



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL – MESTRADO PROFISSIONAL

ANA PAULA KLAUMANN

**O LUGAR DO(A) ADOLESCENTE NAS POLÍTICAS PÚBLICAS: UM
ESTUDO A PARTIR DE PROFISSIONAIS DA REDE**

Florianópolis

2021

ANA PAULA KLAUMANN

**O LUGAR DO(A) ADOLESCENTE NAS POLÍTICAS PÚBLICAS: UM
ESTUDO A PARTIR DE PROFISSIONAIS DA REDE**

Dissertação a ser apresentada ao Programa de Pós-graduação - Mestrado Profissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, para a obtenção do título de mestre.

Orientadora: Prof. Dra. Aline Megumi Arakawa Belaunde

Coorientadora: Prof. Dra. Gisele Cristina Manfrini

Florianópolis

2021

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Klaumann, Ana Paula

O lugar do(a) adolescente nas políticas públicas: : um estudo a partir de profissionais da rede / Ana Paula Klaumann ; orientador, Aline Megumi Arakawa, coorientador, Gisele Cristina Manfrini, 2021.
107 p.

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental e Atenção Psicossocial, Florianópolis, 2021.

Inclui referências.

1. Saúde Mental e Atenção Psicossocial. 2. Adolescentes. 3. Adolescência. 4. Políticas Públicas. 5. Intersetorialidade. I. Arakawa, Aline Megumi. II. Manfrini, Gisele Cristina. III. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental e Atenção Psicossocial. IV. Título.

Ana Paula Klaumann

O LUGAR DO(A) ADOLESCENTE NAS POLÍTICAS PÚBLICAS: Um estudo a partir
de profissionais da rede

O presente trabalho em nível de mestrado foi avaliado e aprovado por banca examinadora
composta pelos seguintes membros:

Prof(a) Dr(a) Aline Megumi Arakawa Belaunde
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof(a) Dr(a) Dr.a Magda do Canto Zurba
Universidade Federal de Santa Catarina

Dr(a) Neylen Bruggemann Bunn Junckes
Secretaria do Estado de Desenvolvimento Social

Certificamos que esta é a **versão original e final** do trabalho de conclusão que foi julgado
adequado para obtenção do título de mestre em Saúde Mental e Atenção Psicossocial.

Prof. Dr. Sérgio Fernando Torres de Farias

Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental e Atenção Psicossocial

Prof(a) Dr(a) Aline Megumi Arakawa Belaunde.
Orientador(a)

Florianópolis, 2021

AGRADECIMENTOS

Escrever uma dissertação, resultado final do Mestrado Profissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial me trouxe gratidão, em muitos momentos dessa árdua trajetória. Digo árdua, pois de fato foi um processo bastante desafiador para mim.

Os meus agradecimentos são muitos. Tive a oportunidade de cursar a pós-graduação em uma universidade pública, tendo acesso a um ensino de qualidade, uma conquista a qual tenho enorme gratidão por tamanho privilégio.

Agradeço à gestão do município de Ibirama, pelo incentivo à qualificação profissional, possibilitando a minha inserção no mestrado.

Das pessoas maravilhosas que estiveram comigo nesse processo, agradeço primeiramente à minha família, que é o meu ninho de acolhimento, cuidado, força e amorosidade.

Agradeço à turma do mestrado, pelo elo construído, pelas trocas de conhecimento e afeto. À Su, Jailson, Nina, Mari, Michele, Bia, Bárbaras e Maia, por tornarem o percurso colorido. Em especial, agradeço à amiga Iramaia, presente que o mestrado me trouxe, que acompanhou de perto toda essa trajetória sem soltar da minha mão.

Agradeço à minha querida professora e orientadora, Aline, que me ensinou sobre autonomia, sobre ensinar a pescar (sem dar o peixe), com afeto, tolerância e motivação. À Gisele, coorientadora, que esteve comigo e trouxe grandes contribuições à construção da presente pesquisa. Aos profs. Sérgio, Lúcio e Magda, pelos ensinamentos e coconstruções.

Agradeço à minha equipe de trabalho, do CAPS I do município de Ibirama, que também acompanhou de perto cada estágio da pesquisa. Agradeço pela leveza do cotidiano, pela tolerância diante de minhas ausências, pelas trocas, construções e momentos de descontração (tão importantes para “mantermos” a nossa saúde mental em dia e darmos conta do nosso compromisso para com o outro).

Agradeço ao Jean, pessoa única e especial que esteve ao meu lado, tão de perto, sendo suporte para que eu seguisse em busca das minhas realizações.

Agradeço às amigas, amigos e pessoas queridas que de alguma forma me acolheram com afeto, com palavras de encorajamento e motivação durante essa trajetória.

Por fim, ocupando lugar central nessa jornada, agradeço a cada adolescente com quem tive o prazer de encontrar nas políticas públicas e que compõem a minha história, deixando marcas, lembranças e inquietações. Gratidão aos Joãos, Augustos e Marias, que deram sentido à presente pesquisa, sentido ao meu propósito enquanto psicóloga e enquanto ser no mundo.

*Se tem muita pressão não desenvolve a semente.
É mesma coisa com a gente.
Que é pra ser gentil,
Como flor é pra florir.
Mas sem água, sol e tempo que botão vai se
abrir?
(...) Prioridade nossa é assegurar que cresçam e
floresçam. Alimentar a potência delas.*

(Emicida)

RESUMO

A presente pesquisa buscou dar luz à atenção ofertada aos(as) adolescentes no âmbito das políticas públicas, com vistas à intersetorialidade. O objetivo geral foi compreender as ações de profissionais da Saúde, da Assistência Social, da Educação e do Conselho Tutelar, articuladas às Políticas Públicas voltadas à população adolescente, no município de Ibirama, Santa Catarina. Foi feito um estudo descritivo e exploratório, de caráter qualitativo, tendo sido realizados quatro grupos focais, cujos resultados foram analisados de acordo com a análise de conteúdo na modalidade temática. Participaram da pesquisa 26 profissionais das áreas da Saúde, Assistência Social, Educação e membros do Conselho Tutelar, que atuam com políticas públicas, ações e/ou programas voltados aos(as) adolescentes. Os resultados foram descritos nas categorias temáticas: 1. Adolescências e adolescentes: das concepções às principais demandas; 1.1. Manejo com os(as) adolescentes e famílias; 2. A saúde mental dos(as) adolescentes e seus desdobramentos na rede de cuidado e 3. O trabalho em rede em suas potencialidades e fragilidades. Concluiu-se que há desarticulação da rede com relação à atenção dos(as) adolescentes. Embora existam ações setoriais efetivas, foram encontradas lacunas, como intervenções pautadas em a priori pessoais, desconhecimento a respeito dos serviços e das ações direcionadas a esse público nos diferentes setores, dificuldades com o sistema de referência e contrarreferência, bem como a falta de um fluxograma de atenção direcionado aos(as) adolescentes. Tal cenário caracteriza fragilidade no cuidado ofertado, com ênfase no setor Saúde, uma vez que não foram encontrados dados consistentes sobre ações de promoção e prevenção direcionadas à população adolescente. Os dados apontaram para a necessidade de efetivar ações com o intuito de fortalecer os setores da rede para um trabalho intersetorial efetivo em prol de um cuidado integral aos(as) adolescentes do município em pesquisa.

Palavras-chave: Adolescentes. Adolescências. Políticas Públicas. Intersetorialidade. Cuidado.

ABSTRACT

This research project aimed to shed light on the attention given to teenagers in the field of public policies, considering the intersectoriality. The main objective was to comprehend the actions by Health, Social Assistance, Education and Tutelary Council professionals, articulated to the Public Policies towards the adolescent population, in the city of Ibirama, Santa Catarina. A descriptive and exploratory study was made, with a qualitative nature, with the creation of four focus groups, whose results were analyzed accordingly to the content analysis, thematic modality. At all, 26 professionals participated on this research, from Health to Social Assistance and Education areas, and members of the Tutelary Council, a group of people who work on public policies, actions and programs towards adolescents. The results were described in the thematic categories: 1. Teenage years and teenagers: from conceptions to main demands; 1.1. Handling the adolescents and their families; 2. Teenagers' mental health and the outcomes in the health care network and 3. The potentialities and fragilities of the health care network. It was concluded that attention given by the network to the teenagers is in disarray. Although there are effective sectorial actions, there were found gaps, such as interventions based on personal principles, lack of knowledge about the services and actions targeted at this community in the different sectors, difficulties with the counter-reference and reference system, as well as the absence of an adequate flowchart directed to the adolescents. Such scenario implies a fragile care in the service offered, with emphasis in the Health area, since no consistent data were found about promotion and prevention actions to the adolescent population. The data pointed at the need to build actions with the purpose to strengthen the health care sectors for an effective intersectorial work on behalf of an integral care to the adolescents of the researched city.

Keywords: Teenagers. Adolescence. Public Policies. Intersectoriality. Health care.

LISTA DE SIGLAS

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas
CAPS I – Centro de Atenção Psicossocial I
CAPS i – Centro de Atenção Psicossocial Infantil
CF – Constituição Federal
CFP – Conselho Federal de Psicologia
CRAS – Centro de Referência da Assistência Social
DSS – Determinantes Sociais de Saúde
ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente
ESF – Estratégia de Saúde da Família
FIA – Fundo para a Infância e Adolescência
GF – Grupo Focal
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LA – Liberdade Assistida (Medida Socioeducativa)
LDB – Lei de Diretrizes e Bases da Educação
LOAS – Lei Orgânica da Assistência Social
Nº - Número
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS – Organização Mundial da Saúde
P. - Página
PNPS – Política Nacional de Promoção de Saúde
PSE – Prestação de Serviço a Comunidade (Medida Socioeducativa)
PSE – Programa Saúde na Escola
PAIF – Proteção e Atendimento Integral às Famílias
PAEFI – Proteção e Atendimento Especializado às famílias e indivíduos
RAPS – Rede de Atenção Psicossocial
SINASE – Sistema Nacional de Socioeducação
SCFV – Serviço de Convivência e de Fortalecimento de Vínculos
SUAS – Sistema Único de Assistência Social
SUS – Sistema Único de Saúde
UBS – Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| 1. APRESENTAÇÃO | 9 |
| 2. INTRODUÇÃO | 11 |
| 3. OBJETIVOS | 14 |
| 3.1. OBJETIVO GERAL | 14 |
| 3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS | 14 |
| 4. REFERENCIAL TEÓRICO | 15 |
| 4.1. ADOLESCENTES E ADOLESCÊNCIAS | 15 |
| 4.2. DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE, VULNERABILIDADES E FATORES DE RISCO | 18 |
| 4.3. POLÍTICAS PÚBLICAS E A INTERSETORIALIDADE | 20 |
| 4.3.1. Política de Saúde e o SUS | 22 |
| 4.3.2. Política de Assistência Social e o SUAS | 24 |
| 4.3.3. Política de Educação | 28 |
| 5. METODOLOGIA | 30 |
| 5.1. TIPO DE ESTUDO | 30 |
| 5.2. CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTUDO | 30 |
| 5.3. POPULAÇÃO DO ESTUDO | 31 |
| 5.4. COLETA DE DADOS | 32 |
| 5.5. ANÁLISE DE DADOS | 34 |
| 5.5. ASPECTOS ÉTICOS | 35 |
| 6. RESULTADOS | 37 |
| 6.1. ADOLESCÊNCIAS E ADOLESCENTES: DAS CONCEPÇÕES ÀS PRINCIPAIS DEMANDAS | 40 |
| 6.1.1. MANEJO COM ADOLESCENTES E FAMÍLIAS | 45 |
| 6.2. A SAÚDE MENTAL DOS(AS) ADOLESCENTES E SEUS DESDOBRAMENTOS NA REDE | 47 |
| 6.3. O TRABALHO EM REDE: POTENCIALIDADES E FRAGILIDADES | 49 |
| 7. DISCUSSÃO | 56 |
| 7.1. ADOLESCÊNCIAS E ADOLESCENTES: DAS CONCEPÇÕES ÀS PRINCIPAIS DEMANDAS | 56 |
| 7.1.1. MANEJO COM ADOLESCENTES E FAMÍLIAS | 65 |
| 7.2. A SAÚDE MENTAL DOS(AS) ADOLESCENTES E SEUS DESDOBRAMENTOS NA REDE | 70 |
| 7.3. O TRABALHO EM REDE: POTENCIALIDADES E FRAGILIDADES | 77 |
| 8. CONSIDERAÇÕES FINAIS | 84 |
| REFERÊNCIAS | 88 |

| | |
|--|------------|
| APÊNDICE 1 – ROTEIRO PARA A REALIZAÇÃO DOS GRUPOS FOCAIS | 95 |
| APÊNDICE 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO | 96 |
| APÊNDICE 3 – DEVOLUÇÃO À GESTÃO DO MUNICÍPIO DE IBIRAMA | 100 |
| ANEXO 1 – INFORMAÇÕES SOBRE A APROVAÇÃO DO PROJETO NO COMITÊ DE ÉTICA DA UFSC | 103 |

1. APRESENTAÇÃO

O interesse em aprofundar a temática, na direção do fortalecimento do cuidado ofertado aos(às) adolescentes, surgiu a partir da experiência de trabalho da pesquisadora que iniciou sua trajetória de atuação com adolescentes ainda na graduação, quando realizou um estágio vinculado a um Centro de Atenção Psicossocial I (CAPS I), em um projeto voltado à orientação profissional de adolescentes referenciados(as) ao serviço. Criatividade, potência, vontade de vida, vontade de morte, confusão relacionada às demandas cotidianas, como relações interpessoais, construção da identidade, autoimagem, conflitos familiares, crises relacionadas a seus modos de ser no mundo, amizades, amores, sonhos, afeto e expressão. Esses foram alguns dos tantos aspectos que emergiram nesse primeiro contexto vivenciado com adolescentes.

Foi o primeiro contato realizado no aspecto de atenção e cuidado especificamente a essa faixa etária, experiência que despertou o interesse da pesquisadora pelo trabalho com os(as) adolescentes, considerando tal etapa da vida complexa e fascinante. Após a graduação, com ânsia e apreço pelo trabalho nas políticas públicas, iniciou sua trajetória profissional como psicóloga na Proteção Social Especial do Sistema Único de Assistência Social de um município de pequeno porte, atendendo às famílias em situações de violação de direitos. Conseqüentemente, surgiam demandas relacionadas ao abandono, negligência, discriminação, ciclos de violência transgeracionais, desigualdade social e outras formas de violência envolvendo adolescentes. Concomitante, atuou no Serviço de Medidas Socioeducativas, lidando diretamente com adolescentes em conflito com a lei.

Com as medidas socioeducativas, foram experienciadas situações em que se evidenciou o preconceito e o estigma existente com relação ao(à) adolescente em conflito com a lei, sujeitos(as) que vivenciam processos de exclusão social, marginalização, repressão e outras formas de violência. Foi no trabalho com adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas que a inquietação com os reflexos da desigualdade social passou a estar mais presentes na atuação profissional da pesquisadora. Dando vista inclusive aos processos de segregação, os quais atravessam os próprios equipamentos públicos, condições em que o adolescente em cumprimento de medidas socioeducativas é visto como problema social e tratado de forma desigual, com descaso, opressão, o que caracteriza violências institucionais.

Nesse período, foi possível ampliar significados e perceber que o trabalho com os(as) adolescentes requer esforços e implicação. Implicação diz respeito à forma de olhar, a forma de ofertar o cuidado, olhar de forma ampliada para o contexto de vida do indivíduo, que tem

historicidade, família, comunidade e, a partir disso, oferecer um trabalho ético, técnico, com compromisso social e respeito aos direitos do sujeito, bem como à sua individualidade e ao seu modo de existir. Diz ainda sobre coconstrução, validar as potencialidades, acompanhar processos de descobertas, fomentar o protagonismo, criar espaços de fortalecimento, de pertencimento e de garantia de direitos fundamentais, validar as singularidades e pluralidades que atravessam as existências dos(as) adolescentes brasileiros.

Atualmente a pesquisadora segue inserida no âmbito das políticas públicas, exerce sua profissão como Psicóloga de um CAPS I e atende adolescentes no serviço, embora não de forma exclusiva. No contexto da atenção à saúde mental dos(as) adolescentes, observa importantes lacunas nas ações ofertadas no serviço, bem como na qualidade do trabalho intersetorial. Na sua trajetória com adolescentes, foi possível tocar e ser tocada e é com esse propósito que se inaugura a presente proposta de pesquisa, com o intuito de que profissionais se deixem sensibilizar, que se permitam contatos genuínos e cuidadosos com os(as) adolescentes, sensíveis sujeitos de direitos e de potência de vida. Para que, a partir disso, caminhem na direção de intervenções comprometidas e qualificadas, em busca do melhor cuidado à população adolescente.

2. INTRODUÇÃO

O lugar social dado ao(à) adolescente ao longo dos anos contribuiu para uma série de concepções e práticas pautadas em valores moralistas e excludentes, ainda emergentes na atualidade. No Brasil, a infância foi considerada parte da sociedade somente em meados do século XVIII. Em 1927, inaugura-se o Código de Menores, uma legislação direcionada à infância e adolescência, passando a garantir alguns direitos e deveres, “como a proibição ao trabalho para menores de 12 anos, bem como a adoção de medidas assistencialistas e protecionistas ao menor abandonado e delinquente” (ANTÃO, 2013, p. 53).

Até então, não havia intervenção estatal no âmbito social, apenas ações caritativas de algumas instituições, como as igrejas. A partir do Código de Menores, de 1927, as crianças de 14 a 18 anos foram classificadas como “menores” e uma das especificidades da lei supracitada foi a institucionalização de indivíduos nessa faixa etária, caracterizados pelo Estado como abandonados ou delinquentes. Nessas instituições, os(as) adolescentes recebiam assistência ofertada pelo Estado, sociedade e igreja. Nesse período, se disseminou então uma tendência “menorista”, que potencializou a desigualdade social e estigmatizou os(as) adolescentes como menores e desviantes. De acordo com Poker (2017), o Código de Menores pautava-se em uma orientação punitivista, marcada por discriminação, na qual enquadrava também como delinquente os indivíduos pertencentes às classes sociais desfavorecidas. Essa concepção marcou o Estado, as instâncias de aplicação, as representações sociais acerca do(a) adolescente e, conseqüentemente, o cuidado ofertado a esses sujeitos (ANTÃO, 2013; SCISLESKI *et al.*, 2017; POKER, 2017).

Foi a partir da assinatura da Convenção sobre os Direitos da Criança, em 1989, um marco histórico mundial, que crianças e adolescentes passaram a ser reconhecidos como sujeitos de direitos. A partir disso, legislações importantes passaram a considerar as crianças em seus direitos, como a Constituição Federal de 1988 e em especial o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. É a partir dessas legislações que, no Brasil, se rompe com a doutrina menorista, excludente e autoritária e inaugura-se uma legislação nacional de proteção integral à criança e ao(à) adolescente. Essa mudança resultou em um avanço no modo de se reconhecer o(a) adolescente em sua singularidade, tendo em vista sua condição peculiar de desenvolvimento físico, social, emocional e espiritual. Essa condição o(a) coloca no esteio da prioridade, no que diz respeito à proteção e efetivação de políticas públicas (BRASIL, 1990a). Desse modo, crianças e adolescentes passam a não mais

ser nomeados como “menores”, mas sim como adolescentes, sendo reconhecidos como sujeitos de direitos. A compreensão dos(as) adolescentes enquanto sujeito de direitos, conforme consta no artigo 227 da Constituição Federal, diz respeito à:

“(…) responsabilidade da família, da sociedade e do Estado em assegurar, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão” (BRASIL, 1988, p. 68).

Contextualizando a trajetória legal do(a) adolescente na sociedade brasileira, observa-se um largo passo, onde passou de “menor” para um sujeito reconhecido em seus direitos e singularidades. No entanto, ainda que com mudanças efetivadas e lutas contínuas por direitos e reconhecimento, os(as) adolescentes ainda hoje sofrem consequências de tal período histórico, vivenciando processos de marginalização, sendo “adultizados(as)”. Para além disso, vítimas das mais diversas formas de violência, como a violência sexual, trabalho infantil, violência urbana e desigualdade social que, dentre as repercussões, está o alto número de homicídios em adolescentes do sexo masculino, ocupando o Brasil o primeiro lugar no mundo com maior número de homicídios de adolescentes (UNICEF, 2017). Dessa forma, é reconhecida a necessidade de aprofundar teórica e criticamente aspectos que atravessam o processo de cuidado e atenção de adolescentes.

A adolescência é caracterizada como um momento da vida peculiar, atravessado por questões subjetivas e múltiplos fatores correlacionados, como o contexto familiar, cultural, características sociais e a história do indivíduo. Adolescência é período de descoberta e experimentação. O(A) adolescente demanda, em diferentes medidas e formas singulares de expressão, a necessidade de pertencimento, de encontrar seu lugar no mundo (BRASIL, 1990a; ZANELLA, 2013). No trabalho com adolescentes, é fundamental reconhecer essa gama de características e condições que englobam suas existências, bem como aspectos peculiares dessa fase da vida, como o potencial criativo e de vida, a capacidade de protagonismo e de autonomia (BRASIL, 2010).

O compartilhamento de saberes acerca dessa fase tem extrema relevância para que seja possível alcançar ações exitosas e ampliar a abrangência da abordagem com esta população. Dessa forma, nas políticas públicas voltadas aos(às) adolescentes, o conceito de intersetorialidade é eixo fundamental. Considerando que os(as) adolescentes circulam por diferentes setores e serviços públicos, as práticas intersetoriais, realizadas por meio do compartilhamento de saberes, de ações conjuntas entre diferentes serviços e profissionais, de

construções coletivas de planos de trabalho, bem como a corresponsabilização entre os diferentes profissionais da rede favorecem a inclusão, cidadania, respeito às individualidades e a garantia de direitos, permitem a expansão do cuidado, no planejamento e execução de ações pactuadas e compartilhadas (LAURIDSEN-RIBEIRO, TANAKA, 2016; COUTO, DELGADO, 2016).

É nesse sentido que se justificou a presente pesquisa, compreendendo que há necessidade de ampliar horizontes nos processos de trabalho com adolescentes e para isso é fundamental investigar a maneira como ações e serviços de políticas públicas específicas estão se articulando. Partindo do pressuposto de que as políticas públicas voltadas aos(às) adolescentes são elaboradas a partir de demandas sociais, respeitando os princípios estabelecidos no ECA, para fins desta pesquisa, foram investigadas as ações e articulações das políticas de Saúde, Assistência Social, Educação e Conselho Tutelar, a partir de profissionais e gestoras(es) que atuam com essa população.

Pretendeu-se compreender as ações e concepções de profissionais que atuam cotidianamente com adolescentes, no que diz respeito ao entendimento da adolescência e/ou adolescências, compreendendo que a percepção da(o) profissional exerce influência no cuidado que será ofertado a esses indivíduos. São os(as) adolescentes considerados sujeitos de direitos? Sujeitos compreendidos em condição peculiar de desenvolvimento? Sujeitos marginalizados? São considerados seus contextos históricos, culturais, sociais e familiares? Essas foram indagações que permearam o problema deste estudo e buscou-se encontrar respostas e possibilidades de ampliar a atenção aos(às) adolescentes, com uma perspectiva de integralidade e intersetorialidade.

Dessa maneira, com o presente estudo, procurou-se investigar quais são as ações e articulações das Políticas Públicas voltadas aos(às) adolescentes, através dos próprios atores sociais, quais sejam as(os) profissionais de setores da Saúde, da Assistência Social, Educação e Conselho Tutelar.

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GERAL

Compreender as ações de profissionais da Saúde, da Assistência Social, da Educação e do Conselho Tutelar, articuladas às Políticas Públicas voltadas à população adolescente, no município de Ibirama, Santa Catarina.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Verificar as concepções de trabalhadoras(es) das políticas de Saúde, Assistência Social, Educação e Conselho Tutelar a respeito de adolescentes e adolescências;
- Identificar as fragilidades e as potencialidades nas articulações da rede, na atenção aos(às) adolescentes;
- Delinear, a partir das(os) profissionais, estratégias de cuidado que possam contribuir na atenção aos(às) adolescentes, no âmbito das Políticas Públicas;
- Elaborar material informativo ao município do estudo sobre as práticas e estratégias de atenção integral à população adolescente, pautado nos resultados da presente pesquisa.

4. REFERENCIAL TEÓRICO

4.1. ADOLESCENTES E ADOLESCÊNCIAS

A adolescência é conceituada como um período do desenvolvimento humano caracterizada por mudanças em diferentes contextos da vida do sujeito, transformações biológicas, psicossociais e culturais, o que embasa a compreensão da(o) adolescente como “sujeito único, social, histórico e coletivo” (SILVA *et al.*, 2015, p. 654). É um período importante na trajetória de vida, pois é nessa fase que o sujeito vivencia descobertas significativas, momento de afirmação de sua personalidade e individualidade (CAVALCANTE; ALVES; BARROSO, 2008).

De acordo com o Ministério da Saúde, que segue a convenção da Organização Mundial da Saúde (OMS), a adolescência é delimitada pelo período entre 10 e 19 anos, 11 meses e 29 dias de idade. Para a OMS, a juventude situa-se entre 15 e 24 anos de idade (BRASIL, 2010). O Estatuto da Criança e do Adolescente traz outro parâmetro para delimitar este período da vida, identificando por adolescência a faixa etária de 12 a 18 anos de idade (BRASIL, 1990a).

Em relação à demarcação de faixas etárias específicas para denominar fases da vida, o documento “Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação” (BRASIL, 2010) aborda a temática da seguinte forma:

as fronteiras etárias são um marco abstrato útil para a delimitação de políticas e de estratégias, mas na vida concreta e na experiência individual das pessoas, as fronteiras da adolescência e da juventude não estão dadas de modo homogêneo e fixo, (...) dentro do continuum da vida implicará em experiências diferenciadas e em significados específicos (BRASIL, 2010, p. 46).

Trata-se de um momento da vida peculiar, atravessado por questões subjetivas e múltiplos fatores como o contexto familiar, social, cultural e histórico. Adolescência é período de descoberta e experimentação. O(A) adolescente demanda, em diferentes medidas e formas singulares de expressão, a “necessidade de encontrar seu lugar no mundo, inserindo-se nos diversos planos da existência social” (ZANELLA, 2013, p. 15). Nesse período, os indivíduos passam por mudanças bruscas, e uma delas ocorre no campo relacional, ou seja, há uma tendência na valorização de pares, amigos ou grupos aos quais pertencem ou buscam pertencer, é um período permeado por rituais e descoberta de novos conceitos. Associado a

isso, existem mudanças no âmbito individual, como alterações corporais fisiológicas e psicológicas. Trata-se de um período “de reencontro com o eu, de atualização corporal, de descobertas e escolhas, de frustrações e surpresas, de sexualidade afluada, de ousadia” (ZANELLA, 2013, p.15).

Diante de indivíduos em um período da vida permeado por inaugurações e mudanças significativas, há necessidade de suporte, proteção e cuidado fornecidos pela família. A família é compreendida como um importante fator de proteção, citada por diferentes teóricos como eixo fundamental no que se refere à proteção de crianças e adolescentes. No contexto familiar o sujeito experimenta a sensação de pertencimento, a partir dos vínculos afetivos formam-se aspectos de sua subjetividade. Vínculos que exercem influência significativa nas relações que o sujeito estabelecerá para além do contexto familiar, nas relações com o outro, com o mundo, nos diversos contextos e ambientes que a(o) adolescente perpassa. Dessa maneira, considera-se a família elemento protetivo fundamental (ROZEMBERG, 2013).

Existem outros fatores que também são considerados como protetivos às crianças e aos(as) adolescentes, dentre eles está a responsabilidade do Estado em fornecer condições ao pleno desenvolvimento, por uma vida livre de violência, para que a adolescência possa ser vivenciada em toda a sua potência. Nesse sentido, o Estado, para além das legislações protetivas, conta com equipamentos públicos voltados à essa população, no entanto, essa noção de proteção e cuidado foi uma conquista recente.

Ao longo da história da adolescência na sociedade brasileira, os indivíduos nessa faixa etária ocuparam diferentes lugares sociais. Uma primeira legislação protetiva foi o chamado Código de Menores, de 1927, este previa abrigo àqueles indivíduos “abandonados” ou “delinquentes”. Os(As) adolescentes nesse período histórico passaram a ser nomeados(as) como “menores”, termo atrelado à criança e ao(a) adolescente considerada(o) delinquente/carente, o que fortaleceu processos de marginalização e exclusão que podem repercutir em sofrimento de ordem física e emocional. Foi um período em que os(as) adolescentes foram vítimas de opressão por parte do Estado, associado ao forte estigma imposto a essa população (ANTÃO, 2013). “Foi com a doutrina de proteção integral, sedimentada pela Convenção Internacional dos Direitos da Criança da ONU, de 1989, que rompeu com a doutrina menorista, passando os então ‘menores’ a serem vistos como crianças e adolescentes sujeitos de direitos” (ANTÃO, 2013, p. 57).

Em 1990, com o advento de uma legislação nacional de proteção, o Estatuto da Criança e do Adolescente, que crianças e adolescentes passam a ser compreendidos como

indivíduos em condição peculiar de desenvolvimento. Garantias importantes são mencionadas no ECA, como nos artigos 3º e 4º da legislação:

Art. 3º A criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-se-lhes, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade. Parágrafo único. Os direitos enunciados nesta Lei aplicam-se a todas as crianças e adolescentes, sem discriminação de nascimento, situação familiar, idade, sexo, raça, etnia ou cor, religião ou crença, deficiência, condição pessoal de desenvolvimento e aprendizagem, condição econômica, ambiente social, região e local de moradia ou outra condição que diferencie as pessoas, as famílias ou a comunidade em que vivem (incluído pela Lei nº 13.257, de 2016).

Art. 4º É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária” (BRASIL, 1990a, p. 19).

A partir do ECA, as políticas, ações e programas voltados a essa população devem ser planejados e implementados com uma lógica de cuidado que considere a criança e o(a) adolescente enquanto sujeitos de direitos, prioridade absoluta para o Estado (ANTÃO, 2013).

Diante desse contexto, observa-se que em diferentes períodos históricos, de acordo com valores, paradigmas, estereótipos e múltiplos fatores vigentes em cada período histórico, o(a) adolescente foi percebido(a) e constituído(a) enquanto sujeito, de determinada maneira. Assim sendo, a compreensão da adolescência passa por um processo de construção social, ademais, é sentida e experienciada de diferentes formas (ESTEVES; ABRAMOVAY, 2007).

As significações e os modos de experienciar a adolescência se relacionam com diversos fatores, entre eles as condições de vida do sujeito, o contexto no qual se encontra inserido, o território, a comunidade, a sua família e sua história. Existem nítidas distinções entre adolescentes que têm condições favoráveis ao seu desenvolvimento biopsicossocial, favoráveis ao desenvolvimento de suas potencialidades, e adolescentes expostos(as) a negligências, condições mínimas de vida, falta de oportunidades, exclusão social e contextos familiares de pobreza e violações. Importantes reflexos da desigualdade social e que exercem influência sobre as formas de atravessar a adolescência.

4.2. DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE, VULNERABILIDADES E FATORES DE RISCO

A OMS define Saúde como um “estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”. Essa definição segue em utilização na atualidade, no entanto, diversos autores questionam o conceito, uma vez que saúde é um conceito complexo, multifatorial e dinâmico, que por sua vez está atrelado a fatores como influências sociais e comunitárias, históricas, econômicas, idade, sexo, fatores hereditários, condições de habitação, de trabalho, bem como aspectos culturais (CFP, 2019).

A Lei 8.080, de setembro de 1990, legislação que discorre sobre o Sistema Único de Saúde, garante o exposto acima, em seu artigo 3º: “os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais” (BRASIL, 1990b, p. 01).

Os Determinantes Sociais de Saúde (DSS) se caracterizam por fatores sociais, econômicos, culturais, históricos, ambientais e étnico/raciais que exercem influência na saúde dos indivíduos, bem como nos fatores de risco do indivíduo e população (BUSS; PELLEGRINI; FILHO, 2007). Com a análise dos determinantes é possível alcançar intervenções que ampliem políticas públicas, no viés de redução de iniquidades, desigualdades e de promoção de cidadania.

Nesse sentido, destaca-se a Política Nacional de Promoção de Saúde, redefinida pela Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014, que consta em seu objetivo central aspectos pautados nos determinantes de saúde acima citados, como: “(...) a equidade e a melhoria das condições e modos de viver, ampliando a potencialidade da saúde individual e da saúde coletiva, reduzindo vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais” (BRASIL, 2014c, p. 04). Nesse sentido, observa-se a relevância de considerar os DSS nas Políticas e ações voltadas aos(as) adolescentes.

Relacionado com a compreensão de DSS surge o conceito de vulnerabilidade social. Conforme Fonseca *et al.*, (2013):

Existem componentes importantes para avaliar as condições de maior ou de menor vulnerabilidade social, individual ou coletiva. Entre esses componentes podem ser citados: o acesso aos meios de comunicação, a escolarização, a disponibilidade de

recursos materiais, a autonomia para influenciar nas decisões políticas e a possibilidade de enfrentar barreiras culturais e de estar livre de coerções violentas ou poder defender-se delas (FONSECA *et al.*, 2013, p. 259).

Na América Latina, o conceito de vulnerabilidade social “foi criado com o objetivo de ampliar a análise dos problemas sociais, ultrapassando o identificador renda ou a posse de bens materiais da população em geral. O conceito está vinculado às concepções do Estado de Bem-Estar Social” (FONSECA *et al.*, 2013, p. 259).

O conceito de vulnerabilidade é ampliado e multifatorial, pois abrange um conjunto de fatores que influenciam na capacidade que o sujeito tem de se proteger de um agravo, adoecimento ou situação de risco. A vulnerabilidade engloba dimensões individuais e coletivas. Relaciona-se com a compreensão de saúde, pois estados de vulnerabilidade podem afetar a saúde, seja ela física, emocional ou psicológica (BRASIL, 2010; FONSECA *et al.*, 2013).

O conceito de vulnerabilidade “remete à ideia de fragilidade e de dependência, que se conecta a situação de crianças e adolescentes, principalmente os de menor nível socioeconômico” (FONSECA *et al.*, 2013, p. 259). A adolescência é permeada por riscos resultantes do contexto social, familiar e de processos históricos de exclusão e discriminação (BRASIL, 2014a). Os fatores de risco dizem respeito ao aumento da possibilidade de um evento ocorrer, nesse sentido, adolescentes expostos à condições desiguais de vida têm maior risco de vivenciar violência urbana, violência intrafamiliar, conforme apontam os índices do Disque Direitos Humanos (BRASIL, 2019).

Dessa forma, a produção de saúde, no trabalho realizado com adolescentes, exige o reconhecimento de suas potências, compreendê-los(as) como sujeitos autônomos, protagonista de suas histórias e contextos de vida, com capacidade de participação e corresponsabilidade em seus processos de cuidado, isto é, “produzir saúde com adolescentes e jovens é trazê-los para o centro do processo como sujeitos de direitos” (BRASIL, 2010, p. 79).

Visualizando a adolescência a partir dessa perspectiva, é importante destacar a existência de fatores protetivos e elementos de risco que permeiam essa fase da vida. E a família, como já citado, é considerada eixo central na proteção de crianças e adolescentes. Com relação aos diversos atores corresponsáveis pela proteção dos(as) adolescentes, pontua-se o papel e importância das Políticas Públicas voltadas a essa população, políticas que objetivam o cuidado, proteção e pleno desenvolvimento desses sujeitos, conforme é apontado pelo Ministério da Saúde:

Para se promover um desenvolvimento saudável para os cidadãos nesse período especial de suas vidas e alcançar o pleno desenvolvimento de suas potencialidades, a sociedade, por meio do Estado, precisa assegurar mecanismos de educação, proteção social, inclusão, promoção e garantia de direitos da criança, do adolescente e da família (BRASIL, 2005, p.10).

É a partir do reconhecimento desses aspectos como fundamentais à condição peculiar de desenvolvimento dos(as) adolescentes, que o Estatuto da Criança e do Adolescente resguarda a garantia de Políticas Públicas específicas para os mesmos.

4.3. POLÍTICAS PÚBLICAS E A INTERSETORIALIDADE

Políticas Públicas são definidas como a totalidade de ações, metas e projetos por parte do Estado em prol do bem-estar da sociedade; se refere às ações e decisões dos governos federal, estaduais e municipais. As políticas públicas devem ser formuladas a partir de demandas da sociedade e executadas pelo Estado, embora na prática a ordem não seja necessariamente essa, tendo em vista que o plano do governo direciona as políticas públicas a serem ofertadas à população, em seus formatos e objetivos (CAMPOS *et al.*, 2017; LOPES, AMARAL, 2008).

A formulação, elaboração, implementação ou atuação em projetos ou ações voltadas aos(as) adolescentes demanda conhecimento acerca das características peculiares da população alvo, assim como os condicionantes que a permeiam, havendo maiores possibilidades de eficácia nas propostas. Construir políticas públicas para a população adolescente demanda lançar um olhar crítico a respeito da adolescência na contemporaneidade, a partir da noção de adolescência e juventude como uma construção social, cultural e histórica, sendo atravessada por múltiplas relações e contextos, como condicionantes de classe social, gênero e raça. Dessa maneira, as políticas públicas refletem uma concepção acerca de adolescentes e/ou jovens e de estratégias para lidar com as demandas emergentes dessa população, não podendo estar descoladas do cenário socioeconômico e político vigente no país (CAMPOS *et al.*, 2017).

A intersectorialidade é tema que se entrelaça às políticas públicas. É uma prática de suma importância nos setores da Saúde, da Assistência Social e da Educação, e diante da sua relevância vem ganhando espaço em tantas outras políticas. A intersectorialidade está atrelada ao conceito de trabalho em rede. De acordo com Malvezzi e Nascimento (2020), “as redes visam integrar e conectar pessoas, objetos ou ideias, com vistas a descentralizar as estruturas e

estabelecer relações mais horizontais entre os elementos” (MALVEZZI; NASCIMENTO, 2020, p.2).

A intersectorialidade, compreendida através da significação de rede, presume uma interdependência entre as(os) profissionais que compõem os setores de diferentes políticas públicas. É sinônimo de integração e de articulação. A integração entre Assistência Social e Saúde tem efetivado redes intersectoriais no próprio território, acessando a comunidade e fomentando a participação social. Nesses setores, um dos objetivos do trabalho intersectorial é o de garantir direitos sociais e de saúde, bem como atender de forma efetiva às demandas complexas da população (COUTO, DELGADO, 2016; MALVEZZI, NASCIMENTO, 2020).

A população adolescente circula por diferentes instituições e equipamentos públicos, como a escola, serviços socioassistenciais, posto de saúde, programas relativos à cultura e ao esporte. No entanto, tem aqueles(as) que nem sequer chegam a acessar quaisquer serviços, sinalizando para uma lacuna assistencial. A circulação do(a) adolescente e a existência de uma lacuna assistencial são importantes aspectos a considerar, uma vez que denotam a urgência de maiores articulações intersectoriais, bem como a implicação dos atores envolvidos. Para que articulações sejam possíveis, é necessário primeiramente refletir e delinear as particularidades de cada serviço envolvido nos processos de intersectorialidade. É preciso que as(os) profissionais se apropriem de seus fazeres, tenham delimitado quais são suas competências e as dimensões do próprio serviço, para então se lançar a uma prática intersectorial e compartilhar saberes com demais serviços (COUTO; DELGADO, 2016).

No processo de intersectorialidade, nos âmbitos da saúde, educação, assistência social e outros, podem ser realizadas inúmeras formas de atuação frente às demandas emergentes, como matriciamento, atendimento conjunto, formação permanente, supervisão, estudos de caso e afins. As formas de operacionalizar as ações intersectoriais também podem ser diversas, de acordo com cada setor, “o que há de consenso é o reconhecimento de que práticas intersectoriais são necessárias no enfrentamento de problemas reais e complexos, diante dos quais as respostas calcadas em tradições setoriais ou estritamente especializadas não têm se mostrado satisfatórias” (COUTO; DELGADO, 2016, p. 272).

As demandas emergentes da população adolescente exigem elaboração de estratégias conjuntas entre os equipamentos por eles ocupados, com o intuito de fomentar o compartilhamento de responsabilidades e saberes, aumentar a resolutividade em ações e ampliar o cuidado ofertado. Desse modo, ações intersectoriais possibilitam o alcance de

objetivos como inclusão, cidadania e respeito aos direitos humanos (LAURIDSEN-RIBEIRO; TANAKA, 2016).

4.3.1. Política de Saúde e o SUS

O Sistema Único de Saúde (SUS) é resultado de um amplo movimento ocorrido na década de 1980 no campo da atenção à saúde, nomeado de *Reforma Sanitária*. A partir da Reforma, o SUS foi originado na Constituição Federal de 1988 e regulamentado pela Lei nº 8.080, em 1990. A Lei nº 8.080 regulamenta a organização do SUS, os princípios norteadores e as ações e serviços em todo o território nacional. As diretrizes que embasam o Sistema Único de Saúde são as seguintes: Universalidade, Integralidade, Equidade, Controle Social e Descentralização Político Administrativa (BRASIL, 1990c; LAURIDSEN-RIBEIRO, TANAKA, 2016).

Os princípios da Universalidade, Integralidade e Equidade se aproximam intimamente do que preconiza o Estatuto da Criança e do Adolescente em relação ao atendimento dessa população. A Universalidade se refere ao acesso sem discriminação às ações e serviços de saúde, em todos os níveis de atenção. O princípio da Integralidade se refere ao cuidado ampliado, à compreensão do processo saúde-doença em sua complexidade e a oferta de um conjunto de ações, visando à promoção, proteção e recuperação de indivíduos e coletividades. Por fim, o princípio da Equidade tem como objetivo reduzir desigualdades, a partir do reconhecimento de que as especificidades e necessidades de determinadas populações e/ou indivíduo são distintas, conseqüentemente, a oferta de ações e serviços deve corresponder a tais diferenças (LAURIDSEN-RIBEIRO; TANAKA, 2016). De acordo com os princípios citados acima, o atendimento de adolescentes se dá nos diferentes níveis de complexidade do SUS, havendo ações e serviços específicos voltados a essa população.

Em relação à estrutura de ações e serviços voltados aos(as) adolescentes no âmbito do SUS, a Atenção Básica tem responsabilidade no que tange ao cuidado dessa população. As principais ações competem à Estratégia de Saúde da Família, com capacidade de alcance individual e coletivo

Destacam-se estratégias destinadas à promoção do crescimento e desenvolvimento saudáveis, da saúde sexual e reprodutiva, da saúde mental e aquelas estratégias voltadas para a prevenção contra o álcool e outras drogas e a redução de morbimortalidade por violências e acidentes (BRASIL, 2014c, p. 18).

Em 2008, foram criados os Núcleos de Apoio de Saúde da Família (NASF), pela Portaria nº 154, de 2008. Em período posterior, passou por alterações em seu funcionamento e passou a chamar *Núcleo Ampliado de Saúde da Família*. O NASF se caracteriza por uma equipe formada por profissionais de diferentes especialidades, ampliando o cuidado a partir de uma perspectiva multi e interdisciplinar. Surgiram para atuar como suporte às equipes de Saúde da Família, prestando matriciamento e ampliando de forma significativa o cuidado na Atenção Básica. Portanto, o NASF é considerado ator importante no desenvolvimento de ações e no cuidado aos(às) adolescentes (LAURIDSEN-RIBEIRO; TANAKA, 2016). Cabe destacar que, no ano de 2020, o NASF passou por um desmonte por iniciativa do governo federal. Os recursos destinados ao NASF foram suspensos e com isso o critério para permanência do serviço ficou a critério da esfera municipal. Tal condição representa uma perda significativa para a Atenção Básica de Saúde, que passa a não ter o suporte matricial de uma equipe multiprofissional.

Na Média Complexidade do SUS, dentre outros serviços especializados, foram instituídos os Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Os CAPS são serviços que prestam cuidado a indivíduos com transtornos mentais graves, severos ou persistentes. Nas modalidades de CAPS, existem três diferentes tipos: CAPS I, II e III, destinado prioritariamente para adultos; CAPS AD, relativo ao atendimento a indivíduos com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas; e CAPS i, direcionado a crianças e adolescentes em sofrimento psíquico (BRASIL, 2004).

O Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPS i) é referência em saúde mental para crianças e adolescentes, “tem o mandato de articular os diversos equipamentos do território e, em conjunto com a Atenção Básica, coordenar o cuidado a crianças e adolescentes com sofrimento psíquico” (LAURIDSEN-RIBEIRO; TANAKA, 2016, p. 159). No entanto, os CAPS são instituídos de acordo com a demanda populacional/número de habitantes, desta maneira, para os municípios que não contam com a estrutura de um CAPS Infantil, o cuidado de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico é de responsabilidade do CAPS I (BRASIL, 2004).

No que tange à Alta Complexidade do SUS, orienta-se que os serviços da Atenção Básica e Média Complexidade estejam em articulação com hospitais gerais, para que em situações graves e/ou urgentes que demandam internação, a mesma aconteça de maneira articulada, de forma mais breve possível e sob cuidado de equipe especializada, considerando

a condição peculiar do adolescente, sujeito em desenvolvimento (LAURIDSEN-RIBEIRO; TANAKA, 2016).

Em relação aos diferentes serviços e níveis de complexidade, observa-se a necessidade de atentar para a concepção de cuidado, para que os serviços e ações funcionem de fato como uma rede, de forma articulada, integrada e implicada, garantindo a aplicabilidade dos princípios norteadores do SUS. Isso significa que “da atenção básica à especializada, passando pelos serviços de urgência e emergência, os serviços, equipamentos e pontos de atenção da rede de saúde devem estar aptos a viabilizar o acolhimento e a prover o devido cuidado a esses sujeitos” (BRASIL, 2014a, p. 19).

Considera-se, ainda, que fazer saúde para e com adolescentes requer laços intersetoriais seguros, com práticas pautadas nos princípios da integralidade, equidade e a partir da lógica territorial. O conceito de território extrapola dimensões geográficas e adentra as relações, redes, afetos e possibilidades que coexistem em um determinado espaço. O território é considerado, a partir do SUS, o lugar psicossocial do indivíduo, onde a sua vida acontece (BRASIL, 2010).

Destaca-se que, embora as políticas públicas estejam assim delineadas, o contexto político do país interfere na execução das mesmas. Há alguns anos o SUS vem sofrendo um processo de desmonte e desfinanciamento, através de ações como a Emenda Constitucional nº 95/2016, com o congelamento de gastos destinados à Saúde e à Educação; outros decretos e legislações que caminham na contramão dos pressupostos do SUS, como um maior incentivo no financiamento de leitos psiquiátricos; comunidades terapêuticas incluídas na Rede de Atenção Psicossocial – RAPS e financiadas pelo Governo Federal, entre outras significativas intervenções que representam uma ameaça ao SUS, em seus princípios fundamentais, e com efeitos negativos na saúde da população brasileira. Menezis, Moreti e Reis (2019, p. 11) apontam que caso as ações de sucateamento persistam, haverá um SUS “cada vez menor, precarizado, equivalente a cerca de um terço do que hoje é capaz de disponibilizar à população brasileira. São premissas que apontam para o retorno de um sistema de saúde excludente, para poucos”.

4.3.2. Política de Assistência Social e o SUAS

O Sistema Único de Assistência Social (SUAS) foi regulamentado a partir da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), Lei nº 8.742 de dezembro de 1993. A LOAS dispõe

sobre a organização da Assistência Social, em suas definições, objetivos, princípios e estrutura organizacional dos serviços em seus diferentes níveis de complexidade. Dez anos após a regulamentação da LOAS, por meio de deliberações da IV Conferência Nacional de Assistência Social, realizada em dezembro de 2003, houve um redesenho na Política de Assistência Social no Brasil. Em 2004, foi elaborada e materializada a Política Nacional de Assistência Social (PNAS), considerado um importante marco no âmbito do SUAS. Em 2011, com a Lei nº 12.435, alterações significativas foram incluídas na LOAS, mais um marco na Política de Assistência Social (BRASIL, 1993; 2004).

Os princípios do SUAS se assemelham em alguns aspectos aos do SUS, como o princípio da Universalidade, Equidade, Controle Social e Descentralização Político Administrativa. Tem como perspectiva a garantia de direitos, o trabalho no território e a centralidade na família. O SUAS tem como responsabilidade a garantia de Segurança de Sobrevivência, que se refere à garantia de que todos tenham condições monetárias de subsistência; de Acolhida, relacionada à provisão de necessidades humanas como alimentação, abrigo e vestuário; e a Segurança ao convívio ou vivência familiar, que se refere ao fortalecimento de vínculos familiares quando fragilizados e à tentativa de reconstrução daqueles rompidos. Baseia-se na compreensão de que é nas relações que o indivíduo se constitui, sendo a família primordial no processo de construção da identidade e da subjetividade, bem como espaço de construção de laços afetivos, segurança e pertencimento (BRASIL, 2004).

São usuários da Política de Assistência Social:

(...) cidadãos e grupos que se encontram em situações de vulnerabilidade e riscos, tais como: famílias e indivíduos com perda ou fragilidade de vínculos de afetividade, pertencimento e sociabilidade; ciclos de vida; identidades estigmatizadas em termos étnico, cultural e sexual; desvantagem pessoal resultante de deficiências; exclusão pela pobreza e, ou, no acesso às demais políticas públicas; uso de substâncias psicoativas; diferentes formas de violência advinda do núcleo familiar, grupos e indivíduos; inserção precária ou não inserção no mercado de trabalho formal e informal; estratégias e alternativas diferenciadas de sobrevivência que podem representar risco pessoal ou social (BRASIL, 2004, p. 33).

A política de Assistência Social, assim como o SUS, é organizada em níveis de complexidade: Proteção Social Básica, Proteção Social Especial de Média Complexidade e Proteção Social Especial de Alta Complexidade. Baseia-se na perspectiva de território para a execução do trabalho social com famílias (BRASIL, 2004).

No que tange à faixa etária da adolescência, considerada pela política de Assistência Social os parâmetros estabelecidos pelo ECA, todos os níveis de proteção da Assistência Social têm responsabilidade quanto a essa população, de acordo com as demandas emergentes e a competência e complexidade de cada equipamento. A partir dos níveis de proteção, serão descritos abaixo os serviços da Assistência Social nos quais os(as) adolescentes estão contemplados.

Na Proteção Social Básica do SUAS, os serviços que se relacionam com o cuidado de adolescentes são os seguintes: Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF) e Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV). O PAIF tem a finalidade de fortalecer a função protetiva e prevenir rupturas nas relações familiares. Caracteriza-se por um trabalho social com famílias, tem caráter continuado, preventivo e protetivo. Baseia-se na garantia de direitos e no fortalecimento de vínculos familiares e comunitários. O SCFV tem sua base no trabalho em grupos, sendo complementar e articulado ao PAIF. Os(As) usuários(as) são inseridos(as) em grupos específicos, de acordo com o ciclo de vida no qual se encontram. A vivência grupal favorece trocas culturais, a sociabilidade e formação de identidade e de pertencimento.

Para adolescentes, existem duas categorias grupais distintas, uma para usuários(as) na faixa etária de 6 a 15 anos e outra de 15 a 17 anos de idade. Na categoria 6 a 15 anos, priorizam-se atividades lúdicas, culturais e esportivas que favoreçam a descoberta de potencialidades do indivíduo, contribuam para processos interativos, sociais, de aprendizagem e emancipação. No grupo de adolescentes de 15 a 17 anos, a sociabilidade também é foco, mas com outras perspectivas, como cidadania, participação social, mundo do trabalho, aspectos relacionados à juventude e o desenvolvimento das habilidades (BRASIL, 2014d).

Na Proteção Social Especial, os serviços estão organizados em Média e Alta Complexidade. Na Média Complexidade está o Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (PAEFI); Serviço Especializado em Abordagem Social; Serviço de Proteção Social a Adolescentes em Cumprimento de Medida Socioeducativa de Liberdade Assistida (LA), e de Prestação de Serviços à Comunidade (PSC). O PAEFI realiza acompanhamento de famílias nas quais há suspeita de violação de direitos, vínculos familiares fragilizados e rupturas significativas. Os(As) adolescentes são contemplados(as) na proteção a diferentes formas de violência, como violência sexual, psicológica, física, negligência, maus tratos, trabalho infantil, discriminação étnico-racial e de gênero. O Serviço Especializado em Abordagem Social tem por finalidade buscar e identificar, no território, demandas de trabalho

infantil, exploração sexual, situação de rua, dentre outras formas de violação de direitos. Atua prioritariamente no território, tem caráter continuado e necessita de ações intersetoriais em prol da garantia de direitos (BRASIL, 2014d).

Ainda na Média Complexidade do SUAS, está o Serviço de Proteção Social a Adolescentes em Cumprimento de Medida Socioeducativa de LA e de PSC. Serviço voltado especificamente a adolescentes de 12 a 18 anos incompletos e jovens de 18 a 21 anos, realiza o acompanhamento de adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas em meio aberto, via determinação judicial. Prevê, ainda, a garantia de direitos e ressignificação de aspectos do contexto de vida, bem como a responsabilização frente ao ato infracional. Para que o trabalho com adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas tenha um alcance ampliado, necessita de articulações intersetoriais, a fim de garantir proteção, acesso à saúde, educação, esporte, cultura, dentre outros equipamentos públicos necessários que se relacionem com o plano traçado junto ao(à) adolescente e sua família (BRASIL, 2012; BRASIL, 2014d).

Dentre as modalidades de cumprimento de medidas socioeducativas, estão a LA e a PSC. A LA se caracteriza por acompanhamento realizado por equipe multidisciplinar ao adolescente, tem caráter continuado e sistematizado. Na PSC, há o acompanhamento do adolescente pela equipe, contudo a medida é cumprida em entidades vinculadas ao serviço, se efetivando determinada carga horária, e com especificidades em relação à atividade a ser executada (BRASIL, 2014d; BRASIL, 2012).

Na Alta Complexidade, os dispositivos direcionados a adolescentes são os seguintes: Serviço de Acolhimento em Família Acolhedora e Serviços de Acolhimento Institucional, sendo eles: Abrigo Institucional; Casa-Lar e Residência Inclusiva. O Serviço de Acolhimento em Família acolhedora é responsável pela organização e acompanhamento de crianças e adolescentes afastados provisoriamente do convívio familiar, via judicial, acolhidas em famílias acolhedoras cadastradas no serviço. O monitoramento, acompanhamento, cadastramento e capacitação das famílias são de responsabilidade do serviço. Os serviços de acolhimento institucional se caracterizam por instituições aptas ao acolhimento provisório de crianças e adolescentes. Ambas as modalidades de acolhimento são direcionadas àqueles em situação de risco, afastados temporariamente do convívio familiar devido às violações de direito. O acolhimento é regulamentado pelo Estatuto da Criança e do Adolescente, havendo a garantia de proteção e cuidado a estes indivíduos (BRASIL, 2014d).

A Política Pública de Assistência Social apresenta em sua estruturação diversos equipamentos voltados à garantia de direitos de crianças e adolescentes. As ações devem ser efetivadas de forma integrada às políticas setoriais, a partir do princípio da Equidade e Universalidade, visando o enfrentamento das desigualdades vigentes no território e a superação de contextos de vulnerabilidade (BRASIL, 2004).

4.3.3. Política de Educação

Crianças e adolescentes, por muito tempo, não foram assim considerados sujeitos de direitos. Durante a idade média eram entendidos como pequenos adultos. A educação ocorria através da convivência com pessoas mais velhas, que lhes atribuíam uma função. Tornavam-se adultos quando adquiriam a capacidade de realizar tarefas cotidianas sem auxílio. Esse contexto começou a se modificar por volta dos séculos XVI e XVII, a preocupação agora se tratava de preparar a criança e o(a) adolescente para se tornar uma pessoa de honra e racional, no entanto, esses esforços eram dirigidos apenas aos(as) filhos(as) da classe burguesa (ÀRIES, 1981).

É nesse contexto histórico e cultural que a escola surge como instituição de ensino, disciplinadora, autoritária, para a formação moral e intelectual dos sujeitos (COUTINHO; CARNEIRO; SALGUEIRO, 2018).

O meio escolar passou por um processo de mudanças gradativas ao longo da história. Atualmente, a inserção de crianças e adolescentes na escola não é optativa e sim obrigatória. A Política Nacional de Educação é norteadada pela Lei nº 9.394, de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases para a educação nacional. De acordo com o artigo 1º da referida legislação,

A educação abrange os processos formativos que se desenvolvem na vida familiar, na convivência humana, no trabalho, nas instituições de ensino e pesquisa, nos movimentos sociais e organizações da sociedade civil e nas manifestações culturais” sendo complementado a afirmação de que ‘A educação escolar deverá vincular-se ao mundo do trabalho e à prática social’ (BRASIL, 1996, p. 10).

Essas primeiras afirmações contidas na lei, demonstram que o atual ensino brasileiro traz consigo resquícios de uma educação pautada em valores morais e disciplinadores. No entanto, associados a valores atuais de liberdade, autonomia e considerando a condição de crianças e adolescentes enquanto sujeitos em fase peculiar de desenvolvimento, conforme preconiza o ECA. Os princípios da Política Nacional de Educação são os seguintes:

Art. 3º O ensino será ministrado com base nos seguintes princípios:

I - igualdade de condições para o acesso e permanência na escola; II - liberdade de aprender, ensinar, pesquisar e divulgar a cultura, o pensamento, a arte e o saber; III - pluralismo de ideias e de concepções pedagógicas; IV - respeito à liberdade e apreço à tolerância; V - coexistência de instituições públicas e privadas de ensino; VI - gratuidade do ensino público em estabelecimentos oficiais; VII - valorização do profissional da educação escolar; VIII - gestão democrática do ensino público, na forma desta Lei e da legislação dos sistemas de ensino; IX - garantia de padrão de qualidade; X - valorização da experiência extra-escolar; XI - vinculação entre a educação escolar, o trabalho e as práticas sociais; XII - consideração com a diversidade étnico-racial. (Incluído pela Lei nº 12.796, de 2013); XIII - garantia do direito à educação e à aprendizagem ao longo da vida. (Incluído pela Lei nº 13.632, de 2018) (BRASIL, 1996, p. 9).

Todos esses princípios encontram-se previstos na legislação vigente, entretanto, teóricos questionam aspectos relacionados às práticas e o sistema educacional em sua amplitude. Historicamente, o sistema escolar não foi organizado para atender às diversidades. Com a universalização do acesso, todo cidadão passou a ter direito ao ingresso, contudo, a escola não foi organizada para o amparo da diversidade resultante das diferenças culturais, raciais, socioeconômicas e individuais. A trajetória educacional foi e permanece marcada por práticas competitivas e de desempenho individual, o que dá margem a processos excludentes, estigmatizantes e às relações de poder (ANDRADE; NETO, 2007).

O processo de escolarização é entendido como um significativo espaço de produção de sentido, que “explicita, de forma incisiva, desigualdades e oportunidades limitadas que marcam expressivos grupos de jovens brasileiros. Ao mesmo tempo, é um espaço fundamental de reflexão e luta por direitos” (ANDRADE; NETO, 2007, p. 56). No entanto, “o que parece estar dado, como direito, instituído e instituinte – o direito à educação para todos, não reflete, necessariamente, a realidade vivenciada por parcela significativa dos jovens brasileiros” (ANDRADE; NETO, 2007, p. 56).

Para uma mudança no paradigma da educação, é preciso pensar o processo através das relações, relações estas que se dão no contato entre educadores e alunos e que nem sempre serão previsíveis. A construção é contínua e ocorre através das vivências cotidianas, através da participação, circulação e integração dos alunos nesse processo e afirmando-os enquanto sujeitos ativos, não como objetos de intervenção (COUTINHO; CARNEIRO; SALGUEIRO, 2018).

5. METODOLOGIA

5.1. TIPO DE ESTUDO

Esta pesquisa foi um estudo descritivo e exploratório de cunho qualitativo. O método qualitativo propicia ao investigador a possibilidade de conhecer, descrever e analisar mais profundamente contextos, relações, crenças, opiniões, entre outros aspectos da subjetividade, das relações humanas e sociais. Através dessa abordagem, é possível capturar significações, motivos, valores e atitudes que englobam as realidades sociais e individuais dos sujeitos em questão. Compreende o ser humano enquanto indivíduo que se constitui nas relações sociais, bem como os contextos sociais constituídos por diferentes subjetividades. A pesquisa qualitativa é caracterizada pela empiria e por uma sistematização gradual de conhecimento em que, através da utilização de métodos e técnicas, se alcance maior compreensão acerca do fenômeno em estudo (MINAYO, 2014).

A pesquisa descritiva tem como objetivo central a descrição de determinado fenômeno, população e/ou o estabelecimento de relação entre variáveis. É caracterizada pelo uso de técnicas padronizadas de coleta de dados. São definidas como descritivas as pesquisas que tem como objetivo levantar opiniões, atitudes e concepções de determinada população ou grupo. Já a pesquisa exploratória tem como principal finalidade desenvolver, ampliar e modificar conceitos pouco explorados. É utilizada para proporcionar uma visão geral acerca de determinado fenômeno, trazendo esclarecimento e delimitação ao problema (GIL, 2008).

5.2. CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTUDO

O presente estudo foi realizado no município de Ibirama, situado na região do Alto Vale do Itajaí, estado de Santa Catarina. O município de Ibirama foi fundado em 1897. Grande parcela da população tem descendência alemã e italiana. A economia é pautada nos setores da indústria, comércio, serviços e agropecuária. De acordo com dados do IBGE, a estimativa populacional é de 18.721 pessoas (IBIRAMA, 2019b; IBGE, 2017).

A Educação do município de Ibirama conta com seis escolas e seis centros de educação infantil municipais, três colégios estaduais e um colégio particular. No ensino superior, há o campus CEA VI da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), um campus do Instituto Federal Catarinense (IFC) e instituições de ensino superior privadas (IBIRAMA, 2019a). Referente à organização da Saúde, existem equipamentos nos diferentes

níveis de complexidade da rede pública para a cobertura da comunidade. Na Atenção Básica de Saúde, estão as Estratégias de Saúde da Família (ESF) e o Núcleo de Apoio de Saúde da Família (NASF), atuando em Unidades Básicas de Saúde (UBS). Há um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), um Posto de Atendimento Médico (PAM), onde atendem especialidades médicas e ESF's. O município conta com o Tratamento Fora de Domicílio (TFD), a Vigilância Epidemiológica, a Vigilância Sanitária, uma Farmácia Central e o Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU). Dentre eles, na alta complexidade do SUS, está o Hospital Dr. Waldomiro Colautti, referência regional no atendimento hospitalar com 100% de cobertura pelo SUS (IBIRAMA, 2019a). Na Assistência Social, Ibirama conta com o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS); vinculado à gestão estão os setores de Benefícios Assistenciais, o setor do Cadastro Único e equipes de Proteção Social Especial de Média e Alta Complexidade.

A escolha pelo município de Ibirama ocorreu por ser o município onde a pesquisadora exerce sua profissão atualmente, vinculada à Secretaria Municipal de Saúde e atuando em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS I).

5.3. POPULAÇÃO DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada com profissionais das áreas da Saúde, Assistência Social, Educação e Conselho Tutelar do município de Ibirama - SC, que atuam com políticas públicas, ações e/ou programas voltados aos(as) adolescentes. Para isso, participaram da pesquisa profissionais vinculados à esfera municipal e estadual. No presente estudo, a população adolescente foi contemplada pela faixa etária de 12 a 18 anos, conforme os parâmetros estabelecidos pelo ECA.

Como critérios de inclusão, foram convidadas(os) a participar da presente pesquisa profissionais e gestoras(es) das áreas da Saúde, Educação, Conselho Tutelar e Assistência social em que suas práticas profissionais tenham relação direta com os(as) adolescentes, seja no planejamento ou execução de ações. Dentre essas(es), foram convidadas(os) aproximadamente nove profissionais de cada campo, buscando a realização de grupos focais com um número de cinco a nove pessoas. Como critérios de exclusão, não foram consideradas(os) as(os) profissionais que no período da coleta de dados estiveram em condição de férias, afastamento ou licença, bem como aquelas(es) que negaram a participação na pesquisa.

5.4. COLETA DE DADOS

A coleta de dados nesta pesquisa foi por meio do Grupo Focal (GF). A técnica de GF se caracteriza por uma coleta de dados realizada em pequenos grupos, pode-se nomear como uma entrevista grupal, desta forma, os alcances também tem uma dimensão coletiva. Um dos pilares do GF é acreditar que opiniões e atitudes são formadas socialmente, ou seja, na interação e relação do indivíduo com outros sujeitos. O GF possibilita explorar diferentes perspectivas acerca de um determinado fenômeno, pois são diferentes visões de mundo contempladas em um mesmo espaço, por isso, é considerado um espaço privilegiado para reflexões, elaboração de concepções grupais, bem como gerar problematizações em profundidade (BACKERS *et al.*, 2016).

Trata-se de uma abordagem dialética, na qual o participante é compreendido como um sujeito ativo no processo de construção, análise e interpretação dos dados que surgem no campo. Os participantes são estimulados ao debate, o que facilita espaços de reflexão, bem como a desconstrução e construção de conceitos a respeito de determinado fenômeno social abordado durante os grupos. De acordo com os autores, há uma intencionalidade em sensibilizar os participantes para que possam operar em suas realidades de maneira crítica e criativa (BACKERS *et al.*, 2016).

Na composição e funcionamento do GF, uma característica importante é de que os participantes possuam pelo menos uma característica comum entre si e que esta se relacione com o objetivo da pesquisa. Sugere-se que os encontros sejam realizados até que tenha se alcançado uma compreensão a respeito do tema proposto e das informações obtidas no grupo (BACKERS *et al.*, 2016).

O Grupo Focal necessita de dois profissionais para sua execução, o Coordenador ou Moderador e o Observador. O Moderador é quem conduz o grupo, fomenta os debates, apresenta a proposta e fornece o suporte necessário em relação às informações e demandas que podem emergir no GF, como aspectos éticos envolvidos no processo grupal. Compete ao Moderador a organização e planejamento das fases do encontro do GF, ou seja, é o responsável pela instrumentalização e preparo de todo o processo. O observador é responsável pelo registro dos acontecimentos no GF, como a dinâmica grupal, expressões que surgem e o registro de falas importantes, o que contribui significativamente para a qualidade da coleta de dados. O observador pode também auxiliar na condução dos debates e em outros aspectos que se referem à organização do GF (MINAYO, 2014; BACKERS *et al.*, 2016).

Na coleta de dados, o papel de moderadora foi realizado pela própria pesquisadora, enquanto, na observação, a pesquisa contou com uma profissional da área da Saúde do município, com experiência em pesquisa qualitativa.

A coleta de dados aconteceu no município de Ibirama – SC. Inicialmente, foi formalizado um convite às(aos) gestoras(es) municipais das Secretarias de Saúde, de Assistência Social e de Educação, à direção do Hospital Doutor Waldomiro Colautti, às Direções das escolas estaduais e à Coordenação do Conselho Tutelar do município, para que a proposta de pesquisa fosse apresentada, por meio de uma reunião presencial, e solicitada a participação de profissionais lotadas(os) nos respectivos dispositivos públicos. Após o aceite, foi realizado o recrutamento das(os) participantes, momento no qual foi realizada a apresentação da proposta da pesquisa, o convite às(aos) profissionais, e prestadas informações a respeito dos aspectos éticos e do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (apêndice 2).

Para auxiliar no momento da realização do grupo, foi utilizado um roteiro de entrevista semiestruturado com as seguintes questões norteadoras: “Como você compreende a adolescência e/ou os(as) adolescentes?”, “De acordo com sua percepção, quais são as potencialidades e fragilidades dos indivíduos neste período da vida?”, “Quais as principais demandas que surgem com relação aos(às) adolescentes, na instituição/serviço em que atua?”, “Quais as principais dificuldades que encontra?”, “Quais as ações setoriais e intersetoriais na atenção aos(às) adolescentes no município de Ibirama?”, “Quais as potencialidades e fragilidades na articulação da rede?”, “Atende às demandas existentes ou há lacunas?” e “Propostas de alternativas e estratégias para a atenção aos(às) adolescentes do município de Ibirama, considerando o trabalho intersetorial”.

Os locais e datas dos encontros foram definidos junto às(aos) gestoras(es) das respectivas secretarias e direções. A coleta de dados foi dividida em duas etapas. O primeiro momento da coleta de dados aconteceu da seguinte forma: foram três Grupos Focais, o primeiro foi realizado com profissionais da Saúde, o segundo com profissionais da área da Assistência Social e o terceiro com os profissionais da Educação. Sendo assim, foram realizados GF com profissionais de cada uma das três áreas supracitadas, realizados separadamente, com um número de participantes de cinco a nove em cada encontro. A segunda etapa da coleta de dados foi a realização de um quarto GF com viés interdisciplinar, que contou com integrantes das três áreas acima citadas, juntamente aos membros do Conselho Tutelar. As(os) profissionais do GF interdisciplinar foram recrutadas(os) pela pesquisadora, após a finalização da etapa inicial da coleta de dados.

Sendo assim, foi um total de quatro encontros, com o tempo de duração de, aproximadamente, noventa a cento e cinquenta minutos cada. A saturação dos dados e o consequente fechamento da etapa de coleta dos dados se deu com a realização do GF interdisciplinar, em que se observou repetição de ideias apresentadas nos GF anteriores. Os dados foram registrados em áudio, com gravação autorizada pelas(os) participantes e registros da observadora. A validação dos dados colhidos foi obtida no momento de fechamento de cada GF, por meio de um resgate dos principais aspectos junto às(aos) integrantes, com a afirmação do coletivo a respeito dos dados obtidos.

5.5. ANÁLISE DE DADOS

A análise dos dados seguiu as etapas da análise de conteúdo temática. Trata-se de um conjunto de técnicas sistemáticas e objetivas de investigação que tem por finalidade o tratamento dos dados e a interpretação das comunicações manifestas. É importante que as técnicas mencionadas estejam atreladas à temática da pesquisa, de forma que “a noção de tema está ligada a uma afirmação a respeito de determinado assunto. Ela comporta um feixe de relações e pode ser graficamente apresentada através de uma palavra, de uma frase, de um resumo” (MINAYO, 2014, p. 315). Ainda de acordo Minayo (2014), a análise temática exige a descoberta dos núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência tenham significado para o objeto em questão. A Análise Temática é realizada em três fases: a primeira é a Pré-Análise, a segunda é a Exploração do Material e terceira etapa o Tratamento dos Resultados Obtidos e Interpretação.

A Pré-Análise é a etapa de organização de ideias, faz-se uma retomada das hipóteses e objetivos iniciais. Esta etapa é dividida em três momentos: 1) Leitura flutuante: é o momento em que se deve realizar contato intenso com o material de campo, apropriando-se do conteúdo e traçando um paralelo entre hipóteses iniciais, as emergentes e a aprofundamento teórico; 2) A constituição de corpus: trata-se da organização do material para que contemple todos os tópicos levantados no roteiro, que represente de forma fidedigna o contexto estudado, que obedeça a critérios precisos de escolha de técnicas e interlocutores, havendo implicação com o tema e por fim, que os conteúdos sejam adequados à responder os objetivos do estudo; 3) A formulação e reformulação de hipóteses e objetivos: consiste no retorno à etapa exploratória e à possibilidade de reconstrução de interpretações e indagações. Nesta fase determinam-se “a unidade de registro (palavra-chave ou frase), a unidade de contexto (a delimitação do contexto

de compreensão da unidade de registro), os recortes, a forma de categorização, a modalidade de codificação e os conceitos teóricos mais gerais” (MINAYO, 2014, p. 317).

Na segunda etapa, de Exploração do Material, ocorre um processo classificatório, que objetiva o alcance de núcleos de compreensão do texto, por meio da redução do texto em palavras e expressões significativas - categorizações. E na terceira etapa, Tratamento dos Resultados Obtidos e Interpretação. A partir disto, são realizadas inferências e interpretações, traçando relações com o quadro teórico e/ou com novas hipóteses do campo do saber (MINAYO, 2014).

A análise de conteúdo temática “visa a ultrapassar o nível do senso comum e do subjetivismo na interpretação e alcançar uma vigilância crítica ante a comunicação de documentos, textos literários, biografias, entrevistas ou resultados de observação” (MINAYO, 2014, p. 308).

Nesse sentido, operacionalizou-se a organização dos dados transcritos, colhidos nos grupos focais, adicionalmente os registros da observadora, cujos textos foram armazenados em documentos no formato Word e identificados com os codinomes das(os) respectivas(os) participantes de cada GF. Obteve-se um volume significativo de material transcrito. A organização do material foi realizada em período subsequente aos encontros de GF, o que propiciou maior fidedignidade e rigor nesta etapa de exame do material e análise qualitativa dos dados.

Após as sucessivas leituras do material, trechos foram selecionados em cores distintas, de maneira a compor os diferentes temas emergidos do conteúdo analisado, posteriormente, os temas centrais foram selecionados e a partir de então descritos e apresentados os achados através das seguintes categorias temáticas: 1. Adolescências e adolescentes: das concepções às principais demandas. 1.1. Manejo com os(as) adolescentes e famílias. 2. A saúde mental dos(as) adolescentes e seus desdobramentos na rede de cuidado e 3. O trabalho em rede em suas potencialidades e fragilidades.

O processo de construção das categorias se deu através dos principais temas emergidos nos GF, atrelado ao roteiro de perguntas norteador (apêndice 1), a fim de vencer as perguntas da presente pesquisa.

5.5. ASPECTOS ÉTICOS

Inicialmente, foi realizado um contato com as(os) gestoras(es) das Secretarias Municipais de Saúde, Educação, Assistência Social e coordenações das escolas estaduais,

do Conselho Tutelar e do Hospital Doutor Waldomiro Colautti para obter a aquiescência ao desenvolvimento da pesquisa. Posteriormente, o projeto foi enviado para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina e por fim, somente após a aprovação, a pesquisa foi iniciada seguindo os princípios éticos da Resolução do Conselho Nacional de Saúde 466/12. O número do parecer de aprovação foi 3.555.933. As(Os) participantes foram convidadas(os) a fazer parte do grupo focal voluntariamente, e nos casos de aceite, assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 2).

6. RESULTADOS

Inicialmente será apresentado o perfil das(os) trabalhadores da rede, participantes da pesquisa, a partir de dados de registro de trabalho de campo, observações e anotações da mediadora e da observadora nos grupos focais realizados.

Os grupos focais contaram com a participação de um total de 26 integrantes, sendo a maioria do sexo feminino, participantes com escolaridades do ensino médio à pós-graduação. As formações predominantes foram Enfermagem, Pedagogia, Psicologia e Serviço Social, e a faixa etária variou de 25 a 67 anos, conforme Tabela 1.

Tabela 1 – Formação das(os) participantes dos grupos focais

| Grupos Focais | Assistência Social | Saúde | Educação | Intersetorial |
|-------------------------|--------------------------|-------|----------|---------------|
| Total de participantes: | 6 | 6 | 7 | 7 |
| Escolaridade | Ensino médio completo | 1 | 0 | 2 |
| | Ensino superior completo | 1 | 3 | 0 |
| | Pós-graduação | 4 | 3 | 5 |
| Sexo | Feminino | 6 | 6 | 7 |
| | Masculino | 0 | 0 | 0 |
| Formação | Psicologia | 2 | 0 | 0 |
| | Serviço Social | 2 | 1 | 0 |
| | Enfermagem | 0 | 3 | 0 |
| | Pedagogia | 1 | 1 | 4 |
| | Farmácia | 0 | 1 | 0 |
| | Artes cênicas | 0 | 0 | 2 |

Foram realizados quatro grupos focais. O primeiro deles, intitulado *GF 01*, ocorreu com as(os) profissionais da Política de Educação. O segundo, *GF 02*, foi realizado com profissionais da Política de Saúde. O terceiro grupo, *GF 03*, com profissionais da Política de Assistência Social e por fim, o quarto grupo, nomeado *GF 04*, de caráter intersetorial, foi composto por profissionais das políticas de Educação, Saúde e Assistência Social, participantes dos grupos anteriores, incluindo a presença de representações do Conselho Tutelar.

No que tange à condução dos grupos, partiu-se de uma apresentação das(os) profissionais que o conduziram, bem como da moderadora e da observadora, dentro de suas atribuições na mediação dos encontros. Posteriormente, foi exposto o TCLE, sanadas as dúvidas, e os termos foram assinados. Em seguida, a pesquisa foi apresentada em seus

objetivos e foram realizadas as orientações necessárias a respeito da dinâmica, condução e as principais características do GF como método de coleta de dados. Foi enfatizado o cuidado, ética e sigilo com relação aos conteúdos emergentes entre as(os) participantes, o respeito durante a dinâmica grupal e outros pontos relevantes como a atenção para que a fala fosse declarada de forma compreensível, sem ruídos e/ou falas concomitantes, garantindo a gravação para posterior transcrição dos dados. Com o consentimento de todas(os) as(os) participantes, a pesquisa foi iniciada a partir do roteiro de perguntas norteadoras (apêndice 1), conforme consta na metodologia. Os grupos tiveram uma duração média de duas horas. Vale ressaltar que, embora os GF tenham sido guiados de forma padronizada, cada um apresentou especificidades na dinâmica grupal e exigiu da mediadora (pesquisadora) e observadora peculiaridades na forma de manejar e conduzir o grupo.

Com relação à condução do GF, a pesquisadora, no papel de mediadora, esteve à frente da apresentação, condução e manejo do grupo, em constante interação. A observadora ocupou um lugar de observação, utilizando do diário de campo como recurso para realizar as anotações plausíveis à pesquisa, referente aos olhares, interações, formas de expressão, entre outros aspectos que não são capturados na gravação de áudio e que são informações complementares às transcrições.

Das especificidades observadas, no que tange à instrumentalização dos GF, houve grupos que apresentaram maior foco no roteiro de perguntas, com poucas falas dispersas, outros já ofereceram discursos desviantes da temática central. Em apenas um dos grupos ocorreu de um participante monopolizar a fala, o que demandou mediações por parte da moderadora. Nos quatro encontros, houve momentos com falas sobrepostas a respeito de determinados assuntos que surgiram nas discussões, o que dificultou a compreensão dos áudios no momento das transcrições. Em todos os grupos foi necessário em dado momento pontuar às(aos) participantes a necessidade de voltar ao foco, no sentido de trazer objetividade às discussões, diante de episódios em que os discursos se tornaram redundantes e prolongados.

A partir de prévia análise da interação grupal, discussões e compartilhamentos em relação à temática e à participação nos GF, foi possível chegar ao entendimento de que houve satisfação por parte das(os) profissionais em participar da pesquisa. Nos quatro GF realizados, ao final do roteiro de perguntas foi lançado um questionamento acerca da experiência de participar da pesquisa, dando ênfase à avaliação do GF como método de coleta de dados. As

afirmações foram positivas, denotaram interesse, relevância e engajamento das(os) profissionais ao processo grupal e à temática proposta.

O GF 01 contou com a participação de diretoras de escolas estaduais e de escolas municipais, um assistente pedagógico enquanto representação da direção e a gestora da Secretaria Municipal de Educação. A formação predominante foi Pedagogia, sendo 4 dos 7 participantes. Com o transcorrer do encontro, foi possível observar que houve perguntas que gerou maior nível de discussão, como a questão “Quais as principais demandas que surgem com relação aos adolescentes, na instituição/serviço em que atua?”, outras foram respondidas de forma mais objetiva e uma questão em específico não suscitou respostas coesas, que foi a seguinte: “Como o trabalho em rede se relaciona com a promoção de saúde dos adolescentes?”. Vale pontuar que, nos demais grupos, a questão também não foi respondida de acordo com a temática proposta.

O GF 02 foi formado por profissionais da Política de Saúde, e contou com a participação da gestora da Secretaria Municipal de Saúde, da coordenação da Atenção Básica, da coordenação do CAPS, uma assistente social e uma enfermeira de Unidades de Saúde. Foram cinco profissionais participantes, três delas enfermeiras, formação que se destacou. O grupo se caracterizou por uma quantidade considerável de respostas advindas de vivências pessoais, com poucos discursos embasados em conhecimentos técnicos e teóricos. Em contrapartida, surgiram discursos que apresentaram o anseio das profissionais em ampliar as ações e a atenção em geral ao(à) adolescente nos serviços de saúde.

O GF 03 foi composto por técnicas do CRAS e de equipes de Média e Alta Complexidade da Proteção Social Especial, uma profissional de nível médio (CRAS) e a gestora da Secretaria Municipal de Assistência Social. A predominância de participação foi de Psicólogas e Assistentes Sociais. O grupo apresentou foco no roteiro de perguntas e consistência técnica e teórica a respeito da temática. O grupo se caracterizou por um espaço de trocas geradoras de reflexão e questionamento o que foi observado nas discussões que ultrapassaram o roteiro de perguntas e adentraram o cotidiano das trabalhadoras com criticidade.

O GF 04, contou a participação de conselheiras tutelares, profissionais essas de nível médio, além da gestora da Secretaria Municipal de Saúde, gestora da Secretaria Municipal da Assistência Social, gestora da Secretaria Municipal da Educação, com a diretora de uma Escola Estadual e diretora da Atenção Básica de Saúde, profissionais essas com ensino superior e/ou pós-graduação. Com relação aos discursos emergentes no GF 04, uma parcela se

apresentou redundante aos surgidos nos grupos anteriores. O que diferenciou esse encontro foram os debates e compartilhamentos que surgiram no decorrer do encontro e tiveram um formato diferenciado pela proposta da intersectorialidade.

Abaixo serão apresentadas e descritas as categorias temáticas que se constituem nos achados da pesquisa. Após a apresentação cada uma das categorias de resultado, será realizada a discussão com base na literatura.

Quadro 01: Categorias e subcategorias de análise.

| |
|---|
| CATEGORIA 1. Adolescências e adolescentes: das concepções às principais demandas |
| SUBCATEGORIA 1.1. Manejo com os adolescentes e famílias |
| CATEGORIA 2. A saúde mental dos(as) adolescentes e seus desdobramentos na rede de cuidado |
| CATEGORIA 3. O trabalho em rede em suas potencialidades e fragilidades |

6.1. ADOLESCÊNCIAS E ADOLESCENTES: DAS CONCEPÇÕES ÀS PRINCIPAIS DEMANDAS

Relacionado às concepções das(os) profissionais sobre a adolescência, os dados apontaram para olhares sobre tal etapa da vida como processo, fase de transição, período de mudanças, de descobertas e de construção da identidade. Para a maioria das(os) participantes também foi atribuído aos(às) adolescentes um caráter de fragilidade. Surgiram algumas falas associadas à rebeldia e indisciplina, advindas de profissionais da Educação e Conselho Tutelar. Os discursos que ultrapassaram tais definições surgiram no Grupo Focal com profissionais da Assistência Social, coletivo esse que apresentou maior consistência técnica e teórica em seus discursos, com a compreensão da adolescência como uma fase de complexidade, associado ao fator de proteção e definições como sujeitos singulares, fase desafiadora, de potências, de vida e de diversidade, como ilustram as falas a seguir:

“(...) Fase culturalmente construída. (...) os adolescentes eu vejo como sujeitos singulares, complexos, tem uma complexidade no trabalho com eles. Apresentam demandas novas, são desafiadores para os profissionais (...). Eu penso que são um público extraordinário pra ser trabalhado, com muita potencialidade, com muitas habilidades, e que muitas vezes não são compreendidos na sua diversidade e na sua singularidade. É um público fantástico pra ser trabalhado, que precisa de políticas públicas voltadas pra essa fase de desenvolvimento. (...) Eu acho que a adolescência é vida, é alegria, é espontaneidade, é busca por conhecimento, é a necessidade de pertencimento grupal, de afetividade, acho que seria nesse sentido” (T17, GF 03).

“(...) o que mais me chama atenção, o que mais me dá tesão assim, é porque eles estão em desenvolvimento nas suas peculiaridades, e eles estão sempre nos provocando para o nosso desenvolvimento, porque a gente por vezes tem essa tendência de enquadrá-los, limita-los, de mostrar um caminho, e cara, não, a gente tá sempre aprendendo outros universos, são muitas potencialidades pra serem descobertas, e é sempre, sempre em movimento” (T18, GF 03).

Um aspecto que caracterizou os GF foi o movimento das(os) profissionais de visitar as suas histórias, as suas adolescências, traçando um paralelo com o manejo necessário na atuação com os sujeitos nessa faixa etária, como ilustra a seguinte fala:

“(...) Eu quando trabalhava com medida socioeducativa, eu encontrava muita dificuldade, muita dificuldade mesmo, eu gostava de trabalhar com os adultos e com as crianças, mas com adolescentes eu tinha muita dificuldade, eu precisei de terapia, eu precisei revisitar a adolescente que existe em mim, tudo aquilo que então eu tinha dificuldade em aceitar, em ver o que eu mudava, o que eu não tinha mudado, pra quando eu conseguir me desarmar e me conhecer, me permitir ver esses novos adolescentes e ouvi-los, porque é complexo” (T18, GF 03).

No entanto, ainda no que se refere a visitar as vivências pessoais, tal contexto evidenciou também um aspecto que pede atenção, o fato de que em todos os GF emergiram vivências pessoais, histórias de vida ou ideologias se sobrepondo a uma compreensão técnica e teórica a respeito do período da vida adolescência, o que interfere na forma como as demandas emergentes do público adolescente serão compreendidas e atendidas. A partir das próprias ideologias das(os) profissionais é que surgem falas de caráter individualizante, culpabilizatório, moralista e punitivista relacionados aos(às) adolescentes, com ênfase na família. Os trechos a seguir trazem uma representação de discursos com as características apontadas acima:

“(...) A gente ouve muito a questão da família. É uma fragilidade nessa fase. Aquilo que a gente colocou aqui no início, que a escola espera mais da família. E potencialidade, meu deus né, com isso tudo que tem hoje, aquele que não conseguir se encontrar, é difícil, então... é isso” (T9, GF 03).

“(...) eles são os super homens ali, eles querem saber qual o lugar deles... como nós já fomos. De repente na minha época, a gente era mais reprimido e nem conseguia se soltar tanto... como eles conseguem agora. A gente tinha aquela coisa assim muito ainda o pai e a mãe, de seguir rígido aquilo que era colocado para a gente, a própria religião, tinha várias coisas que agora não, com a própria liberdade que se deu, que eu até considero um pouco a mais, que se esqueceu também de colocar um pouco de limites né... quando eles chegam na adolescência, se a estrutura ali da criança já não teve esse... se torna bem pior na adolescência, por que ai eles não tem nenhuma raiz, nenhuma coisa que eles podem se apegar pra pensar assim “isso dá, isso não dá (...)” (T12, GF 02).

O trecho acima, T12, representa uma rigidez por parte das(os) profissionais com relação à sua história de vida e o seu tempo, o que indica dificuldade de buscar uma atualização contextual, olhar para o(a) adolescente e a família atual. É necessário lançar o olhar para o que significa ser adolescente no momento presente, compreender as diferentes formas de configurações familiares, as condições sociais, econômicas, os processos de exclusão, entre tantos outros aspectos incutidos no que significa vivenciar a adolescência na atualidade. Foi possível identificar que as concepções de adolescência que surgiram nos GF se aproximam mais das condições e contextos de vida das(os) profissionais participantes do que da própria realidade vivida pelos(as) adolescentes, com a predominância de olhares descontextualizados, nos quais o(a) adolescente é visto e compreendido deslocado de sua real condição de vida.

O primeiro trecho supracitado, T9, destaca um olhar individualizante para o(a) adolescente, sob o entendimento de que o sujeito precisar “dar conta” de encontrar-se. Para além disso, cabe destacar que discursos com o teor similar ao citado acima foram recorrentes nos GF. A família foi repetidamente apontada e atrelada à desobediência e indisciplina dos(as) adolescentes, com o uso de definições como “falta de limites” e “desestrutura familiar”, o que pode ser percebido em *“Essa afinidade com a família é que a gente vê se perder ao longo do tempo (...)” (T12, GF 02)*.

Concepções relacionadas à família e às relações familiares foram mencionadas diversas vezes e em diferentes contextos pelos profissionais participantes dos GF. Houve falas que caracterizaram um olhar ampliado acerca do contexto familiar, com menção à importância de compreender a família e as relações em um conjunto multifatorial, com vistas às desigualdades postas em nossa sociedade, ao papel do Estado e sociedade, para além das responsabilidades da família. Discussões sob a ótica dos ciclos transgeracionais, sendo citado o fenômeno da violência em sua característica transgeracional. Surgiram também discursos implicados com a qualidade das relações no sentido afetivo, como elucidado no trecho a seguir, seguido por uma segunda fala caracterizando a complexidade do olhar sob a família:

“(...) Essa questão da relação familiar é mais difícil, porque muitos pais, eu tenho ainda um pouco de dificuldade, meus filhos que me ensinaram um pouco disso, pois eu e minha mãe éramos amigas, mas a gente nunca teve muito essa coisa do abraçar, do beijar, do dizer eu te amo. Foi mais quando eu passei a ter os meus filhos que eu comecei a ter uma relação diferente. A gente percebe isso, essa questão do afeto, de as vezes chegar, dar um beijo, ter sensibilidade, assim como a gente gosta e a gente precisa, que os pais também tenham. Não necessariamente precisa partir do pai e da mãe, as vezes a gente tem que quebrar isso, que é um

ciclo na verdade. Os avós não tinham essa coisa do contato e depois a outra geração também não, então alguém precisa quebrar esse ciclo. (...)” (T1, GF 01).

“(...) É, eu acho que é mais complexo, eu não vejo a família como a única responsável pela violação de direitos. A gente não pode esquecer que a gente tem um microsistema, mas a gente tem um macro também né. Então assim, como culpabilizar pais que reproduzem vivências que eles tiveram porque não foi lhes permitido socialmente alguns arranjos, ou algumas políticas públicas que permitissem a eles romperem com isso, a gente sabe que as vezes as desigualdades são históricas, não nasceram do dia pra noite, então o desafio é muito mais complexo porque a questão do direito da criança e do adolescente, ela não é só dever da família, ela é dever as sociedade e do estado e aonde que está o estado, aonde que está a sociedade? Empurrando sempre pra família, né. Então o rompimento desse olhar também é importante, que a família tem sim sua parte, a sua carga de responsabilidade, mas as políticas públicas e a gente enquanto sujeitos social? (...)” (T17, GF 03).

Olhares como os elencados acima surgiram com mais frequência nos GF 01 e 03, no entanto, ainda foram predominantes os discursos culpabilizantes e de ordem pessoal acerca da família, que demonstram distanciamento da temática em sua complexidade, conforme ilustra a fala a seguir:

*“(...) a gente vê uma **falta de estrutura familiar muito grande**, que é descoberta na adolescência, por que até então a criança não se dava conta que ela estava sozinha e daí o pai e a mãe se matando em trabalhar, eles vão se dar conta que eles erraram quando começam os conflitos, por que aí o adolescente vai mostrar a personalidade” (T2, GF 02, grifo nosso).*

É importante destacar que em todos os GF a família apareceu com frequência e em diferentes momentos e discussões.

Com relação às principais demandas emergentes nos GF, a sexualidade foi uma temática emergente nos quatro GF. Evidenciou-se que a temática é abordada com os(as) adolescentes somente nos serviços da Política de Assistência Social, com destaque às ações de prevenção do CRAS. A política de saúde local não apresenta ações de promoção e prevenção voltadas à sexualidade ao público adolescente.

O contexto escolar é permeado por dificuldades e tabus no trabalho da sexualidade com os(as) adolescentes. O trecho abaixo ilustra o olhar de um profissional participante do GF 01:

“(...) Eu vejo essa questão de sexualidade ainda uma fragilidade, pelo menos na nossa rede de ensino, a ser trabalhada. Por que a gente tem apostila de tudo, mas quando a gente chega no professor de ciências, pra ele também não é hábito, sente ainda uma vergonha, uma falta de orientação também de trabalhar mesmo com essas crianças. E acaba que elas acabam passando a acreditar muitas vezes no que leem na internet, acham que é verídico e acabam fazendo” (T5, GF 01)

A fala acima desnuda a necessidade de qualificação das(os) profissionais da Educação para trabalhar com a sexualidade. Há uma preocupação imbuída de uma fragilidade, que é a compreensão de que falar de sexualidade seria uma atribuição exclusiva de uma disciplina.

Referente à temática “drogadição”, foi observado que se apresentou de diferentes formas nos quatro GF. No GF 01, se destacaram discursos de repressão, no sentido de combate às drogas, o que pode indicar um conhecimento técnico reduzido acerca do fenômeno, com reproduções do senso comum. No GF 02 foi citada, mas de forma superficial, uma vez que não se explicitou a forma de atendimento ou manejo com os(as) adolescentes com a demanda de uso de drogas. Esse dado convoca a pesquisadora a uma análise mais atenta, considerando que a drogadição é uma demanda da política de saúde, que deve ser articulada em rede, e exige conhecimento e manejo por parte das(os) profissionais. No GF 03, houve falas direcionadas ao uso de substâncias e envolvimento com o tráfico de drogas no contexto dos(as) adolescentes do serviço de medidas socioeducativa e os discursos e debates apresentaram uma compreensão ampliada acerca do fenômeno, associado às dimensões sociais da drogadição. No GF 04 a temática não foi abordada.

Por meio da participação do Conselho Tutelar, foi verificado que a principal demanda do órgão é a evasão escolar, demanda essa que não foi levantada com ênfase pelos demais GF. Relacionada à evasão escolar, no GF 03 foi apontado que a intencionalidade dos(as) adolescentes em deixar de estudar está relacionada à inserção no mercado de trabalho. Nesse sentido, as profissionais compreendem tal fenômeno como uma característica da cultura local/regional. Referem que em outros contextos o abandono escolar ou a intenção desse não é provocado por tal motivação e sim por outros tantos aspectos como a desigualdade, exclusão, falta de acesso e afins.

Ainda com relação às demandas do Conselho Tutelar, a negligência foi bastante enfatizada enquanto demanda relacionada aos(às) adolescentes. O discurso abaixo é um fragmento da discussão a respeito:

“(...) Muitas casas que realmente é precário a limpeza, mas aí houve um episódio, que a gente foi com a rede de atendimento, que foi falado para nós que essa questão é cultural e que nada pode se fazer. Por que o que é para mim, não é para o outro, o que é sujo para o outro, talvez para mim não é tanto. Então a gente ficou meio que barrado na questão da limpeza, vai fazer o que, vai encaminhar pra quem? Se para onde a gente encaminhou, a pessoa diz que é cultural. Eu vejo assim, que a falta de higiene vai complicar na saúde das crianças, então teria que ser trabalhado em cima disso” (T22, GF4).

A demanda trazida gerou uma discussão acerca da temática, com divergências de opiniões expressadas por profissionais de outras políticas, elencando outros olhares acerca do fenômeno.

6.1.1. MANEJO COM ADOLESCENTES E FAMÍLIAS

Como mencionado em alguns trechos da categoria 1, em todos os GF surgiram debates e reflexões acerca do manejo com o público adolescente, ou melhor, sobre a dificuldade na relação com os(as) adolescentes diante de diferentes demandas que os envolvem.

No GF 01, contexto educacional, se evidenciou a motivação das(os) participantes em se aproximar dos(as) jovens, ao mesmo tempo em que surgiram discursos com posicionamentos enrijecidos e que, conseqüentemente, dificultam a formação de vínculos saudáveis com os(as) mesmos(as). Alguns discursos sinalizaram o desejo de aproximação, mas contraditoriedade nas ações. Foi possível observar que as(os) profissionais do GF 01, em geral, não se dão conta dos aspectos que podem estar limitando o alcance aos(às) jovens.

No GF 02, tal dificuldade também se evidenciou e de forma mais acentuada, afinal, como exposto na categoria 01, as(os) profissionais têm um distanciamento significativo do público adolescente. As políticas públicas de saúde têm inúmeras responsabilidades frente à população adolescente, é preciso promover saúde aos(às) adolescentes e para isso o vínculo é um dos pilares necessários para práticas exitosas. O GF 03 apresentou discursos que denotaram sensibilidade, comprometimento e maior aproximação do público adolescente, muito embora essa forma de estabelecer relação com os(as) adolescentes não tenha sido unânime no grupo. Como já foi exposto, os dados apresentaram que no âmbito da Assistência Social conta com projetos e ações voltadas aos(às) adolescentes, havendo implicação por parte das técnicas do serviço para com as causas dos sujeitos em tal etapa da vida. No GF 03 foi elencado um aspecto que se relaciona intimamente com a formação de vínculo, que se trata da importância de a(o) profissional visitar a sua história, os seus valores, a sua adolescência, para então esvaziar-se, por um momento, de suas verdades para receber o outro em sua inteireza. Como elucidado o trecho abaixo:

“(...) Eu quando trabalhava com medida socioeducativa, eu encontrava muita dificuldade, muita dificuldade mesmo, eu gostava de trabalhar com os adultos e com as crianças, mas com adolescentes eu tinha muita dificuldade, eu precisei de terapia, eu precisei visitar a adolescente que existe em mim, tudo aquilo que então eu tinha dificuldade em aceitar, em ver o que eu mudava, o que eu não tinha

mudado, pra quando eu conseguir me desarmar e me conhecer, me permitir ver esses novos adolescentes e ouvi-los, porque é complexo” (T18, GF 03).

No GF 03, surgiram reflexões e debates que evidenciam o gosto pelo trabalho com adolescentes. Nesse grupo, discursos ressaltaram a importância de aceitar e compreender o(a) adolescente em suas individualidades e multiplicidades. Afirmam que a boa vinculação com as profissionais e com o serviço traz ao(à) adolescente o senso de identidade e pertencimento grupal, o que é compreendido pelas participantes como uma das buscas de tal etapa da vida. Referem que através de laços identificatórios, as(os) profissionais têm a possibilidade de ocupar lugar de referência para os(as) adolescentes, sendo fundamental em contexto de vulnerabilidade e/ou desproteção. Abaixo um trecho de fala de um profissional do GF 03:

“Quando o adolescente chega a gente tem uma ânsia de construir um modelo ideal pra ele, do que é bom pra ele, e nem sempre isso é bom pra ele. Então eu vejo que o vínculo e adesão nos serviços, vem por meio do acolhimento, da aceitação do sujeito, do jeito que ele é, sem ver defeito nele, sem ver o que ele precisa mudar, ressignificando ele e dando ferramentas para que ele descubra o que ele quer modificar, e não eu dizendo (T17, GF 03).

De modo geral, os grupos apontaram para a dificuldade no manejo, como já foi exposto acima. No entanto, surgiram falas cuidadosas relativas à necessidade de alcançar um manejo possível e estabelecer relação com os(as) adolescentes.

No GF 01, tal movimento foi observado, possivelmente, pela proximidade das(os) profissionais com esse público, considerando que estão em maior tempo e frequência com os mesmos. Ainda que os discursos evidenciam a dificuldade de fazer vínculo, tal condição corroborou para a compreensão de que a(o) profissional da educação sabe quem é o(a) adolescente, está próximo dele(a), conhece o seu contexto, a família e muitas vezes tem um caminho de convivência, o que aponta para a importância de fortalecer com maior ênfase o âmbito da educação para uma relação mais próxima e efetiva com o público adolescente, podendo ser essa(e) profissional uma referência de vida para tais sujeitos. O trecho abaixo indica que a qualidade do trabalho intersetorial se relaciona com a qualidade do manejo com o público adolescente:

*“(…) É que a escola, junto com a família, junto com os outros setores a gente tá tentando proporcionar a saúde mental e psicológica da criança, na qual ela precisa para ter um ensino adequado. Se ela não tiver uma **saúde emocional** em casa ou na escola, se ela não tiver uma saúde mental adequada, ela não vai aprender, a gente não consegue... muitas vezes o que acontece, ah, criança vem como uma dificuldade, o que a gente faz, esse professor? Já tentou alguma estratégia diferente, uma estratégia lúdica? Já colocou a criança perto de você, para ter uns minutinhos*

de atenção? “sim, já colocamos”, tá, então vamos passar para o apoio pedagógico, conseguiu atingir essa criança, identificar qual é a dificuldade dela, é alguma disciplina ou uma dificuldade emocional dela, “ah tá, não conseguimos”, encaminhamos para o AAEE, ver diagnóstico, fazer consulta com pediatra, consulta com neuro, uma psicológica, então muitas vezes a família se mostra a par disso, ela não quer participar e nós temos o dever de englobar ela, não no sentido de fazer por obrigação, mas que ela perceba que a criança precisa. Muitas vezes sim precisa ser por obrigação, na minha escola principalmente a negligência familiar é muito grande, até este mês a gente já conseguiu 5 processos por negligência familiar. “ah, o que você faz antes?” faço todo esse processo que eu já falei agora, passou daí, a gente acaba batendo num muro, passou daí, não aparece mais uma saída para você. As vezes a família acha que o que você está falando é besteira, mas não é, é o que a gente está orientado a fazer. Quando vem pessoas de outros segmentos, falando a mesma língua, orientando a criança e a família, a gente tem muito mais sucesso” (T5, GF 01, grifo nosso)

As discussões emergentes no GF 04 corroboraram para a necessidade de ampliar olhares, construir novas formas de cuidado, atenção e aproximação dos(as) adolescentes e suas famílias. Ressalta-se que o GF 04 contou com a participação de representantes do Conselho Tutelar e se evidenciou a percepção de que o conhecimento técnico é reduzido, além da falta de manejo por parte das(os) profissionais do órgão.

Essa categoria também abarca discussões acerca da família e da necessidade de ampliar e repensar as formas de relação, o que se relaciona de forma direta com a qualidade do atendimento prestado.

6.2. A SAÚDE MENTAL DOS(AS) ADOLESCENTES E SEUS DESDOBRAMENTOS NA REDE

Com relação às principais demandas do público adolescente, o sofrimento psíquico foi o mais citado, temática que perpassou todos os GF, especificamente a automutilação, tentativas de suicídios, quadros depressivos e ansiosos. Surgiram diversas falas que apresentavam preocupação relacionada à saúde mental dos(as) adolescentes, com a prerrogativa de que os(as) mesmos(as) têm pouco suporte emocional para lidar com as demandas que surgem em tal etapa da vida. A respeito do sofrimento psíquico no contexto escolar, uma das participantes trouxe o seguinte dado: “(...) esse ano nós atendemos 23 situações de alunos que tiveram crises de ansiedade. São 330 alunos” (T1, GF 03).

Tal dado trouxe números relativos à ansiedade referente a uma das escolas do município, também foram elencados como frequentes os casos de depressão, automutilação e uso de drogas. No entanto, uma característica é que nem todas as escolas apontaram uma demanda semelhante relativa à saúde mental, algumas delas têm um maior número de casos, o

que foi discutido fazendo um paralelo com o território no qual a escola encontra-se inserida. As escolas estaduais apresentam casos recorrentes, um dos fatores atribuídos ao dado foi o fato de que os(as) adolescentes de ensino médio estão todos na rede estadual, o que abrange uma faixa etária aproximada dos 15 aos 18 anos. A demanda de sofrimento psíquico também surgiu com maior recorrência em uma das escolas municipais que se localiza em uma área de maior vulnerabilidade social. Nesses contextos, os conflitos familiares foram citados como um dos principais fatores atrelados ao sofrimento vivenciado pelos(as) adolescentes, conforme mencionam os próprios jovens aos educadores.

Com relação ao modo como o(a) adolescente em situação de sofrimento psíquico é atendido nos diferentes setores da rede, no GF 01 foi constatado que na Educação ocorre da seguinte maneira: a escola, a partir do reconhecimento da demanda, encaminha as situações para a área da saúde, especificamente atendimento psicológico ambulatorial, ou para acolhimento no CAPS. Apontaram fragilidades na rede, no que tange ao cuidado em saúde mental, e foi dado destaque à falta de profissionais da Psicologia tanto no âmbito escolar, quanto na saúde, tendo em vista a demanda reprimida.

No SUAS, através dos dados do GF 03, a Saúde Mental recebe atenção em ações preventivas, com a abordagem de temas como automutilação, sofrimento psíquico na adolescência e outros temas que se entrelaçam à saúde mental, como a garantia de direitos, violência sexual, conflitos familiares e afins. Da mesma forma como ocorre na educação, diante da identificação de uma demanda de sofrimento psíquico, quando necessário, o(a) adolescente é encaminhado aos setores da Saúde para avaliação e atendimento psicológico.

No SUS do município em pesquisa, conforme os relatos do GF 02, é o serviço de Psicologia enquanto especialidade, assim como o CAPS, que acompanham os(as) adolescentes em sofrimento psíquico e tem conhecimento acerca das demandas por eles(as) trazidas. No ambulatório, os atendimentos são individualizados, e no CAPS ocorrem atendimentos individuais, em grupo, atendimentos familiares e visitas domiciliares. Foi destacado que os encaminhamentos para tais serviços se dão principalmente pelas Unidades Básicas de Saúde - ESF, pelo Conselho Tutelar, Assistência Social e Educação (escolas).

Surgiram demandas que não foram comuns a todos os GF, no entanto, se caracterizaram por apontamentos relevantes acerca de fatores correlacionados ao sofrimento psíquico e que são percepções advindas do cotidiano com os(as) adolescentes, como o prejuízo nas relações afetivas, conflitos familiares, baixa autoestima e autoimagem distorcida,

além de violência sexual e outras situações de violação de direitos, conforme ilustra a fala a seguir:

“(...) A gente trás todo ano. Suicídio e automutilação, saúde mental aparece bastante. E deles para conosco aparece muito a fragilidade de vínculos familiares, muito. Isso que a J. já falou de uma família totalmente sem comunicação, sem espaço pra ser, pra estar, e essa questão da falta de perspectiva aparece muito, muito, muito, pra gente é muito forte essa auto imagem mesmo, e perspectiva eles não têm, é um desgosto total. Essa falta de... desesperança assim, é muito triste, a gente vê muito nos nossos adolescentes” (T18, GF3).

Discursos como o citado acima reforçam a necessidade de ampliar o cuidado relativo à saúde mental dos(as) adolescentes. Considerando o fluxo como foi exposto, observa-se ainda a necessidade de repensar o protocolo de atendimento dos(as) adolescentes em sofrimento psíquico no município, tendo em vista as lacunas existentes.

6.3. O TRABALHO EM REDE: POTENCIALIDADES E FRAGILIDADES

A partir da coleta de dados, foi possível identificar as ações, projetos e serviços que estão voltados ao público adolescente nos diferentes setores e serviços da rede de atendimento do município de Ibirama. Nesse quesito, cada grupo apresentou especificidades e essas serão descritas abaixo.

No GF 01, surgiu uma gama de ações voltadas ao público adolescente no contexto escolar, no entanto, cada qual com especificidades nas ações, ainda que com alguns projetos em comum entre as escolas da rede municipal. Sobressaíram-se ações relacionadas à cultura, ao esporte e à arte. As ações nas escolas em geral têm caráter coletivo, havendo instituições com maior ênfase em propostas a partir do esporte, outras com enfoque no viés artístico, com grupos de dança e teatro, gincanas e afins. Ações com a integração e aproximação da família também surgiram no discurso de todos os representantes escolares.

No que tange o trabalho intersetorial, foram elencados trabalhos como palestras com profissionais da saúde, projetos desenvolvidos no âmbito escolar advindos do FIA, Programa Saúde na Escola e ações de prevenção da Assistência Social. No entanto, as ações elencadas não têm caráter continuado, são ações isoladas pactuadas entre Educação e demais setores da rede municipal. Nesse sentido, a fala abaixo ilustra as queixas referentes a tal modo de articulação entre os setores:

“É após essas palestras que vão surgindo os casos, muitas vezes quando surgem os casos, a gente acaba se perdendo, pra onde é que eu vou, “ah, eu levo pra saúde? Levo pra Assistência? Pro Conselho Tutelar?” as vezes a gente encaminha para todos os lugares e o que atende primeiro a gente se agarra e vai” (T5, GF 01).

O GF 02 apresentou fragilidades na atenção ao público adolescente, o que se evidenciou nas afirmações de que na Atenção Básica de Saúde não existe ações de promoção e prevenção voltadas aos mesmos, conforme ilustra o trecho a seguir:

“(…) Então, agora tu falando isso, eu percebo que a gente não tem atendimento para o adolescente, ele só vem para nós quando ele está em crise ou quando tem alguma coisa muito errada com ele, por que não é uma demanda que vem rotineiramente consultar (...)” (T2, GF 02).

Portanto, os atendimentos voltados aos(as) adolescentes no âmbito da saúde são de demanda espontânea, comumente com enfermidades físicas. As discussões apontaram preocupação relativa à saúde mental, com o indicativo de que demandas relativas ao adoecimento e/ou sofrimento psíquico geralmente são identificadas no transcorrer do atendimento e não como a queixa central e primeira do usuário. Nessas ocasiões, o(a) adolescente recebe um encaminhamento médico para a Psicoterapia enquanto atendimento ambulatorial e, em casos graves, são encaminhados ao CAPS. Sendo assim, conforme os relatos, é o serviço de Psicologia enquanto especialidade, assim como o CAPS, que acompanham os(as) adolescentes, tendo maior conhecimento acerca das demandas por eles trazidas. No entanto, se trata de uma parcela específica, que são os(as) adolescentes em condição de sofrimento psíquico e que tiveram acesso a tais serviços, considerando o fato de as ações de promoção de saúde serem inexistentes. Relacionado às ações intersetoriais citadas pelo GF 02, referem ser restritas à realização de palestras pontuais nas escolas e serviços da Assistência Social. O Programa Saúde na Escola foi citado e sugerido como meio para ampliar o contato com os(as) adolescentes.

Segue abaixo uma fala que ilustra o olhar das(os) profissionais da saúde a respeito das ações e do trabalho intersetorial:

“É. Eu acho que nós enquanto saúde somos muito abertos sabe, acho que essa também é uma potencialidade que a gente tem. É muito difícil chegar uma demanda, de qualquer setor “ah, não vamos fazer por que não dá”, meu, a gente se quebra, a gente assume outras responsabilidades para poder (...). Acho que todos, outros mais, outros menos, mas aí é uma questão muito pontual do profissional. Eu acho que enquanto setor de saúde, nós somos uma equipe muito aberta, as vezes a gente não consegue resolver por que não é da nossa competência (...). Mas, a gente está disponível para quando vem a demanda, a gente está sempre tão atolado de coisa

que a gente não consegue construir uma demanda, a gente sempre recebe” (T13, GF 02).

Tal ideia corrobora com os dados obtidos no GF 02, evidenciando a inexistência de ações planejadas e programas pelo setor, onde os atendimentos voltados ao público adolescente ocorrem por demanda espontânea e as ações intersetoriais a pedido de outros setores da rede.

O GF 03 apresentou maior consistência e especificidade nas ações e projetos voltados aos(as) adolescentes. Sendo assim, no âmbito da política de Assistência Social, na Proteção Social Básica, o município conta com o CRAS (PAIF e Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos), com grupos direcionados à faixa etária dos(as) adolescentes e um grupo formado por pais e adolescentes. Na Proteção Social Especial de Média Complexidade, está o serviço de medidas socioeducativas e o PAEFI, que atendem respectivamente adolescentes que cometeram atos infracionais e àqueles(as) em situação de violação de direitos. Na Proteção Social Especial, também são executados dois projetos vinculados ao FIA: o *Adolescer* e o *Adolescente Empreendedor*.

No GF 04 não surgiram novas ações, mas sobressaiu o reconhecimento dos projetos vinculados ao FIA como um potencial no município. Referem que atualmente o edital (Secretaria de Assistência Social, CMDCA e FIA) abarca dez eixos, pautados nas demandas elencadas a partir dos serviços da Assistência Social, Escola e Conselho Tutelar, para propostas voltadas às crianças e aos(as)adolescentes, o que passou por ampliações ao longo dos anos e atualmente abrange uma gama de projetos preventivos.

Conforme o exposto acima, essas são as ações voltadas ao público adolescente existentes no município de Ibirama. Observa-se que as ações preventivas são efetuadas com maior ênfase pela Política de Educação, no contexto escolar, e pela Política de Assistência Social, nos serviços de Proteção Social Básica e Proteção Social Especial. Tais resultados apontam para a necessidade de ampliar ações intersetoriais e construir propostas que visem preencher as lacunas existentes e ampliar o cuidado direcionado aos(as) adolescentes.

A categoria 03 foi elaborada com o intuito de apresentar as ações direcionadas aos(as) adolescentes existentes no município em pesquisa, bem como a (des)articulação rede de atendimento voltada ao público adolescente em suas potencialidades e fragilidades. Com relação às potencialidades, nos quatro GF foi recorrente o discurso relacionado ao engajamento das(os) profissionais, a partir do indicativo de que existem boas relações estabelecidas entre as(os) trabalhadoras(es) das diferentes políticas. No entanto, em dois dos

GF também surgiram discursos se opondo a tal afirmação, com a prerrogativa de que falta diálogo entre os serviços da rede. Abaixo relato que ilustra tal afirmação:

“Eu acho que a amizade do grupo, quando tu conhece alguém da Saúde, quando conhece alguém da Assistência, quando tu tem um vínculo com alguém da Educação. Então, o bom relacionamento é uma potencialidade, o comprometimento do profissional também, por que as vezes tu tem um bom relacionamento, mas o profissional não é comprometido” (T2, GF 02).

Sobressaíram-se também os discursos que afirmavam a competência das(os) trabalhadoras(es), como ilustra a seguinte fala:

“(...) Eu acho que os profissionais que atuam na rede têm um conhecimento muito grande das áreas que atuam. Acho que são profissionais preparados, com conhecimento, com facilidade de articulação. Acho que a qualidade dos profissionais” (T19, GF 03).

“Nós temos profissionais muito boas, muito qualificadas, muito abertas. Tanto na área da Saúde, quanto na da Educação. Sempre que a gente tem dúvida, alguma coisa, a gente consegue ter acesso sabe, acho que quanto a isso nunca encontrei problema. As vezes a gente tem uma dificuldade de se reunir, de conversar sobre os problemas, talvez até de estudar soluções, como a evasão escolar, o abandono, alguma coisa assim. Mas, que a gente tem gente com conhecimento e muita capacidade, isso a gente tem. Isso é uma coisa da nossa rede, em todas as instituições governamentais, no CAPS também, que eu tive um pouco mais de acesso no ano passado. Acho que é uma potencialidade” (T20, GF 04)

Um aspecto elencado como potencialidade em dois dos quatro GF foi o incentivo à capacitação profissional. As(Os) participantes firmaram que para todos os setores envolvidos na pesquisa existe incentivo à capacitação durante o transcorrer do ano. De acordo com os discursos, não se caracteriza por formação continuada, mas eventos pontuais voltados ao aprimoramento das(os) profissionais.

Houve divergência nos discursos relacionados à composição de equipes. Em dois dos grupos, o quadro de pessoal de diferentes serviços foi apontado como um ponto positivo, com equipes formadas e profissionais competentes. No entanto, no GF 02, já foi mencionada a falta de recursos humanos, com equipes mínimas incompletas, atrelado a um excesso de demanda, falta de organização e planejamento, o que foi consentido em todos os GF. Ainda que com olhares divergentes, a desarticulação surge em todos os discursos, como representam as falas abaixo (que são opostas em suas afirmativas):

“(...) Por que tem município do nosso porte fazendo Saúde, Média e Assistência Social e Escolar. Então isso é uma potencialidade, a gente tem quadro de pessoal. E acho que a fragilidade é a falta de planejamento, falta de um fluxograma claro” (T18, GF 3). E, ainda, “(...) Acho que na maioria das vezes é um encaminhamento e não é compartilhado nada” (T16, GF 02).

Relacionado à desarticulação, apontamento bastante citado nos GF, surgiu o fator de retrabalhos, com a afirmação de que a falta de comunicação entre os atores da rede, podem acarretar em ações similares, que poderiam ser otimizadas ou potencializadas se o trabalho ocorresse articulado, como é apresentado no trecho a seguir:

“(...) E até os retrabalhos né. por que às vezes, como a gente não sabe como a outra secretaria está trabalhando, a gente vai ter um retrabalho. As vezes lá na saúde eles estão, mesmo que sejam áreas diferentes, a questão dos grupos, das famílias, vai estar trabalhando algo muito semelhante. Então, a gente faz um retrabalho, dispensa profissional, dispensa recurso, para estar fazendo algo muito parecido, que a gente, se trabalhar mais junto, não vai acontecer” (T19, GF4).

O aspecto da desorganização, da falta de planejamento por parte da rede e da falta de um fluxograma de atendimento voltado ao público adolescente perpassou todos os GF, elencados como fragilidade. De acordo com os dados colhidos, não existem reuniões periódicas de rede e são poucos os encontros que se fazem presentes representantes das diferentes políticas. Referiram que quando tais reuniões acontecem, tem caráter pontual ou emergencial, para tratar de pautas específicas, sem uma continuidade e planejamento.

Foi apontada, ainda, a falta de comunicação, a morosidade no processo de encaminhamento para determinados serviços e a ausência de devolutiva sobre os encaminhamentos realizados. Tais discursos foram predominantes no GF 01, em que as(os) profissionais da educação referiram dificuldades nos encaminhamentos de alunos para o atendimento na rede. Muito embora a dificuldade esteja direcionada ao acesso do atendimento, também foi citado que as(os) profissionais da educação não sabem ao certo para onde encaminhar, havendo uma confusão relacionada à atribuição de cada setor e política. O trecho abaixo ilustra tais afirmativas:

“O que a gente percebe ainda é a falta de comunicação entre os setores. Muitas vezes a gente acaba encaminhando o aluno e a gente não tem uma resposta, ou suponhamos, esse caso que você citou agora pouco do aborto, a gente deveria ficar sabendo, para também termos uma atenção maior sobre essa criança. As vezes o que acontece, ligam pra gente “ah, aquela criança tal”, tá, mas já passou por aqui? A gente conseguiu identificar? Será que o professor conseguiu perceber alguma coisa e não avisou a gente? A gente tenta atender todo mundo, mas as vezes acaba... A criança está sofrendo, está tendo atendimento, dentro do nosso próprio município e a gente nem sabe” (T5, GF 01).

Com o transcorrer das discussões voltadas ao funcionamento (ou não funcionamento) da rede, conseqüentemente, surgiram debates para além do atendimento voltado ao(à)

adolescente, uma vez que as lacunas reverberam na atenção às demais demandas, tão relevantes quanto o cuidado ofertado ao público pesquisado. No GF 01, foi feita menção a uma mudança na relação entre educação municipal e estadual. Referem que atualmente há uma relação em que o estado se sente parte, abraçado pela política de educação municipal, como foi dito pelos participantes. Afirmam que por muito tempo existiu uma lacuna nesse contexto, o que gerava rupturas na atenção ofertada às crianças e aos(as) adolescentes. As(Os) profissionais sinalizaram tal mudança como uma potencialidade.

Um apontamento que surgiu em todos os GF foi uma queixa relacionada às fragilidades na atuação do Conselho Tutelar. Foram falas relativas à falta de capacitação técnica, dificuldade de manejo e despreparo frente às demandas que exigem intervenções comprometidas e qualificadas.

Observa-se que foi elencado um maior número de fragilidades, em comparação às potencialidades. A desarticulação surgiu como eixo central, aspecto que requer atenção para o seu fortalecimento. Foi possível identificar sugestões apontadas no sentido de ampliar o trabalho em rede e todas elas foram citadas nos quatro GF. O aspecto mais citado foi a organização de reuniões periódicas, envolvendo todos os setores da rede como: Educação; Saúde, Assistência Social; Segurança Pública; Judiciário, Conselho Tutelar, Esporte, Cultura e afins. Um segundo aspecto repetidamente apontado foi a criação de um fluxograma de atendimento voltado ao público adolescente em suas diversas demandas. Foi mencionada ainda a necessidade de efetivar um protocolo de referência e contrarreferência no sentido de melhorar a comunicação entre os serviços; a necessidade de capacitação das(os) profissionais num viés de rede e, por fim, foi citada a necessidade de haver implicação com uma boa comunicação entre os setores.

Surgiram diferentes propostas no decorrer dos quatro GF, no entanto, aqui serão citadas aquelas com maior frequência nos discursos e que mostraram consenso entre as(os) participantes.

A realização de um evento que integre os serviços da Assistência Social, a Saúde e a Educação foi citada como uma ação possível e significativa, com o propósito de apresentar os serviços, ampliar a compreensão acerca dos trabalhos realizados, o funcionamento, protocolos do serviço e afins. Tal proposta tem relação com a dificuldade nos encaminhamentos, já citada anteriormente, que sinaliza um desconhecimento acerca dos serviços de diferentes políticas e suas competências.

Em todos os GF foi citada a importância de criar protocolos de atendimento e encaminhamentos na rede voltados ao público adolescente, ou seja, apontaram para a necessidade de criar fluxogramas. A necessidade de formação continuada/educação permanente também foi mencionada com destaque em todos os GF, elencada como uma necessidade setorial e intersetorial. Também foi recorrente a proposta de criação de um grupo intersetorial de estudos e compartilhamentos voltado às demandas dos(as) adolescentes.

Outras estratégias citadas foram: a realização de ciclos de palestras para os(as) adolescentes; a necessidade de pensar formas de efetivar o alcance às famílias, que têm baixa adesão nos eventos e ações realizadas (aspecto esse que foi apontado com maior ênfase pelo GF 01); a importância de estabelecer parcerias com universidades, como a UDESC, IFC e Unidavi; dar foco às estratégias relacionadas à cultura, esporte e lazer; e realizar um planejamento anual de ações setoriais e interssetoriais. Foi citada, ainda, a realização de um fórum de práticas interssetoriais, no sentido de apresentação dos serviços, facilitando a compreensão dos diferentes atores da rede acerca dos serviços, projetos e ações existentes. Por fim, uma estratégia importante, e que foi elencada no GF 02, foi a realização de um diagnóstico epidemiológico/diagnóstico territorial, para conhecer os reais contextos e demandas dos(as) adolescentes do município.

7. DISCUSSÃO

A seguir, será apresentada a discussão dos resultados da pesquisa, seguindo as categorias elencadas no capítulo anterior. Na primeira categoria, será apresentada a discussão sobre a adolescências e adolescentes: das concepções às principais demandas, seguida da subcategoria referente ao manejo com os adolescentes e famílias. A seguir, a segunda categoria aborda a saúde mental dos(as) adolescentes e seus desdobramentos na rede de cuidado. Por fim, a terceira categoria aborda sobre o trabalho em rede em suas potencialidades e fragilidades. O intuito é discutir sobre os aspectos que circundam os olhares e fazeres das(os) profissionais participantes dos GF, buscando realizar reflexões atreladas ao que é trazido como fundamento para as políticas públicas e o que foi apresentado enquanto escopo teórico ao longo da presente pesquisa.

7.1. ADOLESCÊNCIAS E ADOLESCENTES: DAS CONCEPÇÕES ÀS PRINCIPAIS DEMANDAS

Diante das compreensões acerca da adolescência evidenciadas nos resultados, se faz necessário trazer novos horizontes a respeito de tal etapa da vida, atrelado a aspectos relacionais no trato com adolescentes. A compreensão da adolescência como fase inaugural, transitória, e de significativas mudanças, conforme predominou nos discursos das(os) participantes dos GF, ainda que caracterizem um olhar individualizante, denotam que tais profissionais compreendem a adolescência por um viés processual e em suas especificidades. Diversos autores corroboram com tais afirmações, caracterizando a adolescência como um período significativo na construção da identidade, no desenvolvimento da autonomia, tempo de possibilidades inéditas e de experimentação de novas formas de relação homem-mundo (ZANELLA, 2013; ZAPPE, DELL'AGLIO, 2016).

No entanto, é preciso ir para além de tal compreensão. No que tange a relação homem-mundo, é fundamental levar em consideração as transformações que ocorrem nas adolescências e/ou juventudes, de acordo com as mudanças no que se configura por sociedade, como define Carrano (2007 *apud* BRASIL, 2014a, p.15):

As passagens entre os tempos da infância, da adolescência, da juventude e vida adulta podem ser entendidas como “acordos societários”. Algumas dimensões marcavam o fim da juventude e a entrada no mundo adulto: terminar os estudos, conseguir trabalho, sair da casa dos pais, constituir moradia e família, casar e ter

filhos. (...) Estas são estações de uma trajetória societária linear que não pode mais servir para caracterizar a transição da juventude para a vida adulta. A perda da linearidade neste processo pode ser apontada como uma das marcas da vivência da juventude na sociedade contemporânea. Assim, é preciso ter em conta as muitas maneiras de ser jovem hoje.

Corroborando, Ozella e Aguiar (2008) afirma que concepções de adolescência caracterizadas como período de transformação, de conflito, de crise, entre outros conceitos semelhantes são advindas de um ideário naturalizante, individualizante e a-histórico. De acordo com a perspectiva sócio-histórica, é na interação com o mundo objetivo que se constitui a subjetividade, portanto, há um processo de apropriação da realidade externa pelo sujeito, no qual ao conviver em sociedade, se apropria desse social, tornando o contexto externo parte de seus processos internos.

O psiquismo é constituído nas relações, através das experiências, da cultura, da educação, das fontes midiáticas, entre outros tantos fatores advindos do meio no qual o sujeito está inserido. Macêdo (2015) destaca que as relações sociais humanas são, historicamente, constituídas mediante relações de poder e lutas sociais. O que reafirma a necessidade de “buscarmos cada vez mais o(a) adolescente concreto, historicamente situado e constituído nas suas contradições e no seu real movimento” (OZELLA; AGUIAR, 2008, p. 15).

Muitas das concepções que surgiram nos GF exemplificam o formato individualizante e naturalizante de compreender a adolescência. Ao afirmar-se que a adolescência é uma fase de transição entre a infância e juventude, caracterizada por mudanças físicas e psicológicas e que o período traz conflitos para o sujeito, reduz-se o conflito ao indivíduo, à sua constituição fisiológica e psíquica, o que na atualidade ainda é uma tendência, caracterizar esse período atrelado aos aspectos maturacionais permeados por conflitos, alterações comportamentais, de humor e afins. Atrelado a esse conceito, diversas(os) profissionais apontaram para a adolescência como período de fragilidade.

Ressalta-se que a adolescência ultrapassa fatores biológicos e cronológicos, sendo construída culturalmente, histórica e socialmente. Portanto, os sujeitos em tal etapa da vida devem ser reconhecidos por um viés integral, relacional e temporal, pois se constituem dialeticamente (MACÊDO *et al.*, 2015).

Os dados obtidos nos GF evidenciaram lacunas nas compreensões das(os) profissionais no que tange a um olhar ampliado acerca do(a) adolescente. Percebem como uma fase de mudança, mas quais mudanças são essas para além de aspectos biológicos e individuais? Foram poucas(os) as(os) profissionais, dentre os quatro GF, que sinalizaram

compreender o(a) adolescente historicamente situada(o), em suas contradições individuais, contornada(o) por múltiplos fatores externos que o(a) constituem enquanto sujeito.

A individualização está atrelada à ideia de liberdade em que o(a) adolescente torna-se o(a) única(o) responsável por suas escolhas. Sob essa ótica, os múltiplos fatores que corroboram para situações de conflito na vida do(a) adolescente podem vir a ser negligenciados. Ozella e Aguiar (2008) enfatiza que ao naturalizar a adolescência como período de crise, corre-se o risco de minimizar a compreensão do fenômeno, banalizando-o, camuflando os fatores ali implicados: “a realidade, as contradições sociais, as verdadeiras mediações que constituem tal fenômeno” (OZELLA; AGUIAR, 2008, p. 100). Dentre os fatores implicados e que podem estar camuflados em meio ao processo de individualização da adolescência, está a responsabilidade do Estado em prover condições dignas de passagem por tal etapa da vida, representado na presente pesquisa pelas(os) profissionais atuantes na rede de atendimento e que têm responsabilidade na efetivação de políticas públicas direcionadas à atenção dos(as) adolescentes.

Uma afirmação difundida socialmente e que surgiu na fala de algumas(uns) participantes dos GF, foi o olhar sobre o(a) adolescente relacionado à rebeldia e à indisciplina, associado à culpabilização da família por tais expressões. Compreender a rebeldia como uma característica inerente à adolescência cumpre o papel ideológico de velar os fatores atrelados ao conflito, mais uma vez individualizando a problemática, o que corrobora para a culpabilização do(a) adolescente, da família e para um movimento de isenção da responsabilidade do Estado, conforme observado nos discursos dos participantes. É importante atentar para o modelo de adolescência construído socialmente, que historicamente associa a juventude à delinquência e a marginalidade (OZELLA, 2008; FONTENELE, MIRANDA, 2017).

Silva e Ximenes (2019) afirmam que há uma tendência de pressionar o sujeito adolescente para que se enquadre em padrões e modelos tidos como aceitáveis socialmente, aqueles que desviam da norma facilmente são nomeados como rebeldes, delinquentes, entre outros termos que traduzem estigmas sociais. Tal tendência foi percebida nos discursos da maioria dos profissionais participantes, que trazem concepções pessoais e valorativas acerca dos(as) adolescentes, o que sinaliza para atuações profissionais que podem vir a perpetuar estigmas sociais acerca da população em pesquisa. O ato de não obediência de sujeitos adolescentes ao que lhe é imposto não deve ser visto com a “superficialidade da rebeldia,

mas como ações criativas e de resistência à realidade em que vivem” (SILVA; XIMENES, 2019, p. 13).

O(A) adolescente cultural, social e historicamente situada(o) é aquela(e) vista(o) a partir da sua realidade. Diferentes contextos de desenvolvimento implicam em diferentes formas de experimentação da adolescência, implicando em potencialidades e vulnerabilidades. Ao considerar a realidade brasileira de desigualdade, pobreza, de diversas formas de violência e exclusão, a precariedade na educação e nas demais políticas públicas, compreende-se nitidamente os comportamentos de resistência e inventividade por parte dos(as) adolescentes (SILVA, XIMENES, 2019; ZAPPE, DELL’AGLIO, 2016).

De acordo com as legislações vigentes, como o Estatuto da Criança e do Adolescente, a Constituição Federal, a Lei 8.080/1990 – Lei do SUS e a LOAS – Lei Orgânica da Assistência Social, a compreensão acima exposta deve ser fundamento norteador às(aos) trabalhadoras(es) das Políticas Públicas. Entretanto, dentre os quatro GF realizados, foi uma pequena parcela de profissionais que apontaram olhares e críticas que foram ao encontro de um entendimento sensível e contextualizado como o exposto acima.

Os resultados apontaram para contraditoriedade entre a práxis profissional e os discursos apresentados. Para além de discursos enrijecidos, encontram-se falas sensíveis e compreensivas acerca da adolescência, no entanto, tal sensibilidade se fragmenta em outros discursos e as atuações profissionais parecem caminhar na contramão da forma como essas(es) mesmas(os) profissionais enxergam o(a) adolescente. A exemplo, a adolescência foi amplamente citada como fase de construção de identidade, porém diversos discursos culpabilizatórios também foram sobressalentes. Com isso, questiona-se se o(a) adolescente encontra nas políticas públicas, do município em pesquisa, espaços que favoreçam a construção da sua identidade.

Um espaço que favoreça a construção da identidade dos(as) adolescentes exige, para além da compreensão multifatorial acerca da adolescência, que sejam reconhecidos(as) enquanto sujeitos de direitos, podendo assim ser lugar promotor de vida. Segundo o exposto nos resultados, foi no GF com profissionais da Política de Assistência Social que se evidenciou espaço fomentador de autonomia, convivência, protagonismo, conforme mencionado por uma das profissionais. Cabe destacar que ao tratar-se de adolescentes em condição de vulnerabilidade social, esses sujeitos são prioridade no que diz respeito à proteção por parte do Estado, havendo obrigatoriedade de atuações profissionais pautadas na

garantia de direitos dos(as) adolescentes, efetivando o papel do Estado em prol de tais sujeitos (MACÊDO *et al.*, 2015; SILVA, XIMENES, 2019).

Existe uma pluralidade nas condições de vida da sociedade brasileira, conseqüentemente, há uma pluralidade de adolescências e isso não pode ser perdido de vista. Existe o(a) adolescente com os seus direitos garantidos, todavia, uma grande parcela de sujeitos segregados, tendo que resistir dia a dia às realidades marcadas pelos reflexos da desigualdade social (MACÊDO *et al.*, 2015).

A realidade do município em pesquisa não se difere nesse contexto. Os repetidos discursos culpabilizatórios acerca da família sinalizam os reflexos da segregação. As famílias nomeadas como “desestruturadas”, conforme os discursos emergentes nos GF, tendem a ser aquelas em condições de vulnerabilidade social e que, por sofrerem estigma por parte dos representantes do Estado e sociedade, são invisibilizadas. Adolescentes invisibilizados(as) por parte do Estado são adolescentes com seus direitos violados por parte do Estado.

Um exemplo que caracteriza as desigualdades existentes nas formas de vivenciar a adolescência é a inserção no mercado de trabalho. O desemprego na realidade de adolescentes em condições socioeconômicas vulneráveis gera instabilidade, conflitos e está vinculado à ideia de problemas sociais. Já para o(a) adolescente em condição social privilegiada, o desemprego é “vivenciado como um direito ao prolongamento da condição juvenil de não responsabilidade, tratado como uma moratória permitida antes da fase adulta” (FONTENELE; MIRANDA, 2017, p. 974). Ademais, as oportunidades não são distribuídas com equidade, o mercado de trabalho exige qualificação profissional e são os(as) jovens em condições vulneráveis que permanecem por mais tempo desempregados(as), à margem e estigmatizados(as) (FONTENELE; MIRANDA, 2017).

Para além do desemprego, o mundo do trabalho reflete ainda de outras formas desiguais no cotidiano de adolescentes. Nos GF 03 e 04 aspectos atrelados à inserção no mercado de trabalho foram trazidos a partir de dois pontos de vista: o primeiro deles enquanto condição socioeconômica, com discursos afirmando que o(a) adolescente deseja trabalhar para ter a sua autonomia e/ou ter a possibilidade de auxiliar na renda da família. Em segundo lugar apareceu o discurso do trabalho atrelado à evasão escolar, o que gerou opiniões divergentes acerca da temática, com alegações de que o(a) adolescente evade da escola pela necessidade e/ou desejo de trabalho, mas aqui novamente surgiram discursos permeados por juízos de valor e que podem predizer a falta de uma análise mais pormenorizada acerca da realidade dos(as) adolescentes atendidos.

Com relação à divergência dos discursos, ressalta-se que o desejo e/ou necessidade de autonomia deve ser visto a partir de um olhar ampliado, considerando os fatores incutidos na condição do afastamento escolar e inserção em contextos de trabalho (família, escola, motivações, relações conflituosas em ambos os ambientes, entre outros). Um estudo realizado com adolescentes de classes socioeconômicas desfavorecidas a respeito de suas expectativas sobre o futuro profissional evidenciou uma visão pessimista e desesperançosa em relação à inserção no mercado de trabalho. Os(As) adolescentes destacaram que o mercado é competitivo e o esforço pessoal é o meio pelo qual poderão conquistar seus objetivos (ZAPPE; DELL'AGLIO, 2020). Nesse sentido, é necessário ter em vista a distância entre a possibilidade de escolha e uma necessidade advinda da condição social, o que caracteriza formas distintas de passagem pela adolescência, vida escolar e relação com o trabalho.

A violência foi uma pauta bastante enfatizada por profissionais da Assistência Social e da Educação, nos GF 01 e 03. Segundo o UNICEF, o Brasil é o país com o maior número absoluto de adolescentes assassinados no mundo. A grande maioria do sexo masculino. Em 2015, no Brasil, foram 11.403 vítimas de homicídio, com idades de 10 a 19 anos, dos quais 10.480 eram meninos. De acordo com os dados do ano de 2016, no Brasil, a cada dia são assassinadas 31 crianças e adolescentes. Meninos negros morrem assassinados aproximadamente quatro vezes mais que brancos. Mundialmente, em 2015, morreram assassinados 119.000 adolescentes, na faixa etária de 10 a 19 anos e do sexo masculino (UNICEF, 2017; DELZIOVO, 2018). Tais dados afirmam a responsabilidade ética da(o) trabalhadora(or) frente à violência. É fundamental que indicadores como o exposto acima sejam de conhecimento das(os) profissionais atuantes frente às políticas públicas, no sentido de ampliar a compreensão contextual dos atravessamentos da vida do(a) adolescente brasileiro e diminuir intervenções pautadas em achismos.

De acordo com os dados do Disque Direitos Humanos, no ano de 2019, de 159 mil registros de violências, 86,8 mil foram denúncias de violações de direitos de crianças ou adolescentes, sendo o público com maior número de denúncias, com 55% do total. Das violações, 38% caracterizaram negligência, 23% violência psicológica, 21% violência física, 11% violência sexual, 3% violência institucional e 3% exploração do trabalho (BRASIL, 2019).

Os dados apontados acima vão ao encontro das informações emergentes na coleta de dados. As profissionais da Política de Assistência Social referiram a violência sexual como uma demanda com alto número de casos e observou-se a existência de ações voltadas ao

enfrentamento e prevenção, tipologia essa que representa 17 mil casos dentre as denúncias de violências do disque direitos humanos (BRASIL, 2019). Os resultados demonstraram sensibilização por parte das trabalhadoras, o que mobiliza ações efetivas na prevenção à violência sexual, na Política de Assistência Social. O Conselho Tutelar apontou a negligência como uma de suas principais demandas. Por negligência entende-se a ausência ou ineficiência nos cuidados ofertados por parte dos pais e/ou responsáveis em relação ao desenvolvimento da criança e/ou adolescente nos âmbitos da educação, saúde, desenvolvimento emocional, condições de vida seguras, moradia e afins. Cabe destacar que não se aplica às situações de pobreza, nos quais são inexistentes os recursos disponíveis para prover tais necessidades (DELZIOVO *et al.*, 2018). Aqui, ressalta-se a responsabilidade do Estado em prover os mínimos sociais à sua população.

Relacionado à negligência, nos resultados, membros do Conselho Tutelar citaram a evasão escolar como a demanda com maior número de casos advindos da população adolescente. Condição essa que pode se caracterizar por uma forma de negligência, tendo em vista o distanciamento do contexto escolar, que traz prejuízos significativos ao desenvolvimento do sujeito e é um direito resguardado ao mesmo, como já foi abordado acima.

Sendo assim, a negligência é a principal condição de violação de direitos recebida pelo Conselho Tutelar do município em pesquisa. Relacionado às ações que estão sendo executadas na prevenção de tal forma de violação, observou-se uma lacuna significativa, desde a compreensão das(os) profissionais acerca do significado de negligência à uma desarticulação da rede na oferta de cuidados, o que será discutido em maior profundidade na categoria 03.

A respeito da violência sexual, em 2016, um total de 9 milhões de adolescentes do sexo feminino, entre 15 e 19 anos de idade, sofreram violência sexual com penetração. Grande parte das violências são perpetuadas por pessoas do próprio convívio da vítima (DELZIOVO *et al.*, 2018; BRASIL, 2019). Tal dado corrobora para a urgência em efetivar ações articuladas em rede em prol da prevenção e de atendimentos eficientes voltados à violência sexual. Mais uma vez, destaca-se a necessidade de ampliar a atenção acerca da família, considerando que, no contexto da violência sexual, é no ambiente familiar que ocorre grande parte dos casos, podendo ser o familiar o próprio autor da violência ou esse estar negligenciando os cuidados do(a) adolescente, estando esse desprotegido e vulnerável à exposição de maus-tratos.

Tendo em vista o exposto acima, é possível observar diferentes fragilidades para adolescentes do sexo masculino e feminino. O que se relaciona com o lugar da mulher e o lugar do homem na sociedade, com as expectativas sociais sobre o feminino e masculino, a distinção entre o desempenho de papéis e as consequências de tal processo histórico desigual que fornece condições de possibilidades para a ocorrência de violências, bem como a sua naturalização (SILVA, XIMENES, 2019).

Enquanto os meninos apresentam, mundialmente, aproximadamente 12 vezes maior propensão à morte por assassinato, as meninas são as maiores vítimas da violência sexual, como corroboram os dados brasileiros relativos ao ano de 2019, que apontam para 82% dos casos de violência sexual para o sexo feminino, dessas, 46% são adolescentes de 12 a 17 anos (UNICEF, 2017; BRASIL, 2019). Os dados confirmam a importância das ações voltadas à prevenção do abuso sexual, como já ocorrem no âmbito da Assistência Social do município em pesquisa.

Ressalta-se, a partir dos números alarmantes e das distinções entre tipologias de violência e gênero, a necessidade de atenção especial ao público do sexo feminino referente à prevenção da violência sexual. Em contrapartida, levanta-se o questionamento a respeito de ações voltadas ao adolescente do sexo masculino, que acaba por sofrer um processo ainda maior de desassistência, não sendo diferente no âmbito da violência sexual, tendo em vista as compreensões de masculinidade vigentes na sociedade. No entanto, ainda que de diferentes formas, os processos de exclusão ecoam nos meninos adolescentes, do contexto escolar à comunidade, principalmente aqueles em condições de pobreza e desigualdade. Cabe destacar que, muito embora o homicídio não seja demanda do município em questão, Santa Catarina é o 8º estado com maior número de denúncias de violações relativas às crianças e adolescentes (BRASIL, 2019).

Nos GF, os discursos que mais se aproximaram da atenção aos sujeitos do sexo masculino foram relacionados aos adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas. Foi apontado que as principais demandas observadas através do cotidiano com os mesmos são prejuízos nas relações afetivas, conflitos familiares acentuados e vivências de diferentes formas de violência, o que foi atrelado, pelos(as) profissionais, ao envolvimento em atos infracionais como forma de ganhar visibilidade.

Um estudo com vistas aos principais comportamentos de risco na adolescência apontou para um alto percentual de risco em adolescentes cumprindo medidas socioeducativas. O uso de substâncias psicoativas foi um dos comportamentos avaliados e

houve prevalência em 100% dos adolescentes que se encontravam em cumprimento de medidas socioeducativas. Para o comportamento sexual de risco também foi uma realidade de 100% desse público, enquanto que a taxa ficou em 38% dos sujeitos em acolhimento institucional e 42,7% de adolescentes que viviam em suas famílias. O estudo demonstrou, ainda, que 76% dos adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas apresentam comportamentos antissociais. As taxas são menores quando se trata de comportamento suicida, com 12,8% (ZAPPE; DELL'AGLIO, 2016). A pesquisa evidencia que adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas são considerados perfis vulneráveis e com potencial de risco autoinfligido, destacando as condições de violação de direitos e, conseqüentemente, a necessidade de ações efetivas voltada a esse público em específico.

Os GF não apresentaram discussão em profundidade acerca dos adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas. Os discursos que surgiram foi no GF 03, e foi possível observar que os diferentes setores não se encontram articulados em prol da prioridade que o ECA (1990b) e o Sistema Nacional de Socioeducação – SINASE (2012) convocam à atenção de tais adolescentes.

No âmbito de proteção às violências, foi instituída a Lei nº 13.431 de abril de 2017, que estabelece o sistema de garantia de direitos da criança e do(a) adolescente vítima ou testemunha de violência. A referida normativa traz em seu artigo segundo que aos sujeitos em tais etapas da vida deve ser assegurada proteção integral, garantindo condições para uma vida livre de violências, com a saúde física e mental preservadas, em prol do pleno desenvolvimento moral, intelectual e social. Dentre as especificidades da referida lei consta o desenvolvimento de políticas integradas em prol da garantia de direitos, resguardando-os de “negligência, discriminação, exploração, violência, abuso, crueldade e opressão” (BRASIL, 2017a, p. 9). Tendo em vista o exposto, é urgente a necessidade de efetivar ações articuladas intersetorialmente no enfrentamento das violências que atravessam a realidade do(a) adolescente brasileiro(a), destacando que “adolescentes e jovens das classes pobres e marginalizados podem ser duplamente vitimizados: tanto por essas modalidades de violência que ocorrem em todos os segmentos sociais quanto pelas expressões da violência estrutural” (BRASIL, 2018, p. 93).

Salienta-se que o Brasil tem, com o ECA, uma das legislações mais avançadas do mundo no sentido de proteção às crianças e aos(as) adolescentes. No entanto, segundo o UNICEF, é necessário criar políticas públicas para o combate e superação das desigualdades sociais, étnicas e geográficas do país (UNICEF, 2017; BRASIL, 2017c).

Uma pesquisa voltada à identificação de fatores de risco e de proteção para adolescentes com demandas relativas à saúde mental apontou para a exposição à violência como um importante fator de risco. Tal estudo evidenciou que a violência doméstica apresenta maior impacto na saúde mental dos(as) adolescentes de cidades de pequeno a médio porte, enquanto a violência urbana prevalece como um dos principais fatores para os(as) adolescentes de grandes centros (DE PAULA *et al.*, 2016). Tal dado se entrelaça com a realidade do município em pesquisa, que é de pequeno porte e com uma parcela da população do meio rural, contexto no qual a violência doméstica está inserida e, sabe-se que, muitas vezes velada.

A vivência de violências compromete significativamente a trajetória de vida dos sujeitos que se encontram em fase de desenvolvimento, gerando consequências à saúde e ao bem-estar integral do(a) adolescente. Pessoas vítimas de violência estão mais suscetíveis a desencadear processos de sofrimento psíquico agravado, como o uso abusivo de substâncias, transtornos depressivos e ansiosos, ideação e tentativas de suicídio, entre outras comorbidades (DELZIOVO *et al.*, 2018). Nesse sentido, não há como desvincular a violência, uma das principais demandas debatidas nos GF, da saúde mental, demanda que ocupou eixo central nos GF e será discutida em maior profundidade na categoria 02.

Ainda no que tange os aspectos protetivos, é imprescindível mencionar a família como núcleo fundamental na garantia da proteção da população adolescente de forma ampliada e integral, o que implica um cotidiano de vida livre de violências. A família segue ocupando lugar primordial enquanto base de segurança e bem-estar aos seus membros (ZAPPE; DELL'AGLIO, 2016). Deve-se atentar para a complexidade do trabalho com famílias e para a responsabilidade do Estado na oferta de ações qualificadas e assertivas voltadas ao fortalecimento da família em sua função protetiva e em prol da ruptura de padrões de violências transgeracionais.

7.1.1. MANEJO COM ADOLESCENTES E FAMÍLIAS

A temática abordada sobre o manejo com adolescentes é complexa, dada a multiplicidade de formas de adolecer, bem como a singularidade de cada indivíduo que adentra os diferentes setores e serviços da rede.

A categoria 1 trouxe diferentes óticas a respeito das concepções e demandas da adolescência e elucidou como a forma que se compreende os(as) adolescentes interfere nas

ações das(os) profissionais, conseqüentemente, também ressoa na qualidade do vínculo que é estabelecido. As principais demandas apresentadas pelas(os) participantes, que vão de conflitos familiares a sofrimentos psíquicos agravados, também sinalizaram a necessidade de pensar formas de aproximação, visando à proteção, protagonismo, autonomia e desenvolvimento das potencialidades dos(as) adolescentes.

Existem aspectos que facilitam a construção de relações assertivas com os(as) adolescentes e que podem ser base para todo agente social, seja na educação, saúde, assistência social e demais setores. Os dados obtidos na pesquisa ilustraram que se faz necessário repensar tais relações, para isso é fundamental adotar uma postura de acolhimento diante do(a) adolescente, o que significa implicar-se com o sujeito, entendê-lo como pessoa única, com particularidades na forma de ser, sentir e estar. Tal atitude exige um despir-se dos estigmas que a(o) profissional tem a respeito da adolescência, pois o estigma anula a identidade do outro e o enquadra em uma classificação hegemônica (MIRABELA, 2013; BERNARDES, 2015).

É fundamental que a(o) profissional considere as influências socioeconômicas, culturais e familiares que norteiam tais modos de ser, afinal, a forma particular de cada adolescente reflete a relação que há entre tudo o que perpassa o seu cotidiano. A postura de acolhimento requer da(o) profissional uma atitude de cuidado, curiosidade, sensibilidade e implicação, deixando-se tocar pelo sujeito em sua integralidade e assumindo a responsabilidade que lhe é inerente enquanto agente social (BRASIL, 2014a; MIRABELA, 2013; BERNARDES, 2015).

A curiosidade acima citada enfatiza o não tomar o sujeito com padrões estereotipados de adolescência e questionar-se: quem é esse(a) adolescente? Qual a sua história? Quais as suas habilidades? Como se organiza em seu cotidiano, diante de seu contexto e possibilidades de vida? Quais os seus modos de existir? O que corrobora para o seu desenvolvimento e o que lhe limita? Quais as formas desse(a) adolescente se ajustar perante as adversidades da vida? A partir da identificação das demandas do sujeito, sob uma ótica ampliada, atreladas ao seu modo de ser, torna-se possível o planejamento de ações voltadas aos(às) adolescentes, sejam individuais ou coletivas (MIRABELA, 2013).

Os serviços em si, como identificado nos GF, têm significações e formatos engessados de funcionamento, atrelado às(aos) profissionais que lhe compõem e constroem tal equipamento a partir de suas histórias de vida, formações profissionais e vivências pessoais. Ou seja, são ambientes preenchidos de sentido, que pode vir a ser orientado por estigmas.

Dessa forma, torna-se mister que as(os) profissionais busquem a constante auto-observação, de voltar-se para si, (re)visitar as suas histórias, concepções cristalizadas e adolescências, como foi mencionado por profissionais no GF 03, de forma que seja possível desconstruir formatos disfuncionais, rever condutas e construir novos sentidos para os serviços, possibilitando espaço para os(as) adolescentes reais, bem como para relações aproximadas e potentes com os mesmos (FONSECA; OZELLA, AGUIAR, 2010).

As diferentes formas como o(a) adolescente estabelece contato, dentre as quais está a possibilidade de apresentar oposição, resistência ou uma postura de indiferença diante do outro, pode vir a desencadear sensações desconfortáveis na(o) profissional, sensibilizando-o em aspectos pessoais, mas sem que o mesmo necessariamente se dê conta disso. A todo o momento somos afetados por pessoas, acontecimentos ou estímulos, alguns sentidos com maior intensidade, outros nem tanto e outros ainda não se desvelam à consciência. Esse processo de constante afetação elucida a necessidade de a(o) profissional visitar-se, visitar as suas emoções, a sua história, infância, relações e arranjos familiares, para que consiga distinguir o que é seu e o que é do(a) adolescente, contextualizar o indivíduo em sua historicidade e ressignificar uma atitude de resistência de um(uma) adolescente no qual se encontra em relação (MIRABELA, 2013).

No trabalho com adolescentes é fundamental que a(o) profissional observe que a relação também se dá através de um processo contínuo de questionar-se sobre episódios ou contextos nos quais a(o) profissional é afetado pelo outro, sendo esse outro o(a) adolescente. Questionar-se sobre o porquê e como tal contexto lhe afeta, sobre determinados comportamentos que geram incômodo, adotando uma postura de abertura e investigação referente aos próprios processos e às relações, mesmo quando desafiadoras. Tal forma de se posicionar diante do(a) adolescente foi pouco trazida pelas(os) profissionais participantes na pesquisa, o que aponta para uma rigidez na forma de conduzir as relações trabalhadores-usuários e traz indicativos sobre a qualidade do serviço prestado.

Uma relação de implicação com os(as) adolescentes devem ser estabelecida por toda(o) e qualquer profissional da rede, e das mais diversas categorias, como as quais perpassaram os GF, conforme elucida o documento *Atenção Psicossocial a Crianças e Adolescentes no SUS*:

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, 2014a, p. 15).

Tal construção se entrelaça com o conceito de protagonismo juvenil, bastante enfatizado nas políticas públicas voltadas aos(as) adolescentes que diz respeito à participação social e fortalecimento para a superação de suas condições de vida e adversidades do cotidiano (BRASIL, 2005; BRASIL, 2014a; BRASIL, 2014b; SILVA E XIMENES, 2019). Os dados emergentes nos GF sinalizaram para a escassez de profissionais, conseqüentemente de ações, que visem o protagonismo dos(as) adolescentes. Foi citada a necessidade de ampliar o manejo e estratégias, mas não mencionado o construir/fazer em conjunto com os indivíduos.

Para fomentar o protagonismo dos sujeitos, é fundamental defender a autonomia, pautada no respeito à dignidade e à liberdade, ressaltando que a autonomia é desenvolvida através das vivências do indivíduo (SILVA; XIMENES, 2019). Construir um espaço de liberdade onde se cria em conjunto com o(a) adolescente e oferece lugar de participação e influência em decisões é estimular o protagonismo, favorecendo diversos outros aspectos importantes à construção da autonomia e processo identitário do sujeito, como a experiência de pertença, a socialização, o desenvolvimento de habilidades, de posicionamento ético-político, encontrando espaço para ser e estar. Um profissional que se propõe a lançar um olhar em direção ao(a) adolescente, em suas potências, possibilita a construção de um sujeito protagonista de sua história e agente de mudança social.

Expandir a qualidade do atendimento prestado ao(a) adolescente significa compreendê-lo(a) de forma integral, o que diz respeito a olhar para essa população sem a prioris, buscando apropriar-se dos elementos que constituem a sua vida, desde a sua história, família, território, lugar social, relações, até aspectos de sua subjetividade, a exemplo, a forma como estabelece as suas relações com o outro e com o mundo. Com relação à subjetividade, utiliza-se aqui a perspectiva gestáltica, que se entrelaça com o viés da integralidade preconizado pelo SUS, ao compreender o sujeito como ser de potência criativa, que se ajusta ao mundo conforme suas possibilidades e está sempre em relação, uma vez que a sua subjetividade é construída a partir das relações. Um dos conceitos da Gestalt-terapia é o da autorregulação orgânica, que é a capacidade que o sujeito possui de se autorregular, buscar o equilíbrio, buscar as suas formas de proteção, expansão e crescimento diante dos movimentos e adversidades da vida, que se dá em uma constante e nas relações (FRAZÃO; FUKUMITSU, 2014).

Compreender que um(uma) adolescente tem a capacidade de se autorregular é contribuir para o seu protagonismo. A partir do reconhecimento das potências do indivíduo, se abre espaço para que as construções sejam feitas em conjunto, onde o(a) adolescente esteja no centro de seu próprio cuidado e possa efetivamente fazer escolhas. No entanto, é um indivíduo em condição peculiar de desenvolvimento, e a necessidade de proteção por parte da família e do Estado segue com absoluta prioridade. Cabe destacar, ainda, a responsabilidade das(os) profissionais das diferentes políticas, enquanto representantes do Estado, em trabalhar no sentido de minimizar as desigualdades, violências e processos de exclusão, uma vez que esses aspectos atravessam a vida dos(as) adolescentes e constituem suas subjetividades e modos de vida.

A partir do lugar fundamental que a família ocupa na vida dos(as) adolescentes, surge a prerrogativa de ampliar discussões acerca da família, núcleo muito citado nos GF e permeado por concepções pessoais, valores morais e ideários estigmatizantes.

O conceito de família é diverso. Alguns teóricos trazem a concepção de família como um grupo de pessoas que têm significativa proximidade e intimidade entre si, compartilham uma história e podem ter projeções futuras em comum. A família é um microsistema inserido em um macrosistema, pertencente a um contexto social, histórico e cultural, que exerce forte influência sobre a forma como esse grupo funciona, convive, vive ou sobrevive (ZAPPE; DELL'AGLIO, 2016). A esse respeito, pode-se afirmar que os resultados apontaram para a falta de compreensão por parte das(os) profissionais acerca da complexidade da teia familiar e da relação existente entre os comportamentos da família, as desigualdades estruturais e a responsabilidade da(o) própria(o) profissional, agente social, frente a tal problemática.

Ter um olhar ampliado acerca dos múltiplos fatores que cerceiam as relações familiares no Brasil é fundamental à(o) profissional. Para a realização de um trabalho efetivo com adolescentes, é necessário levar em conta as diferentes configurações familiares, bem como as funcionalidades, potencialidades e fragilidades de cada sistema. Embora se espere da família relações de convivência e amorosidade, também é um sistema permeado por tensões e conflitos, onde em muitos contextos o núcleo familiar oferece riscos e/ou danos à vida e ao pleno desenvolvimento dos(as) adolescentes. Sobremaneira, é essencial que a família seja incluída no planejamento, ações e políticas voltadas à proteção dos(as) adolescentes, ressaltando a necessidade de esforços voltados ao fortalecimento e suporte para que consigam exercer o seu papel protetivo e de promoção do desenvolvimento dos filhos (BRASIL, 2018; ZAPPE, DELL'AGLIO, 2016).

Faz-se relevante traçar estratégias para aumentar a resolutividade dos trabalhos voltados à família, o que ressoa diretamente na qualidade de vida dos(as) adolescentes. A criação de espaços voltados às famílias nos diferentes âmbitos das políticas públicas é fundamental para construir, ou melhor, coconstruir, laços entre a família e os serviços/instituições, bem como novos formatos relacionais entre os membros da família. Podem ser espaços para o desenvolvimento de valores, orientações relativas à convivência familiar, planejamento, direitos e deveres, saúde, desenvolvimento saudável, acompanhamento escolar, sexualidade, dentre tantas outras e importantes demandas que atravessam uma família. Destaca-se o setor da Saúde e da Assistência Social como os espaços centrais para a oferta de acolhimento, orientação e suporte às famílias frente às dificuldades cotidianas, sanando dúvidas, transmitindo novos conhecimentos, o que pode repercutir em melhores condições de vida aos(às) adolescentes (SENNA, DESSEN, 2015; BRASIL, 2018).

Para além de ações possíveis, é possível repensar os formatos de relação e comunicação estabelecidos entre os profissionais e familiares. Para transformar as ações direcionadas aos(às) adolescentes é imprescindível uma mudança nas relações profissionais-usuários/famílias. A família se constitui como instituição formadora de sujeitos, havendo a necessidade de fornecer subsídios quando se evidenciam lacunas relativas ao cuidado e desenvolvimento dos filhos. Nesse sentido, a comunicação, ou melhor, a forma como as(os) profissionais se comunicam com as famílias é alicerce central para que as ações sejam exitosas ou não, podendo facilitar ou dificultar tais ações (KEPPEL *et al.*, 2020).

Uma relação efetiva com os(as) adolescentes e com suas famílias é técnica e humana, pautada no respeito ao(à) usuário(a), realizando as devidas orientações de forma cuidadosa e que seja compreensível àquele(a) que recebe. O arcabouço de concepções valorativas deve estar guardado, deve ser deixado de lado no momento de um atendimento, seja com a família ou com o(a) adolescente. A comunicação deve incluir o usuário/familiar, legitimando a sua existência, através de uma postura dialógica e de responsabilidade mútua.

7.2. A SAÚDE MENTAL DOS(AS) ADOLESCENTES E SEUS DESDOBRAMENTOS NA REDE

Para iniciar, cabe assinalar que sofrimento psíquico não se refere apenas à esfera dos transtornos mentais e/ou psiquiátricos, tratamento e prevenção dos riscos e agravos, que seriam apenas reproduções de modelos de atenção pautados em sintomatologia, herança de um modelo biomédico individualizante (ROSSI; CID, 2019).

A partir da Reforma Sanitária, da Política Nacional de Promoção de Saúde e do viés da atenção psicossocial, o indivíduo passa a ser compreendido como ser integral, inserido em um contexto social de vida e, assim, demanda um atendimento integral, digno e respeitoso. A integralidade, enquanto princípio do SUS, pressupõe um olhar ampliado acerca do ser humano, buscando promover saúde a partir de um cuidado que respeite o indivíduo e o seu modo de existir. Nesse sentido, o sofrimento é compreendido em sua complexidade, em todas as suas dimensões e múltiplos fatores, para muito além de padrões de normalidade/anormalidade, o que requer cuidado para que o sujeito não seja reduzido a um sintoma, para que não seja esquecido enquanto sujeito que é, anterior ao sofrimento (FERNANDES, 2018; ROSSI, CID, 2019).

Nos GF não surgiram debates em profundidade acerca de fatores atrelados à saúde mental na adolescência, em grande parte os discursos apontaram para compreensões associadas a um quadro sintomático.

A concepção de profissionais a respeito do contexto de saúde mental, bem como da situação de sofrimento psíquico apresenta importantes reflexos nas ações que são ofertadas e realizadas nos serviços. Isso se evidenciou claramente nos resultados da presente pesquisa, que apontaram para uma lógica de encaminhamentos, não compartilhados, resultando em um cuidado segmentado e em sua maioria individualizado, não estando em consonância com a perspectiva da integralidade. Tal dado aponta para a necessidade de repensar o âmbito da Saúde Mental do município da forma como está posto, considerando que não há um fluxo/protocolo de atendimento aos(as) adolescentes em sofrimento psíquico e a lógica caminha na contramão das prerrogativas do SUS e da Rede de Atenção Psicossocial, RAPS.

A saúde mental pode ser compreendida e conceituada a partir de diferentes óticas. Fernandes (2018), define como uma condição de bem-estar subjetivo, associado à possibilidade do indivíduo em se ajustar criativamente aos diferentes contextos da vida, ter autonomia, habilidades emocionais e funcionalidade em seu cotidiano. Dada a definição de saúde mental acima mencionada, entende-se que o sofrimento psíquico também é compreendido a partir de diferentes dimensões dos fenômenos que atravessam o cotidiano dos(as) adolescentes e de suas subjetividades. Os problemas relativos à saúde mental podem ser definidos como condições que afetam a vida do sujeito como um todo, podendo comprometer as habilidades sociais, aspectos comportamentais, emocionais e cognitivos, o que pode ou não se caracterizar por um transtorno mental (PAULA *et al.*, 2016; FERNANDES, 2018).

Ampliar a compreensão acerca do sujeito em situação de sofrimento psíquico implica no reconhecimento da singularidade do processo de sofrimento do indivíduo, levando em consideração as particularidades, a forma como conduz a vida cotidiana, como se dá a relação com o outro, com o mundo, bem como reconhecer os fatores culturais, familiares, sociais, socioeconômicos e históricos atrelados à condição de sofrimento. O que lhes falta, o que lhes excede, em questão de fatores externos, e que interfere na possibilidade ou não de vivenciar saudavelmente a sua vida, em dignas condições de bem-estar e saúde mental (FERNANDES, 2018).

As estimativas de transtornos mentais e/ou sofrimento psíquico na população infanto-juvenil brasileira é de 10% a 20%. Os estudos de Paula *et al.* (2016) apontaram para índices de 7% a 12% dos(as) adolescentes com quadros relativos ao adoecimento psíquico. Trouxe também alguns dos fatores de risco para a saúde mental da população infanto-juvenil brasileira, são eles: condições socioeconômicas desfavoráveis, ser vítima ou exposta a punições físicas, bem como conflitos intrafamiliares (PAULA *et al.*, 2016; BRASIL, 2005; ROSSI *et al.*, 2019). Os resultados da presente pesquisa apresentaram que as(os) profissionais compreendem a relação das condições socioeconômicas desfavoráveis e a vivência de violações de direitos como fatores que podem potencializar quadros de sofrimento psíquico na adolescência.

No que se refere aos quadros de sofrimento psíquico agravado, os mesmos podem estar atrelados ao comportamento suicida. Nos resultados da pesquisa, o suicídio não foi mencionado de forma direta, mas o comportamento de automutilação foi citado em diferentes GF, com ênfase pelas(os) profissionais da educação, que apontaram para uma preocupação relativa aos casos de automutilação na escola. No mundo, o suicídio é a segunda causa de morte entre jovens de 15 a 19 anos e a terceira causa de morte entre indivíduos na faixa etária dos 10 a 19 anos. Cabe destacar que, para cada suicídio, existem inúmeras tentativas não concretizadas e uma porcentagem de subnotificações. O suicídio é estudado e compreendido por diferentes óticas, havendo consenso no que se refere à sua complexidade e a prerrogativa de que é consequência da vivência de intenso sofrimento psíquico (ROSSI; CID, 2019).

A automutilação é compreendida como um comportamento intencional direcionado ao próprio corpo, sem a intenção consciente de cometer suicídio. No entanto, pode também estar associada à ideação e tentativa de suicídio. Nesse sentido, surge a importância das(os) profissionais estarem capacitadas(os) para realizar o acolhimento e as articulações necessárias diante de um(uma) adolescente em episódio de sofrimento psíquico, seja em caráter de

situação de crise, de automutilação e/ou tentativa de suicídio, o que foi observado como uma fragilidade nos discursos das(os) profissionais participantes da presente pesquisa (MONTINI; STEPHAN, 2019).

Considerando que o suicídio pode decorrer de uma situação de crise, é essencial aprofundar aspectos atrelados à temática, tendo em vista a complexidade que perpassa o contexto de vivências de crise na adolescência. Há ainda de se considerar que tais episódios podem ocorrer nos diferentes serviços em que o(a) adolescente transita, com maior probabilidade no contexto escolar, lugar de maior convivência. A situação de crise em saúde mental, que tem as mais variadas formas de expressão, é compreendida como complexa situação existencial, multifatorial, como condição de fragilidade, mas que tem em si grande potencial de transformação para o indivíduo e para as suas relações. É essencial que as(os) profissionais tenham manejo e conhecimento para realizar o cuidado que demandas como essa exigem, salientando a necessidade da articulação de diferentes serviços da rede para desfechos exitosos (LAURINDSEN-RIBEIRO; TANAKA, 2016).

A baixa autoestima foi citada em um dos GF como um aspecto atrelado ao adoecimento psíquico. Zappe e Dell'aglio (2016) afirmam ser fundamental o fortalecimento da autoestima durante a infância, o que contribui para o desenvolvimento saudável, visando à saúde tanto para o momento presente quanto de fases posteriores como a adolescência. Uma criança segura e confirmada em suas potencialidades apresenta maiores chances de vivenciar a sua adolescência de forma saudável. Tal dado se relaciona com prerrogativas do SUS, em que se afirma que o cuidado ao(à) adolescente inicia na infância (BRASIL, 2018).

Tais aspectos devem ser considerados na elaboração e planejamento das ações voltadas ao cuidado em saúde mental dos(as) adolescentes. Como dito anteriormente, os resultados da pesquisa apontaram para lacunas significativas nesse âmbito, indicando que existem poucas ações de prevenção e promoção de saúde direcionadas aos(às) adolescentes e lacunas no fluxo de atendimento em saúde mental, o que se evidenciou nos quatro GF, com ênfase no GF 02.

Conforme exposto nos resultados, o setor Saúde não realiza ações de prevenção e promoção para os(as) adolescentes, os profissionais têm pouco conhecimento acerca das demandas de saúde mental, que são transferidas para os serviços especializados como o ambulatório de Psicologia e CAPS. Dessa maneira, o cuidado não é realizado de forma compartilhada com a Atenção Básica, menos ainda com os demais pontos da rede, como a escola e serviços da Assistência Social. Para repensar a lógica de atenção à saúde mental da

população adolescente, é necessário refletir sobre o que se quer promover. Fernandes (2018) aponta para a necessidade de superação de compreensões patologizantes acerca do sofrimento psíquico e traz a seguinte definição acerca da saúde mental, no que se refere ao público adolescente:

Saúde mental infantojuvenil é dinâmica e resultado da relação complexa entre os recursos e habilidades pessoais, fatores contextuais e determinantes sociais, que na dimensão do cotidiano estão diretamente implicados nas possibilidades de participação, fruição, reconhecimento e enfrentamento de desafios. O que, dentre outras, envolve a possibilidade de experienciar prazer, frustração, afeto, motivação e proatividade implicados nas descobertas e aprendizados genuínos da infância e adolescência (FERNANDES, 2018, p. 107).

A partir dessa ótica, é possível observar a complexidade do que significa promoção de saúde mental junto aos(às) adolescentes, articulada à oferta de elementos para práticas exitosas. Tal definição vai ao encontro do cuidado no viés da atenção psicossocial, que se consolidou como modelo norteador no cuidado em saúde mental no âmbito da saúde pública, através de um conjunto de saberes, práticas e ordenamentos, que se relacionam harmoniosamente com as demais prerrogativas do SUS (BRASIL, 2014b; RICHTER, 2019).

O viés da atenção psicossocial pressupõe um olhar integralizado, levando em conta os determinantes sociais de saúde, reconhecendo o indivíduo em sua complexidade, inserido em determinado território, dentre outras múltiplas facetas que lhe compõe. Para além disso, fazer saúde mental com adolescentes requer a compreensão de que são sujeitos de direitos e responsabilidades, o que remete à coconstrução, responsabilizá-los por seus processos de saúde ou adoecimento e corresponsabilizá-los pelo cuidado pactuado, fomentando assim o desenvolvimento de autonomia (BRASIL, 2005).

Desde o advento do CAPS, e a partir do Decreto 3.088 de 2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial – RAPS, os CAPS são os pontos de atenção especializada para o cuidado em saúde mental, podendo esse ocupar a frente na efetivação da RAPS, que é composta por Atenção Básica de Saúde, Centros de Convivência, serviços de urgência e emergência, articulados a outros serviços da rede. Ressalta-se que o NASF, Núcleo Ampliado de Saúde da Família, criado em 2008, ocupou importante lugar na RAPS, o que atualmente representa uma lacuna e retrocesso na política de saúde mental e na política nacional de atenção básica, considerando a sua extinção, através da suspensão de incentivo financeiro por parte do governo federal, ocorrida no ano de 2019 (BRASIL, 2011; BRASIL, 2019b).

Para além do CAPS, que é um ponto especializado na atenção à saúde mental, a Atenção Básica de Saúde tem papel central na atenção à saúde dos(as) adolescentes (BRASIL, 2013). Como exposto acima, os dados coletados na pesquisa apresentaram fragilidades no cuidado aos(às) adolescentes pela AB do município em questão. Diante disso, reitera-se a responsabilidade da AB, que é afirmada por diferentes legislações e documentos oficiais (BRASIL, 2013; BRASIL, 2011; BRASIL, 2001, BRASIL, 2005; BRASIL, 2010). Para a realidade do município em pesquisa, observou-se que o fortalecimento da relação estabelecida entre CAPS e Atenção Básica é um fator fundamental para o reordenamento e para a conquista de avanços no rumo do cuidado em saúde mental da população adolescente.

A Atenção Básica é a porta de entrada, ali se reconhece a demanda, podendo ocorrer no próprio serviço ou no território, através das(os) agentes comunitárias(os) de saúde e demais profissionais da Estratégia de Saúde da Família. Um dos princípios norteadores da Atenção Básica é o cuidado na perspectiva territorial, cuidado que se constrói a partir do reconhecimento dele. Por território, entende-se um espaço em permanente construção e transformação, “transcende a superfície-solo para instituir-se como um território de vida pulsante, de conflitos, de interesses diferenciados em jogo, de projetos, de sonhos” (LAURINDSEN-RIBEIRO; TANAKA, 2016, p. 152). Tal definição corrobora para a compreensão de que o território é composto por pessoas, culturas, comunidades, lugar de pertença e, a partir disso, um espaço potente para promoção de saúde e de vida dos(as) adolescentes que ali estão.

Referente ao trabalho numa perspectiva territorial, o GF 02, composto por profissionais da saúde, elucidou o distanciamento das(os) participantes de compreensões fundantes do trabalho no SUS, como é o conceito de território. Tal dado atrelado à escassez de ações de promoção e prevenção aponta também para a defasagem de práticas pautadas em uma perspectiva territorial, o que está intimamente associado à integralidade do cuidado, nesse caso, observou-se que o cuidado não é efetivado de forma integral.

A equipe de Estratégia de Saúde da Família poderá se fortalecer através do engajamento das(os) profissionais para um reordenamento do serviço, potencializando os recursos humanos existentes e efetivando a lógica da AB tal como está prevista, entendendo que o acolhimento de adolescentes é responsabilidade de todas(os) as(os) profissionais da equipe, sem exceções, em prol do cuidado integral, da promoção e prevenção de saúde dos(as) adolescentes, bem como o agenciamento de espaços que fomentem a autonomia, o protagonismo juvenil e a convivência comunitária. A partir do fortalecimento do trabalho

intersetorial, a equipe de ESF poderá contar, ainda, com o apoio matricial da equipe do CAPS, auxiliando nos processos de cuidado dos(as) adolescentes em sofrimento psíquico referenciados na AB (BRASIL, 2011; NUNES, KANTORSKI, COIMBRA, 2016; BRASIL 2018).

Dentre as orientações técnicas voltadas ao cuidado em saúde mental dos(as) adolescentes na AB estão os seguintes documentos: *Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde* (BRASIL, 2010); *Saúde Mental na Atenção Básica – Caderno nº 34* (BRASIL, 2013); *Proteger e cuidar da saúde dos adolescentes* (BRASIL, 2018); e *Caderneta de saúde do adolescente* (BRASIL, 2007). Tais normativas evidenciam, além do arcabouço minucioso de orientação existente, a responsabilidade da AB perante o cuidado relativo à saúde mental dos(as) adolescentes e a possibilidade das(os) profissionais do município em pesquisa se reinventarem em suas práticas.

Os documentos citam diversas possibilidades de intervenções voltadas ao cuidado dos(as) adolescentes, dentre elas as modalidades em grupo são elencadas como modalidades potentes. As temáticas dos grupos de adolescentes podem ser as mais diversas, como grupos de prevenção à violência; de convivência comunitária; de prevenção e/ou tratamento da drogadição; dentre tantas outras possibilidades que devem ser construídas a partir das demandas emergentes no território. Ressalta-se que todas as ações citadas acima, ainda que indiretamente, promovem saúde mental aos(às) adolescentes (BRASIL, 2017).

A partir da AB fortalecida como potente lugar de promoção de saúde, prevenção e tratamentos de agravos relativos à saúde mental dos(as) adolescentes, articulada com os demais serviços da saúde, como o CAPS ou os serviços de urgência e emergência, muito poderá se avançar no sentido de um cuidado integral na atenção aos(às) adolescentes em condição de sofrimento psíquico.

Para além da importância da articulação entre os serviços do setor saúde, é imprescindível que haja consenso e parceria entre os diferentes setores da rede voltados à atenção dos(as) adolescentes, como serviços da assistência social, conselho tutelar, educação e justiça. O documento *Caminhos para uma Política de Saúde Mental Infanto-juvenil* traz os seguintes princípios norteadores no cuidado aos(às) adolescentes: acolhimento universal, encaminhamento implicado, construção permanente da rede, território e intersetorialidade do cuidado. Todos esses princípios se inter-relacionam e devem ser efetivados nos diferentes setores da rede, sendo assim, as demandas de sofrimento psíquico dos(as) adolescentes não

são restritas aos serviços de saúde. Diferentes estudos têm mostrado que o trabalho intersetorial é fundamental para intervenções e práticas efetivas (BRASIL, 2005; ROSSI, CID, 2019).

O contexto escolar, muito citado nos GF, é um espaço significativo na vida dos(as) adolescentes, sendo imprescindível a participação da educação nos processos de cuidado à saúde mental desses sujeitos. Estudos apontam para a escola como um importante espaço de identificação das demandas de sofrimento psíquico, local onde podem ocorrer crises, tentativas de suicídio, episódios de automutilação, entre outros acontecimentos cabíveis a adolescentes em condição de sofrimento psíquico agravado (DELZIOVO, 2018). Na presente pesquisa, os resultados sinalizaram para fragilidades do âmbito da educação no cuidado em saúde mental dos(as) adolescentes na escola, bem como para dificuldades em trabalhar intersetorialmente de forma efetiva.

Com isso, reitera-se a importância de integrar a educação na atenção e proteção dos(as) adolescentes. Dentre as necessidades para potencializar o cuidado em saúde mental no âmbito escolar está a capacitação das(os) profissionais para que possam identificar as demandas, mensurar os riscos e intervir em articulação com os serviços de saúde (DELZIOVO, 2018).

A saúde mental infanto-juvenil requer engajamento de diferentes setores, sendo um de seus princípios fundamentais o cuidado compartilhado. O fazer é complexo e demanda uma teia de serviços interrelacionados, conforme preconiza a RAPS, dentre outras normativas construídas no âmbito da Saúde Mental do Brasil (BRASIL, 2011; COUTO, DELGADO, 2016). As práticas intersetoriais, pautadas em saber técnico, teórico e com manejo a partir de uma postura empática para com as demandas, são consideradas bases sólidas para o cuidado de adolescentes em condições de sofrimento psíquico, seja em ações de promoção, prevenção ou atenção às emergências.

7.3. O TRABALHO EM REDE: POTENCIALIDADES E FRAGILIDADES

Conforme exposto nos resultados, a categoria 3 elencou os serviços, projetos e ações existentes no município em pesquisa, bem como abordou aspectos positivos e negativos acerca da forma como a rede de atendimento encontra-se (des)articulada, além de explorar estratégias para potencializar o trabalho voltado ao público adolescente.

No GF 03, foi possível observar que a Política de Assistência Social do município de Ibirama atende às demandas com serviços organizados e ações voltadas ao público adolescente. Foi possível depreender, dentre os discursos e formas de posicionamento, que as profissionais que compuseram o GF 03 apresentam comprometimento diante das causas dos(as) adolescentes, o que conseqüentemente constitui o serviço ao qual pertencem. Se sobressaíram as ações de modalidade grupal, o que demonstra consonância com as prerrogativas do SUAS, conforme a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais (BRASIL, 2014d).

Com relação às modalidades de atuações com viés grupal, entende-se que são caminhos para o fortalecimento das ações voltadas aos(as) adolescentes, considerando o viés do SUS e do SUAS. Não somente o êxito dos grupos na política de Assistência Social corrobora com tal afirmativa, como também as ações artísticas, culturais e esportivas desenvolvidas no âmbito escolar mencionadas no GF 01, que se caracterizam por ações de viés coletivo e apresentam bons resultados.

No GF 01, foi apontado o esporte, a cultura e a arte como recursos utilizados no âmbito escolar para promover ações aos(as) adolescentes sendo que cada escola enfatiza o que melhor atende às suas demandas. Estudos confirmam a relevância das ações de viés artístico, cultural e esportivo como forma de promover espaços de convivência, desenvolver as habilidades, as potencialidades, o protagonismo, bem como promover saúde (e saúde mental) dos(as) adolescentes (SILVA; XIMENES, 2019).

No entanto, foi possível perceber que o(a) adolescente em sua individualidade é pouco visto(a) no contexto escolar, a exemplo de ações individuais que contemplem o acolhimento do indivíduo em situação de sofrimento e/ou conflito não foram mencionadas como práticas comuns às(aos) profissionais da educação. Sabe-se que não é atribuição da escola a identificação e/ou acompanhamento de sujeitos em sofrimento psíquico ou quadro de transtornos mentais, porém, está ao alcance do âmbito escolar a promoção de ambientes e ações que favoreçam o desenvolvimento saudável dos(as) adolescentes, bem como contribuam para o desenrolar efetivo do acompanhamento em saúde mental de alunos, o que inclui a criação de espaços reflexivos e de acolhimento. Diz respeito à uma atitude de cuidado e implicação frente às adversidades vividas pelos(as) adolescentes, fazendo assim promoção de saúde no âmbito escolar (BRASIL, 2014a).

Cabe destacar que as condições de saúde dos(as) adolescentes interferem de forma significativa no rendimento escolar e o oposto também é verdadeiro. O contexto escolar traz

importantes reflexos à saúde do(a) adolescente. Isso por que a escola é considerada um pilar fundamental no desenvolvimento do sujeito, é lugar de produção de sentidos e construção de subjetividades, o que corrobora para a necessidade de repensar os formatos de atenção, as propostas, o cotidiano, as relações educadores-alunos, assim como o comprometimento das(os) profissionais com o desenvolvimento integral dos(as) adolescentes. A escola é lugar privilegiado para a educação, para a promoção de saúde e prevenção de riscos que atravessam a vida dos adolescentes brasileiros (BRASIL, 2014a).

Atrelado à necessidade de estabelecer ações voltadas à integralidade do cuidado do(a) adolescente, conforme já exposto em categorias anteriores, os dados coletados no GF 02 apresentaram lacunas significativas nos serviços da Saúde, no que se refere à atenção dos(as) adolescentes. A promoção de saúde não foi mencionada, as ações de promoção e prevenção são inexistentes, o que pode sinalizar uma fragilidade na efetivação da Política de Saúde em relação aos seus compromissos com a população adolescente.

A configuração de não cobertura dos serviços de saúde do município em pesquisa para com essa população simboliza o “não lugar” do(a) adolescente nos serviços de saúde e se apresenta como desproteção e negligência por parte do Estado, tendo em vista as legislações e normativas vigentes (ECA, 1990b; CF, 1988) e as bases da Política Nacional de Atenção à Saúde de Adolescentes e Jovens, conforme delineado no documento Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde dos Adolescentes e Jovens na Promoção, Prevenção e Recuperação da Saúde (BRASIL, 2010).

Nesse contexto, observa-se como urgente a necessidade de mobilizar o setor Saúde, desde a gestão, para a construção de uma política de saúde voltada à população adolescente, sendo possível o planejamento de estratégias articuladas com os demais setores, como a educação que pode ser forte aliada para práticas exitosas. De acordo com Senna e Dessen (2015), na estruturação de um projeto de saúde para adolescentes é necessário uma análise prévia multifatorial, levando em consideração aspectos do desenvolvimento do indivíduo, condições de vida, e características do território como a moradia, saneamento e recursos da população a qual pertence. Além disso, deve-se atentar para fatores específicos, como a possibilidade de vivência de violências e, ainda, priorizar o(a) adolescente em situação de risco social e os(as) adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas, que têm assegurada a prioridade de atendimento, segundo o ECA (SENNA; DESSEN, 2015).

As autoras afirmam que a promoção de saúde para a população adolescente é mais eficaz se articulada de forma intersetorial e cita a formação de equipes de trabalho

multidisciplinares para o planejamento e execução de ações a serem desenvolvidas nos diferentes setores da rede, como a cultura, o esporte, a saúde e a escola. Destaca-se ainda a importância de as ações abrangerem níveis individuais, familiares e comunitários, bem como adentrar diferentes camadas sociais (SENNA; DESSEN, 2015).

Conforme mencionado, as ações compartilhadas entre os setores da Educação e da Saúde são entendidas como potentes promotoras de saúde aos(as) adolescentes. As atividades podem ser as mais diversas, desde campanhas de conscientização acerca temáticas como prevenção de IST's, gravidez, uso de drogas, até projetos voltados ao desenvolvimento de habilidades para a vida, não esquecendo de incluir e ouvir os(as) adolescentes em seus interesses, o que dá espaço para a construção de autonomia e pode repercutir em ações efetivas (SENNA, DESSEN, 2015; BRASIL, 2017).

No que se trata de articulação entre o âmbito da Saúde e da Educação, o *Programa Saúde na Escola - PSE*, instituído em 2007 pelo governo federal, é uma política intersetorial entre os dois ministérios. Pressupõe a gestão compartilhada através de Grupos de Trabalho Intersetoriais, os quais têm responsabilidade no planejamento, execução, monitoramento e avaliação das ações. Tais ações devem ser pensadas em uma perspectiva territorial, atendendo às demandas locais e levando em consideração o contexto escolar e social. Os grupos de trabalho intersetoriais devem ser constituídos por profissionais da atenção básica de saúde e da rede pública de educação, havendo a possibilidade de participação de demais atores da rede (BRASIL, 2007; SES/SC, 2019).

Os objetivos do *Programa Saúde na Escola* e as possibilidades de intervenção junto às crianças, adolescentes, jovens e adultos são inúmeras, pautadas na integralidade do cuidado e no viés da atenção, promoção, prevenção e assistência, conforme preconiza o SUS (BRASIL, 2007). Dessa maneira, observa-se que o *Programa Saúde na Escola* é uma importante política para o fortalecimento da integralidade do cuidado dos(as) adolescentes no âmbito escolar. Os dados da pesquisa evidenciaram que o PSE se encontra enfraquecido no município de Ibirama, o que demanda esforços para o seu fortalecimento, reestruturação e reconhecimento das reais demandas dos usuários/estudantes.

Relacionado às ações intersetoriais, tanto as(os) profissionais da Educação quanto da Saúde elencaram palestras como as ações executadas no contexto escolar. No entanto, não são ações planejadas, uma vez que são pontuais e ocorrem quando um dos setores solicita ao outro a participação em evento ou ação pontual, o que apresenta um cenário com tendência à ineficácia, considerando que não há continuidade nas referidas ações. Posto isso, observa-se

como um imperativo a necessidade de repensar o atual formato e construir ações setoriais e intersetoriais mais assertivas na direção do cuidado de adolescentes, pautadas nas legislações e orientações técnicas vigentes, com possibilidades de intervenções como as citadas nos parágrafos acima.

A respeito dos principais apontamentos acerca das potencialidades e fragilidades da rede, foram sobressalentes as afirmativas de que as(os) profissionais da rede têm boas relações de trabalho e isso foi entendido como potencialidade. Em contrapartida, também se destacaram os discursos afirmando a falta de diálogo entre a rede, citado então enquanto fragilidade. Tal paradoxo traz questionamentos sobre a efetividade de relações amigáveis de trabalho, conforme mencionado por alguns participantes.

Relações harmoniosas podem facilitar o contato, mas não é considerada uma prerrogativa para as relações intersetoriais. A intersetorialidade é compreendida como “estratégia para articular serviços, pessoas e políticas” (NUNES; KANTORSKI; COIMBRA; 2016, p. 2). Trabalhar em rede envolve primordialmente a intenção de maior capacidade de resolução nas ações em prol dos(as) adolescentes. Diz respeito a uma articulação entre sujeitos e setores, envolvendo a integração, o compartilhamento de saberes, de responsabilidades, construindo novas formas de agir frente às demandas que se relacionam com os diferentes setores da rede de atendimento ao público adolescente. O formato intersetorial se fundamenta na compreensão de que para garantir o direito de acesso a todos os cuidados essenciais, os sujeitos necessitam de acesso à saúde, à proteção social, à educação e à garantia de direitos. A intersetorialidade corrobora com o acesso às políticas e com a oferta de atendimentos qualificados (NUNES; KANTORSKI; COIMBRA, 2016).

Outro aspecto mencionado como potencialidade foi a capacitação profissional. As(Os) participantes, em geral, afirmaram haver capacitação ao longo do ano, todavia, não tem caráter continuado. Nesse sentido, reitera-se a necessidade de educação permanente/formação continuada como forma de qualificar, aperfeiçoar e atualizar as(os) profissionais da rede de atendimento. Nos GF houve debates que denotaram compreensões defasadas de embasamento técnico e teórico, o que pode repercutir em intervenções pautadas em improvisos e a priori pessoais.

Considerando que na rede de atendimento surgem as mais diversas demandas, corre-se o risco de atuações negligentes diante de demandas que necessitam de intervenções protetivas, como é o caso de situações de violência, que é de responsabilidade de toda(o) a(o) profissional inserida(o) nas políticas públicas do presente estudo, na realização das

articulações necessárias para a garantia de proteção do indivíduo. Nesse sentido, Delziovo *et al.* (2018) corrobora com a importância da formação continuada, através de cursos e oficinas (DELZIOVO, 2018).

Para além das demandas de violência, enfatiza-se também a necessidade de educação permanente relativa às diferentes temáticas que se relacionam com a adolescência e os(as) adolescentes, entendendo que profissionais que trabalham com adolescentes necessitam de capacitação contínua para lidar com as demandas que emergem na relação com esse público. Orienta-se que os processos de educação permanente integrem diversos serviços e profissionais, envolvendo todos os níveis de complexidade do SUS e demais setores que compartilham o cuidado de adolescentes na rede (LAURINDSEN-RIBEIRO; TANAKA, 2014).

Diante das fragilidades mencionadas, pode-se verificar que nos quatro GF foi mencionada a necessidade de reuniões periódicas com diferentes setores, o que atualmente não ocorre no município. Segundo Nunes *et al.* (2016), a realização de reuniões de caráter continuado nos diversos espaços e com diferentes atores da rede reforça a corresponsabilidade que há entre as(os) profissionais e serviços, legitima a importância do espaço de troca e do formato interdisciplinar de cuidado. Por meio de encontros da rede é possível planejar, construir, executar e avaliar ações relativas à atenção dos(as) adolescentes (NUNES *et al.*, 2016).

Com unanimidade, a falta de organização e de planejamento, a inexistência de fluxogramas nítidos de atendimento, bem como a falta de um sistema de referência e contrarreferência foram mencionados como fragilidades na rede de atendimento do município em pesquisa. Kantorski *et al.* (2017) enfatiza que o sistema de referência e contrarreferência é um importante facilitador de comunicação e integração, ponto central para a articulação efetiva da rede de atendimento. Segundo os autores, a criação de um fluxo formal de referência e contrarreferência facilita os encaminhamentos aos diversos níveis de atenção e serviços da rede, bem como amplia a capacidade de cuidado, pois traz o senso de comprometimento às(aos) profissionais, tanto àquela(e) que encaminha, quanto à(ao) que recebe e tem a responsabilidade de prestar devolutivas (KANTORSKI *et al.*, 2017). Nesse sentido, entende-se que a criação desse fluxo no município de Ibirama pode ser uma importante ação inicial, a fim de ordenar, organizar e ampliar a atenção aos adolescentes.

Relacionado à organização intersetorial dos serviços do município como um todo, se evidenciaram maiores fragilidades em detrimento de potencialidades, o que aponta para a

necessidade e urgência em iniciar ações de fortalecimento dos serviços e profissionais da rede, em prol da garantia de políticas públicas efetivas voltadas ao público adolescente.

No sentido de valorizar as articulações existentes na rede municipal para a assistência às demandas de atenção da população adolescente, em sua integralidade, elaborou-se um material síntese de cunho informativo, a partir da análise dos resultados da presente pesquisa. O mesmo diz respeito aos aspectos que se apresentam como desafios ou lacunas que podem ser melhor abordadas nas ações vinculadas às políticas públicas e organização dos serviços de atendimento, e é destinado às(aos) gestoras(es) das Secretarias Municipais de Saúde, Assistência Social e Educação de Ibirama. Dessa maneira, a presente pesquisa contempla a finalidade instrumental para a atuação profissional nas demandas voltadas aos(às) adolescentes. O material produzido é apresentado no Apêndice 3.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao se alcançar a etapa de fechamento deste trabalho são traçadas algumas importantes considerações sobre a trajetória da pesquisa e das conclusões acerca dos resultados. A realização deste trabalho possibilitou reconhecer de forma ampla o atual contexto de cuidado ofertado aos(às) adolescentes nas Políticas Públicas de Saúde, Assistência Social, Educação e no Conselho Tutelar, do município de Ibirama - Santa Catarina. A partir do estudo das concepções, ações, relações intersetoriais, bem como potencialidades e fragilidades do trabalho em rede, foi possível identificar lacunas significativas na atenção à população adolescente.

Foi possível observar que, em geral, as(os) profissionais têm um formato de manejo e concepção a respeito da adolescência que se relaciona com a de um coletivo do mesmo setor, havendo similaridade em discursos. As concepções biologicistas e individualizantes foram predominantes, embora dentre elas transitem discursos mais ampliados a respeito dos(as) adolescentes e sobre “como” exercer o cuidado.

Constatou-se que a forma como as(os) profissionais lançam olhar para o(a) adolescente exerce forte influência sob as ações que são elaboradas, como pôde ser visto no setor Saúde, que apresentou concepções estigmatizantes e engessadas a respeito dos(as) adolescentes e, em um mesmo horizonte de racionalidade, se apresentou a defasagem nas ações, sinalizando para um cenário de invisibilização dessa população no âmbito das políticas públicas de saúde do município em pesquisa. Em contrapartida, os serviços da Assistência Social não corroboraram com tal dado, considerando que é nesse setor que se encontram as ações direcionadas especificamente a esse público e as(os) profissionais apresentaram conhecimento técnico, teórico, com sensibilidade relativa ao cotidiano com os(as) adolescentes, bem como uma postura de compromisso social.

O compromisso social, observado nas(os) profissionais da Secretaria de Assistência Social, pode estar relacionado com o lugar das quais falam, as áreas de conhecimento, sendo o GF 03 formado em sua maioria por Psicólogas e Assistentes Sociais. A pesquisadora se aventura a fazer tal colocação, por considerar a sua experiência e o lugar que ocupa enquanto profissional atuante em um serviço de saúde do município, bem como pela sua formação em Psicologia. O compromisso social enquanto psicóloga diz respeito a cuidar de indivíduos a partir de suas realidades, contribuindo para transformações que promovam cidadania, dignidade e caminhem na direção da redução de sofrimento, de iniquidades e injustiças

sociais que marcam o cotidiano e histórias de vida dos(as) adolescentes brasileiros. Tanto a Psicologia quanto o Serviço Social têm suas atuações comprometidas e contextualizadas na realidade social do país.

A atitude de compromisso social, que tem dimensões éticas e políticas, é um fator essencial para que as ações se efetivem no sentido de cuidado e proteção. Essa intenção, de cuidar com comprometimento foi pouco vista nos resultados da presente pesquisa. Observa-se uma defasagem de profissionais implicados de forma ética, técnica, política, teórica e social para com os(as) adolescentes. Se sobressaíram atuações profissionais rígidas, que evidenciam um engessamento, um fazer mecanizado e automático, que distancia o que há de igual entre profissional e usuário: a humanidade, que é da ordem do sensível. A partir de atuações enrijecidas, a oportunidade de perceber o outro em sua inteireza escapa entre os dedos.

Embora tenham prevalecido atuações enrijecidas, houve um engajamento por parte das(os) profissionais na visualização de lacunas existentes no cuidado dos(as) adolescentes, com uma postura de interesse e participação ativa no sentido de elencar potências, fragilidades, com reconhecimento do que é executado, mas ciência da defasagem do trabalho intersetorial e da possibilidade de ampliar as ações setoriais a partir do compartilhamento de saberes e trabalho conjunto.

Com relação ao trabalho intersetorial, constatou-se que a rede se encontra enfraquecida. O trabalho intersetorial encontra-se fragilizado, fragmentado, desarticulado e as(os) profissionais apresentaram compreensão de tal condição, o que foi unânime – todas(os) as(os) participantes da pesquisa fizeram considerações a respeito de fragilidades do trabalho intersetorial. Tal cenário solicita modificações nos formatos de trabalho, tanto setoriais, quanto intersetoriais.

A pesquisa apontou para a necessidade de um reordenamento das ações, tendo em vista a atual realidade de setorização, com vistas à efetivação do trabalho intersetorial e elucidou como o formato de trabalho articulado em rede é necessário para que as ações sejam exitosas, bem articuladas e tenham continuidade. Para o alcance de um efetivo trabalho intersetorial em prol da ampliação e qualificação do cuidado aos(as) adolescentes, é fundamental o investimento em formação profissional, conforme mencionado nos resultados, o que demanda, para além de organização e planejamento das(os) profissionais, investimentos por parte da gestão municipal, representada na presente pesquisa pelas Secretarias de Saúde, Secretaria de Assistência Social e Secretaria de Educação. Dessa maneira, conclui-se como

imprescindível a veiculação de recursos à formação continuada/educação permanente para a atenção ao público adolescente, em uma perspectiva intersetorial.

É necessário que as(os) profissionais dos diferentes setores fortaleçam os seus lugares enquanto agentes sociais, agentes de transformação, e as responsabilidades que são inerentes às suas funções. Trabalhar com adolescentes exige o entendimento de que são sujeitos de direitos, em condição de desenvolvimento, com prioridade absoluta na efetivação dos direitos fundamentais elencados em normativas como a CF e o ECA, A legislação é nítida: adolescentes são prioridade e, para esses, é preciso garantir proteção e condições dignas de vida.

Os direitos acima mencionados elucidam a necessidade da efetivação de um trabalho intersetorial responsável por garantir os direitos fundamentais inerentes aos indivíduos que transitam pela fase da vida denominada *adolescência*. É preciso de corresponsabilização, compartilhamento de saberes e funções, é preciso construir estratégias em conjunto e, para que esse trabalho seja possível, uma postura de abertura ao que o outro tem a ensinar é imprescindível. Tal abertura é elemento fundamental a todo agente envolvido na atenção aos(as) adolescentes, de profissionais que estão na execução às diretoras e gestoras das Secretarias, bem como frentes de esferas estadual e federal.

Dentre as lacunas existentes na pesquisa, identifica-se que houve uma falha na escolha e convocação das(os) participantes, uma vez que não foram incluídos setores importantes no que tange à rede de garantia de direitos de crianças e adolescentes, como representantes do Judiciário, Ministério Público e do Conselho Municipal de Direitos da Criança e do Adolescente – CMDCA. Outra importante lacuna, tendo em vista que compõem a rede de atenção aos(as) adolescentes, com maior ênfase no cuidado em Saúde Mental, foi a ausência de profissionais da equipe multidisciplinar do Hospital Dr. Waldomiro Colautti, bem como de profissionais psicólogas do setor Saúde a nível municipal, que foram convidadas(os), porém não puderam se fazer presentes nos GF.

Considera-se de extrema relevância que as ações mencionadas nos resultados do presente estudo possam ser utilizadas como referências para potencializar o trabalho em rede e efetivar transformações no cuidado ofertado ao público adolescente do município de Ibirama, considerando o fato de a pesquisa apresentar uma descrição ampliada a respeito da realidade local. Dentre as ações citadas, destaca-se a construção e efetivação de um fluxograma/protocolo de atendimento ao(à) adolescente nas diferentes políticas, bem como reuniões periódicas como estratégias significativas para a introdução de novos modos de

realizar o cuidado à população adolescente. Para além do município de Ibirama, os resultados da presente pesquisa podem servir de base para a ampliação do cuidado relativo aos(as) adolescentes em outros municípios de pequeno porte.

Salienta-se a importância de investimentos em ações, projetos e ampliação das políticas públicas voltadas aos(as) adolescentes, considerando principalmente as realidades marcadas por desigualdade e vulnerabilidade social. Sugere-se que estudos futuros incluam os(as) adolescentes como sujeitos da pesquisa, no sentido de conhecer as reais necessidades a partir desses(as) mesmos, compreender seus processos de passagem pela adolescência, as compreensões acerca de políticas públicas e adentrar as realidades concretas dos sujeitos.

Compartilha-se, ainda, o quão desafiador foi estar no lugar de pesquisadora e, concomitantemente, ocupar o lugar de psicóloga de um dos serviços da rede de atendimento. A necessidade de haver cautela para não misturar os papéis de pesquisadora e profissional, mas também não desconsiderar que esse “fundo”, a história, a profissional que compõe os anseios e inquietações, deram vida à presente pesquisa. Por meio da construção do presente trabalho, foi possível que a pesquisadora – psicóloga atuante em políticas públicas, atualmente em um CAPS I – pudesse trilhar um percurso de amadurecimento, reflexões e significativas mudanças no seu fazer profissional. Durante a coleta de dados, análise e elaboração dos resultados e discussão, a pesquisadora pôde questionar-se sobre as próprias atuações, revendo posturas e formas de manejo por vezes incondizentes com o objetivo do presente estudo. O processo de dar-se conta, vivenciado pela pesquisadora, também é considerado um valioso ganho, considerando que ressoou em sua qualificação técnica, teórica e possibilitou a ampliação da responsabilidade frente à proteção e garantia de direitos fundamentais dos(as) adolescentes.

Caminhando para a finalização, salienta-se que os objetivos desta pesquisa foram cumpridos e, de todos eles, o que se almeja alcançar é que os efeitos dessa pesquisa contribuam para o fortalecimento e qualificação de uma rede de atendimento voltada aos(as) adolescentes, implicando em um cuidado coeso e proporcionando transformações nas realidades de sujeitos que vivenciam as mais diversas formas de atravessar a fase da vida *adolescência*, muitas delas marcadas por iniquidades e reflexos da desigualdade social presente em nosso país.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, Eliane Ribeiro; NETO, Miguel Farah. Juventudes e Trajetórias Escolares: conquistando o direito à educação. In: ESTEVES, Luis Carlos Gil; ABRAMOVAY, Miriam. **Juventudes: outros olhares sobre a diversidade**. Brasília: Ministério da Educação, Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade. Unesco, 2007.
- ANTÃO, Renata Cristina do Nascimento. **O direito à educação do adolescente em situação de privação de liberdade**. Dissertação (Mestrado em Direito). Universidade de São Paulo. São Paulo, 2013. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/2/2140/tde-12022014-145037/fr.php>. Acesso em: 02 abr. 2019.
- BACKERS, Dirce Stein *et al.* Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados: questões teóricas e práticas. In: LACERDA, Maria Ribeiro; COSTENARO, Regina Gema Santini. **Metodologias da pesquisa para a enfermagem e saúde: da teoria à prática**. Porto Alegre: Moriá, 2016.
- BOTELHO, Adriana Pedreira; MORAES, Mayara Cristina Muniz Bastos; LEITE, Ligia Costa. Violências e riscos psicossociais: narrativas de adolescentes abrigados em Unidades de Acolhimento do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 7-16, jan. 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014201.18112013>. Acesso em: 07 mai. 2019.
- BRASIL. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990a**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm. Acesso em: 02 maio 2019.
- _____. **Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990b**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 04 abril 2019.
- _____. **Lei nº 8.742 de 7 de dezembro 1993**. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8742compilado.htm. Acesso em: 22 fev. 2019.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. **Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil**. Série B. Textos básicos em saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/10/Caminhos-para-uma-Politica-de-Sa--de-Mental-Infanto-Juvenil--2005-.pdf>. Acesso em: 01, nov. 2020.
- _____. **Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007**. Institui o Programa Saúde na Escola – PSE e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm. Acesso em: 12 de nov. de 2020.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações programáticas estratégicas. **Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde**. Brasília: 2010.

Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_atencao_saude_adolescentes_jovens_promocao_saude.pdf. Acesso em: 01, dez. 2020.

_____. **Decreto 3008 de 23 de dezembro 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). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 10, out. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde mental. **Cadernos de Atenção Básica, n. 34**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. 176 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf. Acesso em: 12 jan. 2021.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional do Ministério Público. **Atenção Psicossocial a Crianças e Adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos**. Brasília: 2014a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações programáticas estratégicas. **Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas famílias em situação de violência: orientação para gestores e profissionais da saúde**. Brasília: 2014b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_crianças_famílias_violencias.pdf. Acesso em: 01, dez. 2020.

_____. **Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014c**. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446_11_11_2014.html. Acesso em: 04 maio. 2018.

_____. **Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais**. Brasília, 2014d. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/tipificacao.pdf. Acesso em: 08 maio 2019.

_____. **Lei 13.431, de 4 de abril de 2017a**. Estabelece o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência e altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente). Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2017/Lei/L13431.htm. Acesso em: 16 de out. 2020.

_____. **Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017b**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 28 mai. 2019.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de ações programáticas e estratégicas. **Proteger e cuidar da saúde de adolescentes na atenção**

básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2017c. Disponível em: bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/proteger_cuidar_adolescentes_atencao_basica.pdf. Acesso em: 01, nov. 2020.

_____. Ouvidoria Nacional de Direitos Humanos (ONDH). **Disque direitos humanos:** relatório 2019. Disponível em: https://www.gov.br/mdh/pt-br/aceso-a-informacao/ouvidoria/Relatorio_Disque_100_2019_.pdf. Acesso: 14 de out. de 2020.

_____. **Portaria nº 2.698, de 14 de outubro de 2019b**, de 14 de outubro de 2019. Suspende a transferência de incentivos financeiros referentes aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), Equipes de Saúde da Família (ESF) e Equipes de Saúde Bucal (ESB), Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), Equipes de Consultório na Rua (eCR), Equipe de Saúde da Família Fluvial/Unidade Básica de Saúde da Família Fluvial (ESFF/UBSF), Equipes de Saúde no Sistema Prisional (ESP) e Unidade Odontológica Móvel (UOM), com ausência de alimentação do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB). Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.698-de-14-de-outubro-de-2019-221814122>. Acesso em: 01, dez. 2020.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, Abr. 2007. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312007000100006>. Acesso em: 02 mar. 2019.

CAMPOS, Helena Maria *et al.* Direitos humanos, cidadania sexual e promoção de saúde: diálogos de saberes entre pesquisadores e adolescentes. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 41, n. 113, p. 658-669, abr. 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201711324>. Acesso em: 10 abr. 2019.

CARRAPATO, Pedro; CORREIA, Pedro; GARCIA, Bruno. Determinante da saúde no Brasil: a procura da equidade na saúde. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 676-689, set. 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902017170304>. Acesso em 19 mar. 2019.

CAVALCANTE, Maria Beatriz de Paula Tavares; MARIA DALVA SANTOS, Alves; BARROSO, Maria Grasiela Teixeira. Adolescência, álcool e drogas: uma revisão na perspectiva da promoção da saúde. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 555-559, set. 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452008000300024>. Acesso em: 15 abril 2019.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA - CFP. Conselhos Regionais de Psicologia e Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas. **Referências técnicas para atuação de Psicólogas(os) na Atenção Básica à Saúde**. 2. ed. Brasília: CFP, 2019.

COUTO, Maria Cristina Ventura; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. In: LAURIDSEN-RIBEIRO, Edith; TANAKA, Oswaldo Yoshimi. **Atenção em Saúde Mental para crianças e adolescentes no SUS**. São Paulo: Editora Hucitec, 2016.

DELZIOVO, Carmem Regina; COBRA, Ana Lucia Nogueira Cobra; NEVES, Carlos Magno Neves; PLATT, Vanessa Borges. **Atenção à Saúde de Crianças e Adolescentes em situação de violência**. [recurso eletrônico]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina,

2018. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/13970/1/MOOC-Crianca.pdf>. Acesso em: 02, out. 2020.

FERNANDES, Amanda Dourado Souza Akahosi. **Cuidado em saúde mental infanto-juvenil na atenção básica à saúde: práticas, desafios e perspectivas**. 2019. 273 f. Tese (doutorado em terapia ocupacional). Programa de pós-graduação em terapia ocupacional. Universidade de São Carlos. São Paulo. Disponível em: <https://repositorio.ufscar.br/handle/ufscar/11798>. Acesso em: 20 de out. 2020.

FONSECA, Débora Cristina; OZELLA, Sérgio. As concepções de adolescência construídas por profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF). **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 14, n. 33, p. 411-424, jun. 2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832010000200014>. Acesso em: 02, out. 2020.

FONSECA, Franciele Fagundes *et al.* As vulnerabilidades na infância e adolescência e as políticas públicas brasileiras de intervenção. **Rev. Paul Pediatr.** São Paulo, v. 31, n. 2, p.258-264, jan. 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-05822013000200019>. Acesso em: 12 mar. 2019.

FONTENELE, Luciana Queiroz; MIRANDA, Luciana Lobo. Adolescência(s): Produções e Atravessamentos Discursivos em Análise. **Trends Psychol.**, Ribeirão Preto, v. 25, n. 3, p. 969-982, Set. 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.9788/tp2017.3-04> Acesso em: 02, out. 2020.

FRAZÃO, Lilian Meyer; FUKUMITSU, Karina Okajima. **Gestalt-terapia: conceitos fundamentais**. São Paulo: Editora Summus, 2014.

UNICEF. **A Familiar Face: Violence in the lives of children and adolescents**. UNICEF, 2007. E-book. Disponível em: https://www.unicef.org/publications/files/Violence_in_the_lives_of_children_and_adolescents.pdf. acesso em: 15 set. 2020.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. São Paulo: Editora Atlas, 2008.

IBIRAMA, Prefeitura Municipal (Org.). **Dados do Município**. 2019a. Disponível em: <https://www.ibirama.sc.gov.br/dados-do-municipio>. Acesso em: 04 abr. 2019.

IBIRAMA, Prefeitura Municipal (Org.). **Histórico e Formação Administrativa**. 2019b. Disponível em: <https://www.ibirama.sc.gov.br/dados-do-municipio>. Acesso em: 04 abr. 2019.

JR, Kenneth Rochel de Camargo. Ensaio sobre a (in)definição da integralidade. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de. **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC, IMS/UERJ, ABRASCO, 2010.

KANTORSKI, Luciane Prado *et al.* Atenção psicossocial infantojuvenil: interfaces com a rede de saúde pelo sistema de referência e contrarreferência. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 26, n. 3, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017001890014>. Acesso em: 02, out. 2020.

KAPPEL, Verônica Borges et al. Comunicação profissionais-família em um centro de atenção psicossocial de atenção psicossocial infanto-juvenil: facilidades e dificuldades. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 29. e20190025, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2019-0025>. Acesso em: 02, out. 2020.

MACEDO, Orlando Júnior; PESSOA, Manuella Castelo Branco; ALBERTO, Maria de Fátima Pereira. Atuação dos Profissionais de Psicologia Junto à Infância e à Adolescência nas Políticas Públicas de Assistência Social. **Psicol. Cienc. Prof.**, Brasília, v. 35, n. 3, p. 916-931, set. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-3703000922014>. Acesso em: 28, nov. 2020.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Rio de Janeiro: Vozes, 2008.

_____. **O Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2014.

MIRABELA, Ana Maria. Afetividade na adolescência. In: Org. ZANELLA, Rosana. **A clínica gestáltica com adolescentes**. São Paulo: Editora Summus, 2013.

MONTINI, Luciana dos Santos. STEPHAN, Francesca. A prática da automutilação na adolescência. **Caderno Científico Fagoc de Graduação e Pós-graduação**. Vol. IV, 2019. Disponível em: <https://revista.unifagoc.edu.br/index.php/caderno/article/view/551/548>. Acesso em: 29, nov. 2020.

NUNES, Cristiane Kenes; KANTORSKI, Luciane Prado; COIMBRA, Valéria Cristina Christello. Interfaces entre serviços e ações da rede de atenção psicossocial às crianças e adolescentes. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 37, n. 3. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.03.54858>. Acesso em: 05 de out. 2020.

OZELLA, Sérgio. AGUIAR, Wanda Maria Junqueira de. Desmistificando a concepção de adolescência. **Cadernos de pesquisa**, v. 38, n. 133, p. 97-125, jan./abr. 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-15742008000100005>. Acesso em: 01, agosto, 2020.

PAIM, Jairnilson Silva; TEIXEIRA, Carmen Fontes. Política. Planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. **Rev. Saúde Pública**. v. 40, p. 73-78, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102006000400011>. Acesso em: 22 mai. 2019.

PAULA, Cristiane Silvestre de.; MIRANDA, Claudio Torres de.; BORDIN, Isabel Altenfelder Santos. Saúde mental na infância e adolescência: revisão dos estudos epidemiológicos brasileiros. In.: LAURINDSEN-RIBEIRO, Edit. TANAKA, Oswaldo Yoshimi. **Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS**. São Paulo: HUCITEC, 2016.

POKER, Thalita Catarina Decome Poker. Políticas de identidade no sistema de acolhimento a crianças: a história de vida de uma pós-abrigada. **Psicol. Soc.**, Belo Horizonte, v. 29, e171345, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-0310/2017v29171345>. Acesso em: 12 jan. 2021.

RICHTER, Raíssa Herold Marias. **O processo de alta de crianças e adolescentes em CAPSIJ na perspectiva de terapeutas ocupacionais**. Dissertação (mestrado). Programa de pós-graduação em terapia ocupacional. Universidade Federal de São Carlos. São Paulo: 2019. Disponível em: <https://repositorio.ufscar.br/handle/ufscar/11295>. Acesso em: 10, out. 2020.

ROSSI, Livia Martins *et al.* Crise e saúde mental na adolescência: a história sob a ótica de quem vive. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 3, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00125018>. Acesso em: 10, out. 2020.

ROSSI, Livia Martins; CID, Maria Fernanda Barboza. Adolescências, saúde mental e crise: a história contada por familiares. **Cad. Bras. Ter. Ocup.**, São Carlos, v. 27, n. 4, p. 734-742, dez. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoao1811>. Acesso em: 13 de outubro, 2020.

ROZEMBERG, Laila Bom. **Resiliência na adolescência**: Uma reflexão sobre o potencial de superação de problemas em meninos e meninas. Dissertação (Mestrado) - Curso de Pós-graduação em Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/24384/1/344.pdf>. Acesso em: 28 fev. 2019.

SCISLESKI, Andrea Cristina Coelho *et al.* A lei em conflito com os jovens: problematizando políticas públicas. **Rev. Polis Psique**, Porto Alegre, v. 7, n. 2, p. 4-27, ago. 2017. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2238-152X2017000200002&lng=pt&nrm=iso. acesso em 12 jan. 2021.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. Santa Catarina, 2019. Disponível em: <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/resultado-busca/programa-saude-na-escola/2584-programas-saude-na-escola>. Acesso em: 02 nov. 2020.

SENNA, Sylvia Regina Carmo Magalhães; DESSEN, Maria Auxiliadora. Reflexões sobre a saúde do adolescente brasileiro. **Psic., Saúde & Doenças**, Lisboa, v. 16, n. 2, p. 217-229, set. 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15309/15psd160208>. Acesso em: 10, out. 2020.

SILVA, Alexsandra Maria Sousa; XIMENES, Veronica Moraes. Políticas públicas e juventude: análises sobre o protagonismo juvenil na perspectiva dos jovens pobres. **Pesqui. Prát. Psicossociais**. São João del-Rei, v. 14, n. 1, p. 1-15, mar. 2019. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-89082019000100015&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 15 set. 2020.

SILVA, João Roberto de Souza; ASSIS, Silvana Maria Blascovi de. Grupo focal e análise de conteúdo como estratégia metodológica clínica-qualitativa em pesquisas nos distúrbios do desenvolvimento. **Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento**. v.10, n.1, p.146-152, 2010. Disponível em: https://www.mackenzie.br/fileadmin/OLD/47/Graduacao/CCBS/Pos-Graduacao/Docs/Cadernos/caderno10/62118_16.pdf. Acesso em: 28 fev. 2019.

SILVA, Marta Angélica Iossi *et al.* Fatores de proteção para a redução da vulnerabilidade à saúde. **Reme: Revista Mineira de Enfermagem**. v. 19, n. 3, p.653-658, jul. 2015. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1030>. Acesso em: 01 maio 2019.

ZANELLA, Rosana. **A clínica gestáltica com adolescentes: caminhos clínicos e institucionais**. São Paulo: Editora Summus, 2013.

ZAPPE, Jana Gonçalves; DELL'AGLIO, Débora Dalbosco. Adolescência em diferentes contextos de desenvolvimento: risco e proteção em uma perspectiva longitudinal. **Psico (Porto Alegre)**, Porto Alegre, v. 47, n. 2, p. 99-110, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15448/1980-8623.2016.2.21494>. Acesso em: 12 jan. 2021.

APÊNDICE 1 – ROTEIRO PARA A REALIZAÇÃO DOS GRUPOS FOCAIS

1. Como você compreende a adolescência e/ou os adolescentes?
2. Quais as principais demandas que surgem com relação aos adolescentes, na instituição/serviço em que atua?
3. Quais as ações setoriais e intersetoriais na atenção aos adolescentes no município de Ibirama?
4. Como o trabalho em rede se relaciona com a promoção de saúde dos adolescentes?
5. Quais as potencialidades e fragilidades na articulação da rede?
Atende às demandas existentes ou há lacunas?
6. Propostas de alternativas e estratégias para a atenção aos adolescentes do município de Ibirama, considerando o trabalho intersetorial.

APÊNDICE 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa “**O LUGAR DO(A) ADOLESCENTE NAS POLÍTICAS PÚBLICAS: Um estudo a partir de profissionais da rede**”. Esta pesquisa está vinculada ao programa de Mestrado Profissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial e será desenvolvida pela mestrandia Ana Paula Klaumann.

O objetivo deste estudo é compreender as práticas de profissionais da Saúde, da Assistência Social, da Educação e do Conselho Tutelar, articuladas às Políticas Públicas voltadas à população adolescente, no município de Ibirama, Santa Catarina. Tal questionamento se dá pela compreensão de que há necessidade de ampliar horizontes nos processos de trabalho com adolescentes e para isto é fundamental investigar a maneira como ações e serviços de políticas públicas específicas estão se articulando, ademais as concepções que profissionais têm a respeito destes contextos nos quais estão inseridos.

A pesquisa será realizada no município de Ibirama – SC. Os locais e datas dos encontros serão definidos junto aos(as) gestores(as) das respectivas secretarias e direções. Participarão dos encontros de cinco a nove profissionais e a duração dos grupos será de aproximadamente noventa a cento e cinquenta minutos.

Esta pesquisa envolverá a sua participação em conversa em grupo. Para a coleta de informações deste estudo, serão conduzidos Grupos Focais, metodologia que pode ser compreendida como uma entrevista grupal. Com o Grupo Focal é possível explorar diferentes perspectivas acerca de um determinado fenômeno, possibilita um espaço de elaborações, reflexões e concepções grupais em relação à temática proposta. Deste modo, os objetivos deste estudo serão alcançados a partir dos profissionais das áreas da Saúde, Assistência Social Educação e Conselho Tutelar, participantes desta pesquisa. Os grupos serão conduzidos por uma mediadora e uma observadora.

A sua contribuição será espontânea, deste modo, você não é obrigado a responder aos questionamentos levantados no transcorrer dos Grupos Focais. Salienta-se que para o registro legítimo e na íntegra dos diálogos a serem realizados, os encontros serão gravados em áudio e imagem, bem como serão realizadas anotações pela observadora. Caso você não queira ser identificado nas imagens, mas deseje participar dos encontros, o pesquisador posicionará a câmera a fim de manter sua identificação em sigilo. Estes registros serão acessados apenas

pelas pesquisadoras e utilizados exclusivamente para fins científicos decorrentes da presente pesquisa, conforme item III.1(q) da Resolução 466/2012:

A eticidade da pesquisa implica em: a) respeito ao participante da pesquisa em sua dignidade e autonomia, reconhecendo sua vulnerabilidade, assegurando sua vontade de contribuir e permanecer, ou não, na pesquisa, por intermédio de manifestação expressa, livre e esclarecida; b) ponderação entre riscos e benefícios, tanto conhecidos como potenciais, individuais ou coletivos, comprometendo-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos; c) garantia de que danos previsíveis serão evitados; e d) relevância social da pesquisa, o que garante a igual consideração dos interesses envolvidos, não perdendo o sentido de sua destinação sócio-humanitária (RESOLUÇÃO, N°466, 2012).

Caso você concorde em participar, sua colaboração em relação à temática proposta possibilitará mudanças nas concepções, práticas e articulações de profissionais nas políticas públicas voltadas aos adolescentes. Contribuindo com a identificação de fragilidades e potencialidades, bem como no delineamento de estratégias na atenção aos adolescentes. Estes momentos propiciarão trocas de conhecimentos, fortalecimento de ações e reconhecimento das realidades de trabalho dos participantes.

É importante ressaltar que a sua participação nesta pesquisa não o (a) submeterá a nenhum procedimento considerado invasivo e não trará prejuízos para você. Entretanto, pontua-se que os riscos desta pesquisa são mínimos, considerando que você disponibilizará de seu tempo para participar dos Grupos Focais e pela possibilidade de gerar algum desconforto diante do espaço grupal, o que é subjetivo e individual de cada participante. Neste sentido, a pesquisadora estará disponível ao diálogo, anteriormente e durante os encontros, para realizar orientações e responder às dúvidas. Buscando minimizar quaisquer desconfortos, constrangimentos e/ou danos psíquicos ou morais que possam surgir relacionadas à pesquisa.

Os dados obtidos durante a pesquisa serão mantidos em sigilo pelas pesquisadoras, sua privacidade quanto aos dados confidenciais, bem como o seu anonimato – para este serão utilizados codinomes ou siglas – serão preservados. Lembra-se que os resultados poderão ser divulgados em publicações científicas, mantendo sigilo sobre a sua identificação.

Destaca-se que sua participação é voluntária, sendo assim você não receberá remuneração e nenhum tipo de recompensa nesta pesquisa. Contudo, eventuais despesas decorrentes deste estudo, bem como a indenização por eventuais danos que possam ocorrer serão ressarcidas pelas pesquisadoras. Além disso, a qualquer momento, você poderá requerer maiores informações a respeito da pesquisa, assim como a liberdade de desistir ou de

interromper a colaboração no momento em que desejar, sem necessidade de explicação e sem qualquer penalidade.

Esse documento está escrito em duas vias, sendo que uma via ficará sob sua posse a outra com as pesquisadoras.

Desde já agradecemos a sua colaboração e nos colocamos à disposição para eventuais esclarecimentos. Se restar dúvidas, o participante poderá contatar as pesquisadoras.

Acadêmica Ana Paula Klaumann, no e-mail anapklaumann@gmail.com. Profa. Dra. Gisele Cristina Manfrini Fernandes no Centro de Ciências da Saúde – CCS, Campus Universitário – Trindade, pelo telefone 3721-2767 ou e-mail gisele.mafrini@ufsc.br. Profa. Dra. Aline Megumi Arakawa no Centro de Ciências da Saúde – CCS, Campus Universitário - Trindade, pelo telefone (48) 3721-6116 ou e-mail arakawa.aline@ufsc.br.

Caso queira apresentar alguma reclamação, favor entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, Universidade Federal de Santa Catarina, endereço: Prédio Reitoria II (Edifício Santa Clara), R:Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401, Trindade, Florianópolis/SC, CEP 88.040-400, telefone: 3721-6094, e-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br.

Salientamos que a pesquisa está submetida às exigências da resolução do CNS/MS n. 466 de dezembro de 2012 e suas complementares.

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Sr. (a) _____, após leitura minuciosa das informações constantes neste TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO, devidamente explicada pelos profissionais em seus mínimos detalhes, ciente dos serviços e procedimentos aos quais será submetido, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO concordando em participar da pesquisa proposta.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Por estarem de acordo assinam o presente termo.

Ibirama, SC, _____ de _____ de 2019.

Pesquisadora

Participante

APÊNDICE 3 – DEVOLUÇÃO À GESTÃO DO MUNICÍPIO DE IBIRAMA

Prezadas Gestoras Municipais da Saúde, da Assistência Social e da Educação,

A pesquisa *O Lugar do(a) Adolescente nas Políticas Públicas: um estudo a partir de profissionais da rede*, foi realizada pela Psicóloga e acadêmica do Mestrado Profissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial, da Universidade Federal de Santa Catarina, Ana Paula Klaumann, sob orientação das Professoras Dra. Aline Megumi Arakawa Belaunde e Dra. Gisele Cristina Manfrini Fernandes.

O objetivo da pesquisa foi compreender as ações de profissionais das áreas da Saúde, da Assistência Social, da Educação e do Conselho Tutelar, articuladas às Políticas Públicas voltadas à população adolescente, no município de Ibirama, Santa Catarina. Para tanto, foram identificadas as concepções dos(as) profissionais acerca da adolescência e dos adolescentes; as fragilidades e potencialidades da rede com relação ao cuidado ofertado; as ações setoriais e intersetoriais existentes, bem como buscou-se reconhecer, junto às(aos) profissionais, possíveis estratégias para a execução de um trabalho intersetorial e efetivo em prol da população adolescente.

Abaixo serão descritos os principais aspectos identificados, em consonância com a finalidade instrumental do presente manuscrito.

- Relacionado às **concepções**, entende-se que a forma como se lança olhar para o sujeito interfere significativamente no cuidado que será ofertado e/ou na relação que será estabelecida. Os resultados apontaram para a predominância de concepções individualizantes, embora elas transitem entre discursos ampliados a respeito dos sujeitos nessa etapa da vida e sobre “como” exercer o cuidado. O risco de compreensões individualizantes é o de individualizar também as demandas que atravessam a vida dos sujeitos, desconsiderando a multiplicidade de fatores que corroboram para os modos de vida e construção de subjetividades dos(as) adolescentes, como o contexto familiar, social, econômico e cultural;
- Com relação às percepções das(os) profissionais referentes às **principais demandas** do público adolescente, o sofrimento psíquico foi o mais citado. Dessa maneira, a pesquisa apontou para uma preocupação das(os) profissionais com a Saúde mental dos(as) adolescentes e para a necessidade de repensar e ampliar as ações, no sentido de

identificar situações de sofrimento, avaliar os riscos de tais situações e promover a articulação de ações;

- No que se refere às **ações**, pôde-se verificar na fala das(os) participantes que a política de Assistência Social apresentou maior coesão no cuidado ofertado aos(as) adolescentes. A política de Educação apresentou proximidade com os(as) mesmos(as), dado que as escolas contam com projetos singulares e todas apresentaram ações voltadas ao público adolescente e com focos são distintos: esporte, cultura, família, dentre outros. Na política de saúde não foram encontrados dados consistentes sobre ações de promoção e prevenção direcionadas à população adolescente, o que aponta para uma fragilidade no que tange à assistência ao público adolescente na Atenção Básica de Saúde.

- Relativo à **INTERSETORIALIDADE**:
 1. Constatou-se que a rede necessita de ser fortificada e melhor articulada. Percebeu-se o engajamento por parte das(os) profissionais na visualização de lacunas existentes no cuidado de adolescentes, com uma postura de interesse e participação ativa ao elencar potências, fragilidades, com reconhecimento do que é executado, mas ciência da defasagem do trabalho intersetorial e da possibilidade de ampliar as ações setoriais por meio do compartilhamento de saberes e trabalho conjunto;
 2. A pesquisa apontou para a necessidade de um reordenamento das ações, tendo em vista a atual realidade de setorização, com vistas à efetivação do trabalho intersetorial, assim como elucidou como o formato de trabalho articulado em rede é necessário para que as ações sejam exitosas e contínuas;
 3. É fundamental que os(as) profissionais dos diferentes setores fortaleçam os seus lugares enquanto agentes de transformação social, e as responsabilidades que são inerentes às suas funções. Trabalhar com adolescentes exige o entendimento de que são sujeitos em condição de desenvolvimento, com prioridade absoluta na efetivação dos seus direitos fundamentais;
 4. Para o alcance de um efetivo trabalho intersetorial em prol da ampliação e qualificação do cuidado aos adolescentes, é fundamental o investimento em formação profissional, o que demanda, para além de organização e planejamento das(os) profissionais, investimentos por parte da gestão municipal, representada na presente

pesquisa pelas Secretarias de Saúde, Secretaria de Assistência Social e Secretaria de Educação.

- Dentre as principais **ESTRATÉGIAS** para ampliar o cuidado ofertado aos(às) adolescentes em uma perspectiva intersetorial, elencadas pelas(os) profissionais participantes da pesquisa, destacam-se:
 1. A construção e efetivação de um fluxograma/protocolo de atendimento ao(à) adolescente nas diferentes políticas, com vistas a garantir direitos e o acesso aos serviços;
 2. Efetivação de um protocolo de referência/contrarreferência;
 3. Formação de uma comissão/grupo intersetorial, para elencar estratégias, definir ações, com planejamentos anuais;
 4. Reuniões periódicas com estratégias significativas para a introdução de novos modos de realizar o cuidado à população adolescente, com a presença de representantes de setores como a Educação, Saúde, Assistência Social, Segurança Pública, Judiciário, Conselho Tutelar, Esporte, Cultura e afins;
 5. A realização de um evento que integre os diferentes serviços da rede, uma sugestão possível e significativa, com o propósito de apresentar os serviços, ampliar a compreensão acerca dos trabalhos realizados, o funcionamento, protocolos do serviço e afins. Tal proposta tem relação com a dificuldade nos encaminhamentos ao enfatizar as distintas demandas absorvidas pelas diferentes políticas;
 6. Necessidade de capacitação profissional relativa à atenção aos(às) adolescentes, com vistas à intersetorialidade e à qualificação da atenção.

As ações mencionadas podem ser utilizadas como referências para potencializar o trabalho em rede e efetivar transformações no cuidado ofertado aos(às) adolescentes do município de Ibirama, Santa Catarina.

02 de janeiro de 2021.

Ana Paula Klaumann

ANEXO 1 – INFORMAÇÕES SOBRE A APROVAÇÃO DO PROJETO NO COMITÊ DE ÉTICA DA UFSC

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O Lugar do Adolescente nas Políticas Públicas: Um estudo a partir de profissionais da rede.

Pesquisador: ALINE MEGUMI ARAKAWA BELAUNDE

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 18998819.0.0000.0121

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.555.933

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto vinculado à Dissertação de mestrado de Ana Paula Klaumann do Programa de Pós graduação - Mestrado Profissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, orientado pela profa. Dra. Aline Megumi Arakawa Belaunde. O estudo, estudo descritivo e exploratório de cunho qualitativo, pretende investigar as ações e articulações das Políticas Públicas voltadas aos Adolescentes, através dos próprios atores sociais, os profissionais de setores da Saúde, da Assistência Social, Educação e Conselho Tutelar a fim de compreender as práticas de profissionais da Saúde, da Assistência Social, da Educação e do Conselho Tutelar, articuladas às Políticas Públicas voltadas à população adolescente, no município de Ibirama, Santa Catarina. Pretende ter como participantes 36 profissionais vinculados a estas instituições e como estratégia de coleta de dados o grupo focal.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Compreender as práticas de profissionais da Saúde, da Assistência Social, da Educação e do Conselho Tutelar, articuladas às Políticas Públicas voltadas à população adolescente, no município de Ibirama, Santa Catarina.

Objetivo Secundário:

Verificar as concepções de trabalhadores das políticas de Saúde, Assistência Social, Educação e

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 3.555.933

Conselho Tutelar a respeito de adolescentes e adolescências; Identificar as fragilidades e as potencialidades nas articulações da rede na atenção aos adolescentes; Delinear estratégias de cuidado que possam contribuir na atenção aos adolescentes, no âmbito das Políticas Públicas; Elaborar material informativo sobre as práticas e estratégias de atenção integral à população adolescente, para profissionais da rede de Saúde, Assistência Social, Educação e Conselho Tutelar do município de estudo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Conforme descrito no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: Pontua-se que os riscos desta pesquisa são mínimos, considerando que você disponibilizará de seu tempo para participar dos Grupos Focais e pela possibilidade de gerar algum desconforto diante do espaço grupal, o que é subjetivo e individual de cada participante. Neste sentido, a pesquisadora estará disponível ao diálogo, anteriormente e durante os encontros, para realizar orientações e responder às dúvidas. Buscando minimizar quaisquer desconfortos, constrangimentos e/ou danos psíquicos ou morais que possam surgir relacionadas à pesquisa.

Benefícios:

Conforme descrito no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: Sua colaboração em relação à temática proposta possibilitará mudanças nas concepções, práticas e articulações de profissionais nas políticas públicas voltadas aos adolescentes. Contribuindo com a identificação de fragilidades e potencialidades, bem como no delineamento de estratégias na atenção aos adolescentes. Estes momentos propiciarão trocas de conhecimentos, fortalecimento de ações e reconhecimento das realidades de trabalho dos participantes.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa apresenta relevância consistência teórica, está adequadamente instrumentalizada e descreve os procedimentos para coleta de dados. Tem em anexo as anuências das diversas instituições nas quais os profissionais serão recrutados.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

TCLE de acordo com a Resolução 466/2012.

Recomendações:

A CONEP recomenda que seja inserido no TCLE o objetivo e finalidade do CEPSC a fim de informar os participantes e, igualmente recomenda que os TCLEs contenham número de página em todas

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R. Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 3.555.933

as suas folhas.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Conclusão: aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|---|---|------------------------|--------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1407821.pdf | 12/08/2019 08:48:15 | | Aceito |
| Folha de Rosto | FolhadestoprojetoAna.pdf | 12/08/2019 08:47:13 | Ana Paula Klaumann | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE0408pdf.pdf | 04/08/2019 14:17:18 | Ana Paula Klaumann | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | Projetoanapaulak.pdf | 04/08/2019 14:09:09 | Ana Paula Klaumann | Aceito |
| Declaração de Instituição e Infraestrutura | declsecaude.bmp | 04/08/2019 14:08:23 | Ana Paula Klaumann | Aceito |
| Declaração de Instituição e Infraestrutura | declsecedu.bmp | 04/08/2019 14:06:51 | Ana Paula Klaumann | Aceito |
| Declaração de Instituição e Infraestrutura | declsecassistsocial.bmp | 04/08/2019 14:05:32 | Ana Paula Klaumann | Aceito |
| Declaração de Instituição e Infraestrutura | dechospital.jpg | 04/08/2019 14:04:14 | Ana Paula Klaumann | Aceito |
| Declaração de Instituição e Infraestrutura | declconselhotelecar.bmp | 04/08/2019 14:03:24 | Ana Paula Klaumann | Aceito |
| Declaração de Instituição e Infraestrutura | escolawalmoribeiro.jpg | 04/08/2019 13:54:01 | Ana Paula Klaumann | Aceito |
| Declaração de Instituição e Infraestrutura | escolagertrudaichinger.jpg | 04/08/2019 13:53:30 | Ana Paula Klaumann | Aceito |
| Declaração de Instituição e Infraestrutura | escolaeliseu.jpg | 04/08/2019 13:53:00 | Ana Paula Klaumann | Aceito |

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
 Bairro: Trindade CEP: 88.040-400
 UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
 Telefone: (48)3721-6094 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 3.555.933

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FLORIANÓPOLIS, 05 de Setembro de 2019

Assinado por:

**Nelson Canzian da Silva
(Coordenador(a))**