

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ÁREA PROFISSIONAL
DA SAÚDE

ÁREA DE ATENÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

OLGA PRISCILA ALVES DE OLIVEIRA

**A CONSTRUÇÃO DE UMA INTERVENÇÃO DE ENFOQUE GRUPAL NA
ATENÇÃO BÁSICA COM ADOLESCENTES PRATICANTES DE
AUTOMUTILAÇÃO: RELATO DE EXPERIÊNCIA NA RESIDÊNCIA
MULTIPROFISSIONAL**

UBERLÂNDIA

2021

OLGA PRISCILA ALVES DE OLIVEIRA

**A CONSTRUÇÃO DE UMA INTERVENÇÃO DE ENFOQUE GRUPAL NA
ATENÇÃO BÁSICA COM ADOLESCENTES PRATICANTES DE
AUTOMUTILAÇÃO: RELATO DE EXPERIÊNCIA NA RESIDÊNCIA
MULTIPROFISSIONAL**

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional em Área Profissional da Saúde, como requisito parcial para a obtenção do título de especialista em Atenção em Saúde Coletiva.

Orientadora: Marisa Aparecida Elias

UBERLÂNDIA

2021

Resumo: A Atenção Básica é a principal porta de entrada e a articuladora do acesso dos usuários ao Sistema Único de Saúde e às Redes de Atenção à Saúde. Em se tratando da Rede de Atenção Psicossocial, a Atenção Básica se faz presente em vários dispositivos do sistema, porém as ações ainda são incipientes para dar conta da expressão do sofrimento dos usuários que procuram esses serviços. Isso é reflexo da falta de preparo dos profissionais para lidar com demandas de saúde mental, podendo ser atribuída a uma formação profissional insuficiente para a atenção dos problemas de saúde mental na atenção básica, bem como ao entendimento equivocado de que esse cuidado só possa ser desenvolvido por profissionais especialistas na área. Para além disso, apenas uma pequena parcela das equipes da Estratégia Saúde da Família oferta atendimento em grupo, e pouco mais da metade delas realizam ações de promoção de saúde mental. O objetivo desse trabalho é descrever o processo de construção de grupos com adolescentes praticantes de automutilação na modalidade oficinas de dinâmicas em grupo, a partir do relato da experiência de uma psicóloga residente em Saúde Coletiva, de forma a empreender uma reflexão sobre as possibilidades e dificuldades encontradas na operacionalização de uma intervenção de promoção da saúde mental em um dispositivo da Atenção Básica.

Palavras-chave: Atenção Básica; saúde mental; grupos; automutilação; adolescentes.

Abstract: The Primary Health Care is the main gateway and the articulator of users' access to the Unified Health System and Health Care Networks. In the case of the Psychosocial Care Network, Primary Health Care is present in several devices of the system, however, the actions are still incipient to account for the expression of the suffering of users who seek these services. This is a reflection of the professionals' lack of preparation to deal with mental health demands, which can be attributed to insufficient professional training to deal with mental health problems in primary health care, as well as to the mistaken understanding that this care can only be developed by professional experts in the field. In addition, only a small portion of the Family Health Strategy teams offer group care, and just over half of them carry out mental health promotion actions. The objective of this work is to describe the process of building groups with adolescents who practice self-mutilation in the form of group dynamics workshops, based on the report of the experience of a psychologist resident in Public Health, in order to undertake a

reflection on the possibilities and difficulties found in the implementation of an intervention to promote mental health in a Primary Health Care device.

Key-words: Primary Health Care; mental health; groups; self-mutilation; adolescents.

SUMÁRIO

1 - INTRODUÇÃO	6
2 - O CONTATO COM OS ADOLESCENTES	7
3 - O FENÔMENO DA AUTOMUTILAÇÃO NA ADOLESCÊNCIA	8
4 - PRÁTICAS DE GRUPO COMO ESTRATÉGIA DE PROMOÇÃO DE SAÚDE	11
5 - A CONSTRUÇÃO DAS OFICINAS ADOLESCER	13
Primeiro momento de preparação: análise da demanda	13
Segundo momento de preparação: pré-análise	15
Terceiro momento de preparação: foco e enquadre	18
Quarto momento de preparação: planejamento flexível	19
6 - A ESTRUTURA DAS OFICINAS DE DINÂMICA EM GRUPO	20
7 - CONSIDERAÇÕES FINAIS	21
REFERÊNCIAS	22

1 - INTRODUÇÃO

O presente artigo apresenta o relato da experiência desenvolvida por uma equipe multiprofissional do Programa de Residência Multiprofissional em Área Profissional da Saúde da Faculdade de Medicina (FAMED) da Universidade Federal de Uberlândia (UFU), com grupos de adolescentes realizados em um dispositivo da Atenção Básica de um município no interior de Minas Gerais. Em 2019, um grupo de residentes distribuídos entre cinco Postos de Saúde da Família (PSFs) e um Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) de um município de pequeno porte do Triângulo Mineiro, compareceu a uma visita escolar como parte da rotina de trabalho do NASF. Esse era um serviço que funcionava com a proposta de atuação integrada às equipes de saúde da família oferecendo apoio técnico para a discussão de casos clínicos, atendimento compartilhado nas unidades de saúde e em visitas domiciliares, construção conjunta de projetos terapêuticos singulares, bem como na construção de ações intersetoriais de prevenção e promoção da saúde.

O NASF havia sido acionado via PSF de referência para compreender a queixa de alto número de adolescentes com sinais de automutilação em uma escola estadual de ensino fundamental. O diretor da unidade de ensino solicitou a visita da equipe de saúde para o desenvolvimento de uma ação educativa na escola após educadores e funcionários detectarem sinais de automutilação em cerca de 40 estudantes do 6º ao 9º ano do ensino fundamental. Frente a essa demanda, nove residentes dos programas de Atenção em Saúde Coletiva, Atenção em Nutrição Clínica e Atenção em Saúde da Criança conceberam o projeto das Oficinas Adolescer. A proposta de trabalho compreendeu a realização de três grupos operacionalizados a partir do método de intervenção psicossocial de oficinas de dinâmica em grupo de Afonso (2002), desenvolvidos com o intuito de criar um espaço para acolher a mobilização de afetos percebida pela equipe de saúde durante a realização de uma ação educativa sobre automutilação na unidade de ensino.

O objetivo desse trabalho é descrever a construção de grupos com adolescentes na modalidade oficinas de dinâmicas em grupo, a partir do relato da experiência de uma psicóloga residente em Saúde Coletiva, de forma a empreender uma reflexão sobre as possibilidades e dificuldades encontradas na operacionalização de uma intervenção de promoção da saúde mental em um dispositivo da Atenção Básica. Para isso, inicialmente apresentaremos como se deu o contato com a demanda. Partiremos, então, para a exposição dos achados na literatura sobre a automutilação na adolescência a fim de justificar a nossa escolha pelo dispositivo

grupais. A partir disso, empreenderemos uma discussão sobre as práticas grupais de promoção da saúde, apresentando as dificuldades encontradas na criação dos grupos na rede de saúde do município. Em seguida, apresentaremos a metodologia adotada para o trabalho em grupo, descrevendo a construção das Oficinas Adolescer. Por fim desenvolveremos as nossas considerações finais.

2 - O CONTATO COM OS ADOLESCENTES

Em maio de 2019, durante a primeira semana de atuação de um grupo de residentes multiprofissionais da FAMED em dispositivos da rede de atenção básica de um dos campos da residência, foi solicitado aos residentes a participação em uma ação educativa sobre automutilação a ser desenvolvida com adolescente cursando o ensino fundamental de uma escola pública do município. O pedido partiu da psicóloga preceptora do NASF e foi endereçado aos residentes (enfermagem, fisioterapia, nutrição, psicologia e serviço social) que estavam atuando no serviço, grupo esse do qual fiz parte. Inicialmente a preceptora pediu que os residentes planejassem uma dinâmica disparadora a ser desenvolvida com dois grupos de aproximadamente 30 estudantes na unidade de ensino visitada. Porém, ao chegarmos na escola descobrimos que o público-alvo da intervenção era formado por 20 turmas com cerca de 35 alunos por sala, distribuídas nos períodos matutino e vespertino.

Em conversa com o representante da instituição nos foi revelado que sinais de automutilação haviam sido identificados por profissionais da unidade em alunos de todas as turmas do 6º ao 9º ano, e que o pedido para a equipe de saúde consistia na apresentação de uma pequena palestra informativa sobre o tema em cada uma das turmas afetadas. Essa atividade foi desenvolvida conforme acordo entre a preceptora do NASF e o representante da escola, no formato de palestra expositiva com duração de 20 minutos em 12 turmas do período matutino e 6 turmas do período vespertino. A ação de educação em saúde foi realizada por toda a equipe de saúde presente na visita, apesar do desconforto sentido por alguns residentes em relação ao planejamento incipiente da atividade, cuja estratégia de intervenção foi adaptada minutos antes de sua execução. Esse desconforto estava relacionado com a percepção dos residentes de que a ação educativa no formato de palestra não seria uma intervenção suficiente para responder ao sofrimento expresso por muitos adolescentes da unidade escolar através do ato automutilatório. Além disso, ficou evidente que a preceptora do NASF não havia feito uma

visita prévia à instituição para entender a extensão do fenômeno a ser abordado nessa intervenção, deixando a cargo dos residentes a adaptação da intervenção em uma ação educativa minutos antes da sua realização.

Apesar disso, a equipe de residentes acatou o pedido da preceptora e traçou uma nova estratégia disparadora com o objetivo provocar uma conversa dialógica entre a equipe e os alunos com duração de aproximadamente 20 minutos. A estratégia consistiu em fazer perguntas sobre a familiaridade dos alunos com o tema e dialogar sobre as respostas recebidas, estimulando a participação de todos com os conhecimentos que possuíam, esclarecendo preconceitos e divulgando informações relativas aos profissionais de saúde e serviços da rede que poderiam ser acionados.

A ação foi desenvolvida ao longo de dois dias e mobilizou os ânimos dos estudantes. Muitos adolescentes procuraram a equipe de saúde no intervalo das aulas para esclarecer dúvidas e fazer comentários sobre a prática da automutilação, o que nos mostrou que a ação havia sido exitosa em provocar reflexões sobre o assunto. A última turma visitada explicitou a necessidade de pensarmos uma intervenção mais ampliada na escola. Isso por que a palestra mobilizou afetos em alguns adolescentes que precisaram ser acolhidos fora da sala de aula. Ao final da intervenção começamos a traçar uma estratégia para o desenvolvimento de grupos com os adolescentes que haviam sido o público-alvo de nossa ação educativa. A escolha pelo dispositivo grupal se deu a partir do estudo empreendido pelas autoras deste artigo sobre o fenômeno da automutilação na adolescência, que apresentamos a seguir.

3 - O FENÔMENO DA AUTOMUTILAÇÃO NA ADOLESCÊNCIA

A automutilação se caracteriza enquanto um fenômeno complexo que apresenta grande variação de nomenclatura, conceito, prevalência, possível origem e determinantes (MOREIRA et al., 2020). O Ministério da Saúde inclui a prática da automutilação no contexto das violências autoprovocadas/autoinfligidas juntamente às ideações suicidas, tentativas de suicídios e suicídios (BRASIL, 2019). Entretanto, a forma de mensuração da automutilação no Brasil gera fragilidades para a compreensão do fenômeno, já que os dados gerados pela Ficha de Notificação Individual de Violência Interpessoal/Autoprovocada do Sistema de Agravos de Notificação (Sinan) não faz distinção entre tentativas de suicídios e autolesões sem intenção suicida (BRASIL, 2015). Essa distinção se faz fundamental para a geração de dados

relacionados à prática da automutilação, uma vez que nem toda violência autoprovocada deve ser entendida como uma tentativa de pôr fim à própria vida, podendo ser também uma forma de aliviar sofrimentos (BRASIL, 2019).

A literatura sobre o tema mostra que o corte na pele com objetos afiados é o procedimento mais utilizado na prática da automutilação (FORTES; MACEDO, 2017; MOREIRA et al., 2020), que se inicia geralmente na adolescência e apresenta maior prevalência em adolescentes e adultos jovens (FONSECA et al., 2018; SANT'ANA, 2019; LOPES; TEIXEIRA, 2019; MOREIRA et al., 2020). Além disso, estudos mostram que a automutilação se caracteriza enquanto um comportamento autolesivo sem intenção consciente de suicídio, uma vez que os cortes autoinfligidos denunciam a relação existente entre o corpo e a expressão do sofrimento, e não a intenção de se matar dos sujeitos que aderem a essa prática. (MOREIRA et al., 2020; SANT'ANA, 2019; GABRIEL et al., 2020).

Em um estudo que analisa as narrativas de blogs de adolescentes praticantes da automutilação, Fortes e Macedo (2017) desenvolvem a hipótese de que o ato automutilatório seja uma forma privilegiada de redirecionamento da dor para o corpo como efeito da precária interação do sujeito com o outro. Isso significa dizer que os adolescentes, em momentos de insuportável tensão interna, utilizam-se da autolesão enquanto um recurso apaziguante visto que não encontram via de expressão pela palavra para o seu sofrimento. A explicação para esse fenômeno está relacionada ao que as autoras chamaram de estreitamento da dimensão da alteridade. A precariedade do campo da alteridade diz respeito a fragilidades na relação com um outro relativas tanto à ausência de um outro que seja capaz de receber a mensagem de dor dos sujeitos, quanto a dificuldade dos próprios sujeitos em admitir para os outros que está sofrendo. Esse seria um dos traços marcantes das modalidades de expressão da dor psíquica no mundo contemporâneo, ou seja, a tentativa de negação do sofrimento para si mesmo e para os outros.

A respeito dos modos de sofrimento na atualidade, Birman (2011) nos mostra que as subjetividades contemporâneas não conseguem mais transformar dor em sofrimento com facilidade, dado o apagamento da alteridade que caracteriza as subjetividades emergentes. Enquanto o sofrimento diz respeito a uma experiência eminentemente alteritária, na qual o sujeito sofrente se dirige ao outro com o seu apelo, a dor consiste em uma experiência solipsista, na qual a subjetividade se fecha sobre si mesma. Dessa forma, o universo simbólico para onde o sujeito se remetia não lhe serve mais de suporte na contemporaneidade, uma vez que "na

experiência de dor, o sujeito sem abertura para o outro fica entregue ao desolamento, não tendo qualquer possibilidade de realizar uma subjetivação possível para aquela experiência" (BIRMAN, 2014, p. 144).

Nesse sentido é possível dizer que a capacidade de sentir e representar a própria dor tem como condição fundamental a relação do sujeito com o outro. Sobre isso Fortes e Macedo (2017, p. 357) afirmam que "o sofrimento psíquico deve ser endereçado ao outro, o qual oferecerá um espaço de ressonância no qual o sujeito pode legitimar a sua dor. Se a dor não ressoa em ninguém, ela se mantém no próprio sujeito e é redirecionada para o corpo". Segundo os autores, a análise dos testemunhos virtuais revela que muitos jovens praticantes da automutilação não possuem um interlocutor com quem desabafar. A prática é utilizada, então, como um recurso para arrefecer a angústia experienciada, caracterizando o ato automutilatório como expressão da precária interação do sujeito com o outro.

A ideia de que a prática da automutilação na adolescência é expressão de sujeitos que manifestam seus mal-estares através do corpo está presente em outros estudos sobre o tema. Em uma revisão integrativa, Moreira et al. (2020) revela que os adolescentes utilizam o esquema corporal da automutilação mais comumente para sentir alguma coisa ou regular emoções negativas como raiva, angústia e medo. Já um estudo compreensivo sobre autolesão na adolescência revelou que em todos os participantes da pesquisa estavam presentes sentimentos de desproteção, tristeza e solidão, bem como amplas falhas na comunicação, no vínculo e no contato dos jovens com os seus pais (TARDIVO et al., 2019). Gabriel et al. (2020) também afirma que a autolesão não suicida é um comportamento relacionado à mecanismos de enfrentamento de emoções utilizado para diminuir a tensão ou aliviar sofrimentos, geralmente ligado a relacionamentos interpessoais negativos.

Para além disso, a literatura sobre o tema chama atenção para o fato de que a automutilação não deve ser entendida como um ato ou comportamento manipulador, nem deve ser minimizada ou encarada como uma tentativa de chamar atenção, pois ela denuncia a fragilidade dos adolescentes praticantes e revela a necessidade de suporte para desenvolver estratégias ou habilidades de enfrentamento e comunicação por parte desses sujeitos (MOREIRA et al., 2020; SANT'ANA, 2019). Como recomendação de intervenção, Sant'Ana (2019) sugere o desenvolvimento de rodas de conversa com grupos de adolescentes sem fazer discriminação entre os que se lesionam ou não, com o intuito de discutir temas relativos à

adolescência, oferecer uma escuta das dificuldades enfrentadas por esses sujeitos e realizar os encaminhamentos necessários.

Desta forma, escolhemos o grupo dispositivo como nossa estratégia de intervenção a partir da compreensão da automutilação na adolescência enquanto manifestação de uma dor que não encontra expressão por via das palavras. Ao compreender a dificuldade de expressão dos adolescentes praticantes da automutilação como um fenômeno relacionado tanto à incapacidade de endereçamento do sofrimento a um ouvinte quanto à ausência de um destinatário para acolher esse sofrimento, optamos por uma intervenção capaz de privilegiar a dimensão coletiva da experiência.

4 - PRÁTICAS DE GRUPO COMO ESTRATÉGIA DE PROMOÇÃO DE SAÚDE

Na nossa intervenção, priorizamos o desenvolvimento de uma prática grupal focada em temas relacionados à vivência da adolescência em detrimento da criação de um grupo cujo eixo estruturante fosse a automutilação. Essa escolha teve como organizador os “novos eixos estruturantes” da promoção à saúde em contraste com as tradicionais práticas organizadas em torno de doenças e agravos, conforme apresentados por Ferreira Neto e Kind (2006). Nesse livro os autores discutem as ações de promoção da saúde nos dispositivos da rede, recomendando que elas sejam desenvolvidas em três dimensões: individual, coletiva e comunitária.

A atuação dos profissionais de saúde em todas as dimensões se baseia no deslocamento de um modelo de atenção centrado nas patologias em direção a uma abordagem integral das condições e dos modos de vida dos usuários. Isso se dá, na abordagem individual, através de intervenções sobre os modos de vida saudáveis dos usuários, tanto no acolhimento quanto nas consultas. Na abordagem coletiva, mediante o desenvolvimento de práticas grupais pautadas em novos eixos estruturantes, com a substituição de grupos-doença por grupos organizados por faixa etária, gênero ou eixos temáticos que enfatizem a mudança nos hábitos de vida. E, por fim, na abordagem comunitária por meio do engendramento de parcerias intersetoriais com iniciativas existentes na comunidade ou na própria rede de saúde (FERREIRA NETO; KIND, 2006).

Dessa forma, intentamos desenvolver grupos como ações de promoção da saúde, levando em consideração os efeitos que as práticas grupais orientadas por esses novos eixos

estruturante produzem. Tais efeitos dizem respeito a quatro aspectos principais, conforme descritos por Ferreira Neto e Kind (2006). O primeiro está relacionado ao suporte para condições de vida difíceis, sendo os grupos valorizados pelos usuários enquanto um ambiente privilegiado de acolhimento e apoio mútuo. O segundo é relativo à criação de espaços de convivência e sociabilidade, nos quais se expandem as possibilidades de vínculos com ganhos de ordem relacional. O terceiro aborda a melhora nas condições gerais de saúde, com o reconhecimento por parte dos usuários de que a participação nos grupos acarreta a redução do uso de medicamentos e a melhoria em certos sintomas. O quarto efeito diz respeito à troca de conhecimentos e experiências entre os pares, tanto dos participantes entre si quanto entre os usuários e os profissionais de saúde. O caráter horizontal dessas trocas é capaz de gerar efeitos psicoterapêuticos mesmo que não se trate de um grupo de psicoterapia.

Entretanto, as práticas de grupo como estratégia de promoção da saúde não representam uma ação hegemônica nas unidades de saúde. As práticas grupais tradicionais são centradas em doenças e seguem o modelo palestra seguida de perguntas, os chamados grupos-doenças como, por exemplo, os grupos de hipertensos e diabéticos (FERREIRA NETO; KIND, 2006). Essa foi a realidade encontrada nas práticas grupais desenvolvidas pelas equipes de saúde do município. Durante as reuniões de matriciamento com o NASF era comum ouvirmos relatos sobre as dificuldades enfrentadas pelos profissionais no desenvolvimento de práticas grupais relativas à baixa adesão dos usuários dos serviços aos grupos oferecidos. A hipótese que levantamos para explicar esse gargalo estava intimamente relacionada à forma com que os grupos eram criados: grupos-doença organizados em tornos de patologias e desenvolvidos sob o modelo palestra-perguntas.

Em um estudo transversal sobre o cuidado em saúde mental com equipes da Estratégia Saúde da Família em todo o Brasil, Gerbaldo et al. (2018) apresentaram o panorama das ações de cuidado e gestão da saúde mental na Atenção Básica do país. Segundo os autores, grande parte dos profissionais da atenção básica não se sentiam preparados para lidar com demandas de saúde mental. Essa falta de preparo tem sido atribuída a uma formação profissional insuficiente para a atenção dos problemas de saúde mental na atenção básica, bem como ao entendimento equivocado de que a atenção em saúde mental só possa ser desenvolvida por profissionais especialistas da área. Para além disso, o estudo mostrou que apenas uma pequena parcela das equipes da ESF afirmou ofertar atendimento em grupo, e que pouco mais da metade das equipes realizavam ações de promoção de saúde mental.

No que diz respeito aos grupos da saúde mental existentes no município, a situação se mostrou precária: eles eram organizados como pré-requisito para a consulta com o psiquiatra, que atendia uma vez ao mês em cada um dos cinco PSFs da cidade. Nesse sentido, o grupo acabava tomando o caráter de uma intervenção de sala de espera, com a apresentação de uma breve palestra sobre um tema escolhido previamente pela equipe de saúde e com baixa participação dos usuários. As equipes nos relataram que a não adesão dos usuários aos grupos oferecidos era o principal motivo que os levou a adotar essa estratégia. A seguir apresentaremos a metodologia de grupo que escolhemos para o desenvolvimento da nossa intervenção e discutiremos como ela nos ajudou a construir estratégias para superar o gargalo da não adesão dos usuários aos grupos.

5 - A CONSTRUÇÃO DAS OFICINAS ADOLESCER

A oficina é um método de intervenção psicossocial que pretende realizar um trabalho de elaboração na interrelação que há entre cultura e subjetividade. Ela não tem como proposta se desenvolver como um grupo de psicoterapia, mas possui uma “potencialidade terapêutica na medida em que facilita o insight e a elaboração sobre questões subjetivas, interpessoais e sociais” (AFONSO, 2002, p. 34). Além disso, a oficina apresenta também uma potencialidade pedagógica, visto que o convite à reflexão sobre a experiência empreendido no grupo pode colocar em curso um processo de aprendizado (AFONSO, 2002).

As oficinas em dinâmica de grupo são realizadas em um contexto socioinstitucional, com enquadre definido e prazo de realização. Para a sua construção Afonso (2002) aponta quatro momentos de preparação: demanda, pré-análise, foco e enquadre e planejamento flexível. A seguir iremos apresentar como se deu o planejamento das Oficinas Adolescer seguindo os passos propostos por Afonso (2002).

Primeiro momento de preparação: análise da demanda

O planejamento se inicia pela análise da demanda. Essa análise diz respeito à avaliação das necessidades que levaram o profissional a desenvolver a oficina. Nesse momento é preciso analisar os interesses e motivações implícitos e explícitos presentes no cerne das necessidades manifestas. Muitas vezes a demanda aparece na forma de pedidos vagos dentro de uma

organização social já conhecida e cristalizada. Isso quer dizer que nem sempre é possível iniciar o trabalho a partir de uma demanda formulada pelo próprio grupo atendido, mas é imprescindível que os profissionais sejam capazes de realizar uma escuta articulada ao contexto sociocultural a partir da compreensão da necessidade levantada pela instituição. Dessa forma, em diálogo com o grupo atendido, é possível nomear essas necessidades como “demanda” e construir uma proposta de oficina junto ao grupo (AFONSO, 2002).

Entramos em contato com a demanda na ação educativa realizada. Com o desenrolar da intervenção a nossa impressão de que a atividade de educação em saúde sobre o tema automutilação seria insuficiente para lidar com a questão foi sendo confirmada na mobilização de afetos provocadas nos adolescentes como resultado da nossa empreitada. Em especial, podemos destacar a palestra realizada na última turma visitada, que continha um número significativo de adolescentes praticantes de automutilação. Ao final da atividade, precisamos acolher dez estudantes que tiveram crises de choro dentro da sala de aula após a realização da nossa ação. Fizemos um acolhimento em grupo no auditório da unidade de ensino para escutar esses jovens e pensar conjuntamente em estratégias de intervenção, com a sugestão por parte dos adolescentes de que aquele encontro em grupo acontecesse mais vezes.

Esse foi o momento no qual começamos a gestar a proposta de intervenção que descrevemos nesse trabalho, especialmente a forma a qual daríamos à nossa ação. Isso por que nos foi relatado que no passado eles já haviam sido alvo de uma intervenção grupal com o objetivo de abordar a multiplicação de casos de automutilação entre os estudantes daquela escola. Entretanto, os resultados da intervenção foram desastrosos: orientados a realizar uma produção escrita sobre as suas experiências com a automutilação e assegurados da confidencialidade do material produzido, esses jovens viram suas redações serem entregues aos seus pais no dia seguinte. A maior parte dos adolescentes contaram que foram punidos por seus responsáveis, chegando a relatar castigos físicos e psicológicos sofridos como repercussão da intervenção, situação que apenas acentuou a prática automutilatória.

Conversamos sobre a ética profissional norteadora da prática dos profissionais de saúde, com o intuito de ajudá-los a reconhecer a violação do direito ao sigilo sofrida por eles. Esclarecemos que o trabalho em grupo deve ser desenvolvido com base em um contrato construído conjuntamente entre os participantes, de forma a delimitar as regras que irão reger tudo o que for produzido pelo grupo, tanto o conteúdo material (produções escritas e gráficas) quanto o conteúdo verbal, bem como as condutas de todos os envolvidos. Essa conversa foi

fundamental para o início da construção do vínculo de confiança com os adolescentes que possibilitou a sua adesão à nossa proposta de trabalho.

Segundo momento de preparação: pré-análise

A pré-análise é um momento fundamental no qual os profissionais responsáveis pela oficina deverão se inteirar sobre a demanda identificada por meio do estudo e coleta de dados e informações sobre a problemática em questão. Trata-se de uma reflexão inicial que intenciona qualificar os profissionais para o encontro com o grupo e o desenvolvimento do trabalho. Com a pré-análise é possível realizar o levantamento de temas-geradores sobre os quais os participantes poderiam estar interessados em discutir no grupo (AFONSO, 2002). É importante ressaltar que proposta de trabalho não foi apresentada pronta para os participantes, com temas pré-selecionados sobre o universo adolescente.

Entrar em contato com a literatura sobre a temática nos ajudou a conhecer melhor o público-alvo do nosso trabalho. Os estudos sinalizaram a urgência de se pensar estratégias de promoção e cuidado à saúde mental nas adolescências por esse ser um período de grande vulnerabilidade para o desenvolvimento de problemas relacionados à essa questão (SILVA et al., 2018; MOREIRA et al., 2011). Além disso, as pesquisas apontaram que a maior parte dos adultos que vivenciam o sofrimento psíquico apresentaram os primeiros sinais na infância e na adolescência, mostrando que há uma continuidade dos problemas de saúde mental ao longo da vida (AMSTALDEN et al., 2010; SÁ et al., 2010; PATEL et al., 2007). A legislação brasileira vigente referente aos direitos infantojuvenis data da década de 1990 e se consubstancia no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Esse documento reconhece crianças e adolescentes enquanto seres em desenvolvimento, cujo porvir adequado indica a necessidade de políticas públicas que assegurem a realização do desenvolvimento infantojuvenil em toda a sua potência. Foi a partir da promulgação do ECA que a população infantojuvenil teve os seus direitos à saúde garantidos mediante a efetivação de políticas sociais públicas no recém criado Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2014).

O modelo de atenção à saúde vigente, organizado através da implementação de Redes de Atenção à Saúde (RAS), surge enquanto uma tentativa de superar o antigo modelo centrado em ações médicas de caráter curativo caracterizado pela intensa fragmentação de serviços, programas, ações e práticas clínicas (BRASIL, 2012). Nesse sentido, as RAS consistem em

[...] arranjos organizativos de ações e serviços de saúde com diferentes configurações tecnológicas e missões assistenciais, articulados de forma complementar e com base territorial, e têm diversos atributos, entre eles, destaca-se: a atenção básica estruturada como primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado e atendendo às suas necessidades de saúde (BRASIL, 2012, p. 25).

No que tange o cuidado em saúde mental infanto juvenil oferecido pela Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), o Centro de Atenção Psicossocial para a infância e adolescência (CAPSi) se consagra como o principal responsável pela articulação do cuidado em rede de seus usuários (TAÑO; MATSUKURA, 2014). Entretanto, esse equipamento não está presente em grande parte das cidades brasileiras, sendo destinado somente a municípios com população acima de 70.000 mil habitantes, caso no qual não se enquadrava o município em que a nossa intervenção aconteceu. Segundo os dados mais atualizados do Ministério da Saúde encontrados, em 2014 Minas Gerais contava apenas com 19 CAPSi habilitados (BRASIL, 2015), o que nos sinaliza a importância do fortalecimento das ações em saúde mental infantojuvenil realizadas na Atenção Básica.

Precisamos salientar que, apesar da RAPS ser também composta por dispositivos da Atenção Básica (Unidade básica de saúde; Núcleo de apoio à saúde da família; Consultório na rua; Centros de convivência e cultura) (BRASIL, 2014), existem diversas lacunas no que concerne ao cuidado em saúde mental de adolescentes nesse nível de atenção. Lourenço, Matsukura e Cid (2020) mostram que o cuidado em saúde mental da população infanto juvenil na Atenção Básica ainda acontece de forma centrada nas figuras do médico e do enfermeiro a partir da perspectiva de queixa-consulta, revelando a necessidade de fortalecimento e ampliação da estratégia do matriciamento junto às equipes, de forma a desenvolver estratégias de intervenção que contemplem as recomendações do Ministério da Saúde relativas à atenção psicossocial de crianças e adolescentes:

A área da Saúde, por exemplo, precisa estar atenta e resguardar os direitos de sigilo, privacidade, acolhimento e atenção independentemente de consentimento familiar e/ou dos responsáveis, entre outras garantias éticas, a fim de prover atenção adequada às suas singularidades. Há que se construir com os adolescentes, *pari passu*, ambientes de apoio e condições para

escolhas e decisões voluntárias. Isso implica que familiares, responsáveis, profissionais de saúde e de setores correlatos assumam condutas de abertura ao diálogo, de transmissão de informações e de construção compartilhada de conhecimentos, de acolhida às dúvidas e de suporte à emancipação gradual e responsável (BRASIL, 2014, p. 15).

A partir dessa etapa do planejamento o projeto Oficinas Adolescer começou a tomar corpo. Ele compreendeu a criação de grupos voltados aos estudantes do 6º ao 9º ano do ensino fundamental com o objetivo de criar um espaço de escuta e fala que comportasse a discussão de quaisquer temas de interesse dos adolescentes participantes. Para operacionalizar as inscrições nas oficinas, desenvolvemos um folder explicativo que foi distribuído em todas as salas de aula visitadas anteriormente, apresentando a proposta aos estudantes. Juntamente ao folder, anexamos um termo de consentimento livre e esclarecido para ser assinado pelo responsável legal e pelo adolescente, autorizando a participação do mesmo no projeto.

Foi nesse momento que entramos em contato com o fenômeno já nos apontado pelos profissionais da rede da não adesão dos usuários ao convite ao trabalho em grupo. Isso por que, apesar do interesse expresso por muitos dos estudantes na apresentação da proposta em sala de aula, poucos entregaram a inscrição na secretaria da escola conforme orientados. Entendemos que isso poderia ser reflexo da distância que havia entre os profissionais que estavam à frente da proposta e o público-alvo. Com isso em mente, estendemos o prazo das inscrições em uma semana e utilizamos esse tempo para realizar plantões na unidade de ensino durante o intervalo das aulas. Nesses plantões, os residentes multiprofissionais montaram um pequeno estande com cartazes sobre as Oficinas Adolescer no pátio da escola, o que novamente provocou o interesse dos estudantes. Eles nos abordaram com dúvidas relacionadas tanto às oficinas quanto às nossas profissões e opiniões sobre os mais diversos assuntos.

A estratégia dos plantões permitiu a aproximação entre a equipe responsável pela intervenção e o público-alvo, bem como o aprofundamento do vínculo que foi sendo construído desde o primeiro contato com a demanda na ação educativa. Segundo a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) o vínculo diz respeito à “construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde, permitindo o aprofundamento do processo de corresponsabilização pela saúde, construído ao longo do tempo, além de carregar, em si, um potencial terapêutico” (BRASIL, 2012, p. 21). A construção do vínculo se filia à estratégia de um cuidado territorializado a usuários adscritos àquele território, com práticas que extrapolem

o espaço das unidades de saúde de forma a tomar a comunidade como um foco de intervenção, rompendo-se com o paradigma curativo que a ESF procura superar. Isso se mostrou fundamental na construção de uma resposta à demanda coletiva de saúde dos adolescentes praticantes de automutilação frente às dificuldades levantadas pela literatura no acesso a serviços de saúde mental pela população infantojuvenil.

Terceiro momento de preparação: foco e enquadre

O foco em torno do qual o trabalho será desenvolvido é outro elemento importante do planejamento, e consiste na delimitação do tema geral da oficina. Em torno desse foco surgirão temas geradores que ajudarão a compor o planejamento das oficinas ao longo da intervenção (AFONSO, 2002). Dessa forma, ao escolhermos as vivências da adolescência como o tema central, os temas-geradores pensados foram relacionados a esse universo, observando-se a devida adequação da linguagem ao público-alvo e evitando o uso de termos técnicos: sexualidade, relacionamentos (familiares, amorosos e com os pares), dificuldades escolares, bullying, autoestima, autoimagem e a relação com o corpo, ansiedade, projeto de vida, violência, preconceito, redes sociais, dentre outros. É fundamental a compreensão de que o levantamento dos temas geradores na pré-análise serviu apenas como um norteador ao planejamento da dinâmica de forma a subsidiar a nossa mediação na escolha dos temas das oficinas junto aos adolescentes, não intencionando criar um programa rígido de trabalho para o grupo.

O passo seguinte consistiu em pensar o enquadre da proposta. Essa etapa está relacionada ao planejamento da estrutura para o trabalho e deve considerar o número e tipo de participantes, o contexto institucional, o local, os recursos disponíveis e o número de encontros (AFONSO, 2002). Essa etapa impôs diversos desafios e negociações entre residentes, equipe do NASF, o coordenador da Atenção Básica e o diretor da unidade de ensino. O desafio inicial disse respeito à resistência da equipe de saúde do município à proposta da realização de grupos sob a justificativa da indisponibilidade de espaço físico adequado e de profissionais qualificados para manter a atividade quando os residentes concluíssem o campo. Essa resistência partiu tanto dos profissionais do PSF de referência do território, quanto de alguns profissionais do NASF. Começamos a entender que isso era reflexo da dificuldade apresentada por essas equipes no desenvolvimento de práticas consoantes à Estratégia Saúde da Família (ESF), reorganizadora do cuidado na Atenção Básica.

O panorama encontrado nas reuniões de matriciamento promovidas pelo NASF do município revelaram uma grande insatisfação das equipes de saúde da família (eSF) quanto à resolutividade do apoio técnico oferecido pelo serviço. Em geral, os profissionais do NASF do município respondiam às demandas apresentadas pelas eSF com a realização de visitas domiciliares pouco ou nada resolutivas. Tendo em vista esse cenário, entendemos que o nosso trabalho precisaria passar não apenas pela criação de um espaço de escuta e fala para os adolescentes, mas também pela capacitação dos profissionais do NASF no desenvolvimento de uma intervenção coletiva possível de dar resposta ao fenômeno encontrado. Essa capacitação se deu pela inclusão dos profissionais do NASF em todas as fases de planejamento da intervenção, construindo-a conjuntamente a esses atores.

Esse processo nos permitiu conceber as Oficinas Adolescer como um projeto de intervenção da residência multiprofissional, cuja continuidade seria garantida pelos grupos seguintes de residentes que passariam pelo campo. O projeto previu a expansão dos territórios de abrangência da intervenção e a inclusão das equipes de saúde da família na participação da ação mediante a mediação do NASF após a experiência piloto que descrevemos nesse trabalho.

Quarto momento de preparação: planejamento flexível

O quarto momento estava relacionado ao delineamento das oficinas, e colocou em questão a forma como o planejamento de cada encontro seria realizado. Isso implica na escolha entre dois caminhos possíveis: o planejamento global, no qual as oficinas são planejadas como um todo, com o detalhamento prévio de cada encontro; e o planejamento flexível, no qual os encontros são planejados à medida que as oficinas são desenvolvidas. O planejamento flexível permite que os profissionais responsáveis pela oficina antecipem temas e estratégias, mas também acolham as demandas que vão surgindo com o desenvolvimento do grupo (AFONSO, 2002).

Desde o primeiro encontro é preciso que se realize uma escuta cuidadosa dos interesses do grupo, de forma a tornar os participantes parceiros na construção do trabalho. Para alcançar esse objetivo é necessário construir um contrato com os participantes, que será responsável por definir as regras de funcionamento do grupo. Tendo em vista que a oficina deve ser um trabalho aceito pelo grupo, e não uma intervenção imposta, a construção conjunta do contrato, bem

como a opção pelo planejamento flexível, foram os elementos que mediaram a necessária apropriação do trabalho pelos participantes.

No primeiro encontro com cada grupo construímos o contrato terapêutico. Esse instrumento diz respeito às regras de funcionamento que regem o espaço de compartilhamento do grupo, mas também serviu como instrumento de apropriação do trabalho de construção do grupo pelos adolescentes. Nesse momento apresentamos a nossa proposta de realização de cinco encontros com o objetivo de desenvolver atividades que nos permitissem discutir temas de interesse deles, produzindo, dessa forma, um espaço de reflexão e elaboração sobre os assuntos. O planejamento flexível nos permitiu a incorporação dos desdobramentos dos encontros passados nos encontros seguintes, nos dando a possibilidade de escolher, ao final de cada encontro, o tema seguinte a ser trabalho pelo grupo dentro do rol de temas levantados na construção do contrato. Para além disso, o planejamento flexível nos possibilitou a criação das dinâmicas disparadoras segundo as características dos participantes e da interação do grupo.

6 - A ESTRUTURA DAS OFICINAS DE DINÂMICA EM GRUPO

Os encontros foram estruturados em três momentos básicos, seguindo a metodologia proposta por Afonso (2002). O momento inicial consistia na preparação para o trabalho do dia e foi realizado através uma atividade de alongamento coordenada pela fisioterapeuta residente. O momento intermediário consistia na realização da dinâmica de grupo planejada para o encontro. Todas as dinâmicas usadas foram criadas pelos coordenadores das oficinas levando em conta as características do grupo e os temas elegidos por cada um deles. Já o momento final dizia respeito à discussão sobre o trabalho realizado, permitindo um espaço de sistematização e avaliação de forma que os participantes acompanhassem o desenvolvimento do seu processo enquanto grupo e ajudassem a tomar decisões sobre os encontros seguintes.

Cada encontro teve duração aproximada de duas horas, sendo que no último encontro reservamos parte desse tempo para fazer o encerramento convidando todos os participantes a falar livremente sobre as suas impressões e reflexões sobre a experiência de participar do grupo. Esse espaço também foi reservado para conversar sobre a continuidade das Oficinas Adolescer com os residentes que chegariam ao campo na semana seguinte. Acolhemos dúvidas e anseios sobre o começo de um novo trabalho com desconhecidos. Isso se mostrou crucial para a adesão desses adolescentes aos grupos executados pela nova equipe de trabalho.

7 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse relato de experiência procurou apresentar a construção de uma intervenção de caráter coletivo e comunitário como resposta a uma demanda apresentada a um serviço da Atenção Básica de um município de pequeno porte de Minas Gerais. O nosso intuito não foi discutir o conteúdo trabalhado nos grupos com os adolescentes alvos da intervenção, mas sim descrever o processo de construção dessa intervenção de forma a contribuir com as práticas de promoção da saúde em saúde mental desenvolvidas pelos profissionais da Atenção Básica.

A situação encontrada no município no qual a nossa intervenção aconteceu foi muito similar ao cenário nacional das práticas em saúde mental na Atenção Básica apresentado anteriormente. Não existiam ações de promoção em saúde mental na rede de saúde da cidade e as intervenções voltadas ao assunto se limitavam ao desenvolvimento de um grupo de saúde mental mensal em cada unidade básica com participação mandatória para o acesso à consulta agendada com o psiquiatra. Nas reuniões de matriciamento realizadas pelo NASF com as ESF constatamos que ambas equipes expressavam dificuldades para pensar estratégias de intervenção que não passassem pela lógica do encaminhamento para o cuidado de casos graves e para a construção de intervenções grupais para casos leves que conseguissem superar o gargalo da não adesão dos usuários.

O apoio matricial realizado pelas equipes do NASF tinha como objetivo instaurar um novo modelo de trabalho na atenção básica que visa a atuação conjunta de profissionais de diversas áreas, pautada no compartilhamento de saberes e na corresponsabilização pelo cuidado ofertado, de forma a aumentar a resolutividade nesse nível de atenção e diminuir os encaminhamentos aos serviços especializados. Entretanto, esse não foi o cenário encontrado pelos residentes nas reuniões de matriciamento do município. As equipes de saúde da família reclamavam da não resolutividade do serviço frente às demandas apresentadas, sendo o encaminhamento a única opção possível para dar conta do número crescente de casos relacionados à saúde mental na rede de saúde da cidade.

A compreensão do panorama das ações em saúde mental desenvolvidas na rede de atenção básica do município foi fundamental para entendermos as dificuldades que as equipes e serviços apresentavam no desenvolvimento de estratégias capazes de oferecer uma resposta à crescente prática de automutilação entre os adolescentes do município. A partir disso,

elaboramos uma intervenção grupal capaz de superar o gargalo da não adesão dos usuários aos grupos ofertados na rede. Para além disso, a construção conjunta da intervenção com a equipe do NASF objetivou o preparo dos profissionais do serviço para um trabalho pautado na clínica ampliada, de forma a capacitá-los quanto à construção de intervenções grupais resolutivas para dar conta das demandas das ESF para além da visita domiciliar como resposta padrão aos problemas apresentados nas reuniões de matriciamento.

Essa experiência nos mostrou o quanto ainda precisamos avançar na questão do cuidado em saúde mental ofertado no nível da Atenção Básica. É urgente o fortalecimento das ações de promoção da saúde e a qualificação das equipes para lidar com a saúde mental dentro da Rede de Atenção Psicossocial. Em se tratando de municípios de pequeno porte, os quais não se qualificam para a implantação de serviços especializados como os Centros de Atenção Psicossociais, nos questionamos qual será o impacto do fim da obrigatoriedade da vinculação ao modelo do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica para a composição das equipes multidisciplinares, especialmente em relação à construção de estratégias para o cuidado em saúde mental da população. Apontamos a necessidade de pesquisas capazes de desenvolver um diagnóstico situacional sobre o cenário das ações em saúde mental no nível da Atenção Básica para que as equipes e os gestores consigam construir estratégias que deem conta dos gargalos presentes nesse contexto.

REFERÊNCIAS

AFONSO, L. (Org.). **Oficinas em dinâmica de grupo: um método de intervenção psicossocial**; Belo Horizonte: Edições do Campo Social, 2002, 151p. ISBN: 8588552027.

AMSTALDEN, A. L. F.; HOFFMANN, M. C. C. L.; MONTEIRO, T. P. M. A política de saúde mental infantojuvenil: seus percursos e desafios. In: LAURIDSEN, E.; RIBEIRO, O. Y. T. (Org.). **Atenção em Saúde Mental para crianças e adolescentes no SUS**. São Paulo: Editora Hucitec, 2010. p. 33-45. ISBN: 9788584040759.

BIRMAN, J. **Mal-estar na atualidade: A psicanálise e as novas formas de subjetivação**. 8ª. Ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2011. ISBN: 9788520013830.

BIRMAN, J. **O sujeito na contemporaneidade: Espaço, dor e desalento na atualidade**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2014. ISBN: 9788520010419.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados** – 12, ano 10, nº 12. Informativo eletrônico. Brasília: outubro de 2015. Disponível em: https://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Report_12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS:** tecendo redes para garantir direitos / Ministério da Saúde, Conselho Nacional do Ministério Público. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 60p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_psicossocial_crianças_adolescentes_sus.pdf

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico**, Brasília, v. 50, n. 24, Set. 2019, Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/setembro/13/BE-suic--dio-24-final.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informação de Agravos e Notificação. **Ficha de Notificação Individual**, Jul. 2015, Disponível em: https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/julho/02/Ficha-Viol-5.1-Final_15.06.15.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2012. 68p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>

FERREIRA NETO, J. L. & KIND, L. **Promoção da saúde:** práticas grupais na estratégia saúde da família. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006, 171p. ISBN 8573964561.

FONSECA, P. H. N., SILVA, A. C., ARAÚJO, L. M. C., & BOTTI, N. C. L. Autolesão sem intenção suicida entre adolescentes. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 70, n. 3, 2018. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672018000300017&lng=pt&tlng=pt.

FORTES, I., & MACEDO, M. M. K. Automutilação na adolescência: rasuras na experiência de alteridade. **Psicogente**, Barranquilla, v. 20, n. 38, Dez. 2017. <https://doi.org/10.17081/psico.20.38.2556>

GABRIEL, I. M., COSTA, L. C. R., CAMPEIZ, A. B., SALIM, N. R., SILVA, M. A. I., & CARLOS, D. M. Autolesão não suicida entre adolescentes: significados para profissionais da

educação e da Atenção Básica à Saúde. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, 2020. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2020-0050>

GERBALDO, T. B. et al. Avaliação da organização do cuidado em saúde mental na atenção básica do Brasil. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, 2018. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00150>

LOURENCO, M. S. G.; MATSUKURA, T. S.; CID, M. F. B. A saúde mental infantojuvenil sob a ótica de gestores da Atenção Básica à Saúde: possibilidades e desafios. **Cad. Bras. Ter. Ocup.**, São Carlos, v. 28, n. 3, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadbto/a/khk5FtVMZCJgPftjVbjHCyf/?lang=pt>

LOPES, L. S., & TEIXEIRA, L. C. Automutilações na adolescência e suas narrativas em contexto escolar. **Estilos da Clínica**, São Paulo, v. 24, n. 2, 2019. <https://doi.org/10.11606/issn.1981-1624.v24i2p291-303>

MOREIRA, E. S., VALE, R. R. M., CAIXETE, C. C., & TEIXEIRA, R. A. G. Automutilação em adolescentes: revisão integrativa da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 10, 2020. <https://doi.org/10.1590/1413-812320202510.31362018>

PATEL, V. et al. Mental health of young people: a global public-health challenge. *Lancet*, New York, v. 369, n. 9569, 2007. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)60368-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)60368-7)

SÁ, D. G. F. et al. Fatores de risco para problemas de saúde mental na infância/adolescência. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 26, n. 4, 2010. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722010000400008>

SANT'ANA, I. M. Autolesão não suicida na adolescência e a atuação do psicólogo escolar: uma revisão narrativa. **Revista de Psicologia da IMED**, Passo Fundo, v. 11, n. 1, 2019. <https://doi.org/10.18256/2175-5027.2019.v11i1.3066>

SILVA, J. F.; CID, M. F. B.; MATSUKURA, T. S. Atenção psicossocial de adolescentes: a percepção de profissionais de um CAPSij. **Cad. Bras. Ter. Ocup.**, São Carlos, v. 26, n. 2, 2018. <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO1081>

TAÑO B. L., & MATSUKURA, T. S. Os centros de atenção psicossocial infantojuvenis: características organizacionais e oferta de cuidados. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 25, n. 3, 2014. <https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v25i3p208-216>

TARDIVO, L. S. L. P. C., ROSA, H. R., FERREIRA, L. S., CHAVES, G., & PINTO JÚNIOR, A. A. Autolesão em adolescentes, depressão e ansiedade: um estudo compreensivo. **Boletim: Academia Paulista de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 97, 2019. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-711X2019000200002&lng=pt&tlng=pt