

A experiência da narrativa nos espaços de escuta como potencializadora dos processos de autonomia do adolescente no âmbito das práticas da saúde mental na Atenção Primária

The narrative experience in listening spaces as an enhancer of the process for adolescent autonomy within the scope of practice in mental health Primary Care

La experiencia de la narrativa en los espacios de escucha como potenciadora de los procesos de autonomía de los adolescentes en el ámbito de las prácticas de la salud mental en la Atención Primaria

Recebido: 22/01/2024 | Revisado: 20/02/2024 | Aceitado: 17/04/2024 | Publicado: 20/04/2024

Ana Cláudia Gotelip Francklim Rocha

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0846-8428>

Universidade Federal de São Paulo, Brasil

E-mail: ana.francklim@unifesp.br

Fernando Sfair Kinker

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3733-9126>

Universidade Federal de São Paulo, Brasil

E-mail: fernando.kinker@unifesp.br

Resumo

Este artigo é fruto da pesquisa realizada no contexto da atenção primária no município de Osasco com adolescentes que buscam o serviço de saúde mental com queixas diversas, tais quais automutilação, depressão, ansiedade, dificuldade de relacionamento, isolamento, dentre outras. A partir do acolhimento em saúde mental são propostos atendimentos terapêuticos em grupo, em cujas sessões são estimulados a construir narrativas orais sobre suas vidas, seus sofrimentos e suas experiências. Além de refletirem sobre suas falas, vocabulário e organização do discurso, vivenciam a experiência de serem escutados e de escutarem outros adolescentes também com suas histórias e sofrimentos. A metodologia utilizada pertence ao campo da abordagem qualitativa e teve como ferramentas as entrevistas semiestruturadas. Quatro adolescentes que já participavam do grupo oferecido pelos profissionais da saúde mental na atenção primária aceitaram contar suas histórias de vidas em entrevistas individuais. A partir dessas narrativas foi possível fazer a discussão de temas importantes, revelando a potência das narrativas no processo de autonomia e saúde mental. Ao analisar as narrativas produzidas, podem-se observar questões de gênero, religiosidade e medicalização. Tais tópicos foram confrontados com a literatura, revelando a consonância destes achados com as pesquisas referenciadas. O objetivo da pesquisa foi analisar como a experiência de narrar sua história pode contribuir para a educação em saúde e a autonomia do usuário, numa reflexão em relação ao cuidado em saúde mental de adolescentes sob o princípio da integralidade e da promoção de saúde, numa perspectiva de humanização do cuidado.

Palavras-chave: Adolescente; Atenção primária; Saúde mental; História oral de vida; Narrativa.

Abstract

This article is the result of research carried out in the context of primary care in the city of Osasco with adolescents seeking mental health services with various complaints, such as self-mutilation, depression, anxiety, isolation, among others. From the mental health reception, group therapeutic care is proposed. During the sessions, teenagers are encouraged to make oral constructions of their life stories, experiences and specific moments of suffering. Besides reflecting on their vocabulary and organization of speech, they have the experience of being listened to and of listening to other teenagers with their own stories and sufferings. The applied methodology belongs to the field of qualitative approach and used semi-structured interviews. Four teenagers who already participated in the group offered by mental health professionals in primary care accepted to tell their life stories in individual interviews. From these narratives, it was possible to survey and discuss important topics, revealing the power of narratives in the process of autonomy and mental health. When analyzing the narratives produced, the influence of issues of gender, religiosity and medicalization can be observed. Such topics were compared with the literature, revealing the consonance of these findings with the referenced research. Thus, the objective of this research was to analyze how the experience of telling your story can contribute to health education and user autonomy, in a reflection in relation to mental health care for adolescents in

primary care under the principle of comprehensiveness and promotion of health, from a perspective of humanization of care.

Keywords: Adolescent; Primary care; Mental health; Oral life history; Narrative.

Resumen

Este artículo es resultado de una investigación realizada en el contexto de la atención primaria en el municipio de Osasco con adolescentes que acuden al servicio de salud mental con diversas quejas, como automutilación, depresión, ansiedad, aislamiento, entre otras. Desde la recepción en salud mental, se proponen sesiones terapéuticas de grupo, en las que se les anima a construir narraciones orales sobre su vida, sufrimiento y experiencias. Además de reflexionar sobre su habla, vocabulario y organización del discurso, experimentan ser escuchados y escuchar a otros adolescentes con sus propias historias y sufrimientos. La metodología tiene un enfoque cualitativo y utilizó entrevistas semiestructuradas. Cuatro adolescentes que ya participaban en el grupo ofrecido por profesionales de salud mental en atención primaria accedieron a contar sus historias de vida en entrevistas individuales. A partir de estas narrativas fue posible discutir temas importantes, revelando el poder de las narrativas en el proceso de autonomía y salud mental. Al analizar las producciones, se pudieron observar la influencia de cuestiones de género, religiosidad y medicalización. Dichos temas fueron comparados con la literatura, revelando que estos hallazgos están en línea con la investigación referenciada. El objetivo de esta investigación fue analizar cómo la experiencia de narrar la propia historia puede contribuir a la educación en salud y a la autonomía del usuario, en una reflexión sobre el cuidado a la salud mental de los adolescentes en la atención primaria bajo el principio de integralidad y promoción de la salud, desde una perspectiva de humanización del cuidado.

Palabras clave: Adolescente; Atención primaria; Salud mental; Historia de vida oral; Narrativa.

1. Introdução

Embora se saiba que a adolescência é um período importante para o amadurecimento físico e emocional, não há um consenso sobre seu período de abrangência. Para o Estatuto da Criança e Adolescente (Lei nº 8.069, 1990), essa fase é definida como sendo o período entre a infância e a fase adulta, ou seja, entre 12 e 18 anos de idade. Já a Organização Mundial de Saúde [OMS] (World Health Organization [WHO], 2005) demarca a adolescência como sendo a segunda década de vida, ou seja, dos 10 aos 19 anos.

Entendemos, tal qual Grillo et al. (2011), que se faz necessária uma divisão desse período compreendido pela OMS, uma vez que as questões de um adolescente de 10 anos se encontram bem distantes das questões de um adolescente de 19 anos. Grillo et al. propõem, portanto, que a adolescência teria seu período inicial dos 10 aos 14 anos, com as primeiras mudanças físicas e sem grandes conflitos; seu segundo período entre os 14 e 16 anos, sendo uma fase média com mudanças e preocupações com o corpo e conflitos com familiares; e por fim, seu último período entre os 17 e 20 anos, com preocupações econômicas e padrões mais próximos da vida adulta, tais como relacionamentos e responsabilidades.

Este artigo propõe a discussão acerca das pressuposições, preconceitos, noções ou afirmações ainda pouco discutidas sobre a “crise da adolescência”, como comumente são tratadas as questões de saúde mental dessa população. Segundo a OMS e a Organização Pan-Americana de Saúde [OPAS] (s.d.), os fatores vivenciados nessa fase, como pobreza, violência e abusos, podem ser determinantes para a saúde mental. Essas organizações referenciam que metade de todas as condições de saúde mental começam aos 14 anos, afirmando que a depressão é uma das principais causas de doença entre os adolescentes e que o suicídio é a terceira causa de morte na população entre 15 e 19 anos, e sugerem que as condições mentais dos adolescentes sejam abordadas nessa fase para que não haja prejuízo à saúde física e mental na idade adulta (Ministério da Saúde, 2007; OPAS, s.d.). Ruzany et al. (1994) relatam que as experiências boas e ruins do adolescente interferem no seu desenvolvimento e em seu futuro, o que reforça a ideia da promoção de vivências e práticas saudáveis nesse período da vida.

Segundo a OMS, grande parte dos problemas de saúde mental é determinada por fatores classificados em fatores de risco e fatores protetores. Cada um deles pode influenciar mais ou menos a saúde mental do adolescente de acordo com cada um, lembrando que a combinação dos fatores se manifesta de forma dinâmica. Dentre os fatores de risco, temos discórdia familiar, condições socioeconômicas desfavoráveis, dificuldade de aprendizagem, exposição à violência, dentre outros (WHO, 2005). Nesse sentido, o Ministério da Saúde (2013b) aponta para a necessidade dos cuidados adequados, visando impedir que tais

problemas de saúde mental avancem por anos ou tenham impactos negativos na vida escolar e social.

Avanci (2007) coloca a necessidade de maiores debates referentes à saúde mental do adolescente nas discussões de saúde pública, além de ressaltar a necessidade dos profissionais tanto da saúde quanto da educação estarem preparados para as estratégias preventivas e promotoras de saúde dessa população, visando minimizar os prejuízos que podem sofrer na vida adulta.

O Ministério da Saúde (2013a) enfatiza que as questões sobre cuidado com o sofrimento mental dos adolescentes demoraram a fazer parte das discussões, políticas e atuações públicas. Justamente por conta desse atraso no que se refere aos cuidados e tratamentos, relatam haver uma necessidade da construção de uma rede que seja capaz de atuar na saúde mental de crianças e adolescentes.

Antes do início do século XXI no Brasil, as crianças e adolescentes com problemas mentais ficavam sob a ótica da institucionalização reparadora e disciplinar, sem receber um olhar para as ações de cuidados integral, como analisado por Couto e Delgado (2015). Só após os movimentos de redemocratização e a Constituição de 1998 que essas crianças e adolescentes passaram a ser olhados a partir da premissa da garantia de direitos e do cuidado em liberdade.

Por outro lado, sabe-se que o SUS é um sistema de saúde relevante e com alto nível de complexidade, e ao entender os riscos para a saúde mental dessa população, podemos refletir sobre a oferta de atendimentos pensando em princípios de integralidade, universalidade e equidade (Ministério da Saúde, 2004). Entende-se que essa promoção de saúde deva acontecer na atenção primária, visto que ela é a porta de entrada do sistema, tal como afirmado pelo Ministério da Saúde (2013a), ampliando o acesso, reduzindo o estigma e sendo efetiva em diversas atuações. Além disso, como levantado por Vicentin (2006) e Ayres et al. (2012), a atenção e cuidado na clínica do adolescente deve se dar na perspectiva de prevenção, cuidado e promoção de saúde.

O Caderno de Atenção Básica nº 34 do Ministério da Saúde (2013b) orienta, tanto na escola como na Unidade Básica de Saúde, sobre o cuidado com o adolescente em relação à saúde mental, relatando a importância da identificação de riscos e proteção ao uso abusivo de álcool e outras drogas, bem como da identificação dos distúrbios comportamentais ou psiquiátricos e realização de encaminhamentos, oferecendo orientações quanto à medicalização, quando prescrita, e disponibilizando ações que visam a saúde integral do adolescente.

Atualmente, é comum que adolescentes, acompanhados por pais, avós ou outros cuidadores, sejam levados às UBS com queixas de saúde mental ou por solicitação escolar. Alguns dos motivos são desobediência, isolamento ou ações inadequadas, dificuldades escolares e solicitação de medicamentos e atendimento psicológico, reforçando assim o adolescente como o foco do problema (Ministério da Saúde, 2013b).

Nakamura e Barbarini (2019) relatam que, muitas vezes, a percepção dos problemas de saúde mental está nos adultos, sejam não apenas médicos ou profissionais da saúde, mas também pais e profissionais da escola. As queixas trazidas aos acolhimentos vêm permeadas de representações do que é visto como normal ou anormal, bem como de que o adolescente não se enquadra nos padrões esperados.

Tanaka e Laridsen-Ribeiro (2006) relatam que há muita dificuldade no diagnóstico assertivo de problemas de saúde mental como depressão e ansiedade, com a tendência à atribuição de crédito aos comportamentos e a valores morais genéricos. Os autores sugerem a escuta cuidadosa para melhor entender as queixas dos adolescentes, sendo necessária a discussão sobre a formação dos profissionais voltado para o diagnóstico precoce e encaminhamentos.

O Ministério da Saúde (2017; 2005; 2010) não apenas levanta a importância de se ouvir as histórias dos adolescentes na perspectiva de melhorias dos atendimentos, mas também preconiza uma escuta e observação atentas e o acolhimento de suas queixas na atenção básica, visando ações de promoção e prevenção de problemas de saúde mental. Braga e D'Oliveira (2019) confirmam a importância da escuta da fala dos sujeitos acompanhados nos serviços de saúde mental, pensando num processo emancipatório para que sejam protagonistas dos seus processos. O Fórum Nacional de Saúde Mental Infante-Juvenil enfatiza também a importância da valorização da fala da criança e do adolescente, afirmando em um de seus documentos que “ao falar

sobre si e identificar-se com sua própria história, a criança e o adolescente veem possibilidades de encontrar novos significados e novas formas de inserção na sociedade e na família” (Ministério da Saúde, 2014, p. 24).

Segundo Benjamin (1987), a narrativa está vinculada à experiência vivida, e após vivenciarem situações prejudiciais e traumáticas ou eventos pós-guerra, as pessoas apresentam dificuldades nas narrativas. A partir dessa afirmação, questionamos como está a narrativa de adolescentes que vivenciaram ou ainda estão vivenciando situações prejudiciais à promoção da saúde mental. Evocando os combatentes de guerra que voltam com dificuldades nas narrativas após essa experiência, como esperar narrativas de adolescentes em situação de sofrimento? Com a cobrança pela vida “perfeita” das mídias, como e com quem o adolescente poderá narrar uma experiência que não pode expor nas redes sociais?

Enfim, pensando no direito à palavra, na escuta atenta, na coerência e na manutenção do discurso da reforma psiquiátrica, Costa e Carvalho (2011) relatam que o uso das narrativas promove a “potência do Encontro”, sendo este o encontro daquele que narra com suas memórias e de seu ouvinte com suas releituras – um “Encontro” tanto ético quanto terapêutico.

A partir disso, esta pesquisa se desenvolveu com o objetivo de analisar o quanto a produção de narrativas e a produção das histórias de vida fortalecem o adolescente nos processos emancipatórios e de saúde mental, e além disso, problematizar o lugar do adolescente na atenção primária, verificar se há mudança quanto a perspectiva de vida dos adolescentes que participam dos encontros de comunicação na atenção primária e, por fim, analisar a importância dos atendimentos individuais e em grupo com adolescentes sob a ótica da produção de atos comunicativos, narrativas e aprimoramento de produções linguísticas em situações dialógicas, visando o fortalecimento dos processos emancipatórios e de saúde mental.

2. Metodologia

A proposta metodológica desta pesquisa se dá por meio de uma abordagem qualitativa do tipo exploratória, pois, por lidar com situações particulares, seu contexto se dá em realidades que não podem ser quantificadas, visto que são singulares, como o “universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes” (Minayo, 1994; 2012). A análise exigiu uma organização dos dados obtidos em partes que identificam os temas relevantes ou categorias, conforme propostas por Bardin (1977).

Assim, a metodologia deste trabalho utilizou como ferramentas de pesquisa as narrativas baseadas na coleta de histórias de vida por meio de entrevistas. A partir das análises, pretendeu-se discutir o contexto em que os sujeitos vivem buscando compreender suas relações com a saúde mental, propiciando ao adolescente, enquanto participante da pesquisa, a reflexão sobre as questões levantadas, trazendo em evidência que esta pesquisa foi feita *com* os adolescentes, e não *sobre* eles.

Os critérios para participar da pesquisa foram a participação prévia nos encontros terapêuticos em grupo oferecidos pela equipe de saúde mental na atenção primária e a idade, tendo sido selecionada a faixa etária entre 10 e 19 anos, como é definida a adolescência pela OMS. Todos os adolescentes e pais ou responsáveis foram convidados e informados e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) e o termo de assentimento (TA).

Os adolescentes participaram de entrevistas individuais, tendo sido áudio-gravadas e posteriormente transcritas. Num segundo momento, a narrativa colhida a partir das respostas foi lida para o adolescente, e este pôde discordar de algum ponto ou solicitar alguma correção ou complementação.

3. Resultados e Discussão

Quatro adolescentes participaram do trabalho, sendo dois do gênero masculino e dois do gênero feminino, com idades de 17, 15, 14 e 12 anos, respectivamente. Todos apresentaram os pré-requisitos da metodologia e participaram de dois encontros, sendo o primeiro para a entrevista e o segundo para a leitura da narrativa e aprovação.

Todos os participantes buscaram o serviço de saúde mental com suas mães e incentivados por elas. Relatam ainda

questões de ansiedade, validadas pelos adultos, e parecem ter poucos parceiros comunicativos, afirmando ser comum não se sentirem escutados. Frequentam a escola com cobrança familiar para participação e frequência. Os quatro relatam histórico de medicalização sem aderência ao tratamento.

Os adolescentes de 15 e 17 anos do gênero masculino trazem em suas narrativas preocupações com trabalho e com decisões quanto ao futuro. A participante de 14 anos traz fortemente questões de gênero ao se deparar com preconceitos sobre sua sexualidade, questionando como estes preconceitos são diferentes para meninos. Além disso, relata o impacto da religiosidade em sua rotina, bem como da relação com a família em seu sofrimento, numa constante luta para atingir o que se é esperado dela. Já a participante de 12 anos demonstra ainda várias questões bem próximas da infância. Essas diferenças reforçam a discrepância entre as idades dentro da fase da adolescência, apontando para a reflexão de que não se pode tratar esse período sem levar tais nuances em consideração.

Enfim, ao analisar as narrativas, os temas foram reagrupados em três grandes categorias: (1) gênero e sexualidade; (2) religiosidade; e (3) medicalização.

3.1 Gênero e Sexualidade

Observaram-se nas falas trechos como (a) “Mas lá tinha gente LGBT, muita gente que não é do bem. Minha mãe não quer que eu me envolva com esse tipo de gente”, (b) “Na escola, eles me chamavam de ‘filho de puta’, ‘viado’” e (c) “Falavam pra ele tipo: ‘nossa, agora você é homem de verdade’, ‘e aí, campeão’, e pra mim, falavam que eu não prestava e ‘essa aí fica com todo mundo’”.

Segundo Oliveira e Gomes (2019), as questões de gênero têm relação direta com a saúde mental dos adolescentes. Zanello et al. (2015) falam da importância e cuidado na escuta para não reforçar papéis culturais nas questões de gênero. Os autores ainda mencionam a relevância da discussão e de considerar estas questões, visto que podem ser motivadoras de adoecimentos psíquicos.

Pires (2019) relata a importância das discussões com adolescentes visando a desconstrução de preconceitos, mitos e esclarecimento de dúvidas em relação as questões de gênero e sexualidade. Segundo Murta et al. (2010), é importante a empatia, a desconstrução dos estereótipos, a adequação da comunicação interpessoal e o enfrentamento das emoções desagradáveis, objetivando o enfraquecimento da homofobia em adolescentes com menos preconceitos, discriminação e violência num processo de aceitação das diferenças.

3.2 Religiosidade

Em relação à questão da religiosidade, alguns dos recortes que fundamentaram a discussão foram (a) “Eu confio nela, porque além de ser crente, ela é muito boa e não conta pra ninguém”, (b) “Falo da terapia e vou pra igreja orar por eles”, (c) “Estou indo na igreja. Antes minha mãe me obrigava, mas agora estou com vontade de cantar. Só que não estava muito firmada em Deus”, (d) “Na igreja converso com a minha líder. Mas eu não consigo desabafar totalmente, porque às vezes ela não consegue me entender por causa da religião dela. A forma dela pensar está baseada na Bíblia, aí não dá pra eu me abrir totalmente, porque eu acho que ela não vai me entender, vai me julgar e dizer que eu estou desviada”, (e) “Eu tento ser uma pessoa melhor, estava até firme na igreja, cantando. Mas eu conheço muita gente ‘nóia’ e às vezes me chamam e eu vou naquela aventura” e (f) “Mesmo eu falando não, eu faço o deslize”.

Pode-se observar nestas falas a influência da religiosidade tanto nos impactos negativos quanto positivos, bem como a estreita relação entre família e religião. Becker et al. (2015) relatam o impacto das vivências religiosas tanto nas relações familiares dos adolescentes quanto sobre os valores religiosos, estando relacionados ao desenvolvimento cognitivo e moral.

Brustelo (2003) constata a importância da religiosidade nos adolescentes como espaço social, auxiliando vários

adolescentes na ressignificação de suas vidas, manutenção de amizades, melhora da autoimagem e fortalecimento de laços familiares. A autora aponta que a religião é uma alternativa à escassez de outros equipamentos sociais, projetos e políticas públicas, porém relata que a participação em outros espaços contribui para a formação crítica do adolescente, e que ao ouvir somente um discurso, pode-se favorecer o processo de colonização, prejudicando seu processo emancipatório. Dentro desse mesmo olhar, Moreira-Almeida et al. (2006) confirmam a relação entre religião e saúde mental tanto nos aspectos de promoção de saúde, quanto nas vulnerabilidades ao abuso espiritual.

Rabinovich et al. (2021) apontam que a religiosidade é tida como proteção, visto que propicia fé e esperança, dá sentido à vida, fortalece vínculos e favorece o bem-estar, mas que, por outro lado, há alguns aspectos desagradáveis, como a intolerância religiosa, as regras e dogmas rígidos, hipocrisia, falta de sensibilidade, fanatismo e a imposição de familiares. Ribeiro e Minayo (2014) levantam o tema da religião tanto como promotora de saúde mental e qualidade de vida, deflagrando a fragilidade do Estado em proporcionar políticas públicas de promoção e prevenção, quanto como geradoras de empobrecimento da saúde mental.

3.3 Medicalização

Os participantes relataram experiências medicamentosas sob prescrição de profissionais da saúde da atenção básica, refletindo sobre medicalização e patologização nas questões de comportamento e de disciplina: (a) “Eu já fui ao psiquiatra quando eu era muito pequeno, tipo uns 5 anos, por causa da ansiedade”, (b) “Ainda não melhorei completamente com o remédio, só uns 40%, eu acho”, (c) “Eu só fui uma vez numa psiquiatra e ela me deu remédio Ansitec pra dormir. Mas eu já parei de tomar por conta própria. Eu percebi que estava perdendo peso, com desatenção e perda de memória na escola”.

Evidentemente, os fármacos são importantes para diversas patologias. No entanto, o que se pretende discutir neste momento é o uso indiscriminado de medicações, visando a “normalização” das pessoas e da vida. Ou seja, as pessoas são incentivadas a usarem a medicação como sendo uma ação sempre positiva, acreditando que necessitam do remédio para terem uma vida produtiva e sem os sofrimentos inerentes à própria vida. Caponi (2020) também denuncia o uso de medicação em crianças e adolescentes sem o devido diagnóstico com o objetivo de sedação, não levando em conta a bula e a patologia tratada com a medicação prescrita. A autora aponta ainda que uma criança com comportamento de raiva e angústia recebe a prescrição de fortes antipsicóticos com importantes efeitos colaterais. Crianças em idade escolar, adolescentes e pessoas que buscam atendimento no campo da saúde mental são alguns dos grandes alvos da lógica da medicalização. Assim, neste trabalho colocamos a importância dessa discussão, uma vez que lidamos com adolescentes em acompanhamento de sua saúde mental.

Ainda tratando do exagero da medicalização, para Sanches e Amarante (2014) as crianças e adolescentes têm sido medicalizadas por problemas escolares e problemas sociais, o que questiona a medicalização como resposta à violência dentro de um contexto social, tristeza ou sofrimento por um luto. Nesse sentido, Rosa e Winograd (2011) colocam que a medicação tem sido usada para o mal-estar subjetivo, prometendo diminuir o sofrimento especialmente no campo da saúde mental, como tristeza e solidão. Figueira e Caliman (2014) abordam a questão da medicalização da vida, sendo este um fator tanto histórico quanto atual, e problematizam que os problemas cotidianos, comportamentais e escolares estão sendo tratados com medicamentos numa construção histórica do conhecimento biomédico e pedagógico na caracterização da infância anormal/normal.

Por fim, a questão do exagero da medicalização poderia ser diminuída conforme proposto por Moreira e Coutinho (2018), que apontam para a necessidade de espaços para que o adolescente elabore uma fala sobre seu sofrimento, promovendo análises subjetivadas para seu sofrimento. Tal sugestão mostra-se coerente com o trabalho de narrativa desta pesquisa.

4. Considerações Finais

Esta pesquisa realizada na atenção primária valeu-se da proposta de escuta qualificada e acolhimento numa perspectiva

de processos de humanização, validando a relação direta entre as narrativas e experiências no grupo com os processos emancipatórios e o fortalecimento em relação à saúde mental.

As narrativas dos adolescentes evidenciaram questões já discutidas por outros autores, o que nos leva a entender a importância desses temas em relação com a saúde mental, bem como compreender a urgência em orientar profissionais que lidam com esse público, especialmente na atenção primária de saúde.

Partimos do pressuposto de que muitos dos sofrimentos relacionados à saúde mental do adolescente advém da diminuição de experiências dialógicas saudáveis e de um pobre repertório de narrativas sobre suas histórias de vida. Os adolescentes, impregnados pela imagem preconceituosa de que sempre estarão em crise e serão “problemáticos”, acabam vivenciando um distanciamento e uma diminuição de experiências comunicativas prazerosas e com escutas qualificadas.

Este trabalho evidencia o aumento da autonomia, a promoção de saúde, a experiência de elaboração da fala e a percepção de adolescentes serem escutados. Pode-se perceber a força dos recursos de grupo e de narrativas como norteadoras das propostas terapêuticas na promoção de saúde. Fica nítida, ainda, a potência dos atendimentos em grupo conforme apresentado neste trabalho: após frequentarem-nos, os adolescentes se mostram mais confiantes e com ampliação de recursos comunicativos. Nas narrativas, observamos trechos de fala como (a) “O grupo é bom, eu não melhorei 100%, mas acho que melhorei uns 90%”, (b) “Aí eu fiquei pensando que a gente acha a outra pessoa perfeita, mas a própria pessoa não acha”, (c) “Eu estou tendo um autoconhecimento e eu fico menos sensível”, (d) “Eu gosto do grupo, acho que está sendo bom. Acho que diminuiu a ansiedade”, (e) “Eu comecei a ver que todo adolescente sofre”, (f) “Procurar fazer algum hobby porque é o que eu faço quando estou triste” e (g) “Eu sei quem eu sou, sei que todo mundo tá nessa”.

Visivelmente, este tema deve ser mais investigado e aprofundado em novos estudos e pesquisas, porém conseguimos observar que este trabalho aponta para a necessidade de promover espaços fora das UBS, em parceria com secretarias de arte e cultura, visando o aumento de opções com equipamentos diversos, uma vez que não é somente na UBS que se promove saúde mental. Espaços como as igrejas, teatros e cinemas, bem como cursos formativos, também podem se encarregar dessa tarefa.

Por fim, para a coerência das reflexões e dos benefícios ao usuário demonstrados nesta pesquisa, afirma-se a necessidade de processos de formação permanente para profissionais, visando a capacitação por meio de discussões e reflexões e buscando uma melhora nos atendimentos humanizados, na perspectiva da clínica ampliada, promoção e prevenção de agravos à saúde mental.

Referências

- Avanci, J. Q., Assis, S. G., Oliveira, R. V. C., Ferreira, R. M., & Pesce, R. P. (2007). Fatores associados aos problemas de saúde mental em adolescentes. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 23(3), 287–294. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722007000300007>
- Ayres, J. R. C. M., Carvalho, Y. M., Nasser, M. A., Saltão, R. M., & Mendes, V. M. (2012). Caminhos da integralidade: adolescentes e jovens na Atenção Primária à Saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 16(40), 67–81. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832012005000021>
- Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo* (L. A. Reto, & A. Pinheiro Trad., Edições 70).
- Becker, A. P. S., Maestri, T. P., & Bobato, S. T. (2015). Impacto da religiosidade na relação entre pais e filhos adolescentes. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 67(1), 84–98. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672015000100007
- Benjamin, W. (1987). *Magia e técnica, arte e política: Ensaios sobre literatura e história da cultura* (S. P. Rouanet Trad., cap. 14, 197–221). Editora Brasiliense.
- Braga, C. P., & D'Oliveira, A. F. P. L. (2019). Políticas públicas na atenção à saúde mental de crianças e adolescentes: percurso histórico e caminhos de participação. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(2), 401–410. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018242.30582016>
- Brustelo, T. N. C. (2003). *Participação religiosa e relacionamentos afetivo-sexuais de adolescentes evangélicos* [Dissertação de Mestrado, Universidade de São Paulo]. Repositório da Produção USP. <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/59/59137/tde-18012006-214645>
- Caponi, S. (2020). A psicofarmacologização da infância e o modelo de ação da droga centrado na doença. *Política & Sociedade*, 19(46), 204–241. <https://doi.org/10.5007/2175-7984.2020.e74538>
- Costa, S. L., & Carvalho, E. N. (2011). As potências da narrativa. In K. J. M. Lopes, E. N. Carvalho, & K. S. A. L. Matos (Orgs.), *Ética e as reverberações do fazer* (pp. 60–73). UFC.

- Couto, M. C. V., & Delgado, P. G. G. (2015). Crianças e adolescentes na agenda política da saúde mental brasileira: inclusão tardia, desafios atuais. *Psicologia Clínica*, 27(1), 17–40. <https://doi.org/10.1590/0103-56652015000100002>
- Figueira, P. L., & Caliman, L. V. (2014). Considerações sobre os movimentos de medicalização da vida. *Psicologia Clínica*, 26(2), 17–32. <http://doi.org/10.1590/S0103-56652014000200002>
- Grillo, C. F. C., Cadete, M. M. M., Ferreira, R. A., Guimarães, P. R., & Miranda, S. M. (2011). *Saúde do adolescente*. Nescon/UFMG.
- Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. (1990). Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Casa Civil. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm
- Minayo, M. C. S. (2012). Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(3), 621–626. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000300007>
- Minayo, M. C. S. (Org.). (1994). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Vozes.
- Ministério da Saúde. (2004). *HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS*. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf
- Ministério da Saúde. (2005). *Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil*. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/05_0887_M.pdf
- Ministério da Saúde. (2007). *Marco legal: saúde, um direito de adolescentes*. Secretaria de Atenção à Saúde, Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_0400_M.pdf
- Ministério da Saúde. (2010). *Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde*. Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_atencao_saude_adolescentes_jovens_promocao_saude.pdf
- Ministério da Saúde. (2013a). *Orientações básicas de atenção integral à saúde de adolescentes nas escolas e unidades básicas de saúde*. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacao_basica_saude_adolescente.pdf
- Ministério da Saúde. (2013b). *Saúde Mental. Cadernos de Atenção Básica*, n. 34. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf
- Ministério da Saúde. (2014). *Atenção psicossocial para crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para construir direitos*. Conselho Nacional do Ministério Público. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_psicossocial_crianças_adolescentes_sus.pdf
- Ministério da Saúde. (2017). *Saúde e sexualidade de adolescentes – construindo equidade no SUS*. Organização Pan-Americana da Saúde. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_sexualidade_adolescente_construindo_equidade_sus.pdf
- Moreira, A. da S., & Coutinho, L. G. (2018). Efeitos da medicalização na travessia adolescente. *Revista de Psicologia*, 9(1), 53–63. <http://www.periodicos.ufc.br/psicologiaufc/article/view/20509>
- Moreira-Almeida, A., Lotufo, F., Neto, & Koenig, H. G. (2006). Religiousness and mental health: a review. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 28(3), 242–250. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462006005000006>
- Murta, S. G., Del Prette, A., & Del Prette, Z. A. P. (2010). Prevenção ao sexismo e ao heterossexismo entre adolescentes: contribuições do treinamento em habilidades de vida e habilidades sociais. *Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente*, 2, 73–86. <https://doi.org/10.34628/xq7d-wj44>
- Nakamura, E., & Barbarini, T. (2019). Comportamentos infantis problemáticos, perturbadores e não conformes: conceitos e demandas de cuidado relacionados à agitação em crianças em Santos e Campinas, Brasil. *Saúde e Sociedade*, 28(1), 12–26. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902019181164>
- Oliveira, D. P., & Gomes, I. C. (2019). Gênero, adolescência e psicanálise: o impacto das relações de gênero na saúde mental de adolescentes na cidade de São Paulo. *Vínculo*, 16(2), 110–132. <http://doi.org/10.32467/issn.19982-1492v16n2p110-132>
- Organização Pan-Americana da Saúde. (s.d.). *Saúde mental dos adolescentes*. <https://www.paho.org/pt/topicos/saude-mental-dos-adolescentes>
- Pires, M. B. (2019). Provocações sobre questões de gênero com adolescentes. *Diversidade e Educação*, 6(2), 202–206. <https://periodicos.furg.br/divedu/article/view/8531>
- Rabinovich, E. P., Fornasier, R. C., & Moreira, L. V. C. (2021). Religiosidade em adolescentes baianos: aspectos agradáveis e desagradáveis. *Revista Pistis Praxis*, 13(3), 1310–1326. <https://doi.org/10.7213/2175-1838.13.003.AO04>
- Ribeiro, F. M. L., & Minayo, M. C. S. (2014). O papel da religião na promoção da saúde, na prevenção da violência e na reabilitação de pessoas envolvidas com a criminalidade: revisão de literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(6), 1773–1789. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014196.13112013>
- Rosa, B. P. G. D., & Winograd, M. (2011). Palavras e pílulas: sobre a medicamentação do mal-estar psíquico na atualidade. *Psicologia & Sociedade*, 23(Esp.), 37–44. <https://doi.org/10.1590/S0102-71822011000400006>
- Ruzany, M. H., Munist, M., & Antonio, S. (1994). Promoción de la salud del adolescente respecto a la sexualidad y la salud reproductiva. In *Seminario Interno Santiago de Chile: Adolescencia, un enfoque integrado*, 25–33.
- Sanches, V. N. L., & Amarante, P. D. C. (2014). Estudo sobre o processo de medicalização de crianças no campo da saúde mental. *Saúde em Debate*, 38(102), 506–514. <https://doi.org/10.5935/0103-1104.20140047>

Tanaka, O. Y., & Lauridsen-Ribeiro, E. (2006). Desafio para a atenção básica: incorporação da assistência em saúde mental. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(9), 1845–1853. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006000900015>

Vicentin, M. C. G. (2006). Infância e adolescência: uma clínica necessariamente ampliada. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, 17(1), 10–17. <https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v17i1p10-17>

World Health Organization. (2005). *Child and adolescent mental health policies and plans*. WHO Press. <https://extranet.who.int/mindbank/item/415>

Zanello, V., Fiuza, G., & Costa, H. S. (2015). Saúde mental e gênero: facetas genderadas do sofrimento psíquico. *Fractal: Revista de Psicologia*, 27(3), 238–246. <https://doi.org/10.1590/1984-0292/1483>