ou no Instituto Integrado de Saúde, na Unidade 12, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, no endereço Cidade Universitária, Av. Costa e Silva, s/nº, Bairro Universitário, Campo Grande ou com a pesquisadora Gabriele Cássia Santos Silva pelo contato telefônico (67) 99342- 5450 ou e-mail: gabiscor@gmail.com. Esse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será assinado por você e pelos pesquisadores do estudo, e rubricado em todas as páginas e feito em duas vias, sendo uma que ficará com as pesquisadoras e outra com você.

Gabriele Cássia Santos Silva

Bianca Cristina Ciccone Giacon Arruda

Tel. 67 93425450/gabiscor@gmail.com

Participante _____

APÊNDICE J - CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO

Eu _____ aceito participar da pesquisa “A EXPERIÊNCIA DE ADOLESCENTES COM COMPORTAMENTO DE AUTOLESÃO DELIBERADA E SUA FAMÍLIA NO CONTEXTO DO CUIDADO INTEGRAL EM SAÚDE”. Entendi as coisas ruins e as coisas boas que podem acontecer. Entendi que posso dizer “sim” e participar, mas que, a qualquer momento, posso dizer “não” e desistir e que ninguém vai ficar com raiva/chateado comigo. As pesquisadoras esclareceram minhas dúvidas e conversaram com os meus pais/responsável legal. Recebi uma cópia deste termo de assentimento, li e quero/concordo em participar da pesquisa/estudo.

Gabriele Cássia Santos Silva

Bianca Cristina Ciccone Giacon Arruda

Tel. 67 93425450/gabiscor@gmail.com

Participante

APÊNDICE K - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Profissional

Prezado (a) Me chamo Gabriele Cássia Santos Silva e junto com a pesquisadora Bianca Cristina Ciccone Giacom Arruda, viemos convidá-lo(a) a participar da pesquisa intitulada “A EXPERIÊNCIA DE ADOLESCENTES COM COMPORTAMENTO DE AUTOLESÃO DELIBERADA E SUA FAMÍLIA NO CONTEXTO DO CUIDADO INTEGRAL EM SAÚDE”, Por favor, leia este documento com bastante atenção antes de assiná-lo. Caso haja alguma palavra ou frase que o (a) senhor (a) não consiga entender, converse com o pesquisador responsável pelo estudo ou com um membro da equipe desta pesquisa para esclarecê

los. A pesquisa citada tem como objetivo compreender as ações de cuidado integral em saúde ao adolescente com ALNS, e a sua família, na Rede de Atenção Psicossocial em Campo Grande - MS e Compreender qual a percepção das famílias e profissionais em relação ao cuidado integral à saúde ofertada a adolescentes com autolesão deliberada em Campo Grande - MS.

Se você se interessar em participar deste estudo, sua participação consistirá em participar de uma a três entrevistas se necessário, com duração média de 60 minutos cada. A sua participação se dará após seu consentimento. Será acordado com você a data, local e horário para realização da primeira entrevista. As entrevistas serão realizadas de forma presencial, no local escolhido por você, que permita a preservação da sua privacidade. Todas as entrevistas serão realizadas por uma das pesquisadoras principais indicadas nesse estudo, sendo elas enfermeiras. Elas serão gravadas por meio de áudio (audiogravadas), sem gravação de imagem. As entrevistas serão realizadas por meio de perguntas sobre a sua experiência, sobre o cuidado em saúde oferecido pela rede de atenção psicossocial (RAPS) a adolescentes com comportamento de Autolesão Deliberada (comportamento de se machucar intencionalmente, com ou sem intenção de morte) e sua família. Após a primeira entrevista, se necessário será agendada com você, uma segunda entrevista, que terá como objetivo complementar, aprofundar e discutir novas questões sobre a experiência vivenciada por você. Caso seja necessário, será realizada uma terceira entrevista, que será acordada com você previamente.

Gostaríamos de dizer que você é livre para decidir em participar ou não do estudo, que você pode também decidir parar de participar, basta informar ao pesquisador. A decisão de não participar da pesquisa ou de interromper sua participação nela não lhe traz prejuízo ou penalidade. E, também, que você não precisa responder nenhuma pergunta que não queira. Você será orientado(a) quando apresentar dúvidas relacionadas à assuntos que possam emergir no decorrer de sua participação e que os pesquisadores possam colaborar, ou outro assunto relacionado ao estudo. Você não terá gastos e não receberá dinheiro para participar da pesquisa. Você tem o direito de ser ressarcido se tiver alguma despesa para participar da pesquisa e de ser indenizado, se houver dano causado pela pesquisa.

Acreditamos que sua participação no estudo envolva a possibilidade de riscos relacionados a prováveis constrangimentos, desconfortos, estresse e sentimento de tristeza no momento em que responder perguntas que lembre momentos que possam causar sofrimento. Caso isso ocorra, você poderá optar por não responder as perguntas que gerem desconforto e, você será acolhido (a) e assistido (a) pelas pesquisadoras e se houver necessidade as pesquisadoras irão encaminhar você, e acompanhá-lo (a), para a Unidade Básica de Saúde ou para um serviço de

Rubrica Pesquisador _____

Rubrica participante _____

referência de atendimento (Centro de Atenção Psicossocial – CAPS), público ou privado, que você indicar. Além disso, ficará em contato constante com você até que o risco gerado seja totalmente assistido. Como possíveis benefícios, a sua participação poderá auxiliar no conhecimento mais aprofundado sobre o Itinerário Terapêutico das famílias com adolescentes com autolesão deliberada, suas possíveis dificuldades, fragilidades e potencialidades da assistência ofertada a esses adolescentes e sua família, gerando um conhecimento sobre a realidade vivida para profissionais e usuários melhorando a qualidade de vida dessas pessoas e de seus familiares. E, assim, proporcionar um maior apoio e tratamentos mais adequados para ambas as partes. Somente as pesquisadoras envolvidas no estudo irão ter acesso aos dados transcritos. Todas as identificações (nomes e locais) sobre você, ou qualquer outra pessoa mencionada serão retiradas e substituídas por códigos que apenas os pesquisadores terão acesso. Outras pessoas não envolvidas no estudo não terão acesso às informações dadas. Se você quiser, você poderá ler as transcrições das entrevistas, basta solicitar às pesquisadoras. Toda informação que você der será mantida em segredo. Os dados da pesquisa serão armazenados em local seguro pelos pesquisadores responsáveis, que apenas eles terão acesso, por um prazo de cinco anos, e após serão eliminados.

Nós, pesquisadoras, comprometemo-nos em apresentar para você os resultados da pesquisa. Os resultados também poderão ser publicados em revistas científicas, apresentados em eventos científicos ou para os serviços participantes, com segurança de que serão preservadas a identidade e privacidade do entrevistado e demais pessoas envolvidas. Este termo de consentimento livre esclarecido será feito em duas vias, de igual teor, assinadas pelas pesquisadoras do estudo e por você, participante. Uma via ficará em domínio das pesquisadoras e outra com você.

Caso você tenha alguma dúvida sobre seus direitos e questões éticas de sua participação nessa pesquisa você pode entrar em contato, independente, com o Comitê de Ética com Seres Humanos da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, por meio do número de telefone (67) 3345-7187, no endereço Cidade Universitária, Av. Costa e Silva, s/nº | Bairro Universitário, Campus da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, prédio das Pró-Reitorias “Hércules Maymone” – 1º andar, CEP 79070-900, Campo Grande – MS, Caixa Postal 549, ou pelo e-mail cepconep.propp@ufms.br.

E em caso de dúvida sobre essa pesquisa e sua participação nela, você pode entrar em contato com a pesquisadora Bianca Cristina Ciccone Giacon Arruda, no Instituto Integrado de Saúde, na Unidade 12, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, no endereço Cidade Universitária, Av. Costa e Silva, s/nº, Bairro Universitário, Campo Grande. Também poderá entrar em contato pelo telefone (67) 99855-1424 ou e-mail: bianca.giacon@ufms.br ou com a pesquisadora Gabriele Cássia Santos Silva pelo contato telefônico (67) 99342- 5450 ou e-mail: gabisccor@gmail.com.

Gabriele Cássia Santos Silva

Bianca Cristina Ciccone Giacon Arruda

Tel. 67 93425450/gabisccor@gmail.com

Participante