



PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA MESTRADO
PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

KAMILLE LIMA DE BRAGANÇA SEABRA

**O MANEJO DA DEPRESSÃO NA ADOLESCÊNCIA PELA ESTRATÉGIA SAÚDE
DA FAMÍLIA:**

a percepção da equipe multiprofissional

Rio de Janeiro

2023

KAMILLE LIMA DE BRAGANÇA SEABRA

**O MANEJO DA DEPRESSÃO NA ADOLESCÊNCIA PELA ESTRATÉGIA SAÚDE
DA FAMÍLIA:**

a percepção da equipe multiprofissional

Dissertação apresentada à Universidade
Estácio de Sá, como requisito à obtenção do
título de Mestre.

Orientadora:

Prof. Dra. Manuela Rodrigues Müller

Coorientadora:

Prof. Dra. Luciana Maria Borges da Matta Souza

Rio de Janeiro

2023

S438 Seabra, Kamille Lima de Bragança

O manejo da depressão na adolescência pela estratégia saúde da família: A percepção da equipe multiprofissional. / Kamille Lima de Bragança Seabra– Rio de Janeiro, 2023.

100f.

Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) - Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro / RJ, 2023.

Orientadora: Prof. Dra. Manuela Rodrigues Müller

1. Estratégia saúde da família. 2. Saúde do adolescente. 3. Depressão. 4. Saúde mental. I. Título.

CDD 616.8527

KAMILLE LIMA DE BRAGANÇA SEABRA

**O MANEJO DA DEPRESSÃO NA ADOLESCÊNCIA PELA ESTRATÉGIA SAÚDE
DA FAMÍLIA:**

a percepção da equipe multiprofissional

Dissertação apresentada à Universidade
Estácio de Sá, como requisito à obtenção do
título de Mestre.

Aprovada em 21 de julho de 2023.

BANCA EXAMINADORA



Prof. Dra. Manuela Rodrigues Müller
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ



Prof. Dra. Michele Souza e Souza
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ



Prof. Dra. Claudia Reis Miliauskas
UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Rio de Janeiro
2023

RESUMO

Introdução: A depressão é um dos transtornos mentais mais prevalentes durante a adolescência, demandando uma abordagem cuidadosa e efetiva por parte dos profissionais de saúde. Reconhecer e cuidar adequadamente da depressão nessa fase da vida é de extrema importância para mitigar seu impacto negativo e promover o bem-estar dos adolescentes. A Estratégia Saúde da Família desempenha um papel crucial nesses casos, entretanto, ainda se faz necessário enfrentar diversos desafios para garantir o manejo adequado de casos suspeitos de depressão em adolescentes. **Objetivos:** Geral conhecer como se dá o manejo de situações sugestivas de depressão na adolescência pela Estratégia Saúde da Família em um município de pequeno porte no Estado do Rio de Janeiro, e específicos identificar potencialidades e dificuldades vivenciadas pelos profissionais da Estratégia Saúde da Família no reconhecimento do adolescente com situação clínica sugestiva de depressão, descrever a abordagem realizada pelos profissionais da Estratégia Saúde da Família junto aos adolescentes com quadro clínico sugestivo de depressão e analisar a existência de uma rede de atenção à saúde mental para apoio das equipes e famílias de adolescentes com sintomatologia sugestiva de depressão em um município de pequeno porte no Estado do Rio de Janeiro. **Método:** Pesquisa de natureza descritiva e exploratória, com abordagem qualitativa. Participaram do estudo 10 profissionais da saúde da Estratégia Saúde da Família do município de Iguaba Grande, dentre os quais enfermeiros, médicos, agentes comunitários da saúde e um técnico de enfermagem. Os dados foram coletados por meio de um diário de campo, por formulários para caracterização dos participantes e entrevistas semiestruturadas e posteriormente analisados por meio de análise de conteúdo do tipo temática. **Resultados e discussão:** Emergiu da análise duas categorias temáticas: “O manejo do adolescente pela equipe multiprofissional atuante na Estratégia Saúde da Família” e “Redes de apoio no cuidado do adolescente com suspeita de depressão”. Os resultados desta pesquisa destacaram a existência de desafios para o manejo adequado de casos sugestivos de depressão na adolescência. Embora os profissionais da Estratégia Saúde da Família demonstrem sensibilidade e se sintam aptos para reconhecer os sinais e sintomas da depressão nesse público, existe uma dependência quase total da família e da escola para identificar tais casos. A abordagem multidisciplinar, apesar de valorizada, enfrenta desafios para ser efetivamente aplicada na prática, especialmente no que diz respeito ao matriciamento. Além disso, constatou-se que ainda não há uma rede de apoio efetiva para as equipes de saúde e familiares dos adolescentes. **Considerações finais:** Para que haja melhoria no manejo de casos sugestivos de depressão na Estratégia Saúde da Família, há a necessidade de fortalecer a rede de atenção psicossocial, de capacitar seus profissionais e gestores, promover uma abordagem mais integral ao adolescente e sua família e de ampliar as redes de apoio ao familiar e à equipe de saúde.

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família; Saúde do Adolescente; Depressão; Saúde Mental.

ABSTRACT

Introduction: Depression is one of the most prevalent mental disorders during adolescence, requiring a careful and effective approach by health professionals. Recognizing and properly caring for depression at this stage of life is extremely important to mitigate its negative impact and promote the well-being of adolescents. The Family Health Strategy plays a crucial role in these cases; however, it is still necessary to face several challenges to ensure adequate management of suspected cases of depression in adolescents. **Objectives:** General to know how situations suggestive of depression in adolescence are managed by the Family Health Strategy in a small city in the State of Rio de Janeiro, and specific to identify potentialities and difficulties experienced by professionals of the Family Health Strategy in the recognition of adolescents with a clinical situation suggestive of depression, to describe the approach taken by Family Health Strategy professionals to adolescents with a clinical condition suggestive of depression and to analyze the existence of a mental health care network to support teams and families of adolescents with symptomatology suggestive of depression in a small town in the state of Rio de Janeiro. **Method:** Research with a descriptive and exploratory nature, and qualitative approach. The study included ten healthcare professionals from the Family Health Strategy of the Iguaba Grande municipality, including nurses, doctors, community health agents and a nursing technician. Data were collected through a field diary, through forms to characterize the participants and semi-structured interviews and subsequently analyzed through thematic content analysis. **Results and discussion:** Two thematic categories emerged from the analysis: "Management of adolescents by the multidisciplinary team of the Family Health Strategy" and "Support networks in the care of adolescents with suspected depression". The results of this research highlighted the existence of challenges for the adequate management of cases suggestive of depression in adolescence. Although Family Health Strategy professionals demonstrate sensitivity and feel able to recognize the signs and symptoms of depression in this public, there is an almost total dependence on the family and school to identify such cases. The multidisciplinary approach, although valued, faces challenges to be effectively applied in practice, especially about matrix support. In addition, it was noted that there is still no effective support network for health teams and adolescents' families. **Final considerations:** In order to improve the management of cases suggestive of depression in the Family Health Strategy, there is a need to strengthen the psychosocial care network, to train its professionals and managers, to promote a more comprehensive approach to adolescents and their families and to expand support networks for family members and the health team.

Keywords: Family Health Strategy; Adolescent Health; Depression; Mental Health.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS - Agente Comunitário de Saúde

APA - *American Psychiatric Association*

APS - Atenção Primária à Saúde

AT - Análise Temática

BDENF - Base de Dados em Enfermagem

BDI - Inventário de Depressão de Beck

BDNF - Fator Neurotrófico Derivado do Cérebro

BVS - Biblioteca Virtual em Saúde

CAPS - Centros de Atenção Psicossocial

CAPSij - Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

CER Flore'Ser - Centro Especializado em reabilitação física e intelectual

CRAS - Centro de Referência de Assistência Social

CREAS - Centro de Referência Especializado de Assistência Social

DeCS - Descritores em Ciências da Saúde

DSM-5 - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtorno Mentais

EDEP - Escala de Depressão

ENF - Enfermeiro

ERICA - Estudo de Riscos Cardiovasculares em Adolescentes

ESF - Estratégia Saúde da Família

EUA - Estados Unidos da América

ISSN - Instituto Nacional do Seguro Social

IPSF - Inventário de Percepção do Suporte Familiar

LGPD - Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais

LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

MED - Médico

MEDLINE - *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*

NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família

Nasf-AB - Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica

ONG - Organização Não-Governamental

OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde

PSE - Programa Saúde na Escola

RAPS - Rede de Atenção Psicossocial
RAS - Redes de Atenção à Saúde
SDQ - Instrumento de Rastreamento
SMFQ - *Short Mood and Feelings Questionnaire*
SUS - Sistema Único de Saúde
TCLE - Consentimento Livre e Esclarecido
TEC - Técnico de Enfermagem
TMC - Transtornos Mentais Comuns
UBS - Unidade Básica de Saúde
UR - Unidade de Registro
VD - Visita Domiciliar

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	8
1.1	Objeto.....	11
1.2	Objetivos.....	11
1.2.1	Geral	11
1.2.2	Específicos	11
1.3	Justificativas.....	11
1.4	Contribuições e relevância	12
2	REVISÃO LITERATURA	14
2.1	Depressão e suas definições	14
2.2	Aspectos epidemiológicos da depressão na adolescência	18
2.3	Fatores de risco, consequências e repercussão da depressão no adolescente e sua família	22
2.4	Linha de cuidado em saúde mental	28
2.4.1	Atenção psicossocial à saúde do adolescente	28
2.5	A depressão na adolescência e a Estratégia Saúde da Família.....	32
3	MÉTODO E PARTICIPANTES.....	38
3.1	Desenho do estudo	38
3.2	Cenário da pesquisa	38
3.3	Participantes da pesquisa	39
3.4	Técnica e Instrumento de coleta de dados.....	39
3.4.1	Diário de campo	40
3.5	Análise dos dados.....	40
3.6	Aspectos éticos.....	41
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	43
4.1	Caracterização dos participantes.....	43
4.2	Análise das entrevistas.....	44
4.2.1	O manejo do adolescente pela equipe multiprofissional atuante na Estratégia Saúde da Família	45
4.2.2	Redes de apoio no cuidado do adolescente com suspeita de depressão	61
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	74

REFERÊNCIAS.....	76
APÊNDICES	96
Apêndice A	96
Apêndice B	97
Apêndice C	98
Apêndice D	100

1 INTRODUÇÃO

A depressão é um transtorno de humor tendo como características a tristeza ou humor deprimido, a perda de interesse e o sentimento de desvalorização como principais sintomas. Expressões de raiva, de descontentamento, de oposição e desprezo podem ser, na maioria dos casos, indicadores de sintomatologia deste distúrbio (COUTINHO, 2001).

Os transtornos depressivos atingem mais de 264 milhões de pessoas, de todas as idades, no mundo (WHO, 2020). Diversas pesquisas indicam que no percurso da vida de um adulto deprimido, episódios depressivos já estavam presentes na infância (ZAVASCHI *et al.*, 2002).

A depressão acomete indivíduos de todas as faixas etárias e, inclusive, as crianças e os adolescentes. A estimativa é de que 0,4% a 3% das crianças apresentam características depressivas (BAHLS, 2002). Nas crianças que sofrem conflitos e rompimentos importantes, a prevalência para esta doença psiquiátrica aumenta para 6% a 10% (WATHIER; DELL'AGLIO, 2007).

Uma pesquisa realizada na cidade de Recife, apresentou como resultado uma prevalência de 15,7% de sintomatologia depressiva em uma população estudada de 630 crianças. Os dados foram obtidos através do instrumento *Short Mood and Feelings Questionnaire* (SMFQ), composto por 13 itens, com o objetivo de avaliar a sintomatologia depressiva em crianças e adolescentes de 6 a 17 anos (LEITE, 2018).

No público adolescente, a prevalência da sintomatologia depressiva tem se agravado com o passar dos anos, de forma que no início do século XXI, Bahls (2002) apontava uma variação entre 3,3% e 12,4%, com predomínio de ocorrência da doença no sexo feminino (BAHLS, 2002), porém estudos mais recentes apontam para uma prevalência aproximada de 25% entre jovens (SANTOS; SILVA; SOARES, 2021), sendo a pandemia de covid-19 um dos fatores responsáveis por este aumento (RACINE *et al.*, 2021).

A depressão caracteriza-se como um sintoma de tristeza intensa e descreve estados de humor deprimido com diferentes intensidades e duração, gerando incapacitação e dificuldades nas atividades cotidianas, bem como o acometimento do estado físico do indivíduo (ALMEIDA *et al.*, 2019). De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2021), a depressão possui alta prevalência e tende a ser crônica e recorrente, sobretudo quando não tratada. Em jovens e adolescentes, as pesquisas

mostram que esta enfermidade é uma das principais causas de suicídio (BATISTA; MARANHÃO; OLIVEIRA, 2018).

Calderano e Carvalho (2005) descrevem como fatores de risco associados à depressão a hereditariedade, as vulnerabilidades sociais, a configuração familiar monoparental, o início do funcionamento psíquico e o superego. Ainda afirmam que as condições socioeconômicas desfavoráveis são mais propensas a estimular tanto o desenvolvimento de patologias físicas quanto as mentais.

A depressão interfere significativamente nas funções sociais, emocionais, cognitivas e repercute no desenvolvimento neuropsicomotor, afetando também o núcleo familiar em que ela está inserida (SCIVOLETTO; TARELHO, 2002). De acordo com Bahls (2002), o quadro clínico da doença no adolescente é semelhante com o do adulto, porém o diagnóstico pode ser dificultado, visto que a sintomatologia depressiva por vezes é confundida com um comportamento comum à faixa etária (MHA, c2022).

Scivoletto e Tarelho (2002) destacam que os sintomas mais frequentes são: baixa autoestima, tristeza, medo, distúrbios do sono e baixo rendimento escolar. Abramovich e Aragão (2011) indicam como sintomas físicos de alerta a perda ou o ganho ponderal exagerados, a insônia ou hipersonia diurna, a agitação ou a lentificação psicomotora, a fadiga ou a perda de energia. Em contrapartida, destacam-se como manifestações emocionais os sentimentos de desvalia ou de culpa, a dificuldade de pensamento ou de concentração e, com destaque, a ideação suicida. Reis e Figueira (2001) apresentam como principais queixas clínicas a cefaleia, as dores abdominais e a diarreia.

Nos adolescentes, os sintomas depressivos próprios desta faixa etária, tem como características: prejuízo no desempenho escolar, baixa autoestima, fadiga, ideias e tentativas suicidas e graves problemas de comportamento, principalmente o uso abusivo de álcool e drogas (BAHLS, 2002a).

A fisiopatologia da doença é multifatorial. Há estudos que demonstram teorias e explicações fisiopatológicas e sociais, de caráter individual e coletivo, para o surgimento dos sintomas. Os fatores de risco variam entre genéticos, sociais, psicológicos e ambientais, de forma que a exposição à violência, experiências adversas na infância, consumo de álcool e drogas, bem como a ausência de redes de apoio podem influenciar no desenvolvimento da sintomatologia depressiva no adolescente (SILVA; TEIXEIRA; HALLBERG, 2018; OPAS, [2020]).

Silva, Ferreira e Esper (2019) ressaltam que o tratamento para depressão não pode ser baseado unicamente em terapia medicamentosa, pois os fármacos induzem a melhora sintomatológica, todavia não modificam o elemento causador do transtorno depressivo.

Para uma vida saudável, é essencial o bem-estar mental. Portanto, os profissionais da área da saúde, devem reconhecer os fatores de risco e de proteção de agravos psíquicos, bem como, intervir precocemente, tratar e reabilitar os portadores de transtornos mentais (ALMEIDA *et al.*, 2019).

Desta forma, a Estratégia Saúde da Família (ESF), porta de entrada do sistema de saúde brasileiro, configura-se como um importante elemento para o rastreamento de adolescentes com suspeitas de depressão, visto que uma parte considerável da população atendida por ela são com baixa renda familiar e de escolaridade, e que vivenciam conflitos socioeconômicos e de violência.

A ESF se organiza por definição territorial visando fortalecer o vínculo, a afetividade e a confiança entre pessoas e/ou famílias juntamente aos profissionais, garantindo a continuidade e a resolutividade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado (BRASIL, 2012).

Ferriolli *et al.* (2007), recomendam a implementação de protocolo para detecção dos problemas de saúde mental e sugerem a utilização do instrumento de rastreamento *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ)¹ pelas equipes da ESF. Nesta perspectiva é de extrema importância uma organização estrutural e operacional do sistema público de saúde com o objetivo de fortalecer uma rede de apoio que sustente uma assistência de qualidade à criança com quadro depressivo. Portanto, é fundamental que todo adolescente com sintomas de depressão seja reconhecido e acolhido pela equipe multiprofissional da ESF.

Esta pesquisa apresenta como questões norteadoras, como as equipes de Saúde da Família percebem adolescentes com sintomatologia sugestiva de depressão e como se dá o manejo das situações clínicas nesses cenários?

¹Desenvolvido por Goodman em 1997, o *Strengths and Difficulties Questionnaire* - SDQ (Questionário de Capacidades e Dificuldades), é um instrumento de rastreio de saúde mental para crianças e adolescentes que tem por intuito relevar informações precocemente acerca do funcionamento mental. Ele se destaca por ser um instrumento curto, que explora, não apenas as dificuldades, mas também as capacidades dos indivíduos e que, além disso, possibilita a aplicação em crianças e adolescentes (MACEDO; SILVA; TORRES, 2022).

1.1 Objeto

Neste sentido, para o desenvolvimento da pesquisa, traço como objeto: o reconhecimento e o cuidado da depressão na adolescência pela ESF.

1.2 Objetivos

1.2.1 Geral

Conhecer como se dá o manejo de situações sugestivas de depressão na adolescência pela ESF em um município de pequeno porte no Estado do Rio de Janeiro.

1.2.2 Específicos

- Descrever a abordagem realizada pelos profissionais da ESF junto aos adolescentes com quadro clínico sugestivo de depressão.
- Identificar potencialidades e dificuldades vivenciadas pelos profissionais da ESF no reconhecimento do adolescente com situação clínica sugestiva de depressão.
- Analisar a existência de uma rede de atenção à saúde mental para apoio das equipes e famílias de adolescentes com sintomatologia sugestiva de depressão em um município de pequeno porte no Estado do Rio de Janeiro.

1.3 Justificativas

Dada a influência da depressão no indivíduo e em seu meio social e familiar, é de extrema importância realizar a identificação precoce por meio de ações de rastreamento. Essas medidas são essenciais para reduzir a morbidade e melhorar a qualidade de vida daqueles que sofrem de problemas mentais e psicológicos, especialmente os adolescentes.

A minha experiência como enfermeira assistencialista, docente e gerente de Unidades Básicas de Saúde (UBS) na ESF proporcionou-me o contato com adolescentes com quadros sugestivos de depressão e, desta forma, acompanhei o fluxo de atendimento por diversas vezes, com a constatação de inúmeras dificuldades vivenciadas pelos profissionais no rastreamento, na abordagem e na continuidade do

cuidado desta doença psiquiátrica, bem como o impacto que tal distúrbio provoca no núcleo familiar. Tal constatação, promoveu inquietação e questionamentos sobre a temática no qual motivou meu interesse em realizar o estudo.

Portanto, visando fundamentar a justificativa e relevância do estudo, foi realizado um levantamento bibliográfico de artigos publicados entre 2013 e 2023, indexados nas bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados em Enfermagem (BDENF) e *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), via Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). A estratégia de busca foi construída a partir dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): "Estratégia Saúde da Família", "Saúde da Família", "Adolescente", "Saúde do Adolescente" e "Depressão", bem como suas variantes em inglês e espanhol.

Foram encontrados um total de 234 publicações. No geral, os trabalhos encontrados na literatura acerca da depressão na adolescência, envolvem os aspectos epidemiológicos, os fatores de risco e repercussões socioeconômicas. Até o momento não foram identificadas pesquisas que analisem o manejo da depressão na adolescência na ESF, apontando, assim, para a existência de uma lacuna no conhecimento, que será explorada neste estudo.

1.4 Contribuições e relevância

Este estudo contribui para a identificação das lacunas no conhecimento dos profissionais, permitindo que sejam planejadas estratégias educativas para a capacitação, sobretudo no que tange o atendimento do adolescente na APS. Deste modo, ao proporcionar condições para reflexão crítica sobre a temática, abre-se a possibilidade de melhorar a qualidade do cuidado e da saúde desta população.

Ademais, para a facilitação da identificação e ações frente os adolescentes com distúrbio psíquico, já que a Atenção Básica é um nível propício para o contato com esse público, principalmente, o serviço da ESF por ser um equipamento mais próximo da comunidade.

No que tange o local de estudo, este contribui por meio da reflexão sobre a realidade do município de Iguaba Grande, possibilitando o fortalecimento de ações estratégicas e programas de saúde na região e servindo de modelo para reprodução de novas pesquisas em contextos semelhantes.

Para a pesquisa, contribui para a pós-graduação em Programa de Saúde da Família, na linha de pesquisa de práticas e tecnologias em saúde da família, de forma que o processo estabeleça a produção de saberes e, servindo como base para a realização de novos estudos.

A relevância deste estudo baseia-se na possibilidade de uma maior aproximação da temática e, ainda, permite a reunião de valioso material acadêmico e o esclarecimento científico acerca das peculiaridades da depressão na adolescência.

2 REVISÃO LITERATURA

2.1 Depressão e suas definições

O termo depressão, na língua corrente, tem sido utilizado para designar, tanto um estado afetivo normal, quanto um sintoma, uma síndrome ou uma doença. Enquanto sintoma, esta pode surgir nos mais variados quadros clínicos, como na esquizofrenia e no transtorno pós-traumático. Desta forma, seu uso enquanto sintoma esteve associado a quadros oriundos de patologias primárias, apresentando-se como sintomatologia característica do transtorno mental em pauta. Como síndrome, a depressão inclui não apenas alterações do humor, mas também alterações cognitivas, psicomotoras e vegetativas (apetite, sono). No entanto, como doença, a depressão tem sido classificada de diversas formas ao longo dos anos, variando de acordo com o ponto de vista adotado (DEL PORTO, 1999).

De acordo com a *American Psychiatric Association - APA*, a depressão, ou transtorno depressivo maior, é uma doença comum e grave que afeta negativamente a forma como o indivíduo se sente e a maneira como este pensa e age. Esta possui características persistentes de intensidades variadas, que diferentemente das flutuações usuais de humor, podem gerar grande sofrimento à pessoa afetada (TORRES, 2020; OPAS, c2022).

A depressão é caracterizada por uma tristeza prolongada e pela perda de interesse do indivíduo por atividades que normalmente eram prazerosas, acompanhadas por uma incapacidade de realizar atividades cotidianas por um período superior a duas semanas. Ademais, pessoas com depressão normalmente apresentam sintomas como: alterações no apetite; perda de energia; padrão de sono alterado; ansiedade; concentração reduzida; inquietação; indecisão; sentimentos de inutilidade, culpa ou desesperança; bem como pensamentos de autolesão ou suicídio (FIOCRUZ, 2017).

Sua classificação depende da intensidade e duração dos sintomas. Um episódio depressivo pode ser categorizado como leve, moderado ou grave. Desta forma, em um episódio leve, o indivíduo terá dificuldade em continuar um trabalho simples e as atividades sociais, porém não haverá grande prejuízo ao funcionamento global. Já durante um episódio depressivo grave, é improvável que esta pessoa possa continuar com as atividades de trabalho, sociais ou domésticas (OPAS, c2022).

Por se tratar de uma enfermidade heterogênea, a depressão possui diferentes subtipos, são estes: o transtorno depressivo persistente; a depressão periparto; a depressão psicótica; a depressão atípica; a depressão sazonal; a depressão bipolar; o transtorno disruptivo de desregulação do humor; o transtorno disfórico pré-menstrual; o transtorno depressivo induzido por substância/medicamento; e o transtorno depressivo devido a outra condição médica (APA, 2014; NIMH, 2018; TORRES, 2020). Nesse contexto, segundo a 5ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtorno Mentais (DSM-5) da *American Psychiatric Association* (2014), o *National Institute of Mental Health* (2018) e o Ministério da Saúde, descrevemos abaixo os subtipos apresentados (TORRES, 2020; BRASIL, 2021):

- O **transtorno depressivo persistente**, também conhecido como distímia, é caracterizado pelo humor deprimido por pelo menos dois anos. Uma pessoa diagnosticada com este subtipo pode ter episódios de transtorno depressivo maior juntamente com períodos de sintomas menos graves. Em crianças e adolescentes, o humor pode ser irritável ou deprimido e deve continuar por pelo menos um ano.
- A **depressão periparto**, anteriormente chamada de depressão pós-parto, é aquela que ocorre durante a gravidez ou após o parto. Esta se difere do “*baby blues*”² na medida que é emocional e fisicamente debilitante e pode persistir por meses ou até anos (TORRES, 2020a).
- A **depressão psicótica** ocorre quando uma pessoa tem depressão grave juntamente de alguma forma de psicose, como delírios ou alucinações. Nesta condição, os sintomas psicóticos geralmente possuem um tom mais depressivo (culpa, pobreza ou doença).
- A **depressão atípica** apresenta a inversão dos sintomas. Há reatividade do humor, melhorando conforme estímulos positivos; pode haver: ganho de peso ou aumento do apetite significativos; hipersonia; paralisia “de chumbo”²; sensibilidade persistente à rejeição interpessoal resultando em prejuízo social ou profissional significativo; resposta de forma negativa à estímulos ambientais.
- A **depressão sazonal**, ou transtorno afetivo sazonal, é caracterizada pelo início dos sintomas da depressão durante os meses de inverno, onde há menor incidência de luz solar, desaparecendo durante a primavera e verão.

²“*Baby blues*” é uma condição de curta duração na qual até 70% das novas mães costumam experimentar. Esta não interfere nas atividades diárias e não requer atenção médica. Seus sintomas podem incluir choro sem motivo, irritabilidade, ansiedade e inquietação. Esses sintomas duram uma ou duas semanas e, geralmente, desaparecem sem a necessidade de um tratamento (TORRES, 2020a).

² Sensação de peso nos braços e pernas (APA, 2014).

Geralmente é acompanhada de isolamento social, aumento do sono e ganho de peso, retornando, previsivelmente, a cada ano.

- A **depressão bipolar** é a depressão presente em indivíduos com transtorno bipolar. É comum que este indivíduo experimente flutuações de humor, oscilando entre períodos de euforia (mania ou hipomania) e depressão. Essas mudanças de humor geralmente duram horas em vez de dias.
- O **transtorno disruptivo de desregulação do humor** é uma condição que ocorre em crianças e jovens entre 6 a 18 anos. Envolve uma irritabilidade crônica e grave, resultando em explosões de temperamento graves e frequentes. Essas explosões podem ser verbais ou podem envolver agressão física a pessoas ou propriedades, sendo significativamente desproporcionais à situação e não consistentes com a idade de desenvolvimento da criança. Ocorrem com frequência, em média três ou mais vezes por semana, e normalmente são desencadeadas como resposta à frustração.
- O **transtorno disfórico pré-menstrual** é caracterizado por sintomas graves de depressão, irritabilidade e tensão cerca de uma semana antes do início da menstruação. Nesta, os sintomas começam de 7-10 dias antes do início da menstruação, e diminuem ou cessam no início da mesma.
- O **transtorno depressivo induzido por substância/medicamento**, onde o uso da substância/medicamento está diretamente associado ao distúrbio do humor, geralmente desaparecendo após sua cessação. Pode ocorrer durante o uso ativo, intoxicação ou abstinência. Pode ser causado por qualquer tipo de fármaco, mas sua classificação depende deste: desaparecer após cessação do uso da substância, da abstinência ou intoxicação, perdurando por no máximo 1 mês; não ter longa duração; não se manifestar apenas em decorrência de um delírio provocado pelo medicamento; prejudicar a vida funcional do indivíduo, provocando grande sofrimento; apresentar evidências de que a perturbação não é resultado ou se relaciona com outra condição médica (ex.: álcool, alucinógenos, opioides, medicamentos inalatórios, sedativos, hipnóticos, ansiolíticos, anfetaminas, cocaína, dentre outros) (REVADIGAR; GUPTA, 2021).
- O **transtorno depressivo devido a outra condição médica**, consequente à uma patologia pré-existente. Determina-se: pela ausência de episódios antes do início da condição médica; pelo risco de a mesma promover ou causar o transtorno depressivo; curso de sintomas depressivos logo após o início ou piora da doença, principalmente se a sintomatologia depressiva entrar em remissão em um momento próximo ao que a patologia é tratada (ex.: Doença de Cushing).

O início do transtorno depressivo pode ser insidioso, passando despercebido até o surgimento de problemas nas relações com os pares e abandono das atividades rotineiras. Os critérios diagnósticos são praticamente iguais para todas as idades, mas

suas manifestações clínicas podem variar conforme a faixa etária (ALMEIDA *et al.*, 2019).

Nos adolescentes, as manifestações da depressão costumam se assemelhar às de um adulto, porém os jovens podem apresentar um humor mais irritável ou rabugento, em vez de um triste ou abatido. Nesta faixa etária são mais comuns sintomas como desesperança, lentificação psicomotora e, em casos mais graves, delírios. Ademais, é frequente que a depressão esteja associada ao abuso de álcool e drogas, utilizados como tentativa de automedicação (ALMEIDA *et al.*, 2019; MHA, c2022).

Isto ocorre, pois, os conflitos intrínsecos à fase da adolescência e as significativas alterações hormonais no corpo, fornecem condições próprias para que os mesmos apresentem flutuações do humor e mudanças expressivas de comportamento. Portanto, conflitos malconduzidos podem contribuir para o surgimento dos transtornos do humor, sobretudo, da depressão (MARQUES, 2014).

Devido a substituição dos requisitos essenciais por irritabilidade e a variabilidade sintomatológica em razão da idade, a depressão em adolescentes pode ser difícil de se diagnosticar, já que os adultos costumam esperar que estes estejam sempre de “mau humor”. Além disso, os jovens nem sempre compreendem ou expressam muito bem seus sentimentos, bem como, podem não estar cientes dos sintomas da depressão e, conseqüentemente, podem não procurar por ajuda (APA, 2014; MELO; SIEBRA; MOREIRA, 2017; MHA, c2022; OPAS, c2022).

Outro obstáculo à procura por ajuda, está no estigma social associado aos transtornos mentais. Atitudes e crenças estigmatizantes com relação ao transtorno depressivo, podem levar seus portadores a apresentarem sentimentos de medo, incerteza, preconceito, raiva, evitação, desconfiança, constrangimento e vergonha. Conseqüentemente, esses sentimentos podem afetar o bem-estar do indivíduo, inibindo-o de buscar atendimento especializado, aumentando seu sofrimento psicológico e reduzindo a adesão ao tratamento (CALEAR; GRIFFITHS; CHRISTENSEN, 2011).

As barreiras à procura por ajuda acendem um alerta para as consequências de não se abordar as condições de saúde mental na adolescência, visto que a depressão se apresenta como um primeiro indicativo de uma vulnerabilidade, alertando para o risco das repercussões psicopatológicas na fase adulta (FIOCRUZ, 2017; MELO; SIEBRA; MOREIRA, 2017; SILVA; TEIXEIRA; HALLBERG, 2018).

Posto isso, o diagnóstico precoce e tratamento adequados se tornam fundamentais para a melhoria da qualidade de vida do paciente com transtorno depressivo. Em geral, o tratamento é medicamentoso e psicoterápico, sendo a escolha do antidepressivo baseada no subtipo da depressão, nos antecedentes pessoais e familiares, na presença de doenças clínicas, nas características dos antidepressivos, na resposta a uma determinada classe de antidepressivos previamente utilizada, bem como na disponibilidade ao fármaco e acesso ao mesmo. Em suma, este deve ter por objetivo a remissão completa dos sintomas e a prevenção de novos episódios (recorrência) (UFMA, 2014; BRASIL, 2021).

Os tratamentos psicossociais são efetivos para qualquer grau da depressão, desde leve à grave. Já os antidepressivos podem ser eficazes no caso de depressão moderada-grave, porém não são a primeira linha de tratamento para os casos mais brandos ou para tratar depressão em adolescentes (OPAS, c2022). Isso ocorre, pois há evidências que demonstram que muitos dos antidepressivos mais usados não são tão efetivos em adolescentes quanto em adultos (HETRICK *et al.*, 2012; CIPRIANI *et al.*, 2016), podendo, na verdade, aumentar o risco de suicídio a um curto prazo. Desta forma, os profissionais devem avaliar os riscos e benefícios da prescrição, incluindo os riscos de uma depressão não tratada, juntamente do adolescente e sua família. Ademais, caso prescrito, o paciente deve ser monitorado de perto (HETRICK *et al.*, 2022).

Quando adequadamente tratados, 90-95% dos pacientes apresentam remissão total da doença. No entanto, frequentemente, pessoas com depressão não são diagnosticadas de forma correta, bem como outras, que não têm o transtorno, são muitas vezes diagnosticadas de forma inadequada, com intervenções desnecessárias. Estima-se que entre os adolescentes essa taxa seja ainda mais expressiva, com aproximadamente 60% dos casos não diagnosticados, contribuindo para o aumento da prevalência e reincidência da doença, trazendo repercussões ao seu desenvolvimento cognitivo e social (REPPOLD; GURGEL; HUTZ, 2016; BRASIL, 2021; OPAS, c2022).

2.2 Aspectos epidemiológicos da depressão na adolescência

Estima-se que, ao redor do mundo, mais de 300 milhões de pessoas, de todas as idades, sofram com algum transtorno depressivo. Atualmente, a depressão é a

principal causa de incapacidade em todo mundo e possui impacto significativo na carga global de doenças. Ademais, na pior das hipóteses, esta pode levar o indivíduo a cometer suicídio (OPAS, c2022).

A depressão é um problema grave de saúde pública, sendo altamente prevalente na população em geral. De acordo com um estudo epidemiológico descrito pelo Ministério da Saúde, no Brasil, a prevalência de depressão ao longo da vida está em torno de 15%. Na atenção primária de saúde, a taxa de depressão isolada ou associada a um transtorno físico foi de 10,4% (BRASIL, 2021).

Segundo a OMS, a depressão situa-se no 4º lugar entre as principais causas de ônus, correspondendo a 4,4% dos ônus causados por todas as doenças durante a vida. Enquanto no ranking de tempo vivido com incapacidade ao longo da vida, esta ocupa o 1º lugar (11,9%) (BRASIL, 2021). Ademais, a taxa de recidiva de episódios depressivos é alta, variando de 50 a 80%, num período de quatro a seis anos (FLECK *et al.*, 2003; BLASCO; LEVITES; MONACO, 2012).

Como a maioria dos transtornos mentais funcionais³ tendem a começar antes dos 25 anos, sobretudo entre a faixa etária de 11 a 18 anos, a adolescência passou a ser vista como um período de vulnerabilidade por diversos especialistas (KESSLER *et al.*, 2005; PATTON *et al.*, 2014).

Nos últimos anos, a presença da sintomatologia depressiva entre adolescentes tem se tornando cada vez mais significativa, sendo esta, atualmente, considerada a doença mais frequente nesta fase da vida (MELO; SIEBRA; MOREIRA, 2017; SILVA; TEIXEIRA; HALLBERG, 2018). Talvez seja por conta de o mundo moderno estar se tornando cada vez mais complexo, exigente e competitivo, e por muitos adolescentes terem dificuldades para lidar com as necessidades de adaptação inerentes a esta realidade (MARQUES, 2014).

Durante a adolescência, o risco acumulativo para a ocorrência de um episódio depressivo aumenta de 5 a 20%. Diversos fatores podem explicar esse aumento na incidência de depressão após a puberdade. A adolescência é um período crucial do desenvolvimento humano e com a confluência das mudanças biológicas, psicológicas e sociais, características desta faixa etária, estes acabam se tornando mais

³O termo “funcional” é usado, frequentemente, para indicar um transtorno mental no qual não há uma fisiopatologia diagnosticável para explicar a etiologia dos sintomas, isto é, não é considerado orgânico/secundário à outras condições médicas. A depressão e a psicose, por exemplo, são consideradas funcionais (BELL *et al.*, 2020).

predispostos ao desenvolvimento de transtornos mentais. Com o início da puberdade, há um rápido processo de maturação física e crescimento cognitivo, com aumento da capacidade de pensamento abstrato e generalizações, bem como das transições interpessoais e sociais, gerando mudanças na forma como se relacionam com a escola, família e com seus pares (ROCHA *et al.*, 2013).

De acordo com um estudo transversal realizado por Lu (2019), que analisou dados de mais de 95 mil adolescentes entre 12 e 17 anos que participaram da Pesquisa Nacional de Uso de Drogas e Saúde dos Estados Unidos da América (EUA), a prevalência de depressão nesta faixa etária foi de aproximadamente 12,9%. Já com a chegada da pandemia de COVID-19, os jovens passaram a enfrentar o isolamento social generalizado, com o fechamento das escolas e a ordem de quarentena, gerando um aumento do estresse familiar e a diminuição da interação com seus pares, situações estas consideradas de risco para desenvolvimento de transtornos de humor, como a depressão. Com vista a essa nova realidade, uma meta-análise realizada em 2021, chegou à conclusão de que com a pandemia, a prevalência de depressão entre adolescentes subiu para 25,2%, estimando, assim, que 1 a cada 4 jovens irá experimentar sintomas de depressão (RACINE *et al.*, 2021).

Corroborando com estes achados, a Pesquisa Nacional de Uso de Drogas e Saúde, realizada nos EUA em 2020, apontou que somente naquele ano, 4,1 milhões de adolescentes entre 12 e 17 anos tiveram pelo menos um episódio depressivo. Este quantitativo representa 12% de toda a população americana nesta faixa etária (NIMH, 2022).

Contudo, apesar deste crescimento, são poucos os estudos que abordam a perspectiva epidemiológica da depressão entre adolescentes, tendo em vista a escassez de critérios diagnósticos adequados ao seu desenvolvimento (ROCHA *et al.*, 2013). Isto pode ser observado nas pesquisas nacionais brasileiras, como a Pesquisa Nacional de Saúde, que se delimita a apresentar, sobretudo, dados de indivíduos com mais de 18 anos. Desta forma, não há como saber o número exato e nem o perfil dos adolescentes brasileiros que sofrem com esta doença, entretanto, podemos começar a delinear uma estimativa a partir de alguns estudos publicados.

Um exemplo está em uma pesquisa desenvolvida a partir dos dados do Estudo de Riscos Cardiovasculares em Adolescentes (ERICA) – estudo epidemiológico conduzido no Brasil entre 2013-2014, com representatividade de municípios com mais de 100 mil habitantes – onde se chegou à conclusão que, muitas vezes, é possível

identificar sinais de sofrimento psicológico em adolescentes antes mesmo do diagnóstico formal de um transtorno psiquiátrico. Nesse contexto, o estudo busca levantar informações sobre os chamados Transtornos Mentais Comuns (TMC), que são caracterizados, sobretudo, pela “presença de sintomas de depressão e ansiedade, além de diversas queixas inespecíficas e somáticas” (LOPES *et al.*, 2016, p. 2s). Desta forma, entender os TMC é também entender a prevalência dos sintomas depressivos em adolescentes.

Sendo assim, a análise dos 74.589 adolescentes apontou que a prevalência de TMC foi de 30%, sendo sua ocorrência mais comum entre meninas e jovens de 15-17 anos. Ademais, a partir da discussão dos dados, os autores concluíram que “a identificação precoce de TMC, bem como seus principais fatores de risco, pode ajudar na proposição de medidas de prevenção e controle mais específicos ao longo de todo o processo de desenvolvimento da adolescência” (LOPES *et al.*, 2016, p. 7s).

No que tange ao perfil, há um consenso entre os estudos que existe uma diferença quanto a prevalência da depressão entre sexos, apontando que os sintomas depressivos são de duas a três vezes mais frequentes entre mulheres (COELHO *et al.*, 2013; BONADIMAN *et al.*, 2020; VELAZQUEZ *et al.*, 2022). Por exemplo, ainda na Pesquisa Nacional de Uso de Drogas e Saúde dos EUA, a prevalência de depressão foi maior entre adolescentes do sexo feminino (25,2%) em relação ao masculino (9,2%) (NIMH, 2022). Esta diferença pode ser explicada, tanto pelo fator biológico, quanto pelo social, visto a oscilação hormonal ao qual as adolescentes se encontram expostas (período fértil, perinatal) e os papéis de gênero impostos pela sociedade. Ademais, estas são, estatisticamente, mais vítimas de violência sexual na infância e adolescência e violência doméstica, aumentando, assim, o risco de desenvolverem transtornos depressivos e distúrbios associados ao uso de substâncias lícitas e ilícitas (KUEHNER, 2017; RUFINO *et al.*, 2018; SOUZA *et al.*, 2021).

Outro fator de relevância para a prevalência de depressão entre adolescentes do sexo feminino é a gravidez. Estima-se que um quarto de todos os partos realizado na rede SUS sejam de moças entre 10 e 19 anos, sendo a principal causa de internação (66%) entre jovens desta faixa etária. Estudos tem associado a gravidez na adolescência à um aumento do número de casos de depressão e aumento do risco de suicídio, durante todo período perinatal. De acordo com Freitas e Botega (2002), devido aos registros frequentes de abusos físicos e sexuais nessa população, é

possível que as adolescentes puérperas apresentem ideações suicidas, tentativas de suicídio e sintomatologia depressiva crônica no primeiro ano após o parto.

Além da prevalência da doença, os sintomas apresentados podem variar entre os sexos. De acordo com a literatura, os meninos estão mais propensos a apresentar sintomas externalizantes, como a impulsividade, agressão física ou verbal, provocação ou agitação, enquanto as meninas apresentam sintomas mais internalizantes, isto é, afastamento, tristeza, preocupação excessiva, timidez, medo e insegurança. Esta diferença pode estar associada à forma como ambos sexos socializam, com os hormônios e/ou efeitos estressantes relacionados à adolescência (BAPTISTA; BORGES; SERPA, 2017).

A depressão é amplamente reconhecida entre os fatores de risco para o suicídio, sobretudo entre adolescentes. Todos os anos, cerca de 700 mil pessoas morrem por suicídio ao redor do mundo. Este representa a quarta principal causa de morte entre jovens de 15 e 29 anos. Outrossim, estima-se que para cada suicídio, há muito mais pessoas atentando contra a própria integridade física (WHO, 2021).

De acordo com o Boletim Epidemiológico nº 33 emitido pelo Ministério da Saúde, no Brasil, entre os anos de 2010 e 2019 a taxa de mortalidade por suicídios entre adolescentes aumentou em 81%, passando de 606 para 1.022 óbitos e uma taxa de 3,5 para 6,4 suicídios a cada 100 mil habitantes. Essa mesma perspectiva pôde ser observada entre menores de 14 anos, cujo aumento chegou a 113%. Por fim, vale destacar que 23,3% de todos os casos de violência autoprovocada ocorreram entre jovens de 15 a 19 anos, reforçando, assim, a importância de abordar a temática nesta faixa etária (BRASIL, 2021b).

2.3 Fatores de risco, consequências e repercussão da depressão no adolescente e sua família

No que diz respeito à etiologia da depressão na adolescência, diversos fatores podem contribuir para o seu surgimento, como fatores genéticos, sociais, psicológicos e ambientais. “Quanto mais expostos aos fatores de risco, maior o potencial impacto na saúde mental de adolescentes” (OPAS, [2020], p. [aprox. 2]). Assim, dentre os fatores que influenciam para o estresse durante esta fase da vida, estão: a pressão para se conformar com pares, a fragmentação das relações, o desejo de uma maior autonomia, a exploração da identidade sexual, a busca pela satisfação imediata e

concreta dos desejos, a tendência ao individualismo e o maior acesso e uso de tecnologias (SILVA; TEIXEIRA; HALLBERG, 2018; OPAS, [2020]).

O jovem de hoje experimenta uma série de contradições: mais liberdade e ao mesmo tempo mais dificuldade para saber seus limites e responsabilidades, aumento das pressões internas e do meio sobre o aparelho psíquico e a diminuição dos recursos do ego, aumento da liberdade social e maior dependência dos poderes exercidos pela mídia e de grupos econômicos, entre outros. [...] A depressão pode sinalizar uma tentativa do jovem de impor um limite corporal à vida sem limite que o mundo contemporâneo oferece - buscando, na verdade, uma integração das pulsões e simbolização (SILVA; TEIXEIRA; HALLBERG, 2018, p. 24).

De acordo com a Organização Pan-Americana de Saúde - OPAS ([2020]), as normas de gênero e a influência da mídia podem exacerbar a disparidade entre a realidade vivenciada e as aspirações/percepções do adolescente para o futuro. Outros determinantes importantes para a saúde mental nesta faixa etária são as relações dos adolescentes com seus pares e a qualidade de vida em casa. Problemas socioeconômicos, gravidez na adolescência e casos de violência em todas as esferas, são reconhecidos como fatores de risco à saúde mental. Vale ainda lembrar que crianças e adolescentes são especialmente vulneráveis à violência sexual, cuja ação possui impacto claro na saúde mental destes indivíduos (DATTANI; RITCHIE; ROSER, 2021).

Dentre os fatores de risco à depressão, há estudos que consideram os fatores genéticos como seus principais responsáveis, tendo em vista os princípios da “herdabilidade”. Este princípio levanta as hipóteses de que: a genética pode representar de 40-50% dos motivos da depressão, enquanto os outros 50% são por fatores não relacionados a genes, como os psicológicos ou físicos; ou até mesmo, que em alguns casos, esta é quase que a responsável completa pelo transtorno. Porém, apesar dos avanços obtidos nas pesquisas genéticas, ainda não há como comprovar o impacto real que este fator pode representar, já que identificar as variantes genéticas específicas envolvidas é um grande desafio. O que se sabe, até então, é que uma pessoa com histórico familiar apresenta um risco 2 a 3 vezes maior de desenvolver depressão quando comparado com a média (LEVINSON, 2006; MULLINS; LEWIS, 2017; LEVINSON; NICHOLS, [2018]).

Outra possível causa da depressão envolve a bioquímica cerebral, visto que a deficiência de certos neurotransmissores, como a Noradrenalina, Serotonina e Dopamina, pode afetar as atividades motoras, o apetite, o sono e o humor (BRASIL, 2021). Assim como descrito pelo Ministério da Saúde, Gomes e Gaspar (2018), sustentam a teoria de que a depressão pode estar associada as monoaminas, relacionadas ao funcionamento bioquímico inadequado da atividade de neurotransmissores (serotonina, noradrenalina e dopamina) do sistema nervoso central. Há, ainda, outras teorias: da via das quinureninas, do BDNF (fator neurotrófico derivado do cérebro), do Glutamato e a Neuroimunoendócrina, no entanto, nenhuma delas é conclusiva, não havendo, portanto, consenso na literatura acadêmica (GOMES; GASPAR, 2018).

Existem evidências que apontam que o entorno social, no qual o sujeito se constitui, afeta diretamente a forma e a intensidade no qual ele expressa seus sintomas. Desta forma, a vulnerabilidade social está diretamente associada a prevalência da depressão. “Nesses contextos, com muita frequência, além de privações típicas trazidas pela baixa renda, coexiste o desemprego, as uniões transitórias entre casais, a violência e o alcoolismo, confluindo para o aparecimento da depressão nessa fase da vida” (MÁXIMO, 2010, p. 67; MELO; SIEBRA; MOREIRA, 2017; BERNARDINELLI *et al.*, 2021).

Os apoios sociais possuem uma forte influência na incidência de sintomas depressivos, visto que “existe uma significativa relação inversamente proporcional com depressão e suporte social” (MELO; SIEBRA; MOREIRA, 2017, p. 25). As relações sociais dos adolescentes, sobretudo com seus pares, e a construção de um ambiente favorável, possibilitam-no sentir-se seguro o suficiente para admitir e decidir que precisa buscar um atendimento especializado, sobretudo pelo fato do transtorno depressivo ainda ser considerado um estigma, principalmente para os seus portadores (MELO; SIEBRA; MOREIRA, 2017).

O *bullying* é outro fator capaz de afetar negativamente o estado emocional do adolescente, pois trata-se de evento em que este é submetido a situações vexatórias, expondo-se à comentários direcionados ao seu aspecto físico e mental, e a sua sexualidade, de forma, que este fique sem reação imediata frente ao “ataque”. Esta situação ocorre, sobretudo, em ambientes onde o adolescente costuma manter frequência, como no ambiente escolar. Por este motivo, jovens que sofrem com o

bullying costumam apresentar problemas correlatos ao desempenho acadêmico (FORLIM; STELKO-PEREIRA; WILLIAMS, 2014; CARDOSO, 2018).

Além disso, é a partir da adolescência que muitos indivíduos entram em contato, pela primeira vez, com substâncias como álcool e drogas. Esta exposição é vista como um dos fatores de risco mais preocupantes, visto que sua iniciação parte da busca por um conforto emocional. O uso de ambos é particularmente perigoso e prejudicial para os adolescentes que ainda estão se desenvolvendo mental e fisicamente. Ademais, a exposição ao uso de substâncias não é apenas um importante fator de risco para outros transtornos de saúde mental, mas também está ligada a piores resultados educacionais, a um comportamento sexual mais arriscado e a maior exposição à violência e ao conflito (DATTANI; RITCHIE; ROSER, 2021; MHA, c2022).

A exposição à violência, por si só, já representa um fator de risco importante para o aumento de casos de depressão em adolescentes. Uma revisão sistemática publicada em 2016 chegou à conclusão de que a violência, tanto intrafamiliar, quanto em outros contextos do desenvolvimento gera consequências negativas na saúde mental dos jovens. A violência esteve associada com o agravamento dos sintomas de transtornos mentais, com a ideação suicida e comportamento agressivo (PATIAS; SILVA; DELL'AGLIO, 2016). Corroborando com este achado, outra revisão sistemática evidenciou que há uma relação positiva entre a violência comunitária e a ocorrência sintomas internalizantes, como a depressão, em adolescentes, configurando-se, assim, como um potencial fator de risco ao adoecimento mental (MILIAUSKAS *et al.*, 2022).

No que diz respeito as relações familiares, Melo, Siebra e Moreira (2017, p. 25), pautados no estudo de Palos *et al.* (2012), descreveram que “os pais são os agentes primordiais da socialização e muitas das características emocionais, cognitivas e comportamentais dos filhos estão relacionadas às formas específicas de criação adotadas por eles”.

Diante desta perspectiva, pôde-se observar que adolescentes que consideraram estar sendo controlados ou que receberam uma educação mais impositiva por parte de seus responsáveis, apresentaram com frequência e intensidade maior a sintomatologia depressiva, quando comparados a aqueles que relataram possuir, com seus pais, um canal mais aberto de comunicação que permitia o desenvolvimento de autonomia por parte deles (PALOS *et al.*, 2012).

Quanto aos fatores ambientais, de acordo com Fu (2018), a urbanização gera impacto profundo na carga global da depressão, impactando diretamente a vida dos adolescentes. A diminuição do ato de frequentarem parques e áreas de convivência pode aumentar os sintomas depressivos, visto que existe uma relação benéfica e comprovada entre estes espaços e o bem-estar mental dos jovens (MIN *et al.*, 2017; VANAKEN; DANCKAERTS, 2018; DZHAMBOV, 2019).

Para Min *et al.* (2017), a prática de atividade física moderada pode agir como fator protetivo à depressão. Adolescentes mais ativos tem chances significativamente menores de apresentar transtornos de humor e sofrimento psicológico, enquanto aqueles que não praticam atividade física podem desenvolver, mais facilmente, ao longo da vida, transtornos de uso de álcool, transtorno de ansiedade, bulimia e transtorno de estresse pós-traumático (BRITO *et al.*, 2019; BERNARDINELI *et al.*, 2021).

O tempo dispensado pelo adolescente no acesso à internet também é considerado um fator com influência negativa, ao passo que estes costumam passar longos períodos expostos as telas. Apesar ser um canal de pesquisa e informações precisas, este pode oferecer atrativos nocivos que prendem a atenção do jovem, tornando-se um fator de risco que pode incitar a adoção de estilos de vida não saudáveis, incitar a violência, o distanciamento e o isolamento do meio social e familiar, provocando mudança de comportamento e humor, alteração do sono e alimentação, bem como frustração por não conseguir se encaixar em um “padrão social” criado e exposto nas mídias (FORTIM; ARAÚJO, 2013; BICKHAM; HSWEN; RICH, 2015; TWENGE; CAMPBELL, 2018).

Com o surgimento da pandemia de COVID-19, o isolamento social tomou ainda mais destaque como fator de risco. Estudos tem demonstrado que o isolamento gera impacto no sistema imunoneuroendócrino aumentando o risco de um indivíduo desenvolver distúrbios mentais, como ansiedade e depressão (RAONY *et al.*, 2020).

Outro fator que ganha destaque dentre os correlatos ao estilo de vida adotado pelos adolescentes na atualidade, é a má qualidade do sono. Esta pode ser causada pelo uso da cafeína, bebidas energéticas, álcool, drogas, redução da atividade física, além de outros fatores correlacionados ao sono, e possui uma relação de reciprocidade com os sintomas psicológicos, como a depressão, interferindo na capacidade dos jovens de lidar com o estresse diário e agindo como fator prejudicial

ao relacionamento destes com seus pares (GOMES *et al.*, 2017; BARBOSA *et al.*, 2020).

O adoecimento mental e os condicionantes associados podem trazer diversas consequências, tanto para a vida do indivíduo afetado, quanto para a de seus pares. De acordo com a OPAS ([2020], p. [aprox. 1]). “as consequências de não abordar as condições de saúde mental dos adolescentes se estendem para a fase adulta, prejudicando a saúde física e mental e limitando futuras oportunidades”. Estas variam desde problemas sociais e econômicos, afetando o desempenho acadêmico e influenciando na busca pelo primeiro emprego e pela estabilidade financeira, o que aumenta a vulnerabilidade social; bem como pode repercutir no agravamento da saúde mental, levando-o a desenvolver outros transtornos, a apresentar ideias suicidas ou até mesmo cometer suicídio (CARDOSO, 2018).

Neste contexto, as evidências científicas têm apontado que os transtornos mentais incapacitantes, como a depressão, se associam à maiores taxas de absenteísmo e, se a ocorrência for precoce, como nos adolescentes, as chances de iniciar, prosseguir ou de se manter ativo numa profissão são menores, haja vista os déficits de formação por causa das perturbações sofridas no desenvolvimento da etapa escolar (ASSUNÇÃO; LIMA; GUIMARÃES, 2017).

Poucos são os dados que retratam a persistência dos quadros psicopatológicos em jovens, no entanto, estudos demonstram que indivíduos que enfrentam maiores dificuldades na adolescência costumam ter pior evolução quando comparados aos que possuíram poucas restrições (ALMEIDA *et al.*, 2019). Ademais, jovens expostos à violência (emocional, física ou sexual), à negligência ou ao uso de álcool e drogas, se tornam mais propensos ao desenvolvimento de episódios depressivos recorrentes e persistentes, assim como a falta de resposta ou remissão durante o tratamento (NANNI; UHER; DANESE, 2012; NELSON *et al.*, 2017). Esses achados reforçam a importância da avaliação dos fatores de risco e de seus impactos, em detrimento da simples avaliação dos sintomas apresentados (KRAUS *et al.*, 2019).

O acompanhamento a longo prazo de indivíduos vulneráveis pode ampliar a capacidade de identificar aqueles em risco, no início do curso da doença, possibilitando a implementação de tratamentos adequados e de forma precoce. Estudos demonstram que medidas como estas estão coligadas com a redução da progressão da doença e, conseqüentemente, a melhores desfechos, e que quanto mais tempo o indivíduo permanece sem nenhum cuidado, menor será a resposta ao

tratamento e pior o prognóstico (KRAUS *et al.*, 2019; HUNG; LIU; YANG, 2017), Portanto, com vista aos riscos, as consequências e a carga que a depressão acarreta à vida do adolescente, a identificação, prevenção e tratamento precoce se tornam estratégias fundamentais no processo de cuidado em saúde.

2.4 Linha de cuidado em saúde mental

2.4.1 Atenção psicossocial à saúde do adolescente

Diante das disparidades presentes na sociedade, o Estado tem um papel fundamental na construção, alteração e legitimação das categoriais sociais a partir da construção de suas políticas públicas. Estas são as ferramentas primárias no qual o governo atua para institucionalizar, perpetuar ou transformar as construções sociais, e são o meio pelo qual este pode se amparar para apoiar ou coibir práticas disseminadas de segregação social, dando suporte, ou punição, a grupos em desvantagem social (COSTA; LOTTA, 2021).

Atualmente, a assistência pública de saúde mental é estruturada a partir do modelo de Redes de Atenção à Saúde (RAS), priorizando a assistência comunitária e a base territorial. Entretanto, este é um cenário fruto de um processo histórico que conformou conquistas e avanços no campo da saúde mental e na luta pela democratização do país (COSTA; LOTTA, 2021).

A luta por mudanças no contexto psiquiátrico brasileiro começou por volta das décadas de 1970 e 1980, com a luta antimanicomial e a Reforma Psiquiátrica. Esse movimento por reformas no contexto sanitário foi seguido por um processo gradual de transformações na estrutura do modelo de atenção à saúde mental, com o fechamento dos leitos psiquiátricos e a criação de uma rede extra-hospitalar substitutiva à hospitalização (AMARANTE, 1998; YASUI, 2010).

A Reforma Psiquiátrica é processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública. Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das

relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios (BRASIL, 2005, p. 6).

Ainda na década de 1980, alguns municípios iniciaram o processo de desinstitucionalização de moradores de manicômios, criando serviços de atenção psicossocial voltados a (re)inserção destes usuários em seus territórios existenciais. Desta forma, os hospitais psiquiátricos foram sendo fechados conforme se expandiam serviços diversificados de cuidado, tanto longitudinal, quanto intensivo, para os períodos de crise (BRASIL, 2013a).

Em 2001, após 12 anos tramitando no Congresso Nacional, é sancionada a Lei 10.216, que instaura a Política Nacional de Saúde Mental, afirmando os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redirecionando o modelo de assistência em saúde mental para um cuidado mais humanizado. Esta também firmou a responsabilidade do Estado quanto ao desenvolvimento da política de saúde mental e a promoção das ações de saúde à portadores de transtornos mentais (BRASIL, 2001; BRASIL, 2005).

Assim, com a instituição da nova política de saúde mental, no início da década de 2000, o enfoque territorial e comunitário do cuidado em saúde mental deve garantir a convivência dos indivíduos em sofrimento psíquico com seus territórios, bem como possibilitar a efetivação de uma autonomia e emancipação para todos, incluindo, neste processo, os familiares e a rede de apoio (BRASIL, 2005; TAÑO *et al.*, 2021).

Na década seguinte, visando desfragmentar o cuidado, o Ministério da Saúde institui as RAS, um arranjo organizativo de ações e serviços de saúde, pautado em diferentes densidades tecnológicas que buscam garantir a integralidade da assistência, e que possui a APS como instancia ordenadora e gestora do cuidado em saúde. Em 2011, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) passa a integrar o conjunto de redes, se tornando uma rede prioritária, cujo objetivo é a criação, expansão e articulação de pontos de atenção saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de drogas lícitas e ilícitas (BRASIL, 2013a; BRASIL, 2013b; COSTA *et al.*, 2021).

A RAPS adota um paradigma de cuidado psicossocial que se contrapõe ao modelo manicomial, buscando criar um espaço de livre circulação das pessoas com transtornos mentais pelos serviços, pela comunidade e pela cidade. Para tal, esta conta com equipamentos substitutivos aos manicômios, como por exemplo: os

Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), as Residências Terapêuticas, os Centros de Convivência, os ambulatorios de saúde mental, as oficinas de geração de renda, as Enfermarias de Saúde Mental em hospitais gerais, bem como sua articulação com as unidades de atenção primária à saúde (BRASIL, 2013; BRASIL, 2013a; BRASIL, 2013b; DAMOUS; ERLICH, 2017).

A Atenção Psicossocial oferece saídas, ou pelo menos caminhos, para os indivíduos em sofrimento mental, “compreendendo esses comportamentos como sintomas dos modos de existência contemporâneos, que não oferecem recursos e formas de expressão que possam dar conta da complexidade e superficialidade das relações” (DIMOV; LAZZAROTTO, 2021, p. 142). Esse modelo de assistência baseia-se na promoção da liberdade e no estímulo da autonomia, instigando a participação ativa dos usuários na construção de seus projetos terapêuticos singulares e, inclusive, na gestão dos serviços. Estes têm por missão, para além do manejo da crise, acolher os usuários e seus familiares, reorganizando e instituindo novas formas de cuidar em saúde mental (SANTOS; CAMPOS, 2015; RONCHI; AVELLAR, 2015; DIMOV; LAZZAROTTO, 2021).

Apesar da luta por mudanças no cenário psiquiátrico, até o início do século XXI inexistiam políticas especificadamente direcionadas ao público adolescente. Estes eram cuidados, quase que exclusivamente, pelos setores de educação e serviço social, não sendo raros os casos de jovens internados em instituições psiquiátricas destinadas a adultos (ARBEX, 2013; RONCHI; AVELLAR, 2015; DIMOV; LAZZAROTTO, 2021). Foi somente em 2002 que ocorreu a criação do primeiro equipamento público voltado a adolescentes em sofrimento psíquico no Brasil: os Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis (CAPSij) (MOURA; LYKOUROPOULOS, 2021).

Os CAPS, em geral, são articuladores estratégicos da rede e da política de saúde mental nos territórios de saúde, servindo como ponto de acolhimento e atenção às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes. Nesse contexto, os CAPSij são serviços destinados a crianças e adolescentes com sofrimento psíquico intenso e persistente e/ou associados ao consumo de álcool, crack e outras drogas, que ofertam cuidado integral e contínuo, incluindo assistência em situações de crise de alta complexidade. Estes fazem parte da RAPS e, portanto, são utilizados como equipamentos substitutivos a internação/institucionalização (KANTORSKI *et al.*, 2017; SÃO PAULO, 2019; LOPES, 2021).

Apesar de existirem há muitos anos, foi somente após a implementação da RAPS que os ambulatórios de saúde mental passaram a realmente integrar o processo de cuidado dos indivíduos em sofrimento psíquico. Este espaço se diferencia da ESF e do CAPS ao ofertar a psicoterapia, individual ou em grupo. Apesar de priorizar o acompanhamento de casos de maior gravidade, a assistência é garantida a todos, porém, para isso, costuma-se utilizar estratégias diferenciadas, como os atendimentos em grupos (DAMOUS; ERLICH, 2017).

Os adolescentes precisam contar com cuidado imediato, intensificado, interdisciplinar e em rede, sempre que se apresentarem situações de vulnerabilidade e risco para adoecimentos psíquicos de maior complexidade. A não oferta de um cuidado pautado na circulação social e na liberdade de experiências - necessidades relevantes e inerentes a esse ciclo da vida -, pode resultar em um risco maior de se constituírem como sujeitos institucionalizados, privados de direitos e do exercício de cidadania (LYKOURO-POULOS; PÉCHY, 2016; MOURA; LYKOUROPOULOS, 2021).

Com base no exposto, alguns autores vem se questionando sobre as implicações do processo histórico de reforma do modelo sanitário e psiquiátrico no Brasil, especificadamente, no que tange a saúde do adolescente, visto que, ainda que haja proposições políticas direcionadas a transformação do modelo de cuidado em saúde mental a partir de uma lógica integral e territorial, incluindo diversos equipamentos, como na APS, estudos apontam para a existência de diversas dificuldades em operacionalizar o que tem sido proposto (FERNANDES; TAÑO; MATSUKURA, 2021).

Quando se trata desse público, os resultados sinalizam para a sua invisibilidade (SILVA *et al.*, 2020), uma vez que a única forma de acessarem o serviço é por meio de estratégias voltadas à prevenção da gravidez, raramente havendo um diálogo com a equipe, mesmo em situações em que há evidências claras de sofrimento psíquico. Identifica-se, assim, uma ausência de estratégias e/ou propostas direcionadas para uma população que também se encontra em vulnerabilidade social, visto que, muitas vezes, se situam fora das escolas e estão excluídas socialmente (FERNANDES; TAÑO; MATSUKURA, 2021).

Sendo assim, apesar da RAPS possuir o papel fundamental de promoção a assistência à saúde mental para esse grupo tão vulnerável, em diversas situações, esse público se encontra desassistido pelas políticas públicas até que sua condição

apresente agravos. Enquanto, por um lado, os CAPSij acabam acolhendo, sobretudo, adolescentes com transtornos mentais graves, por outro, estes enfrentam o estigma e a dificuldade de diagnóstico. Logo, nesse contexto de desassistência, a medicalização e o acompanhamento individual ganham força, seja pela reduzida oferta de outros dispositivos, ou pela dificuldade em trabalhar de forma coletiva os “problemas” tido como individuais (CALEAR; GRIFFITHS; CHRISTENSEN, 2011; GARCIA; SANTOS; MACHADO, 2015; MELO; SIEBRA; MOREIRA, 2017; DIMOV; LAZZAROTTO, 2021).

Deste modo, torna-se necessário um serviço de saúde mental de alta integração interna e externa, alto consumo efetivo, intelectual e organizativo, pautado na permeabilidade de recursos e saberes, na tangibilidade à complexidade do sofrimento e à singularidade do indivíduo, bem como na disponibilidade às necessidades dos usuários (SARACENO, 2001; MOURA; LYKOUROPOULOS, 2021).

2.5 A depressão na adolescência e a Estratégia Saúde da Família

Para atingir os objetivos da Reforma Psiquiátrica, faz-se necessário “estar radicalmente próximo à população, promovendo vínculos duradouros, considerando a família como unidade de cuidados, conhecendo o território e inventando formas de intervir nele”, sendo estas, justamente, as potencialidades da ESF (SOUZA *et al.*, 2012, p. 1023).

A ESF representa a “porta de entrada” da atenção à saúde. Esta tem por objetivo a reorganização da atenção básica no País, possibilitando a expansão, qualificação e consolidação da APS, favorecendo uma reorientação do processo de trabalho, aprofundando os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, bem como a ampliação da resolutividade e do impacto na situação de saúde dos seus usuários e da coletividade. Para tal, a mesma conta com uma equipe multiprofissional, que atua em caráter de integralidade, intervindo nos principais fatores de risco à saúde, operando em áreas de maior vulnerabilidade social (MAIA, 2011; BRASIL, 2012; FERNANDES; TAÑO; MATSUKURA, 2021).

A valorização das práticas de saúde mental na atenção básica é fundamental para garantia da integralidade na assistência à saúde. Neste contexto, visando uma APS mais abrangente e que apoiasse a Estratégia Saúde da Família, em 2008, foi

criado o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), sendo atualmente nomeado como Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB), após a publicação da Portaria nº 2.436/17 (BRASIL, 2017; FERNANDES; TAÑO; MATSUKURA, 2021).

Esses núcleos são constituídos por uma equipe multiprofissional, que possuem como responsabilidade o fornecimento de suporte a determinado número de equipes de Saúde da Família. Estes atuam de forma a potencializar a resolutividade e a integralidade das ações dessas equipes (SOUZA *et al.*, 2012).

Enquanto as equipes de Saúde da Família são compostas, minimamente, por médicos da família e pela equipe de enfermagem, podendo, ou não, ter uma equipe de saúde bucal, o Nasf-AB amplia as ocupações disponíveis para a atenção primária, contando com profissionais de diversas áreas, dentre os quais: assistentes sociais, médicos psiquiatras, terapeutas ocupacionais e psicólogos (BRASIL, 2018).

A Saúde Mental se apresenta como uma das áreas estratégicas dos Nasf-AB. Sem ocupar a função de “porta de entrada”, as equipes dos núcleos devem trabalhar segundo a lógica do apoio matricial. Neste modelo, o atendimento realizado se difere daquele exercido por um especialista dentro de uma unidade de atenção primária tradicional (BRASIL, 2011; SOUZA *et al.*, 2012).

O apoio matricial em saúde objetiva assegurar retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde. Trata-se de uma metodologia de trabalho complementar àquela prevista em sistemas hierarquizados, a saber: mecanismos de referência e contrarreferência, protocolos e centros de regulação. O apoio matricial pretende oferecer tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnico pedagógico às equipes de referência (CAMPOS; DOMITTI, 2007, p. 399-400).

Por matriciamento entende-se: colaboração nas intervenções terapêuticas da equipe de atenção primária de referência e de outros serviços de saúde necessários; agenciamento dos casos de saúde mental na rede, garantindo a atenção integral à saúde; atendimento psicossocial com outros profissionais da unidade socioeducativa e da rede intersetorial; participação na elaboração do Projeto Terapêutico Singular, integrado ao Plano Individual de Atendimento; realização de visitas domiciliares conjuntas; e, discussão de casos clínicos (BRASIL, 2018).

No SUS (Sistema Único de Saúde), a equipe de matriciamento visa realizar a atenção em saúde de forma compartilhada, com vista à integralidade e resolubilidade

da atenção, por meio de sua equipe interdisciplinar, podendo, assim, agir por meio de um atendimento individual, domiciliar ou atividade coletiva compartilhada com a equipe de saúde da família, bem como por ações de educação permanente. No que tange os cuidados de saúde mental, o matriciamento pode ser realizado tanto pela Nasf-AB, quanto pelos CAPS ou CAPSij, no caso dos adolescentes, por exemplo (BRASIL, 2011; BRASIL, 2013a.; BRASIL, 2014).

Sendo a APS a porta de entrada para o SUS, alguns serviços de saúde têm recomendado que a maioria dos casos de depressão sejam rastreados e manejados neste nível de atenção, por profissionais competentes para tal. Portanto, torna-se fundamental que as equipes de Saúde da Família se encontrem devidamente capacitadas para acolher essas pessoas e oferecer uma assistência de qualidade, inclusive realizando intervenções psicossociais e ações de educação em saúde (RIO DE JANEIRO, 2013; SAMPAIO *et al.*, 2022).

Capacitar a equipe de cuidados primários para o reconhecimento das características indicadoras de transtornos depressivos em adolescentes, independente do diagnóstico, aumenta a abrangência dos cuidados e auxilia na prevenção do desenvolvimento e agravamento dos transtornos mentais. O uso de instrumentos de rastreio sugere a possibilidade de detectar essas perturbações, sem a necessidade de um diagnóstico fechado, aumentando as chances de que pessoas com necessidades de tratamento sejam identificadas precocemente e adequadamente tratadas (BOLSONI, 2016).

Ressalta-se que o ato de rastrear em saúde se difere do diagnóstico de doenças, visto que neste, exames ou testes são aplicados em pessoas sadias, garantindo benefícios frente aos riscos e danos previsíveis e imprevisíveis da intervenção. No rastreamento, um exame positivo não implica em fechar um diagnóstico, já que, geralmente, são exames que selecionam os indivíduos com maior probabilidade de apresentar a doença em questão. Este viabiliza a identificação de indivíduos com a doença, porém que ainda não apresentem sintomas, servindo como um meio de prevenção secundário⁴ (BRASIL, 2010).

⁴A prevenção secundária “é a ação realizada para detectar um problema de saúde em estágio inicial, muitas vezes em estágio subclínico, no indivíduo ou na população”, esta facilita o diagnóstico definitivo e a implementação de um tratamento precoce, reduzindo ou prevenindo a transmissão, bem como os efeitos que a doença pode causar a longo prazo (BRASIL, 2010, p. 14).

Existem dois tipos de rastreamento: o oportunístico e o organizado. O oportunístico ocorre quando um usuário procura o serviço de saúde por outro motivo e o profissional de saúde aproveita o momento para rastrear alguma doença ou fator de risco. Apesar da ênfase neste tipo de rastreamento nos serviços de saúde, o mesmo possui desvantagens, sendo menos efetivo no impacto sobre a morbimortalidade atribuída a condição rastreada e, também, mais oneroso para o sistema de saúde como um todo. Enquanto isso, o organizado tem essa denominação por fazer parte de programas voltados a detecção precoce de determinada doença, condição ou risco, sendo oferecido à população assintomática em geral por instituições de saúde de abrangência populacional. Este é mais vantajoso que o oportunístico, visto que se detém maior controle das informações e das ações no tocante ao rastreamento, possibilitando o acompanhamento e continuidade do processo diagnóstico até o tratamento do problema quando detectado (BRASIL, 2010).

Ao contrário de outros transtornos, a depressão não possui um estágio inicial assintomático detectável. Esta se manifesta com um ou mais episódios discretos e muitos pacientes remitem após um único episódio. Portanto, os instrumentos de rastreamento, focam, também, na detecção da sintomatologia depressiva, porém permitem detectá-la por meios, que no contexto biomédico, poderiam passar despercebidos, como o autorrelato espontâneo do paciente, o relato de familiares, dentre outros (BECK *et al.*, 2021).

Atualmente, na Atenção Primária, são utilizadas duas principais escalas para rastreio da depressão, sendo elas: a Escala de Depressão (EDEP), o Inventário de Depressão de Beck (BDI). A primeira tem por objetivo rastrear a presença ou ausência da sintomatologia depressiva. Já segunda permite a classificação dos possíveis níveis de intensidade da depressão. Estas escalas usualmente são aplicadas de forma conjunta, no entanto, no dia a dia, pode-se optar pelo uso de questionários mais práticos e rápidos, como o proposto por Duncan (2013) ou o SDQ⁵, evitando-se, assim, ônus quanto a captação do usuário (BAPTISTA; SOUZA; ALVES, 2008; UFMA, 2014).

O cartão Babel também é um instrumento muito útil para avaliação da saúde mental na APS, visto que possui uma área para triagem da depressão e ansiedade,

⁵Vide rodapé da página 10.

avaliação de risco de suicídio e de dependência de drogas lícitas, como o álcool e tabaco (GONÇALVES *et al.*, 2009), tudo isso em um mesmo instrumento de fácil uso. O instrumento é recomendado pelo Guia de Matriciamento em Saúde Mental do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011), porém ainda não há estudos que confirmem sua capacidade avaliativa no público adolescente.

Ressalta-se ainda, que nem sempre é o adolescente que irá procurar o serviço de saúde, com muita frequência, a família é a primeira a demandar atenção, já em outras situações, são as escolas, os órgãos de proteção ao adolescente, ou até mesmo agentes de saúde, que encaminham a demanda (BRASIL, 2018). Portanto, a aproximação destes com o cuidado do adolescente se torna fundamental.

No âmbito da atenção básica, é mais comum o manejo da depressão leve. Como ainda não há evidências que corroborem com os benefícios do uso de antidepressivos em pacientes com depressão leve, seu tratamento inicial costuma ser não farmacológico, sendo recomendado a prática de exercícios físicos, realização de psicoeducação, o acompanhamento semanal do paciente e a psicoterapia. Caso os sintomas persistam ou piorem, o uso de antidepressivos deve ser analisado pelo médico responsável. Já o manejo de casos depressivos moderados e graves costumam ser realizados pelo CAPS, no entanto, considerando o nível de experiência dos profissionais da equipe de Saúde da Família e pela presença do NASF, estes possuem liberdade e autonomia para o manejar e abordar estes casos, porém sempre levando em consideração a supervisão do CAPS, em determinadas condutas (UFMA, 2014).

A forma como o profissional da equipe da Saúde da Família irá manejar o indivíduo com transtorno mental não é fixa, devendo esta ser adaptada conforme seu estilo de vida e determinantes sociais. Este processo deve almejar que o indivíduo afetado reconheça os sintomas de sua patologia, estimulando-o a tomar decisões que possam garantir um estilo de vida mais saudável e que esteja de acordo com suas possibilidades socioeconômicas e afetivas. Portanto, a assistência ao paciente com depressão deve permear um cuidado individualizado e ao mesmo tempo sistematizado (CRUZ NETO *et al.*, 2021).

Os cuidados à saúde dos indivíduos em sofrimento mental devem preferencialmente ser compreendidos de forma globalizada, considerando as dimensões biológicas, psicológicas, sociais e culturais. Nesse sentido, os tratamentos não devem se limitar ao uso

exclusivo de psicofármacos; concomitante às orientações profissionais, deve-se proporcionar possibilidades de conscientização de mudanças no estilo de vida e oferecer-lhes oportunidades de participação em psicoterapias de apoio, tais como terapia interpessoal, comportamental, cognitiva, de grupo, de casais e de família, de acordo com o seu caso, no sentido de estimular-lhes a motivação pessoal e a capacidade de reflexão sobre o processo saúde-doença (DARÉ; CAPONI, 2017, p. 13).

Assim, sabendo que a fase da adolescência é marcada pela presença de diversos fatores de risco ao desenvolvimento de transtornos de humor, a atuação do profissional de saúde deve se voltar, sobretudo, para redução do impacto da vulnerabilidade na vida do adolescente. “A atenção direcionada é importante para que tais dificuldades não evoluam e o processo de desenvolvimento seja saudável” (CARVALHO; NOGUEIRA, 2021, p. 12). A lógica do cuidado deve consistir na inserção dos adolescentes e seus familiares nas ações e rotinas dos serviços de saúde, fundamentando-se nos princípios da intersetorialidade, territorialidade e na articulação com as equipes de apoio matricial, de forma que a atenção primária se torne um locus privilegiado para construção de uma rede de proteção social que garanta os direitos dessa população (FONSECA, 2008; BRASIL, 2018).

3 MÉTODO E PARTICIPANTES

3.1 Desenho do estudo

Trata-se de uma pesquisa qualitativa com abordagem exploratória. Para Minayo e Gomes (2008), a pesquisa é uma atividade básica da ciência que alimenta a atividade de ensino e atualiza a realidade do mundo. Contudo, a pesquisa qualitativa, ocupa espaço nas Ciências Sociais, com uma realidade que não pode ser traduzida em números e indicadores quantificados.

Minayo (2014, p. 57) acrescenta nesta perspectiva que a pesquisa qualitativa se “aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam”

O estudo descritivo, propõe a descrever os fatos e fenômenos da realidade estudada (TRIVIÑOS, 1987). No entanto, os autores Cervo, Bervian e Silva (2006) descrevem pesquisa exploratória como aquela que “não requer elaboração de hipóteses a serem testadas no trabalho, restringe-se a definir objetivos e buscar mais informações sobre determinado assunto de estudo”.

A abordagem descritiva e exploratória representa a escolha mais adequada quando se busca a percepção dos participantes da pesquisa, já que a mesma parte da subjetividade e experiência de cada indivíduo.

3.2 Cenário da pesquisa

Por configurar um estabelecimento de atendimento contínuo na rede básica de saúde e com equipe multiprofissional, o estudo foi realizado em quatro UBS do município de Iguaba Grande, que possuem Equipes de Saúde da Família.

O Município de Iguaba Grande é um município de pequeno porte, isto é, com contingente populacional de até 50 mil habitantes (IBGE, 2011), que possui características de cidade de interior. Situa-se a 129,8 km da cidade do Rio de Janeiro, com uma população estimada 29.344 habitantes (IBGE, 2017), e cerca de 3.778 jovens entre 10 e 19 anos, de acordo com o e-SUS (IGUABA GRANDE, 2023). O município possui um distrito chamado de Sapeatiba Mirim (IGUABA GRANDE, [2021]) e conta com uma cobertura 100% de ESF e Atenção Básica (BRASIL, 2021a),

constituindo-se de oito UBS e 11 Equipes de Saúde da Família, somando 148 profissionais de saúde.

As quatro UBS possuem, em conjunto, um total de 11.141 usuários cadastrados, sendo 894 adolescentes. Todas funcionam com horário de atendimento expandido, variando entre 8h às 17h e 7h às 20h e, somadas contam com quatro enfermeiros, quatro técnicos de enfermagem, quatro médicos e 23 agentes comunitários de saúde (ACS) para atender esta população. Desta forma, juntas, as unidades conseguem ofertar assistência para 38% da população estimada do município e 41% dos adolescentes.

3.3 Participantes da pesquisa

Foram considerados como participantes do estudo: enfermeiros, médicos, técnicos ou auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde que atuam na equipe de Saúde da Família. Para inclusão, os profissionais deveriam atuar enquanto membros da equipe de Saúde da Família por mais de um ano, e pelo menos seis meses no território de responsabilidade da atual equipe. Foram excluídos os profissionais que não realizavam atendimento ao adolescente.

3.4 Técnica e Instrumento de coleta de dados

A coleta de dados ocorreu por meio de entrevista individual, pautada em um formulário de caracterização dos participantes (Apêndice A), um roteiro semiestruturado (Apêndice B) e diário de campo. As entrevistas foram realizadas mediante agendamento prévio no local de trabalho, de forma que o dia e horário estabelecidos se adequassem a agenda do participante, sem causar ônus para ele ou para sua unidade. Estas foram gravadas por dispositivo eletrônico (celular) e posteriormente transcritas na íntegra.

Segundo Gil (2008), a entrevista é a técnica de coleta de dados mais utilizada no campo de pesquisa das ciências sociais. Define a entrevista como “técnica em que o investigador se apresenta frente ao investigado e lhe formula perguntas, com o objetivo de obtenção dos dados que interessam à investigação” (*Ibid.*, p. 109).

Para guiar a entrevista, foi utilizado um roteiro semiestruturado que, de acordo com Taquette e Souza (2020), é o tipo de entrevista mais utilizada nas pesquisas

qualitativas, constituído de perguntas fechadas geralmente relacionadas às questões sociodemográficas e perguntas abertas relacionadas ao tema do estudo. Neste sentido, o roteiro objetiva auxiliar a interlocução do pesquisador com seu entrevistado.

3.4.1 Diário de campo

O diário de campo foi redigido individualmente para cada participante do estudo (MINAYO, 2008). Neste contavam os registros das impressões e fatos presenciados durante a coleta de dados, visando dar maior contexto à transcrição das entrevistas. O foco das anotações teve por base o objeto de pesquisa e buscou-se registrar, sobretudo, a linguagem não verbal (gestos e expressões), as percepções sobre as perguntas e sobre falas retratadas antes do início ou após o fim da gravação, evitando induzir os participantes a voltarem a falar do assunto, bem como tornar o processo mais dinâmico e ético. Essas observações foram registradas imediatamente após cada entrevista, para que a expressão fosse mais fidedigna e contivesse possíveis teores emocionais por parte da pesquisadora.

3.5 Análise dos dados

Os dados foram analisados por meio de análise de conteúdo do tipo temática. Segundo Minayo (2014, p. 303) análise de conteúdo são “técnicas de pesquisa que permitem tomar replicáveis e válidas inferências sobre dados de um determinado contexto, por meio de procedimentos especializados e científicos”.

A análise de conteúdo inicia-se a partir de uma leitura de primeiro plano das falas, depoimentos e documentos assim, com objetivo de atingir um nível mais profundo, indo além dos sentidos manifestos do material. Dessa forma, todas as etapas levam a relacionar estruturas semânticas com estruturas sociológicas dos enunciados dos textos (MINAYO, 2014).

Braun e Clarke (2012) definem a Análise Temática (AT) como um método qualitativo que permite identificar sistematicamente, organizar, analisar, interpretar e oferecer *insights* sobre padrões de significados (temas) em conjunto de dados, possibilitando ao pesquisador dar sentido a significados e experiências coletivas ou compartilhadas. Portanto, esta é uma maneira de identificar semelhanças relevantes em falas ou escritas, dando sentido as mesmas.

Fazer uma análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado. Tradicionalmente, a análise temática era feita pela contagem de frequência das unidades de significação, definindo o caráter do discurso. Para uma análise de significados, a presença de determinados temas denota estruturas de relevância, valores de referência e modelos de comportamento presentes ou subjacentes no discurso (MINAYO, 2014, p. 3016).

A AT é um método flexível que permite ao pesquisador focar nos dados de maneiras diferentes, se adaptando a uma ampla variedade de questões de pesquisa e tópicos de pesquisa. Nesta, o pesquisador pode se concentrar legitimamente na análise do significado em todo o conjunto de dados, ou pode examinar um aspecto específico de um fenômeno com profundidade (BRAUN; CLARKE, 2012).

Portanto, para melhor atender os pressupostos da AT, a análise dos dados foi dividida em três etapas: 1) pré-análise, que estabelece o primeiro contato com o material, a organização e sistematização das ideias iniciais; 2) exploração do material: uma leitura mais profunda do material para estabelecer as relações entre os discursos com as temáticas que surgirem na pré-análise; 3) tratamento dos recursos obtidos e interpretação: o tratamento dos resultados brutos de maneira significativos e validados, para posteriormente obter reflexão com os demais materiais publicados (MINAYO, 2008).

Após a fase de organização, os dados foram categorizados para obtenção das unidades de registro, categorias intermediárias e os temas, cuja representação foi realizada por meio de um quadro ilustrativo. Em seguida, os resultados foram discutidos e analisados frente à literatura disponível sobre o assunto (MINAYO, 2008).

3.6 Aspectos éticos

Respeitando os preceitos éticos da pesquisa envolvendo os seres humanos, de acordo com a Resolução CNS/MS nº 466/2012 (BRASIL, 2013c), o presente estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estácio de Sá, sob número de CAAE: 62431822.7.0000.5284. Ademais, a pesquisa obteve anuência da secretaria municipal de saúde de Iguaba Grande.

Portanto, respeitando às diretrizes e normas regulamentadoras determinadas, foram esclarecidos, por meio de conversa com a pesquisadora, os objetivos e a importância da pesquisa, assim como realizada a leitura em conjunto e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (Apêndice C). Assim, os depoimentos, discussões e reflexões foram gravados sob consentimento prévio dos participantes.

Em prol da manutenção do sigilo da identidade dos participantes, foram tomadas como decisões: 1) para identificação das falas foi utilizada a abreviatura das respectivas classes profissionais (ENF, MED...) seguidas de um número arábico (1, 2, 3...); 2) para caracterização dos participantes optou-se por apresentar os dados em uma perspectiva geral e não organizá-los individualmente, respeitando as orientações da Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD) (BRASIL, 2018a).

Ademais, reduzir o risco de quebra de sigilo, a pesquisadora tomou como providência que todos os arquivos digitais fossem criptografados e arquivados, somente, em seu computador pessoal. Aos participantes foi esclarecido que todo material coletado, seja impresso ou digital, será armazenado por um prazo máximo de cinco anos. Posteriormente, os registros impressos serão descartados mediante incineração e os arquivos digitais serão deletados dos registros da pesquisadora.

Fora esclarecido aos participantes que o estudo não acarretará nenhum ganho financeiro, ao pesquisador ou a instituição pesquisada e que a qualquer momento, o mesmo poderá desistir de participar da pesquisa e retirar seu consentimento, bem como poderia se recusar a responder as perguntas ou invalidá-las, sem que houvesse prejuízos em sua relação com o pesquisador ou com a unidade de ensino.

A pesquisadora esteve atenta a todo momento às necessidades de assistência integral decorrente de eventuais danos, físico, psíquico, intelectual, moral, social, cultural ou espiritual, mesmo que mínimos, gerados a partir da pesquisa. Assim, comprometeu-se à, caso o participante da pesquisa sentisse algo dentre esses padrões, tomar as devidas providências, como a pausa imediata da entrevista ou encaminhamento para apoio emocional, sem ônus. Apesar disso, cabe destacar que não houve casos que se enquadrassem em tais padrões durante a coleta de dados.

Ao final do estudo, será proposto encontro com as secretarias municipais de saúde e com a atenção básica, no intuito de fazer uma devolutiva dos resultados, esperando contribuir para a reflexão e condução do tema entre as equipes de saúde da família locais.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Caracterização dos participantes

Foram entrevistados um total de 10 profissionais da saúde (Tabela 1), dentre os quais: três enfermeiros (ENF), um técnico de enfermagem (TEC), três médicos (MED) e três agentes comunitários de saúde (ACS). Desses, 20% atuavam na UBS 1, 30% na UBS 2, 40% na UBS 3 e 10% na UBS 4. Este quantitativo corresponde a 28,6% do total de profissionais das unidades e 7% de todo o contingente municipal. Ademais, o quantitativo de unidades representa metade da cobertura assistencial do município. A média de idade dos participantes foi de 40,6 anos, sendo a mínima de 24 anos e a máxima de 53 anos. Com relação ao sexo, 70% eram do feminino e 30% do masculino.

Tabela 1 - Caracterização dos participantes da pesquisa. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2023.

Características	Respostas	Valor absoluto e Relativo
Sexo	Feminino	7 (70%)
	Masculino	3 (30%)
Idade	20-30 anos	1 (10%)
	31-40 anos	4 (40%)
	41-50 anos	4 (40%)
	≥ 51 anos	1 (10%)
Tempo de formação*	1-5 anos	1 (10%)
	6-10 anos	1 (10%)
	11-20 anos	4 (40%)
	≥ 21 anos	0 (0%)
Tempo de atuação na ESF	1-5 anos	8 (80%)
	6-10 anos	1 (10%)
	11-20 anos	0 (0%)
	≥ 21 anos	1 (10%)

*Inclusos os profissionais com Ensino Superior (n=6).

Fonte: elaboração própria.

Todos os profissionais possuíam como formação mínima o ensino médio completo (ACS e técnico de enfermagem) e como máxima a pós-graduação *lato sensu*. Dentre os profissionais com formação universitária, cinco (50%) haviam realizado a especialização, sendo dois em pediatria, um em gestão de políticas públicas de saúde, um em gastroenterologia e outro em emergência e CTI adulto. Destaca-se, ainda, que um dos profissionais possuía uma segunda especialização em saúde da mulher. O tempo de formação (Ensino Superior) variou de dois a 17 anos.

No que tange a ESF, o tempo de atuação dos profissionais variou de um a 22 anos. Todos relataram atuar diretamente com o atendimento ao adolescente, porém somente três (30%) participantes haviam realizado capacitações voltadas a assistência desse público. Cabe destacar, ainda, que somente um profissional mencionou ter participado de uma capacitação recente ofertada pelo município, os demais, ou foram por meios próprios, ou a capacitação havia sido realizada há mais de dez anos.

4.2 Análise das entrevistas

Os dados gerados a partir das questões abertas passaram pelas três etapas da análise temática propostas por Minayo (2008). Assim, após leitura atenta e familiarização com o conjunto de dados das entrevistas (pré-análise), os discursos foram codificados em temas preliminares (exploração do material). Desta forma, em um primeiro momento foram elencados os significados dos trechos das entrevistas, agrupando-os, posteriormente, em categorias temáticas mais amplas (tratamento dos recursos obtidos e interpretação).

O processo de análise foi sendo realizado de forma iterativa, isto é, as categorias foram revisadas e refinadas conforme novos dados foram sendo analisados. Esse processo permitiu a validação constante dos resultados e a melhoria da compreensão dos temas emergentes.

Assim, a partir das unidades de registro foram elaboradas três categorias intermediárias (Quadro 1), que, por fim, emergiram em duas categorias temáticas: “O manejo do adolescente pela equipe multiprofissional atuante na Estratégia Saúde da Família” e “Redes de apoio no cuidado do adolescente com suspeita de depressão”.

Quadro 1 - Categorias intermediárias e as respectivas frequências das unidades de registros (UR) que as formalizaram.

Categorias intermediárias	Frequência das UR
Equipe multiprofissional	99
Rede de apoio: família	61
Rede de apoio: escola	39

Fonte: elaboração própria.

4.2.1 O manejo do adolescente pela equipe multiprofissional atuante na Estratégia Saúde da Família

O manejo de situações sugestivas de depressão na adolescência pode ser uma questão complexa e desafiadora. Uma das principais dificuldades enfrentadas é a compreensão da sintomatologia específica dessa faixa etária, já que os adolescentes apresentam uma ampla gama de comportamentos e emoções que podem variar significativamente, tornando difícil distinguir entre o que é considerado um estado emocional típico da adolescência e os sintomas de uma possível depressão (VIDUANI *et al.*, 2021; MHA, c2022).

Diante de tal complexidade, foi questionado aos participantes deste estudo como eles suspeitam que o adolescente pode estar em depressão e quais sinais e sintomas são observados. Assim, foi mencionado como um dos principais sinais que podem indicar a presença de depressão em um adolescente, a mudança de comportamento, como a apatia, o isolamento social, perda de interesse e recusa em participar de atividades antes apreciadas.

“Geralmente eles querem ficar em isolamento. Aqui a gente tem visto a dificuldade, não estão querendo ir para escola, [dificuldade] de se relacionar. [...] E acho que o principal é o isolamento. Essa negação de querer ir para escola. Começam assim: ‘tô com dificuldade de ir para escola’ e anteriormente conviviam normal. Aqui tem muitos adolescentes que são protestantes, então eles [dizem]: ‘eu não quero mais ir aos ensaios do grupo da igreja’, por exemplo, e a gente começa já observar essas questões do isolamento mesmo.” (ENF 1)

“Ele chega na consulta e está apático, não quer ser consultado, [apresenta] respostas monossilábicas. A mãe vem estimulando muito que ele venha, mas você vê que ele está com a roupa com higiene

mais precária; roupa amassada, em irregular estado geral. Você pergunta e ele está cabisbaixo, não olha muito nos olhos. A mãe fala que fica muito trancado dentro do quarto, não está querendo sair. Os amiguinhos chamam para fazer trabalho e ele não faz. Não mostra para mãe os negócios da escola. Vai para escola e volta, fala que está tudo bem, não quer conversar em casa.” (MED 1)

Como alertado pelos profissionais, um estudo realizado em Porto Alegre chegou à conclusão de que o autoisolamento foi a principal característica da depressão em adolescentes. De acordo com os adolescentes entrevistados na pesquisa, o autoisolamento dificultava a percepção de suas tristezas por terceiros, visto que dificultava a aproximação e interação com as pessoas ao seu redor. Para os autores, o isolamento é o elo que conecta a depressão em relação ao próprio indivíduo e aos outros: os sentimentos de vazio, tristeza e perda de interesse levam a um distanciamento ativo, o qual, por sua vez, influencia os aspectos relacionais na vida do adolescente afetado pela depressão (VIDUANI *et al.*, 2021).

Para além da mudança de comportamento, os profissionais da saúde observaram que os adolescentes podem apresentar uma queda significativa no desempenho acadêmico, redução dos cuidados de higiene pessoal, alterações na pele por lesões autoprovocadas, além de distúrbios no padrão de sono e apetite. Outro sinal importante apontado foi alteração no humor, manifestada, sobretudo, por irritabilidade, tristeza persistente e choro frequente.

“O paciente quando está em depressão, qualquer pergunta que você faça os olhinhos já enchem de lágrimas, dependendo quando entro na questão familiar. E relato também, em casos de automutilação [...] Pouca fala. [...] Batimentos, quando eu vou ver a frequência cardíaca e está bem acelerada.” (TEC 1)

“Relata que está triste, que está chorando, que não consegue executar as tarefas da escola, que não consegue se concentrar. Um adolescente que eu atendi semana passada falou comigo que estava com fuga da escola; ela não queria mais estar no ambiente escolar, não sentia prazer mais de estar ali.” (MED 2)

“O humor deprimido e, às vezes, eufórico também. Intercala a euforia com o deprimido. Insônia muito frequente. Irritabilidade e medo também.” (MED 3)

“Com a mudança de comportamento; de humor. Às vezes os pais me relatam, quando o adolescente está se cortando; se mutilando. O

rendimento na escola cai também. Há diferença no sono e o apetite também muda.” (ACS 2)

“Eu estou com dois casos de adolescentes que começaram a emagrecer. Começaram a se isolar mais dentro do quarto, não estavam interagindo bem com o ciclo de amizades da escola e essa questão do emagrecimento; perda de apetite. Tem uma que nós conseguimos investigar e descobrimos até que ela tem suspeita de anorexia.” (ENF 3)

Os sintomas apontados pelos profissionais são comumente encontrados em pacientes com depressão (SCIVOLETTO; TARELHO, 2002; ABRAMOVICH; ARAGÃO, 2011), no entanto, entende-se que nem sempre os adolescentes irão expressar tais sentimentos, tornando a identificação dos sintomas ainda mais complexos. Isso ocorre, pois os estigmas e preconceitos associados à saúde mental também influenciam a maneira como os adolescentes vivenciam e expressam seus problemas emocionais. Assim, muitas vezes, eles relutam em compartilhar seus sentimentos com profissionais de saúde, temendo serem julgados (CALEAR; GRIFFITHS; CHRISTENSEN, 2011). Essa falta de abertura e comunicação dificulta ainda mais a identificação precoce e o manejo adequado da depressão.

Outra barreira no processo de identificação advém do fato do adolescente nem sempre estar disposto a buscar auxílio: *“o adolescente não procura, ele não vem para prevenção, ele só vem na hora que realmente precisa da parte curativa.”* (ENF 2). Nesse contexto, os participantes mencionaram que muitas vezes são os familiares, especialmente as mães, que ao perceberem os sintomas incomuns em seus filhos, tomam a iniciativa de procurar ajuda profissional. Além disso, os profissionais admitem que o trabalho da equipe multiprofissional se torna ainda mais desafiador, quando o adolescente não reconhece, ou não quer admitir que precisa de ajuda.

“A mãe vem procurar, fala que o filho mudou de comportamento, acaba sendo alguém da família que dá esse sinal para gente. [...] Se a mãe; se o familiar não vir até a gente, muitas vezes a gente não sabe.” (ENF 2)

“Normalmente os pais vem e marcam relatando que acham que filho tem depressão [...] Eu acho que [uma barreira é] eles virem que é um problema e quererem vir, então as mães é que vem. Eles não querem nem ajuda e é muito difícil, porque quando a pessoa não quer ajuda é difícil até para você ajudar.” (MED 1)

Nessa perspectiva, visando entender o porquê do baixo acesso aos cuidados correlatos à saúde mental por parte de adolescentes e seus familiares, uma revisão sistemática realizada em 2021, identificou quatro principais temas que circundam a busca por ajuda profissional por parte de crianças e adolescentes para seus problemas de saúde mental. De acordo com o estudo, a falta de conhecimento, o estigma social, a ausência de vínculo entre os adolescentes e profissionais e as barreiras econômicas e estruturais, agem como principais fatores que dificultam a busca por ajuda (RADEZ *et al.*, 2021).

Desta forma, a criação de um ambiente acolhedor e empático se torna fundamental para que os adolescentes se sintam confortáveis em compartilhar suas preocupações e emoções mais íntimas. O acolhimento permite que os profissionais de saúde compreendam melhor as necessidades e os desafios enfrentados pelos adolescentes, facilitando o processo de diagnóstico e intervenção adequada. Além disso, ao estabelecer um vínculo de confiança, os profissionais de saúde se tornam parceiros confiáveis, encorajando os adolescentes a buscarem ajuda e aderir ao tratamento proposto (SILVA *et al.*, 2020).

“Eu avalio, eu vejo [as mudanças de comportamento]. Por eu não conhecer [o adolescente], fica difícil essa avaliação. Acaba que quando você conhece a pessoa, você percebe as mudanças, então o que que eu faço? Eu chamo; eu também converso perto da mãe. Esse é o meio da gente estar avaliando como é o comportamento desse adolescente fora da mãe [...] Eu vou devagarzinho. Tem adolescente que já chega, conversa, tem outros que se retraem; ficam mais calados. Então assim, é na base do diálogo mesmo.” (ENF 2)

“A família confia na gente, então ela se abre, ela conversa com a gente, a gente tem um grau de intimidade.” (ACS 1)

Devido ao potencial vínculo com o núcleo familiar (LUCCHESI *et al.*, 2009), o ACS desempenha um papel primordial para a identificação precoce da sintomatologia depressiva em adolescentes. Ao atuar diretamente com a comunidade, visitando seus lares, o ACS se torna o profissional em posição de privilégio quanto a obtenção de informações sobre a realidade socioeconômica, cultural e emocional das famílias atendidas (NUNES *et al.*, 2002).

Por ser tratar de um integrante da comunidade, este se torna “um mediador e facilitador na relação entre o serviço de saúde e seu usuário, estabelecendo uma comunicação interpessoal efetiva, pois as pessoas, por compartilharem da mesma

realidade local, identificam-se com esse agente” (WAIDMAN; COSTA; PAIANO, 2012, p. 1171). A comunicação estabelecida se alinha com os princípios da reforma psiquiátrica, permitindo que os serviços extramuros desempenhem um papel fundamental na identificação e acompanhamento dos casos, estabelecendo um fluxo de referências e contrarreferências (WAIDMAN; COSTA; PAIANO, 2012). É por meio desse vínculo que o ACS estabelece uma relação de confiança com os adolescentes e suas famílias, facilitando o direcionamento para a equipe de ESF.

Nos discursos é possível observar que os profissionais entendem a importância do acolhimento e do vínculo para o manejo adequado de situações sugestivas de depressão na adolescência, contudo, cabe destacar que foram poucos os profissionais que trataram diretamente do tema acolhimento como intervenção ou uma conduta contínua, normalmente seu uso esteve atrelado a primeira consulta ou triagem: *“Na hora da triagem mesmo; na hora do acolhimento”* (TEC 1). Esta visão, entra em contradição com a definição do próprio termo.

O acolhimento é uma prática técnico-assistencial que implica em transformar a relação entre profissional e paciente, bem como sua rede de apoio, por meio de diretrizes técnicas, éticas, humanitárias e solidárias (BRASIL, 2010a). Por meio deste, reconhece-se o paciente como sujeito e participante ativo no processo de cuidado em saúde. O acolhimento busca a intervenção de toda a equipe multiprofissional, engajada na escuta e resolução dos problemas dos usuários, sendo, portanto, uma dimensão primordial em todos os níveis de assistência. É por meio do acolhimento que se estabelece uma base sólida para um atendimento correto e bem-sucedido, possibilitando a construção de um vínculo de confiança entre profissional e paciente (COELHO, 2010).

A consulta foi eleita pelos profissionais como o principal, se não o único, espaço para identificação da suspeita de depressão em adolescentes. Somente três participantes mencionaram outra estrutura da ESF para essa finalidade: *“Na casa da pessoa, na visita domiciliar.”* (ACS 1); *“durante a visita”* (ACS 3),

“Eu acho que os agentes comunitários de saúde. O médico vê o paciente quando ele está aqui no consultório, agora quem vê ele em casa, com mais frequência, é o agente comunitário de saúde. Então ele vê e reporta para gente alguma anormalidade.” (MED 3)

Em suas falas, os ACS enfatizaram a importância de realizar a visita na casa da pessoa, diante da família, como uma oportunidade para identificar sinais de depressão e estabelecer um contato mais próximo com o adolescente. Conduto, já era esperado tal posicionamento dos ACS, uma vez que eles são os principais profissionais responsáveis por essa atividade. O vínculo que os ACS estabelecem com a família, por meio de visitas regulares, proporciona uma oportunidade única para observar o comportamento do adolescente e estabelecer um contato mais próximo e confiável (WAIDMAN; COSTA; PAIANO, 2012; SILVA JUNIOR *et al.*, 2016). Além disso, apesar de outra categoria profissional abordar a visita domiciliar como potencialidade da ESF, seu posicionamento foi quanto ao papel do ACS, não havendo relatos que abordassem esse aspecto enquanto parte de suas funções.

A consulta enquanto palco preferencial para atuação na APS, também é relatada em outros estudos. De acordo com Ceratti Lopes (2012)⁶ apud Müller (2019), sua preferência decorre da possibilidade de diálogo entre paciente e profissional, da identificação dos problemas de saúde, seus efeitos, relações e a determinação do processo de cuidado. Entretanto, quando se trata de adolescentes, a dependência exclusiva da consulta como principal método de identificação de casos suspeitos representa uma barreira importante para o manejo adequado, sobretudo quando os próprios profissionais entendem que os mesmos relutam em buscar por ajuda. Nesse contexto, a forma como a estratégia é organizada pode ajudar a esclarecer, em certa medida, essa lacuna:

“Para trazer essa situação à tona, ou responsável tem que vir buscar [ajuda], ou a escola direcionar. Porque a VD [Visita Domiciliar] a gente faz para paciente acamado domiciliado, então a gente não tem essa busca dessa criança, desse adolescente, seja o que for. Então tem que ser por essas ações.” (ENF 1)

Por mais que no município a visita domiciliar seja realizada mais por ACS, esta abordagem é capaz de oferecer uma perspectiva mais abrangente e facilitar a compreensão do ambiente e dos fatores contextuais que podem influenciar a saúde mental do adolescente. Isso se deve ao fato de que, ao estar presente no ambiente de convívio familiar, o profissional de saúde tem a oportunidade de observar o

⁶CERATTI LOPES, J. M. Consulta e abordagem centrada na pessoa. *In*: GUSSO, G.; CERATTI LOPES, J. M. (org.). **Tratado de Medicina de Família e Comunidade**: princípios, formação e prática. 2. vol. Porto Alegre: Artmed, 2012. p. 113-124.

contexto em que o adolescente vive, identificar possíveis fatores estressores ou situações adversas que podem contribuir para o desenvolvimento ou agravamento da depressão. Além disso, a visita domiciliar permite maior interação com a família, possibilitando a troca de informações e a construção de um vínculo de confiança, o que pode favorecer a identificação de sintomas e comportamentos sutis que podem passar despercebidos em uma consulta clínica (SILVA *et al.*, 2011).

Cabe destacar que, por mais que a VD dos demais membros da equipe seja preconizada a partir das demandas dos ACS, Silva *et al.* (2011, p. 135), destaca que o trabalho da ESF “é útil justamente para superar o modelo hospitalocêntrico, centrando o cuidado na família, e não no indivíduo doente”, portanto, deve-se incluir medidas e desenvolver ações que busquem amenizar o adoecimento.

Após a identificação de casos suspeitos, o primeiro procedimento adotado é o agendamento da consulta médica. Esse procedimento pode ser realizado pela própria equipe ou pelo familiar, que recebe orientações para comparecer à unidade de saúde e agendar a consulta. Em seguida, os pacientes são encaminhados de acordo com a necessidade identificada:

“A minha estratégia: eu encaminho para médica, converso com ela e normalmente ela encaminha diretamente para um psicólogo. Aqui nós temos atendimentos com psicólogo, mas o certo é sempre caminhar para o CAPS e como a gente avalia o grau de necessidade, a gente já marca aqui para a unidade mesmo, que é mais rápido para solucionar” (TEC 1)

“Eu falo assim: ‘eu vou falar com a minha enfermeira para marcar uma consulta, ou vocês vão lá para o atendimento; uma avaliação, para marcar uma consulta para ver qual o procedimento que a gente vai tentar com sua família; seu filho’. Isso que a gente trás, aí a enfermeira vem, conversa, aborda. E as consequências são os médicos, psicólogos, CRAS. A gente dá um apoio geral na família”. (ACS 1)

“Primeiro ele passa pela avaliação, [para ver] se não está em surto. Se está mantendo um quadro estável, encaminho para a psicóloga da minha unidade e ela mesma faz a referência. Ela pede a avaliação da psiquiatria na saúde mental, no ambulatório de saúde mental do município. Se tá em surto, nós temos o CAPS, que é porta aberta para emergência; porta aberta de saúde mental, ou eu [médica] faço o encaminhamento para psiquiatria e deixo o psiquiatra solicitar o psicólogo. Eu já faço o caminho direto para a medicação” (MED 2)

Sendo assim, diante dos casos leves, a conduta dos participantes, em sua maioria, foi encaminhar o adolescente para atendimento com a psicóloga do NASF, que atende na unidade: *“A gente tem o apoio do NASF. A psicóloga do NASF tá aqui toda semana e isso acaba que facilita. Eu falo diretamente com ela e aí a gente marca”* (ENF 2). Somente um dos entrevistados mencionou orientá-los a procurar outras intervenções para além da psicoterapia e terapia medicamentosa, como, por exemplo, a prática de atividade física:

“Tendo [critério diagnóstico], eu já início a medicação e encaminho para o psicólogo, mas, por exemplo, na depressão leve, eu falo assim: ‘Vamos entrar na academia, fazer uma atividade física, que é o antidepressivo natural. Vamos fazer, ver como é que você vai ficar e vamos para a psicóloga’” (MED 1)

Em contraponto, quando há a identificação de quadros mais graves, a equipe encaminha o paciente diretamente para os serviços especializados, ou até mesmo para o serviço de emergência:

“Lá no CAPS tem porta aberta. O paciente que precisa, eu já falo: ‘eu nem vou te encaminhar, vai direto lá, vou fazer uma referência para você’, porque às vezes a gente marca, vai para o sistema e demora para ser marcado e no CAPS, porque ser uma coisa mais emergencial, eles atendem no dia. Eles fazem o acolhimento, nem sempre tem um psiquiatra lá, mas eles fazem o primeiro acolhimento. Então se o paciente chegou com um quadro crônico, vai para lá; agora se é agudo, uma tentativa de suicídio, é direto pra emergência. Não temos leito psiquiátrico, então quando precisa, temos que encaminhar para o Rio.” (MED 1)

O procedimento adotado vai de acordo com o priorizado, já que, por mais que a ESF seja capaz de atender todos os graus de depressão, casos moderados ou graves devem ter seu atendimento priorizado para o serviço especializado. Contudo, a ESF não perde sua relevância no manejo após o encaminhamento, pelo contrário, ela continua desempenhando um papel fundamental no monitoramento e na continuidade do cuidado, construindo um sistema de referência e contrarreferência (ABP *et al.*, 2014; UFMA, 2014).

“Sempre faço a contrarreferência para o CAPS, porque lá eles têm psicólogo e psiquiatra, que podem acompanhar periodicamente.” (MED 1)

“A gente faz essa discussão nossa aqui. E aí as outras equipes, por exemplo, de médico para médico. A gente tem uma guia de referência e contrarreferência. Eu escrevo para o médico, encaminho ao médico especialista, relatando o que é a paciente tem, o que eu percebi, o que eu iniciei de tratamento e solicito a avaliação e acompanhamento também. E ele tem nessa guia uma contrarreferência, que é o que ele manda para mim.” (MED 3)

“O apoio ao NASF, ao CREAS, ao órgão de direito. Tem psicólogo; tem pessoas ali capacitadas para lidar com esse tipo de situação que já foge ao nosso atendimento, que é um atendimento primário. Então nós já levantamos para o atendimento secundário e daí eles vão tomando as devidas providências e informando a gente, para a gente também olhar o passo a passo dessa família.” (ACS 1)

Apesar dos participantes relatarem a realização de ações que condizem com o matriciamento em saúde mental, observou-se por meio da linguagem não verbal, explorada no diário de campo, e pela necessidade de reformular o questionamento, explicando o conceito, que os profissionais podem não compreender plenamente os fundamentos do matriciamento.

Dentro da perspectiva da ESF, o matriciamento desempenha um papel crucial no manejo de adolescentes com suspeita de depressão. Por meio da troca de saberes entre profissionais de diferentes áreas, o matriciamento permite ampliar a visão clínica, social e psicológica do adolescente, promovendo uma abordagem integrada e colaborativa. As discussões de casos e capacitações conjuntas, possibilitam aos profissionais o aprimoramento de suas habilidades e conhecimentos, tornando-os mais aptos a lidar com as demandas complexas e multifacetadas dessa condição (BRASIL, 2011). Desta forma, o matriciamento permite estabelecer uma rede de cuidados integrados ao adolescente, possibilitando ofertar um cuidado mais integral e personalizado.

No contexto da rede de cuidados do município de Iguaba Grande, os profissionais ressaltam a presença de diversos órgãos públicos que atuam como referência para esses adolescentes, tais como o CAPS, o NASF, o CREAS (Centro de Referência Especializado de Assistência Social), o CRAS (Centro de Referência de Assistência Social), o Ambulatório de Saúde Mental do Município e o CER Flore'Ser (Centro Especializado em reabilitação física e intelectual). Esses órgãos desempenham um papel fundamental na assistência aos adolescentes com depressão, ofertando suporte técnico-pedagógico às equipes de referência (BRASIL, 2018). O CER Flore'Ser, por exemplo, é um centro especializado em reabilitação física

e psicológica criado pela prefeitura de Iguaba Grande (IGUABA GRANDE, 2020). Ele conta com uma equipe multidisciplinar que permite dar apoio à ESF, ofertando cuidados para pacientes com sofrimento psiquiátrico, incluindo, portanto, os adolescentes.

Apesar disso, quando questionados sobre órgãos de apoio de natureza privada, ou não-governamental, os participantes, quase que de forma unânime, não foram capazes de elencar dispositivos que estejam disponíveis para complementar essa rede. Contudo, em um momento posterior a gravação registrado em diário de campo, a ACS 3 mencionou a igreja Suevami como apoio não governamental; órgão este, que segundo ela, oferece suporte psicológico a todos os públicos, incluindo os adolescentes.

A ausência de entidades privadas ou não-governamentais nas falas dos participantes evidencia a existência de uma lacuna na disponibilidade de recursos ao adolescente com depressão. Esta lacuna acaba por limitar a oferta, a abrangência e a diversidade das opções de tratamento e suporte disponíveis para esses adolescentes, implicando diretamente no manejo efetivo. É importante destacar que a colaboração com diferentes setores da sociedade pode fortalecer a rede de cuidados e proporcionar uma abordagem mais ampla e integrada (MICHELON E SILVA, 2015).

Para os profissionais entrevistados, é o trabalho em conjunto da equipe da ESF com os especialistas em saúde mental que têm permitido ofertar a assistência aos adolescentes com depressão. Porém, observa-se, diante dos relatos, que não há uma colaboração direta entre os serviços, de forma que a referência e contrarreferência se perdem no processo, demorando meses até sua finalidade ser cumprida, como pode ser observado nas falas abaixo:

“Aqui em Iguaba a gente tem um laboratório de saúde mental e o CAPS, então assim que o paciente passou por mim ou pela médica, a gente encaminha e direciona para esse dispositivo, só que a fila estava muito grande, então a gente estava tendo pacientes que iam e ficavam com meses de espera até serem acolhidos.” (ENF 1)

“Eu costumo medicar e encaminho para o CAPS depois, porque, às vezes, a contrarreferência demora uns dois meses. [O paciente] não pode ficar sem assistência em dois meses, então a gente faz isso aqui e eu peço que sempre deixe marcado. A cada 15 dias, ele retorna para me falar como que está. [...] Eu falo assim: ‘olha eu sou a médica de vocês; médica da família. Você vai lá e volta para mim, tudo que fizeram lá você traz para mim pra anotar no prontuário’, então tudo fica

arrumadinho, porque a contrarreferência às vezes não chega e o paciente é que vem, aí ele me mostra e eu boto tudo no prontuário.”
(MED 1)

Tais discursos evidenciam como a demanda por serviços especializados muitas vezes excede a capacidade de atendimento, resultando no atraso dos encaminhamentos, bem como reforçam algumas das barreiras proclamadas pelos participantes, como a lista de espera para atendimento: *“Eu acho que para a gente aqui [a barreira] é a fila de espera, porque assim os dispositivos têm, o profissional tem, a equipe tem, mas a fila de espera às vezes atrasa esse processo; até que esse paciente seja ouvido, que seja atendido.”* (ENF 1); e a falta de profissionais especializados: *“Tem poucos profissionais [psicólogos e psiquiatras] e tem essa fila de espera.”* (TEC 1).

Contudo, cabe destacar que as dificuldades apontadas não são exclusivas do contexto analisado, uma vez que situações semelhantes podem ser observadas em diferentes regiões do Brasil. Por exemplo, na Região Metropolitana de Porto Alegre, mais de 50% dos CAPS relataram ter uma lista de espera para atendimento (LEAL; DE ANTONI, 2013). De forma semelhante, no plano de ação da RAPS do estado do Ceará, observou-se que os pacientes chegaram a aguardar, em média, 21 dias para atendimentos em psicologia e 29 dias para psiquiatria (CEARÁ, 2022).

O retrato literário fornece suporte aos relatos dos profissionais entrevistados, sugerindo que as dificuldades no acesso aos serviços especializados em saúde mental são mais amplas e complexas do que parecem e representam um grande desafio ao manejo adequado dos adolescentes com suspeita de depressão, podendo afetar negativamente a prontidão, a continuidade e o acompanhamento dos cuidados.

Para além das fragilidades e barreiras mencionadas, foi evidenciada a falta de regularidade e a restrição das discussões de casos apenas entre os profissionais das unidades. Além disso, não houve relatos que demonstrassem a integração dos debates de casos entre as equipes multiprofissionais dos serviços de atenção primária e secundária, reforçando, portanto, que apesar de haver uma articulação entre a ESF e os serviços especializados por meio do fluxo de referência e contrarreferência, nem todas as diretrizes do matriciamento em saúde mental (BRASIL, 2011) estão sendo seguidas adequadamente.

“Vamos supor, a gente tem um caso, seria o certo o NASF estar aqui, com psicólogo, assistente social, fisioterapeuta. A gente discute se tiver algum caso; a gente discute aqui, porque se tiver, a gente direciona. Se for pra ambulatório, eles não vêm aqui, mas seria o certo. [...] o certo também deveria ser eles mandarem na contrarreferência o que foi feito lá e a gente ter isso em prontuário fechado: a questão de medicamento, de terapia, o que foi decidido lá para esse paciente; a gente ter essa contrarreferência no prontuário do paciente.” (ENF 1)

“A gente costuma fazer no carro essa reunião de equipe, indo na van para alguma casa e a gente vai falando, às vezes eu até anoto no bloquinho, eu escrevo ‘falar sobre esse paciente’. Não é um hábito nosso. Então a gente vê que tem uma depressão que está relacionada, por exemplo, precisaria de uma conferência familiar [no sentido de reunião; avaliação de toda a família], aí a gente direciona a equipe do NASF para poder ajudar a gente. O CAPS também faz visita domiciliar para o paciente, então a gente solicita, mas não conversa assim, [não tem] uma conduta compartilhada, é uma orientação minha que eu solicito e eles pedem para fazer.” (MED 1)

A existência de um grau de desarticulação entre as equipes da atenção primária e secundária compromete o manejo dos adolescentes com suspeita de depressão. A ausência de discussões conjuntas limita a troca de conhecimentos e perspectivas, resultando em lacunas na avaliação e no planejamento do cuidado. Como apontado por um estudo desenvolvido em Minas Gerais, a falta de compartilhamento e integração dos serviços é uma das principais dificuldades para a construção de uma política de saúde mental na atenção primária a saúde (GUIMARÃES *et al.*, 2023), portanto, a situação observada nos discursos evidencia a necessidade de fortalecer o matriciamento em saúde mental, promovendo a comunicação e o trabalho conjunto entre as equipes e a ampliação da integração dos serviços de saúde.

Apesar das breves menções, a alta rotatividade dos trabalhadores surgiu como uma barreira à assistência, sobretudo ao processo de matriciamento. Um dos participantes expressou essa preocupação ao relatar: *“[...] agora tá um pouco difícil, porque mudaram vários profissionais em questão de dias.”* (ENF 1). Esta também esteve associada à desvalorização profissional e ao impacto na promoção da saúde, como pode ser observada na fala a seguir:

“Uma grande barreira também é a valorização do agente comunitário, porque o governo tem que entender que o agente comunitário é uma peça primordial para a promoção de saúde, porque é um elo muito importante. Se eu pego e perco esse elo, eu perco a comunicação com a família. A troca de agente comunitário é um prejuízo pro município; prejuízo para a promoção de saúde.” (ACS 1)

Estas falas destacam a importância de haver maior estabilidade nas equipes de saúde, já que a constante troca de profissionais nas equipes da ESF pode impactar a continuidade e qualidade do cuidado oferecido. A falta de estabilidade nas equipes de saúde reflete, não apenas em lacunas de experiência e conhecimento, mas também na dificuldade em estabelecer um vínculo sólido com os pacientes. Essa rotatividade pode comprometer o processo de acompanhamento, diagnóstico e tratamento, afetando a efetividade das ações e a confiança dos usuários nos serviços de saúde (LOURENÇO; SILVA; BARBOSA, 2021).

Em meio ao manejo dos casos suspeitos, para além do mencionados, os participantes entendem como potencialidades da ESF para a identificação da sintomatologia da depressão: o fato de as UBS serem “portas abertas”, a proximidade dos ACS com a comunidade local, o atendimento em grupo, as consultas coletivas, a realização de palestras e atividades voltadas a faixa etária dos adolescentes e a implementação de programas como o Programa Saúde na Escola.

“Eu acho que as portas abertas que ele tem na UBS, facilita bastante. Os ACSs, que estão sempre na residência, são todos moradores da localidade. E fora essa parte dos ACSs, nós temos sempre a porta aberta na unidade, tanto para as técnicas de enfermagem, para a enfermeira e para o médico também.” (ACS 3)

“Atendimento em grupo, consultas coletivas, atendimento coletivo, já para o público adolescente. Quando a gente aqui traz público adolescente para fazer palestras envolvendo temas da idade deles acho que é um bom momento de identificar; de trazê-los para unidade, porque muitas vezes eles não têm comorbidades e não procuram por rotina, mas quando você faz; abre a unidade; você traz temas específicos.” (MED 2)

“Bom, tem as campanhas também que são feitas aqui, palestras, estudos e programas que incentivam toda a população a vir em fazer a consulta médica.” (MED 3)

“A gente também tem o programa saúde na escola, que é o PSE. Aí, como estratégia, a gente tem uma equipe (enfermeiro, médico, agente de saúde, tem o pessoal de vacina) e a gente faz esse programa nas escolas. Eu acho que isso também ajudou bastante na identificação, porque a gente tem mais contato direto com os alunos, com os professores, com o orientador, então dali a gente já sai com muitos pacientes direcionados para os seus fluxos, seja qual for. Eu acho que é uma boa estratégia para gente captar.” (ENF 1)

Os discursos ilustram elementos-chave da ESF para a identificação, acolhimento e manejo adequado dos casos suspeitos, já que a proximidade entre os profissionais de saúde e os adolescentes, bem como a confiança estabelecida nesse ambiente, contribuem para uma abordagem mais efetiva e integral no cuidado e, além disso, a realização de campanhas, palestras e programas, como o Programa Saúde na Escola (PSE), fortalece o contato direto com os adolescentes, professores e orientadores escolares, aumentando as chances de identificar casos de depressão entre os jovens (BRASIL, 2018).

O PSE foi implementado em 2007 com intuito de promover a integração entre as políticas educacionais e de saúde, fornecendo recursos e estratégias específicas que visem as necessidades dos estudantes, ao mesmo tempo em que capacita educadores para abordar, de forma adequada, as questões de saúde no currículo escolar. Ele busca articular o trabalho da equipe de saúde da atenção primária, com a equipe de ensino e a comunidade. Assim, com ações de promoção, prevenção e atenção à saúde, o programa é desenvolvido para combater as vulnerabilidades que podem comprometer o pleno desenvolvimento dos estudantes da rede pública de ensino e, portanto, desempenha um papel fundamental na prevenção e promoção da saúde mental, proporcionando um ambiente seguro e saudável para os adolescentes (BRASIL, 2011a). Contudo, por mais que o PSE tenha sido mencionado como uma potencialidade, os discursos dos participantes deixam claro que, no município, a identificação sempre parte de uma iniciativa da escola, não representando uma busca ativa dos profissionais.

Diante da análise dos discursos, ao trazem estratégias que fogem do modelo hospitalocêntrico, as falas denotam, mesmo que indiretamente, a necessidade de transcender as limitações das quatro paredes da UBS, convidando a refletir sobre a oportunidade que o ambiente externo à consulta clínica pode ofertar (WAIDMAN; COSTA; PAIANO, 2012). Ao estarem imersos na realidade cotidiana dos outros, os ACS e a equipe de educação, acabam por desenvolver uma capacidade singular de reconhecer o sofrimento humano (SILVA JUNIOR *et al.*, 2016).

Essa sensibilidade transcendente permite uma percepção mais aprofundada das dificuldades emocionais que muitas vezes não são expressas na consulta. Ao buscar ir além, abrem-se caminhos para a compreensão mais ampla da condição humana e o planejamento de intervenções que vão além do tratamento clínico convencional. A saúde mental, assim, se enraíza não apenas nos espaços formais de

cuidado, mas também nas relações e interações que permeiam a vida cotidiana, garantindo maior apoio ao adolescente em sua jornada emocional.

As fragilidades apresentadas esboçam as dimensões e a complexidade do processo de manejo, clarificando o porquê dos profissionais ao serem questionados sobre a aptidão para identificação de casos suspeitos, se sentirem aptos, mas destacarem a necessidade de maior capacitação: *“Eu acho que se tivesse capacitação seria bem melhor a abordagem”* (ENF 3); *“Uma especialização; um curso, necessariamente para esse público”* (TEC 1). Os profissionais reconhecem a complexidade que pode ser identificar sinais e sintomas no público adolescente, sugerindo, assim, a implementação de cursos e palestras focados nesta temática, já que parte da equipe, ou não é, ou não se sente preparada para atuar na prevenção e promoção da saúde mental.

“A gente tem essa grade na faculdade [saúde mental], mas assim, dizer que eu sou capacitada para isso, não.” (ENF 2)

“Os agentes de saúde têm vários cursos, mas nunca teve um de saúde mental, então acho que eles deveriam ter um curso para poder orientar as famílias: ‘sinais de alerta que deve buscar emergência, ou deve buscar o médico de família; ou levar ao psiquiatra; pedir encaminhamento, quando?’. Acho que eles deveriam ser capacitados para isso também. Raramente tem uma capacitação com os agentes de saúde que são ponta; que é a nossa ponte com os pacientes, então seria importante que eles também fossem capacitados para isso, não só a gente. A gente vê quando chega até nós, mas e quando não chega? Esse que é o problema.” (MED 1)

“Capacitando cada vez mais agentes comunitários a identificarem essas falas que eles ouvem dentro dos lares; identificar as falas do próprio adolescente. O agente comunitário se comunica muito com pai e com a mãe, talvez ele nunca tenha conversado com adolescente e isso é importante. E aí trazer para nós; para a enfermeira acolher; para que eu venha a acolher. Toda a equipe pode acolher o adolescente e sinalizar essas alterações dele.” (MED 2)

Evidencia-se, por meio das falas, a necessidade de capacitar os profissionais da equipe da ESF para lidar com casos suspeitos de depressão em adolescentes, sobretudo os ACS, que interligam todo o processo de assistência. Ao capacitá-los, estimulará o desenvolvimento de competências específicas, tornando-os mais

qualificados para identificar, acolher e encaminhar os adolescentes de forma adequada, garantindo-lhes o suporte necessário (COIMBRA, 2007; BRASIL, 2018).

Outras sugestões para melhoria do serviço incluíram a implementação de estratégias de intervenção mais abrangentes e personalizadas, a criação de grupos de apoio e a ampliação da equipe com a presença de outros especialistas, como pode ser observado nas falas abaixo:

“A saúde mental está aumentando, tanto em adolescentes, quanto em adultos. Hoje eu vejo que está cada dia maior [o número de] pacientes que fazem o uso de medicações, pacientes que estão necessitando realmente de um apoio psicológico por “n” fatores; emocional com a família. Então eu acho que ainda é uma área que tem que ser muito trabalhada. [...] Seria excelente se a gente tivesse uma psicóloga atuando junto com a gente. E a gente sair em campo; ir mesmo, fazer visita; reunir esse adolescente fora da UBS, em locais estratégicos.” (ENF 2)

“Ter mais psiquiatra pediátricos. Aqui na rede só tem um. A gente fica sobrecarregado. E assim, eu entendo também que é uma classe diferente, não está tratando um adulto ou um adulto pequeno, não, um adolescente tem problemas específicos [...], então eu acho deveria ter mais profissionais capacitados para trabalhar nisso, aqui, do que encaminhar, tomar a medicação e acabou, não! Ter acompanhamento; fazer mais, ficar mais, fechar mais isso e ser realmente compartilhado [...]” (MED 1)

“[...] grupos; cada vez mais busca ativa; um olhar mais diferenciado. A busca ativa mesmo, porque a depressão adolescente é real. Eu também trabalho em pronto socorro, a gente já pega o final da linha da depressão no pronto atendimento, as tentativas de autoextermínio, e a gente a cada dia pega mais. Então eu acho que a busca ativa; pegar aqui na atenção básica; busca ativa de adolescentes que estão gritando por socorro.” (MED 2)

A preocupação com o aumento dos problemas de saúde mental em adolescentes é uma realidade que exigirá cada vez mais atenção (RACINE *et al.*, 2021), portanto, é crucial implementar abordagens para além do tratamento medicamentoso, incluindo suporte emocional e familiar, maior articulação com as redes de apoio do adolescente, abarcando a escola, o lazer, a justiça e a seguridade social, além de investir na busca ativa e prevenção dos casos.

Nesse sentido, as recomendações dos participantes refletem a necessidade imperativa de aprimorar o serviço de saúde e potencializar ações intersetoriais, valorizando os espaços de construção coletiva da clínica, estimulando a detecção

precoce e o planejamento de estratégias de cuidado e fortalecimento das redes de apoio, visando assim enfrentar de forma mais eficaz esse cenário complexo e emergente. Logo, enquanto as tais medidas não são implementadas, faz-se pertinente que a equipe de saúde da família explore, fortaleça e valorize as potencialidades que já existem na ESF, articulando este processo com a rede de apoio desses adolescentes.

4.2.2 Redes de apoio no cuidado do adolescente com suspeita de depressão

O bem-estar do adolescente não se limita apenas a sua individualidade, sendo influenciado por diversos aspectos, como o contexto social, as relações interpessoais e os fatores ambientais (SILVA; TEIXEIRA; HALLBERG, 2018; OPAS, [2020]). Deste modo, para garantir um manejo adequado, é fundamental que os profissionais da saúde conheçam e compreendam as redes de apoio que participam das diferentes esferas da vida do adolescente.

A rede de apoio se consolida a partir das conexões e vínculos estabelecidos dentro de determinados grupos e espaços, as quais influenciam todos os envolvidos. Ela é composta por um conjunto de indivíduos, grupos e instituições que fornecem suporte emocional, prático e social a um indivíduo. A rede abrange laços familiares e de amizade, bem como conexões estabelecidas em diferentes contextos, como o trabalho, a escola e a comunidade (ALEXANDRE *et al.*, 2020).

As redes de apoio são organizadas com base na compreensão dos elementos constituintes do território no qual o indivíduo se encontra inserido. O território é composto, sobretudo, por seus habitantes, com seus interesses e conflitos; por seus pares e familiares; vizinhos e comunidade; instituições e cenários, como igrejas, escolas, local de trabalho, áreas de lazer etc.; e é por meio dessa concepção de território que é possível estabelecer uma rede de atenção às pessoas com transtornos mentais, seus familiares, amigos e interessados (BRASIL, 2004b).

Para constituir essa rede, todos os recursos afetivos (relações pessoais, familiares, amigos etc.), sanitários (serviços de saúde), sociais (moradia, trabalho, escola, esporte etc.), econômicos (dinheiro, previdência etc.), culturais, religiosos e de lazer estão convocados para potencializar as equipes de saúde nos esforços de cuidado e reabilitação psicossocial (BRASIL, 2004b, p. 11).

Assim, por se tratar de uma construção dinâmica e complexa, baseada no subjetivo das interações sociais, cada indivíduo possui uma rede única, adaptada às suas necessidades e circunstâncias. Tais redes desempenham funções essenciais no processo de prevenção e promoção da saúde mental do adolescente, já que são formadas por indivíduos que cercam e participam, direta ou indiretamente, de sua vida (COSTA *et al.*, 2015). Deste modo, quando vulnerável, as pessoas ou instituições envolvidas agem em prol da promoção do bem-estar do indivíduo, tornando-se, portanto, um recurso valioso para o cuidado em saúde mental (ALEXANDRE *et al.*, 2020).

De acordo com Malcher ([2020]), a rede de suporte e apoio em saúde mental consiste em uma variedade de atores que se conectam de maneiras diversas, operando em uma dinâmica interrelacional. Esses atores incluem a família circunstancial, a família estendida⁷, o círculo social, as atividades diárias, os serviços de saúde, os serviços de políticas intersetoriais, as demandas da comunidade, o lazer, a religião, os amigos e vizinhos, os animais de estimação, o trabalho e o movimento social.

Pizzinato *et al.* (2018) dividem a Rede de Apoio em dois sistemas distintos: o Sistema Informal e o Sistema Formal. O Sistema Informal é composto por familiares, amigos, vizinhos e instituições da sociedade civil, como ONGs, instituições religiosas, associações e clubes, que fornecem apoio social em diferentes formas. Por outro lado, o Sistema Formal engloba as instituições e serviços públicos que oferecem atendimento, cuidados e suporte para indivíduos e a sociedade como um todo. Nesse grupo, estão incluídos os serviços de saúde, como a ESF, CAPS, ambulatórios e hospitais. Além disso, também fazem parte do Sistema Formal os serviços de assistência social, como os CRAS, CREAS, abrigos e albergues, o Conselho Tutelar, juizados, escolas, Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), departamento de habitação, entre outros.

Essa mesma divisão pode ser encontrada em outros estudos, que organizam as redes em primárias e secundárias, respectivamente. Nessas, as redes primárias são compostas por familiares, parentes, vizinhos, amigos e colegas, enquanto as redes secundárias são subdivididas em diversos tipos, como: rede secundária formal,

⁷A família estendida é composta por parentes sanguíneos como tios, avós, primos, que residem na mesma residência ou moram na mesma comunidade. Esse modelo vai além do núcleo familiar primário (mães, pais e filhos) (VALE, 2019).

pautada na troca de direitos (instituições de assistência, de saúde, de educação e de reclusão); rede secundária informal (troca de serviços e solidariedade); rede secundária do terceiro setor, baseada na troca de solidariedade e de direito (voluntariado organizado, cooperativas sociais, fundações e associações); rede secundária de mercado, pautada na troca de capital (empresas, fábricas e negócios); e as redes secundárias mistas, que se baseiam nas trocas de direito e capital (casas de saúde e hospitais privados) (ANDRADE *et al.*, 2022).

É a partir da compreensão das redes de apoio, que podemos entender quais tipos de suporte essas podem prestar ao indivíduo, sobretudo aquele inserido no contexto de cuidados em saúde mental. A escola e a família, por exemplo, são capazes de prestar o apoio social e emocional (DESSEN; POLONIA, 2007), enquanto as instituições que compõe a RAPS, devem prestar o chamado apoio matricial (BRASIL, 2004a; BRASIL, 2011).

Nesse contexto, apesar dos participantes ressaltarem a presença de órgãos governamentais que atuam no fluxo de cuidados dos pacientes (Apêndice D), como o CAPS, o NASF, o Ambulatório de Saúde Mental e o CER Flore'Ser, há fragilidades neste processo os impedem de serem considerados uma verdadeira rede de apoio aos familiares e à equipe da ESF do município.

De acordo com o Guia de Matriciamento do Ministério da Saúde, para que o apoio matricial seja efetivo a ação clínica compartilhada deve ser o foco, desta forma, para que haja matriciamento deve-se ter consultas e visitas domiciliares conjuntas, interconsultas, discussões de casos e planejamento do plano terapêutico em conjunto (BRASIL, 2011).

Nos discursos dos participantes, há relatos sobre o CAPS realizar visitas domiciliares (MED 1) e redirecionar pacientes à UBS quando necessário (ENF 3), porém os próprios apontam que não há uma conduta conjunta, somente encaminhamentos, de forma que ambos os órgãos agem individualmente, não compondo propriamente uma rede. Ademais, os relatos de atrasos nas contrarreferências só reforçam esta afirmativa.

A mesma realidade pode ser dita aos demais órgãos governamentais citados, com exceção da psicóloga do NASF, que vem prestando um apoio para além de suas obrigações, com intuito de dar suporte a equipe de saúde, ao adolescente e seus familiares e reduzir o impacto das filas nos serviços especializados, tendo em vista as fragilidades da atual organização da RAPS no município: *“Aqui na unidade, a*

psicóloga não era para fazer terapia; ela não era para clinicar, era para a gente estar fazendo esses grupos, mas como tem a fila ela acaba fazendo a terapia aqui.” (ENF 1).

Cabe destacar que os participantes, por vezes, citaram órgãos como o CREAS e o CRAS, porém seus papéis no fluxo de cuidados não foram descritos. Estes atuam como por meio da proteção socioassistencial ofertando apoio as famílias e indivíduos em situação de risco pessoal ou social, por violação de direitos. A matricialidade sociofamiliar é o eixo central das ações de proteção dessas instituições, pois ao apoiar e proteger as famílias, elas se tornam uma referência para a instituição de vínculos e de participação social. Fortalecendo o papel protetor e socializador da família, as ações de proteção social reduzem reincidentes danos que causam vitimização, agressão e violações, ao mesmo tempo que capacitam seus membros (BRASIL, 2008; BRASIL, 2009; PARANÁ, [2012]).

No que diz respeito aos órgãos privados ou não governamentais, cabe lembrar que os participantes não elencaram a atuação de nenhuma instituição, com exceção da igreja, como parte da rede de apoio aos adolescentes com suspeita de depressão. Segundo Santos e Carneiro (2007), atualmente as ONGs assumem o papel de parceiras nas políticas públicas, desenvolvendo trabalhos significativos para a sociedade. Desta forma, entendendo que tais instituições fazem parte da estrutura social e política do país, sua ausência na rede de cuidados pode impactar diretamente na promoção do bem-estar e no desenvolvimento integral dos adolescentes.

Nos discursos não há menções sobre a rede de apoio ao familiar, pelo contrário, neles a família foi concebida enquanto rede de apoio da equipe de saúde. Este posicionamento pode abrir lacunas na assistência, visto que o diferencial da ESF é o cuidado integral e holístico aos usuários do SUS, incluindo a família e a comunidade. Durante o processo de cuidado, familiares de indivíduos depressivos sofrem tanto quanto o próprio, podendo vir a adoecer (STJERNSWÄRD; ÖSTMAN, 2008; REINALDO *et al.*, 2018). Desta forma, a família deveria ter sua própria rede de apoio. Contudo, não se pode descartar o papel que a família pode desenvolver na identificação de casos sugestivos.

Como rede de apoio primária, a família possui um papel fundamental no processo do cuidar deste adolescente (COSTA *et al.*, 2015). É por meio do convívio familiar que os primeiros sinais e sintomas de problemas de saúde mental podem ser identificados, uma vez que são as mães, em grande parte dos casos, que buscam

atendimento e relatam as dificuldades enfrentadas pelo adolescente. Portanto, ao incluí-los ativamente no cuidado, é possível obter uma compreensão mais abrangente da situação, identificar possíveis fatores desencadeantes e promover intervenções adequadas para o bem-estar do adolescente (BRASIL, 2018).

A família representa o primeiro ambiente social no qual a criança se insere. Antes mesmo de frequentar a escola ou adquirir conhecimentos sobre seu papel como cidadão, ela estabelece contato com os membros de seu núcleo familiar e é por meio dessa interação que ela aprende sobre as regras e aspectos da cultura. Além disso, é na família que a criança desenvolve habilidades de comunicação, aprende a ouvir os outros e interage com pessoas que compartilham o mesmo ambiente afetivo, formando laços afetivos significativos. O afeto presente na convivência familiar tem um impacto significativo no desenvolvimento intelectual e emocional da criança, influenciando sua vida até a fase adulta (BERTOLOTE *et al.*, 2020).

“Quando é criança e adolescente a gente faz a avaliação com o responsável. [...] A gente conversa com a mãe e com esse relato, eu já agendo para psicóloga e aí a psicóloga também faz essa primeira escuta com a mãe, ou pai, ou avó, ou quem vem, porque eu acho importante, por ser menor [de idade]. Depois é agendado com o adolescente propriamente dito.” (ENF 1)

“Geralmente eu falo com a mãe. Depois que eu falo com a mãe ela sai, porque às vezes o adolescente ele não quer falar perto da mãe. Aí eu tento já bater um papinho e converso com a psicóloga que a gente tem aqui na UBS e ela fica dando suporte para gente.” (ENF 2)

“Eu acho que os pais, principalmente quem convive na casa; os avós [por exemplo], deveriam ser escutados antes mesmo do adolescente, porque muitas vezes o quadro que ocorre é o que acontece dentro de casa e muita das vezes os pais não conseguem visualizar isso. Acho que o olhar fica mais focado nos problemas, do que na criança; no adolescente. Acaba passando despercebido.” (TEC 1)

“Primeiro é conversar com os pais. [...] Mais os pais, porque às vezes [o adolescente] não se abre muito com a gente não, então é mais os pais. Escutar, ver a dificuldade que os pais têm com os adolescentes. Então a gente escuta mais os pais.” (ACS 1)

Diante das reflexões dos participantes, fica evidente o reconhecimento da importância de envolver os familiares desde o início do processo de cuidado. Ao estabelecer uma comunicação aberta e acolhedora com os pais/responsáveis, os

profissionais ampliam a oportunidade de obter informações valiosas sobre as dificuldades enfrentadas pelo adolescente no contexto familiar. Essa interação permite identificar possíveis conflitos ou fatores estressores que podem estar exercendo influência sobre o seu bem-estar físico e mental.

Os pais desempenham um papel crucial no fornecimento de apoio emocional e na criação de um ambiente seguro e acolhedor para o adolescente. Compreender as perspectivas, as angústias e os desafios, permite que os profissionais de saúde desenvolvam intervenções personalizadas e direcionadas, que possam abordar as necessidades do adolescente e fortalecer o suporte familiar. Ademais, a participação ativa da família no tratamento contribui para a construção de um vínculo terapêutico sólido, além de ampliar as possibilidades de sucesso na recuperação do adolescente (FONSECA, 2008; COSTA *et al.*, 2015; BRASIL, 2018).

Deste modo, compreendendo o papel da família enquanto rede de apoio, torna-se crucial considerar a possibilidade de que a dinâmica familiar em si possa ser um fator desencadeante dos sintomas: *“Às vezes relatam dificuldade de relacionamento com os pais.”* (ENF 1). A presença constante de conflitos, violência, a falta de apoio emocional, a negligência ou o abuso por parte dos membros familiares podem desencadear um efeito negativo no bem-estar psicológico do adolescente, contribuindo para o surgimento dos sintomas (NANNI; UHER; DANESE, 2012; PALOS *et al.*, 2012; PATIAS; SILVA; DELL’AGLIO, 2016; MELO; SIEBRA, MOREIRA, 2017; NELSON *et al.*, 2017).

“Como que a família trata a criança no dia a dia. Qual é o procedimento da família? Qual é a união do casal? Qual é a do pai e da mãe? Porque às vezes o problema não está na criança, e sim no pai e na mãe. Então a gente tem que identificar esse problema. [...] O processo que o adolescente estava, o que tá levando esse é adolescente à depressão. Houve uma perda de um parente? A perda de uma mãe? Então nós temos que tratar isso. Por isso mesmo que o tratar é: as vezes a gente vai querer tratar o adolescente, mas não é o adolescente, é o pai e a mãe, é o convívio. Tem briga? Tem problema de alcoolismo? Problema de droga? O que leva esse adolescente a sair de casa? O que leva esse adolescente a brigar na escola?” (ACS 1)

Refletir sobre o contexto em que o adolescente está inserido é essencial para fornecer um cuidado holístico e efetivo. Fatores como conflitos familiares e falta de apoio emocional podem levar o adolescente a buscar formas inadequadas de lidar com suas emoções (ARAÚJO, 2003). Portanto, diante das situações em que a

dinâmica familiar apresenta conflitos, faz-se necessário adotar uma abordagem sensível e individualizada. Essa abordagem permite que o adolescente se sinta seguro para compartilhar suas experiências e emoções, sem medo de retaliação ou julgamento.

“Mas se for uma situação que é uma briga dos pais com a criança? Aí eu converso com ela [adolescente] e chamo a equipe do NASF. A gente faz todo esse amparo aqui. Normalmente eu peço para a mãe sair, eu converso; às vezes eu converso baixinho, até porque eles ficam achando que a mãe está ouvindo. Eles me contam, aí eu escrevo no prontuário e boto um adendo: ‘paciente conversou sozinho; isoladamente’, e eu escrevo o que foi [dito], pois aí na próxima consulta eu vejo e não falo na frente da mãe.” (MED 1)

Para além dos conflitos, a família também pode agir como uma barreira à busca de auxílio por parte dos adolescentes. Em certos casos, os responsáveis podem não estar cientes dos sintomas ou das dificuldades enfrentadas pelo adolescente, ou podem minimizar a importância desses problemas. Isso pode dificultar o acesso do jovem aos serviços de apoio e tratamento adequados:

“São diversas situações, às vezes a própria família dificulta isso, não aceita ou não tem um olhar. A questão é que a gente como mãe tem muitos afazeres, a gente trabalha fora, e às vezes a mãe não quer olhar para o adolescente como verdadeiramente ele se encontra. Às vezes quer colocar ‘isso é fase, vai passar, não é nada disso’ e eu acho que isso dificulta. Se a família fosse mais presente, tivesse um olhar mais sensível para isso, eu acho que isso traria mais esse adolescente para gente ou para os dispositivos.” (ENF 1)

“A primeira barreira que eu acho são os familiares. [...] eles têm uma certa dificuldade para aceitar.” (ENF 3)

“A barreira é mais imposta pela família: que é trazer ela para o posto; trazer essa criança para a consulta. Isso é muito difícil.” (ACS 1)

“Não é fácil, mas seria mais isso: eles entenderem que é realmente um problema; eles buscarem ajuda. Porque eles banalizam, às vezes os pais falam assim: ‘tá com dengo’, ‘tem que ir para igreja. Esse menino saiu da igreja e tá assim agora’, ‘ele só pensa agora em jogar videogame’ e, assim, até os pais banalizam, quem dirá as crianças.” (MED 1)

A resistência na busca por ajuda, tanto por parte dos adolescentes, quanto pelos pais e familiares, pode estar associada a diversos fatores, porém o estigma

associado a transtornos mentais se destaca entre as possibilidades levantadas pelos participantes: *“Porque eles acham que o psicólogo e o psiquiatra só atendem maluco. Eu acho que na adolescência eles tem muito esse negócio de zoar, de ‘eu não posso, não vou não, isso é médico de maluco”* (ENF 3).

Um estudo desenvolvido no Rio Grande do Sul demonstrou que a preocupação dos adolescentes com o *bullying*, a associação estigmatizada da busca por assistência profissional com a “loucura” e a necessidade de um cuidado diferenciado se destacaram entre os resultados que se contrapõe a procura por auxílio, reforçando o estigma social como principal barreira de acesso aos serviços. O estudo se preocupou em demonstrar que o estereótipo não parte somente dos adolescentes, mas também de seus cuidadores. No estudo, as cuidadoras do sexo feminino (mães, avós, etc.) demonstraram maior receio em buscar ajuda devido ao preconceito associado ao profissional de saúde mental, enquanto cuidadores do sexo masculino (pais, avôs, etc.) estiveram mais preocupados com a repercussão social (MORAIS, 2008).

Corroborando com os achados deste estudo, destaca-se a fala da ACS 3, que vê uma das potencialidades da ESF, também como uma barreira:

“Eu acho que todo mundo morar na localidade às vezes dificulta um pouco, no caso da vergonha, porque os pais têm vergonha de levar o filho em qualquer lugar, e eles tem medo também. Ele tem um medo de descobrir o que realmente está acontecendo com aquele adolescente. [...] O pai ele tem aquele receio de vir e de como vai apresentar a situação. Às vezes tem medo do julgamento, porque é uma questão muito presente: o julgamento das pessoas.”

Contudo, mesmo diante dos desafios que a família pode representar ao manejo de adolescentes com suspeita de depressão, é importante ressaltar que o núcleo familiar é considerado um dos principais pilares do processo de recuperação e bem-estar do adolescente (BERTOLOTE *et al.*, 2020; FREITAS *et al.*, 2020). Embora existam casos em que a dinâmica familiar contribui para o surgimento ou agravamento dos sintomas, é fundamental reconhecer o potencial de transformação e apoio que a família pode oferecer. Ao envolver os pais e outros membros familiares de forma colaborativa, os profissionais de saúde têm a oportunidade de fortalecer o vínculo familiar, promover a compreensão mútua e fornecer orientações sobre estratégias

eficazes de suporte emocional, ao mesmo tempo que permite trabalhar na desconstrução de estigmas associados à depressão.

Buscando reduzir o impacto da atuação de pais e familiares enquanto barreiras e promover seus papéis enquanto rede de apoio, um dos participantes recomendou maior investimento da equipe multiprofissional na conscientização dos familiares sobre a depressão na adolescência:

“Conscientização de pais também, porque os pais acham que é normal, que é coisa da adolescência, que vai passar, e os filhos estão com conflitos precisando serem resolvidos. Eles vão se dar conta o que é aquele silêncio; aquela apatia dentro de casa. Eles não detectam aquilo como depressão, não conseguem. Eles vão se tocar que aquilo realmente era um transtorno mental; um quadro depressivo, quando eles já estão lá no pronto-socorro e já vendo a situação naquele grau tão avançado, aí eles percebem. Então acho que talvez conversar com os pais; conscientização de pais, que cada vez mais tem depressão na adolescência” (MED 2)

O envolvimento familiar é essencial no processo de tratamento, incentivando o adolescente a buscar apoio profissional e aderir ao tratamento recomendado para promover uma recuperação mais efetiva (MIRAGAIA, 2017). No entanto, assim como o adolescente, a família também é afetada no processo. Desta forma, para garantir um envolvimento familiar bem-sucedido, é fundamental que o profissional de saúde assuma um papel ativo, buscando parcerias com instituições governamentais e não governamentais que sejam capazes de apoiar economicamente, socialmente e psicologicamente o adolescente e sua família. Além disso, deve fornecer desde orientações adequadas, até o suporte assistencial que este familiar irá precisar, promovendo uma comunicação aberta, respeitando suas crenças e valores e envolvendo-a no plano de tratamento e acompanhamento do adolescente.

Além da família, a escola também emergiu nas falas dos participantes como um dos pilares fundamentais para o manejo de adolescente com suspeita de depressão, porém novamente enquanto rede de apoio à equipe de saúde.

A escola desempenha um papel significativo na vida dos adolescentes, não apenas como um ambiente de aprendizado, mas também como um espaço onde sinais de alterações comportamentais e/ou emotivas podem ser identificados (BERTOLOTE *et al.*, 2020). É na escola que ocorre o desenvolvimento do pensamento crítico e político dos estudantes, proporcionando um espaço propício para a

construção de valores pessoais, crenças, conceitos e formas de compreender o mundo ao seu redor, ao mesmo tempo em que exerce influência direta na produção social da saúde, participando ativamente na formação integral dos alunos (BRASIL, 2011a).

A equipe escolar acompanha de perto o desenvolvimento dos alunos, tornando-se capazes de identificar mudanças em seus padrões comportamentais, desempenhos acadêmicos e interações sociais. Portanto, a parceria entre a equipe da ESF e a escola deve ser altamente valorizada, pois juntos eles podem colaborar na identificação e encaminhamento adequado dos casos, como destacado por um dos participantes: *“A parceira da gente aqui é a escola, porque eles conseguem identificar muitos dos casos.”* (ENF 3).

De acordo com os relatos dos participantes, o período pós-pandemia tem sido marcado por um preocupante aumento no número de casos de depressão entre os adolescentes. Essa situação é agravada pelo retorno às aulas presenciais, que trouxe consigo uma série de desafios, como pode ser observado na fala abaixo:

“Depois da pandemia isso piorou. Eu vejo que as crianças estavam estudando, fazendo prova online e eles ficaram dois anos dessa forma, quando retornou para a escola foi abruptamente: um crescimento exponencial de crise de pânico, de ansiedade, depressão que estava leve e se tornou moderado e grave. Por quê? Eles estavam acostumados, ‘vou fazer prova, vou estudar mais ou menos e vou passar na prova’ e agora tudo voltou ao que era antes e eles não estavam acostumados com isso. Tinha diminuído o bullying, agora voltou para a escola e piorou.” (MED 1)

Apesar de ainda não haver estudos provando o aumento dos casos de violência e *bullying* nas escolas após a pandemia, há diversas notícias vinculadas a jornais eletrônicos que confirmam esse fato. Em entrevista para a CNB, a psicopedagoga e conselheira da Associação Brasileira de Psicopedagogia, Quézia Bombonato, apontou um aumento de 221% em ações de gangues, 48% em agressão física, 52% em ameaças e 77% em *bullying* no primeiro trimestre de 2022 em São Paulo, quando comparado ao mesmo período de 2019 (BOMBONATTO, 2022).

Diante das sugestões para aprimorar o manejo de adolescentes com suspeita de depressão, parte dos entrevistados destacaram a importância das ações se iniciarem no ambiente escolar, dada sua capacidade de identificação precoce da sintomatologia depressiva. A escola é vista como um local privilegiado para

observação do comportamento dos adolescentes, pois possibilita o contato frequente e direto entre os alunos e a equipe educacional. Essa proximidade proporciona uma oportunidade única para identificar alterações no padrão comportamental e no emocional desses estudantes (BERTOLOTE *et al.*, 2020). Assim, a partir desta identificação, é possível encaminhar o adolescente para avaliação e suporte adequados, permitindo uma intervenção precoce e eficaz no enfrentamento da depressão.

“Eu acho que deveria partir da escola [a mudança], no meu ponto de vista, porque é ali que o adolescente está todo dia. Então assim a gente pega outros casos, não só de depressão e ansiedade. A gente tem muito paciente que se automutila, a gente tem muitos casos de abuso, tem várias situações, e eu acho a escola muito importante, [mas] hoje eu vejo que não funciona, sabe? Esse adolescente sofre o bullying, e ele não tem um amparo da escola. Eu acho que isso deveria começar na escola, ter um psicólogo na escola; deveria ter um suporte, mas eu vejo que eles não têm esse suporte na escola, tanto a família, quanto adolescente. E eu acho que isso se perde muito.” (ENF 1)

“O adolescente, sofre muito bullying [...] Acho que deveria ter mais palestras sobre isso, ainda mais da saúde na escola; falar sobre isso.” (TEC 1)

“As crianças e adolescentes passam muito tempo dentro da escola, então a avaliação também tem que ser dentro da escola. Uma psicóloga dentro da escola é muito importante para tratar esse aluno.” (ACS 1)

Por fim, para que seja possível uma abordagem efetiva no ambiente escolar, é fundamental capacitar, não somente os profissionais da saúde, mas também a equipe de educadores:

“Por isso que tem que capacitar. Não é qualquer pessoa que entra, que vai educar dentro da escola. Ele tem que ser capacitado. É um processo muito grande, não fica só no posto; não fica só no agente comunitário, mas também as escolas, porque as escolas são quem acolhe as crianças.” (ACS 1)

Cabe ressaltar que as falas dos participantes evidenciam a relevância do PSE, mesmo que este não tenha sido mencionado explicitamente. Através da capacitação proporcionada pelo programa, é possível estabelecer uma colaboração efetiva entre profissionais de saúde e educadores, resultando em um ambiente escolar mais

saudável e acolhedor (BRASIL, 2011a). Quando capacitados, os educadores se tornam mais propensos a observar as situações de vulnerabilidade emocional dos adolescentes, encaminhando-os para os serviços de saúde apropriados. Além disso, a capacitação abrange a promoção de palestras, atividades educativas e a implementação de medidas preventivas, como a conscientização sobre *bullying* e violência escolar. Dessa forma, o PSE desempenha um papel crucial para fortalecer esta rede de apoio.

Mediante o exposto, considerando que a família e a escola são os principais contextos de convivência dos adolescentes, essas esferas desempenham um papel fundamental na promoção da saúde mental (BERTOLOTE *et al.*, 2020). Portanto, é essencial que esses dois pilares sejam fortalecidos e que trabalhem em conjunto com a ESF, possibilitando, assim, a criação de uma rede de apoio efetiva, que favoreça o desenvolvimento integral e o bem-estar dos adolescentes. No entanto, utilizá-los como única fonte de suporte, não lhes garantindo também o apoio necessário, pode ser visto como uma transferência de responsabilidade, já que este é um dever conjunto da equipe da ESF, dos setores governamentais, não governamentais e da sociedade como um todo.

O Ministério da Saúde reforça em sua obra, que parte em defesa do cuidado e proteção dos adolescentes, a importância de os profissionais buscarem ter iniciativa em estabelecer parcerias com instituições que fazem parte da rede de apoio secundária deste público (como escolas, igrejas, ONGs, associações, grupos de jovens, dentre outras), visto que o adolescente nem sempre irá buscar por ajuda. Em complemento, ainda destaca a relevância de uma postura acolhedora, consciente, proativa, alerta e sensível frente as violências que podem atingir estes jovens (BRASIL, 2018).

Entendendo que o papel que a mãe e a escola não lhes cabem exclusivamente, esta recomendação pode ajudar o cenário vigente. O desconhecimento da existência de órgãos privados e não governamentais para o cuidado do adolescente com suspeita de pressão e a dificuldade em atender ao matriciamento, denotam tanto que não há uma rede de apoio efetiva para as equipe de saúde e familiares dos adolescentes, quanto esclarecem a importância de se investir: em capacitações para os profissionais e gestores de todas as instituições que compõe a RAPS; na criação de protocolos conjuntos de atendimento para os adolescentes e seus familiares; na ampliação, efetivação e controle da interoperacionalidade das políticas públicas de

saúde; bem como em estimular a participação dos gestores, setores governamentais e não governamentais e da sociedade em decisões voltadas a estruturação de uma rede de apoio ativa.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do primeiro e segundo objetivos específicos desta dissertação, que visaram identificar as potencialidades e dificuldades vivenciadas pelos profissionais da ESF no reconhecimento do adolescente com situação clínica sugestiva de depressão e descrever a abordagem realizada por esses profissionais junto aos adolescentes com quadro clínico sugestivo de depressão, é possível, por meio dos resultados alcançados, traçar considerações e reflexões importantes.

Os resultados desta pesquisa apontaram que, apesar das potencialidades identificadas, como o vínculo estabelecido pelos profissionais de saúde com os adolescentes e a presença da ESF como referência no cuidado integral, existem desafios significativos para o manejo adequado de casos sugestivos de depressão na adolescência. Dentre as dificuldades relatadas pelos participantes, destacam-se: a falta de capacitação específica em saúde mental, a escassez de recursos e profissionais especializados, a sobrecarga de trabalho e a falta de articulação entre os serviços de saúde.

Durante a pesquisa, constatou-se o cumprimento parcial das exigências para um manejo adequado das situações sugestivas de depressão na adolescência. Embora os profissionais da ESF demonstrem sensibilidade e se sintam aptos para reconhecer os sinais e sintomas da depressão nesse público, existe uma dependência quase que total da família e da escola para identificar tais casos. A abordagem multidisciplinar, apesar de valorizada, enfrenta desafios para ser efetivamente aplicada na prática, especialmente no que diz respeito ao matriciamento. Além disso, evidenciou-se a falta de capacitação específica em saúde mental para os profissionais, a necessidade de maior investimento em programas voltados ao adolescente e de expansão das parcerias da ESF com a equipe escolar. Portanto, embora alguns aspectos sejam atendidos, ainda é necessário investir no fortalecimento da rede de atenção à saúde mental, capacitando seus profissionais e ampliando programas e estratégias de apoio já existentes.

No que tange o último objetivo específico que se consistiu em analisar a existência de uma rede de atenção à saúde mental para apoio das equipes e famílias dos adolescentes com sintomatologia sugestiva de depressão, os resultados demonstram que ainda não há uma rede de apoio efetiva, destacando a relevância de capacitar os profissionais e gestores da RAPS, de criar protocolos conjuntos de

atendimento e fortalecer as políticas públicas de saúde vigentes, ampliando as redes de apoio ao familiar e à equipe de saúde.

Sendo assim, diante do cumprimento dos objetivos propostos, esta dissertação foi capaz de atingir seu objetivo geral, contribuindo para uma melhor compreensão do manejo de casos suspeitos de depressão na adolescência pela ESF em um município de pequeno porte do Estado do Rio de Janeiro (Apêndice D), evidenciando, por meio desta, a importância de aprimorar as práticas de cuidado e de fortalecer a RAPS.

Quanto às limitações do estudo, por ter sido desenvolvimento em um município de pequeno porte, os resultados podem apresentar limitações no que tange a sua generalização para municípios de maior porte ou em outros contextos. Além disso, por se tratar de uma pesquisa qualitativa, entende-se que seus resultados podem ter sido influenciados por vieses de desejabilidade social, o que pode ter levado os participantes a fornecerem respostas que fossem socialmente desejáveis ou conformes com as expectativas da pesquisa.

Todavia, apesar das limitações, os achados são capazes de traçar a realidade da ESF no que tange o manejo de adolescentes com suspeita de depressão no município de Iguaba Grande, contribuindo para a identificação dos desafios enfrentados e as lacunas no conhecimento dos profissionais, possibilitando, assim, direcionar ações e políticas públicas voltadas para a promoção da saúde mental dos adolescentes e para a melhoria do cuidado ofertado no SUS.

Por fim, é importante reconhecer que ainda existem lacunas de conhecimento que precisam ser abordadas em futuras pesquisas. Neste estudo, foram exploradas as experiências e percepções dos profissionais da ESF, mas é necessário aprofundar a compreensão das vivências dos adolescentes e suas famílias em relação ao manejo da depressão. Além disso, é fundamental investigar a eficácia das abordagens adotadas pela ESF no cuidado aos adolescentes com depressão e avaliar a existência de uma rede de atenção à saúde mental que ofereça suporte adequado às equipes e famílias.

REFERÊNCIAS

ABP *et al.* **Diretrizes para um modelo de atenção integral em saúde mental no Brasil**. Rio de Janeiro: ABP, 2014.

ABRAMOVITCH, S.; ARAGÃO, L. O. C. Depressão na infância e adolescência. **Rev. Hosp. Uni. Pedro Ernesto**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 41-46, abr/jun. 2011. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistahupe/article/view/8851>. Acesso em: 6 nov. 2020.

ALEXANDRE, C. *et al.* **Algumas palavras... sobre rede de apoio**. Brasília: Instituto Federal de Brasília, 2020. Disponível em: <https://www.ifb.edu.br/reitori/24798-algumas-palavras-sobre-rede-de-apoio>. Acesso em: 30 jun. 2023.

ALMEIDA, R. S. *et al.* Transtornos de humor. *In*: ALMEIDA, R. S. *et al.* **Saúde Mental da criança e do adolescente**. 2. ed. Barueri, SP: Manole, 2019. p. 84-91.

AMARANTE, P (Coord.). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1998. DOI: 10.7476/9788575413357. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/s2xwj>. Acesso em: 18 abr. 2022.

ANDRADE, S. L. E. *et al.* Structure of social networks of people living with HIV and AIDS. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 56, e20210525, 2022. DOI: 10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0525. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/NvhfTCTDhqM5YRwK74sSdTM/?lang=en>. Acesso em: 2 jul. 2023.

APA. **DSM-5 - Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ARAÚJO, A. F. Percepção dos estilos educativos parentais e ajustamento psicológico do adulto: comparação entre indivíduos com e sem perturbações depressivas. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, São Paulo, v. 12, n. 24, p. 215-227, 2002. DOI: 10.1590/s0103-863x2002000300010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/paideia/a/HsvFH3mPvhLMpc4hHNsdxmJ/?lang=pt>. Acesso em 7 jun. 2023.

ARBEX, D. **Holocausto brasileiro**. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

ASSUNÇÃO, A. A.; LIMA, E. P.; GUIMARÃES, M. D. C. Transtornos mentais e inserção no mercado de trabalho no Brasil: um estudo multicêntrico nacional. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 3, e00166815, 2017. DOI: 10.1590/0102-311X00166815. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/GkKcDNKW7nk4NPQYjgSjF4G/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 18 abr. 2022.

BAHLS, S. C. Aspectos clínicos da depressão em crianças e adolescentes. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 78, n. 5, p. 359-366, 2002. DOI: 10.1590/S0021-75572002000500004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jped/a/XNZvJXVVDXtP9xm6ddZbsWg/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 29 set. 2021.

BAHLS, S. C. Medicamentos antidepressivos e insônia. **Temas: Teoria e Prática do Psiquiatra**, São Paulo, v. 32, n. 62-63, p. 138-144, 2002(a).

BAPTISTA, M. N.; BORGES, L.; SERPA, A. L. O. Gender and age-related differences in depressive symptoms among Brazilian children and adolescents. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 27, n. 68, p. 290-297, set./dez. 2017. DOI: 10.1590/1982-43272768201706. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/paideia/a/CWJCSpdSGMdscxRqMW4qCtv/?lang=en#>. Acesso em: 15 set. 2023.

BAPTISTA, M. N.; SOUZA, M. S.; ALVES, G. A. S. Evidências de validade entre a Escala de Depressão (EDEP), o BDI e o Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF). **Psico-USF**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 211-220, jul./dez. 2008. DOI: 10.1590/S1413-82712008000200008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pusf/a/9H4cnPgSkJ538Jh7MLRQ63n/?lang=pt>. Acesso em: 16 abr. 2022.

BARBOSA, S. M. M. L. *et al.* Prevalência de sonolência diurna excessiva e fatores associados em adolescentes da coorte RPS, em São Luís (MA). **Rev. Bras. Epidemiol.**, Rio de Janeiro, v. 23, e200071, 2020. DOI: 10.1590/1980-549720200071. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/QvDWDcVCxnNPW3csxYLmJHn/?lang=pt>. Acesso em: 16 abr. 2022.

BATISTA, M. D.; MARANHÃO, T. L. G.; OLIVEIRA, G. F. Suicídio em jovens e adolescentes: uma revisão acerca do comportamento suicida, sua principal causa e considerações sobre as formas de prevenção. **Id on Line Revista Multidisciplinar e de Psicologia**, Ceará, v. 12, n. 40, p. 705-719, 2018. Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/1152/0> Acesso em: 14 out. 2020.

BECK, A. *et al.* Screening for depression in children and adolescents: a protocol for a systematic review update. **Systematic Reviews**, Londres, v. 10, n 24, 2021. DOI: 10.1186/s13643-020-01568-3. Disponível em: <https://systematicreviewsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13643-020-01568-3>. Acesso em: 15 abr. 2022.

BELL, V. *et al.* What is the functional/organic distinction actually doing in psychiatry and neurology?. **Wellcome Open Res**, Inglaterra, v. 5, 138, 2020. DOI: 10.12688/wellcomeopenres.16022.1. Disponível em: <https://wellcomeopenresearch.org/articles/5-138>. Acesso em: 30 jun. 2023.

BERNARDINELLI, A. J. *et al.* Fatores de risco associados a sintomas depressivos em adolescentes de um município de pequeno porte. **Research, Society and Development**, São Paulo, v. 10, n. 4, e49210414315, 2021. DOI: 10.33448/rsd-

v10i4.14315. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/14315>. Acesso em: 17 abr. 2022.

BERTOLETE, J. M. *et al.* **O papel da família na promoção da saúde mental**. Brasília: Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, 2020.

BICKHAM, D. S.; HSWEN, Y.; RICH, M. Media use and depression: exposure, household rules, and symptoms among young adolescents in the USA. **Int J Public Health**, Suíça, v. 60, p. 147-155, 2015. DOI: 10.1007/s00038-014-0647-6. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00038-014-0647-6>. Acesso em: 15 abr. 2022.

BLASCO, P. G.; LEVITES, M. R.; MONACO, C. Quase metade dos pacientes com depressão grave tem recidivas num período de seis anos. **Diagn Tratamento**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 62-63, 2012. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1413-9979/2012/v17n2/a3020.pdf>. Acesso em: 18 abr. 2022.

BOLSONI, L. M. **Avaliação da fidedignidade e validade do MINI – Rastreo de Transtornos Mentais (MINI-RTM)**. 2016. Dissertação (Mestrado em Saúde Mental) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016. DOI: 10.11606/D.17.2016.tde-27072016-160034. Disponível em: https://teses.usp.br/teses/disponiveis/17/17148/tde-27072016-160034/publico/LIVIAMARIABOLS_ONIOrig.pdf. Acesso em: 19 abr. 2022.

BOMBONATTO, Q. **O impacto da pandemia no aumento de casos de violência nas escolas paulistas**. CBN, São Paulo, 11 abr. 2022. Disponível em: <https://cbn.globoradio.globo.com/media/audio/372291/o-impacto-da-pandemia-no-aumento-de-casos-de-viole.htm>. Acesso em 7 jun. 2023.

BONADIMAN, C. S. C. *et al.* Depressive disorders in Brazil: results from the Global Burden of Disease Study 2017. **Population Health Metrics**, Londres, v. 18, suppl. 1, 6, 2020. DOI: 10.1186/s12963-020-00204-5. Disponível em: <https://pophealthmetrics.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12963-020-00204-5>. Acesso em: 16 abr. 2022.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 2, 09 abr. 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: equipe de referência e apoio matricial. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004 (a).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS**: os centros de atenção psicossocial. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004(b).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**: Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília, DF: OPAS, 2005. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf. Acesso em: 14 abr. 2022.

_____. **Revista CREAS**: Centro de Referência Especializado de Assistência Social. Ano 2, n. 1. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2008.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Orientações Técnicas**: Centro de Referência de Assistência Social – CRAS. Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Primária**: Rastreamento. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. 5. reimp. Brasília: Ministério da Saúde, 2010(a).

_____. Ministério da Saúde. **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília, DF: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Passo a passo PSE**: Programa Saúde na Escola: tecendo caminhos da intersetorialidade. Brasília: Ministério da Saúde, 2011(a).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Conheça a RAPS - Rede de Atenção Psicossocial**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/conheca_raps_rede_atencao_psicossocial.pdf. Acesso em: 15 abr. 2022.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica**: Saúde mental. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013(a).

_____. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades

decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 96, p. 37-38, 21 maio 2013(b).

_____. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 12, p. 59, 13 junho 2013(c).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014.

_____. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. 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). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 183, p. 68, 22 set. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Proteger e cuidar da saúde de adolescentes na atenção básica**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018.

_____. Presidência da República. Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018. Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 15 ago. 2018(a). Seção 1, p. 59.

_____. Ministério da Saúde. **Depressão**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/d/depressao-1>. Acesso em: 7 abr. 2022.

_____. Ministério da Saúde. **E-Gestor Atenção Básica**: cobertura da PSF: julho 2020. Brasília: Ministério da Saúde, 2021(a). Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>. Acesso em: 30 set. 2021.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Mortalidade por suicídio e notificações de lesões autoprovocadas no Brasil. **Boletim Epidemiológico**, Brasília, v. 52, n. 33, set. 2021(b). Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/boletins-epidemiologicos/edicoes/2021/boletim_epidemiologico_svs_33_final.pdf. Acesso em: 15 abr. 2022.

BRAUN, V.; CLARKE, V. Thematic analysis. In: COOPER, H. et al. (Eds.). **APA handbook of research methods in psychology, Vol. 2**. Research designs: Quantitative, qualitative, neuropsychological, and biological. Washington: American Psychological Association, 2012. p. 57-71. DOI: 10.1037/13620-004. Disponível em: <https://psycnet.apa.org/record/2011-23864-004>. Acesso em: 15 abr. 2022.

BRITO, M. F. S. F. *et al.* Fatores associados ao estilo de vida de estudantes do ensino médio de escolas públicas. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Rio Grande do Sul, v. 40, e20180168, 2019. DOI: 10.1590/1983-1447.2019.20180168. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/6R7RYsmWdpLJbcb7YMMwDYN/?lang=pt>. Acesso em: 15 abr. 2022.

CALDERANO, R. S. S.; CARVALHO, C. V. Depressão na infância: um estudo exploratório. **Psicologia em estudo**, Maringá, v. 10, n. 2, p. 181-189, 2005. DOI: 10.1590/S1413-73722005000200004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pe/a/JLzrCdvLvXmStGxKhrrnBdvn/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 15 abr. 2022.

CALEAR, A. L.; GRIFFITHS, K. M.; CHRISTENSEN, H. Personal and perceived depression stigma in Australian adolescents: Magnitude and predictors. **Journal of Affective Disorders**, Holanda, v. 129, n. 1-3, p. 104-108, mar. 2011. DOI: 10.1016/j.jad.2010.08.019. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032710005549>. Acesso em: 7 abr. 2022.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad Saude Publica**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007. DOI: 10.1590/s0102-311x2007000200016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/VkBG59Yh4q3t6n8ydyjMRCQj>. Acesso em: 8 jun. 2023.

CARDOSO, R. A. B. **Depressão na adolescência**: consequências e possíveis intervenções. 2018. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Psicologia) – Centro Universitário de Anápolis, Anápolis, 2018. Disponível em: <http://repositorio.aee.edu.br/bitstream/aee/1162/1/DEPRESSA%cc%83O%20NA%20ADOLESCENTE%cc%82NCIA-%20MODELO%20FINAL.pdf>. Acesso em: 8 abr. 2022.

CARVALHO, A. P. C.; NOGUEIRA, A. M. T. **Proposta de intervenção para aprimorar a atenção à saúde mental dos adolescentes da área de abrangência da ESF- Antônio de Sousa Brito, São José do Divino-PI**. 2021. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família e Comunidade) – Universidade Federal do Piauí, Piauí, 2021. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/24111>. Acesso em: 14 abr. 2022.

CEARÁ (Estado). **Plano de ação da rede de atenção psicossocial da região de saúde do Cariri RAPS**. Ceará: Secretaria de Saúde, 2022.

CERVO, A. L.; BEVIAN, P. A.; SILVA, R. **Metodologia científica**. 6. ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2006.

CIPRIANI, A. *et al.* Comparative efficacy and tolerability of antidepressants for major depressive disorder in children and adolescents: a network meta-analysis. **Lancet**, Londres, v. 388, n. 10047, p. 881-890, ago. 2016. DOI: 10.1016/S0140-

6736(16)30385-3. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(16\)30385-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)30385-3/fulltext). Acesso em: 18 abr. 2022.

COELHO, C. L. S. *et al.* Higher prevalence of major depressive symptoms in Brazilians aged 14 and older. **Braz. J. Psychiatry**, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 142-149, abr./jun. 2013. DOI: 10.1590/1516-4446-2012-0875. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbp/a/gGznDdzfwB8TBJYxpn99yHF/?lang=en>. Acesso em: 16 abr. 2022.

COELHO, V. F. **Acolhimento em saúde mental na unidade básica**: uma revisão teórica. 2010. 31f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010.

COIMBRA, V. C. C. **Avaliação do cuidado em saúde mental na estratégia saúde da família**. 2007. 299 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

COSTA, C. M. *et al.* O sofrimento psíquico das famílias e as abordagens territoriais no SUS: uma análise das memórias da práxis dos trabalhadores. *In*: FERNADES, A. D. S. A. *et al.* (org.). **Saúde Mental de crianças e adolescentes e atenção psicossocial**. Santana de Parnaíba, SP: Manole, 2021. p. 222-240.

COSTA, M. I. S.; LOTTA, G. S. De “doentes mentais” a “cidadãos”: análise histórica da construção das categorias políticas na saúde mental no Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, suppl. 2, p. 3467-3479, 2021. DOI: 10.1590/1413-81232021269.2.22712019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/CJzrn5mCHqpRvXQ3xybXQ6P/?lang=pt>. Acesso em: 14 abr. 2022.

COSTA, R. F. *et al.* Adolescent support networks in a health care context: the interface between health, family and education. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 49, n. 5, p. 741-747, 2015. DOI: 10.1590/s0080-623420150000500005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/NDnrtphzt37dvMJ6DgMdZXQ/?lang=en>. Acesso em 7 jun. 2023.

COUTINHO, M. P. L. **Depressão Infantil**: uma abordagem psicossocial. João Pessoa: Universitária, 2001.

CRUZ NETO, J. *et al.* Análise retrospectiva do paciente com depressão assistido em serviço especializado de saúde mental. **Research, Society and Development**, São Paulo, v. 10, n. 4, e45110414246, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i4.14246. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/14246>. Acesso em: 7 abr. 2022.

DAMOUS, I.; ERLICH, H. O ambulatório de saúde mental na rede de atenção psicossocial: reflexões sobre a clínica e a expansão das políticas de atenção primária. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 911-932, 2017. DOI: 10.1590/s0103-

73312017000400004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/fQd9GvrXsXncBLpJLLqxv8H/?lang=pt>. Acesso em: 8 jun. 2023.

DARÉ, P. K.; CAPONI, S. N. Cuidado ao indivíduo com depressão na atenção primária em saúde. **Estudos Contemporâneos da Subjetividade**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 12-24, 2017. Disponível em: <http://www.periodicoshumanas.uff.br/ecos/article/view/1858>. Acesso em: 10 abr. 2022.

DATTANI, S.; RITCHIE, H.; ROSER, M. **Mental health: depression**. Oxford, UK: Oxford Martin School, 2021. Disponível em: <https://ourworldindata.org/mental-health#depression>. Acesso em: 7 abr. 2022.

DEL PORTO, J. A. Conceito e diagnóstico. **Braz. J. Psychiatry**, São Paulo, v. 21, suppl. 1, p. SI6-SI11, maio 1999. DOI: 10.1590/S1516-44461999000500003. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbp/a/dwLyt3cv3ZKmKMLXv75Tbxn/?lang=pt>. Acesso em: 30 mar. 2022.

DESSEN, M. A.; POLONIA, A. C. A família e a escola como contextos de desenvolvimento humano. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 36, p. 21-32, abr. 2007. DOI: 10.1590/s0103-863x2007000100003. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/paideia/a/dQZLxXCSTNbWg8JNGRcV9pN/#>. Acesso em: 3 jul. 2023.

DIMOV, T.; LAZZAROTTO, P. A função terapêutica do conviver e do brincar: o dispositivo da ambiência nos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis. In: FERNANDES, A. D. S. A. *et al.* (org.). **Saúde Mental de crianças e adolescentes e atenção psicossocial**. Santana de Parnaíba, SP: Manole, 2021. p. 141-154.

DUNCAN, B. B. *et al.* (org.) **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

DZHAMBOV, A. M. Residential green and blue space associated with better mental health: a pilot follow-up study in university students. **Archives of Industrial Hygiene and Toxicology**, Croácia, v. 69, n. 4, p. 340-349, 2019. DOI: 10.2478/aiht-2018-69-3166. Disponível em: <https://www.sciendo.com/article/10.2478/aiht-2018-69-3166>. Acesso em: 17 abr. 2022.

FERNANDES, A. D. S. A.; TAÑO, B. L.; MASTSUKURA, T. S. O cuidado em saúde mental infanto-juvenil na atenção básica à saúde: singularidades territoriais. In: FERNANDES, A. D. S. A. *et al.* (org.). **Saúde Mental de crianças e adolescentes e atenção psicossocial**. Santana de Parnaíba, SP: Manole, 2021. p. 204-221.

FIOCRUZ. **Depressão: OMS lança campanha para que mais pessoas busquem ajuda**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2017. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/depressao-oms-lanca-campanha-para-que-mais-pessoas-busquem-ajuda>. Acesso em: 30 mar. 2022.

FLECK, M. *et al.* Diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão (versão integral). **Braz. J. Psychiatry**, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 114-122, 2003. DOI: 10.1590/S1516-44462003000200013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbp/a/zF73qjhhGdpPx8jNkZM34vf/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 11 abr. 2022.

FONSECA, D. C. **Os profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) e a construção de sentidos sobre adolescência**. 2008. Tese (Doutorado em Psicologia Social) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2008. Disponível em: <https://repositorio.pucsp.br/jspui/handle/handle/17302>. Acesso em: 14 abr. 2022.

FORLIM, B. G.; STELKO-PEREIRA, A. C.; WILLIAMS, L. C. A. Relação entre bullying e sintomas depressivos em estudantes do ensino fundamental. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 31, n. 3, p. 367-375, jul./set. 2014. DOI: 10.1590/0103-166x2014000300005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/estpsi/a/3qhXySxhdhDWZ9rXyfgLXkh/?lang=pt>. Acesso em: 15 abr. 2022.

FORTIM, I.; ARAUJO, C. A. Aspectos psicológicos do uso patológico de internet. **Bol. - Acad. Paul. Psicol.**, São Paulo, v. 33, n. 85, p. 292-311, dez. 2013. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-711X2013000200007. Acesso em: 13 abr. 2022.

FREITAS, G. V. S.; BOTEAGA, N. J. Gravidez na adolescência: prevalência de depressão, ansiedade e ideação suicida. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 48, n. 3, p. 245-249, 2002. DOI: 10.1590/S0104-42302002000300039. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ramb/a/KLLN46j6JSRnX7hR7YQbnPg/?lang=pt>. Acesso em: 18 abr. 2022.

FREITAS, P. M. *et al.* Influência das relações familiares na saúde e no estado emocional dos adolescentes. **Revista Psicologia e Saúde**, Campo Grande, v. 12, n. 4, p. 95-109, 2020. DOI: 10.20435/pssa.vi.809. Disponível em: <https://pssaucdb.emnuvens.com.br/pssa/article/view/809>. Acesso em 7 jun. 2023.

FU, Q. Communal space and depression: a structural-equation analysis of relational and psycho-spatial pathways. **Health & Place**, Oxford, v. 53, p. 1-9, set. 2018. DOI: 10.1016/j.healthplace.2018.06.007. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1353829217311012>. Acesso em: 13 abr. 2022.

GARCIA, G. Y. C.; SANTOS, D. N.; MACHADO, D. B. Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil no Brasil: distribuição geográfica e perfil dos usuários. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 12, p. 2649-2654, dez. 2015. DOI: 10.1590/0102-311X00053515. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/Wf5Y4NLQqSZhWhT43j5NQ3y/?lang=pt>. Acesso em: 14 abr. 2022.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6. ed. São Paulo: Editora Atlas S.A., 2008.

GOMES, G. C. *et al.* Qualidade de sono e sua associação com sintomas psicológicos em atletas adolescentes. **Rev. Paul. Pediatr.**, São Paulo, v. 35, n. 3, p. 316-321, jul./set. 2017. DOI: 10.1590/1984-0462/2017;35;3;00009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rpp/a/7CxdWDvSLgrXJ5gTRPrNcLR/?lang=pt>. Acesso em: 16 abr. 2022.

GOMES, J. P.; GASPAR, D. M. A origem da depressão: Teorias sobre o desconhecido. **IV simpósio de pesquisa em ciências médicas**, Ceará, 30 de dezembro de 2018. Disponível em: <http://docplayer.com.br/122856582-A-origem-da-depressao-teorias-sobre-o-desconhecido-joyce-de-pontes-gomes-1-ic-danielle-mace-do-gaspar-pq-2-1.html> Acesso em: 15 ago. 2020.

GONÇALVES, D. A. *et al.* **Cartão Babel de Saúde Mental na Atenção Básica**. Rio de Janeiro: CEPESC, 2009. Disponível em: https://moodle.unasus.gov.br/vitrine29/pluginfile.php/25043/mod_resource/content/7/Cartão_babel.pdf. Acesso em: 30 jun. 2023.

GUIMARÃES, D. A. *et al.* Dificuldades no trabalho em saúde mental: percepção de trabalhadores do núcleo de apoio à saúde da família na macrorregião oeste de minas gerais. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 33, e33052, 2023. DOI: 10.1590/s0103-7331202333052. Disponível em: https://www.scielo.br/j/physis/a/xb6N4NKkwK9x4c_hdPCSD3PM/. Acesso em: 7 jun. 2023.

GUSMÃO, A. B. *et al.* Tratamento da depressão infantil: atuação multiprofissional do psicólogo e farmacêutico. **Temas em Saúde**, João Pessoa, v. 20, n. 1, 2020. Disponível em: <https://temasemsaude.com/wp-content/uploads/2020/02/20125.pdf> Acesso em: 26 ago. 2020.

HETRICK, S. E. *et al.* Newer generation antidepressants for depressive disorders in children and adolescents. **Cochrane Database Syst Rev.**, Oxford, v. 11, CD004851, 2012. DOI: 10.1002/14651858.CD004851.pub3. Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD004851.pub3/full>. Acesso em: 18 abr. 2022.

HUNG, C.; LIU, C.; YANG, C. Untreated duration predicted the severity of depression at the two-year follow-up point. **PLoS One**, California, v. 12, n. 9, e0185119, 2017. DOI: 10.1371/journal.pone.0185119. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0185119>. Acesso em: 18 abr. 2022.

IBGE. **Iguaba Grande**: panorama: população. Rio de Janeiro: IBGE, 2017. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rj/iguaba-grande/panorama>. Acesso em: 30 set. 2021.

IBGE. **Indicadores sociais municipais**: uma análise dos resultados do universo do censo demográfico 2010. Rio de Janeiro: IBGE, 2011. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv54598.pdf>. Acesso em: 1º set. 2021.

IGUABA GRANDE (RJ). **Flore'ser reúne profissionais e pacientes para debater sobre doenças raras**. Rio de Janeiro: Prefeitura de Iguaba Grande, 2020. Disponível em: <https://iguaba.rj.gov.br/floreser-reune-profissionais-e-pacientes-para-debater-sobre-doencas-raras/>. Acesso em: 10 jun. 2023.

IGUABA GRANDE (RJ). Prefeitura Municipal. **Iguaba Grande**: conheça a história. Rio de Janeiro: Prefeitura Municipal de Iguaba Grande, [2021]. Disponível em: <https://iguaba.rj.gov.br/sobre-a-cidade/>. Acesso em: 30 set. 2021.

IGUABA GRANDE (RJ). **Relatório de cadastro individual**: e-SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2023.

KANTORSKI, L. P. *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, e1890014, 2017. DOI: 10.1590/0104-07072017001890014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/rL9BBwKqvThnh8VmJ7XympF/?lang=pt>. Acesso em: 14 abr. 2022.

KESSLER, R. C. *et al.* Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. **Arch Gen Psychiatry.**, Illinois, v. 62, n. 6, p. 593-602, 2005. DOI: 10.1001/archpsyc.62.6.593. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/208678>. Acesso em: 12 abr. 2022.

KRAUS, C. *et al.* Prognosis and improved outcomes in major depression: a review. **Transl Psychiatry**, Londres, v. 9, 127, 2019. DOI: 10.1038/s41398-019-0460-3. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s41398-019-0460-3>. Acesso em: 18 abr. 2022.

KUEHNER, C. Why is depression more common among women than among men?. **Lancet Psychiatry**, Londres, v. 4, n. 2, p. 146-158, fev. 2017. DOI: 10.1016/S2215-0366(16)30263-2. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366\(16\)30263-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366(16)30263-2/fulltext). Acesso em: 18 abr. 2022.

LEAL, B. M.; DE ANTONI, C. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): estruturação, interdisciplinaridade e intersetorialidade. **Aletheia**, Canoas, n. 40, p. 87-101, 2013. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942013000100008. Acesso em: 7 jun. 2023.

LEITE, L. M. L. **Eventos de vida estressantes vivenciados pelas mães e depressão infantil**. 2018. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade

Federal de Pernambuco, Recife, 2018. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/34336>. Acesso em: 17 set. 2021.

LEVINSON, D. F. The genetics of depression: a review. **Biological Psychiatry**, New York, v. 60, n. 2, p. 84-92, jul. 2006. DOI: 10.1016/j.biopsych.2005.08.024. Disponível em: [https://www.biologicalpsychiatryjournal.com/article/S0006-3223\(05\)01013-9/fulltext](https://www.biologicalpsychiatryjournal.com/article/S0006-3223(05)01013-9/fulltext). Acesso em: 17 abr. 2022.

LEVINSON, D. F.; NICHOLS, W. E. **Genetics of brain function**: major depression and genetics. California, CA: Stanford University School of Medicine, [2018]. Disponível em: <https://med.stanford.edu/depressiongenetics/mddandgenes.html>. Acesso em: 17 abr. 2022.

LOPES, C. S. *et al.* ERICA: prevalence of common mental disorders in brazilian adolescents. **Rev Saude Publica**, São Paulo, v. 50, n. 1, 14s, 2016. DOI: 10.1590/s01518-8787.2016050006690. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/vwSmjXbN4pDgqk8X7CTVdwC/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 7 jun. 2023.

LOPES, J. CAPSi é voltado para público infanto-juvenil com intenso sofrimento mental. **Secretaria de Saúde do Distrito Federal**, Brasília, 23 jul. 2021. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/w/capsi-e-voltado-para-publico-infanto-juvenil-com-intenso-sofrimento-mental>. Acesso em: 19 abr. 2022.

LOURENÇO, M. B.; SILVA, K. S.; BARBOSA, F. L. S. O Turnover dos profissionais de saúde na Estratégia Saúde da Família do Município de Rio Grande do Piauí-PI. **Research, Society and Development**, São Paulo, v. 10, n. 5, e30310514744, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i5.14744. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/14744>. Acesso em: 7 jun. 2023.

LU, W. Adolescent depression: national trends, risk factors, and healthcare disparities. **Am J Health Behav.**, Londres, v. 43, n. 1, p. 181-194, jan. 2019. DOI: 10.5993/AJHB.43.1.15. Disponível em: <https://www.ingentaconnect.com/content/png/ajhb/2019/00000043/00000001/art00015;jsessionid=10cp4t1koc890.x-ic-live-01>. Acesso em: 16 abr. 2022.

LUCHESE, R. *et al.* Saúde mental no Programa Saúde da Família: caminhos e impasses de uma trajetória necessária. **Cad Saude Publica**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 2033-2042, 2009. DOI: 10.1590/s0102-311x2009000900017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/VTbqXsz4SxCFPDTdkScyMzp/?lang=pt#>. Acesso em: 3 jul. 2023.

LYKOUROPOULOS, C. B.; PÉCKY, S. H. S. O que é um CAPSi?. *In*: LAURIDES-RIBEIRO, E.; LYKOUROPOULOS, C. B. **O CAPSi e o desafio da gestão em Rede**. São Paulo: Hucitec, 2016. p.87-99.

MACEDO, P. B.; SILVA, S. S. C.; TORRES, D. L. Intervenção com base no SDQ: uma revisão integrativa da literatura. **Mudanças - Psicologia da Saúde**, São Paulo, v. 30, n. 1, p. 53-61, 2022. Disponível em: <https://www.metodista.br/revistas/revistas-metodista/index.php/MUD/article/view/1036802>. Acesso em: 30 jun. 2023.

MAIA, J. L. F. **Análise da importância da Estratégia Saúde da Família na assistência à Saúde Mental**. 2011. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) – Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais, 2011. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2948.pdf>. Acesso em: 17 abr. 2022.

MALCHER, M. N. **A rede como suporte e apoio no cuidado em saúde mental**. Santa Catarina: CENAT, [2020]. Disponível em: <https://blog.cenatcursos.com.br/a-rede-como-suporte-e-apoio-em-saude-mental/>. Acesso em: 1º jul. 2023.

MARQUES, N. N. C. **Depressão em adolescentes e suas consequências**: uma revisão bibliográfica. 2014. Monografia (Bacharel em Enfermagem) – Faculdade de Ciências da Educação e Saúde, Centro Universitário de Brasília, Brasília, 2014. Disponível em: <https://repositorio.uniceub.br/jspui/handle/235/5663>. Acesso em: 15 abr. 2022.

MÁXIMO, G. C. **Aspectos sociodemográficos da depressão e utilização de serviços de saúde no Brasil**. 2010. Tese (Doutorado em Demografia) – Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010. Disponível em: <http://hdl.handle.net/1843/AMSA-8BCKKK>. Acesso em: 14 abr. 2022.

MELO, A. K.; SIEBRA, A. J.; MOREIRA, V. Depressão em adolescentes: revisão da literatura e o lugar da pesquisa fenomenológica. **Psicol., Ciênc. Prof.**, Brasília, v. 37, n. 1, p. 18-34, jan./mar. 2017. DOI: 10.1590/1982-37030001712014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/xxLzwTVJrHKW7fZkWhQwjJq/?lang=pt>. Acesso em: 17 abr. 2022.

MHA. **Depression In Teens**. Virgínia: MHA, c2022. Disponível em: <https://www.mhanational.org/depression-teens-0>. Acesso em: 3 abr. 2022.

MICHELON E SILVA, L. **Intersetorialidade em saúde mental**: uma revisão integrativa. 2015. 65f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2015.

MILIAUSKAS, C. R. *et al.* Community violence and internalizing mental health symptoms in adolescents: a systematic review. **BMC Psychiatry**, v. 22, 253, 2022. DOI: 10.1186/s12888-022-03873-8. Disponível em: <https://bmcpsy psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-022-03873-8> . Acesso em: 8 jun. 2023.

MIN, K. *et al.* Parks and green areas and the risk for depression and suicidal indicators. **Int J Public Health**, Suíça, v. 62, p. 647-656, 2017. DOI: 10.1007/s00038-017-0958-5. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00038-017-0958-5>. Acesso em: 17 abr. 2022.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 10. ed. São Paulo: HUCITEC, 2014.

MINAYO, M. C. S.; GOMES, S. F. D. R. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 27. ed. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2008.

MIRAGAIA, D. A. B. **Adesão Terapêutica na Adolescência**: dificuldades e como superá-las. 2017. 25f. Trabalho de Conclusão de Curso (Mestrado Integrado em Medicina) – Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, 2017.

MORAIS, C. A. **Saúde, doença mental e serviços de saúde na visão de adolescentes e seus cuidadores**. 2008. 165f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul, 2008.

MOURA, B. R.; LYKOUROPOULOS, C. B. Reflexões sobre a gestão de Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis. *In*: FERNADES, A. D. S. A. *et al.* (org.). **Saúde Mental de crianças e adolescentes e atenção psicossocial**. Santana de Parnaíba, SP: Manole, 2021. p. 126-140.

MÜLLER, M. R. **Competência Cultural no Matriciamento em Saúde Mental**. 2019. 187 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

MULLINS, N.; LEWIS, C. M. Genetics of depression: progress at last. **Curr Psychiatry Rep.**, Philadelphia, v. 19, 43, 2017. DOI: 10.1007/s11920-017-0803-9. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11920-017-0803-9>. Acesso em: 15 abr. 2022.

NANNI, V.; UHER, R.; DANESE, A. Childhood maltreatment predicts unfavorable course of illness and treatment outcome in depression: a meta-analysis. **Am. J. Psychiatry**, Virginia, v. 169, p. 141-151, 2012. DOI: 10.1176/appi.ajp.2011.11020335. Disponível em: <https://ajp.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.ajp.2011.11020335>. Acesso em: 15 abr. 2022.

NELSON, J. *et al.* Childhood maltreatment and characteristics of adult depression: meta-analysis. **British Journal of Psychiatry**, Londres, v. 201, p. 96-104, 2017. DOI: 10.1192/bjp.bp.115.180752. Disponível em: <https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/childhood-maltreatment-and-characteristics-of-adult-depression-metaanalysis/47E046BE5B2D45B3F936C60297AAA71C>. Acesso em: 15 abr. 2022.

NIMH. **Depression**. Maryland: NIMH, 2018. Disponível em: <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/depression>. Acesso em: 1º abr. 2022.

NIMH. **Major Depression**. Maryland: NIMH, 2022. Disponível em: <https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/major-depression>. Acesso em: 16 abr. 2022.

NUNES, M. O. *et al.* O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. **Cad Saude Publica**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1639-1646, 2002. DOI: 10.1590/s0102-311x2002000600018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/JKRYnBFxzhWvhjhtwVyxhtJ/?lang=pt#>. Acesso em: 3 jul. 2023.

OPAS. **Depressão**. Brasília, DF: OPAS, c2022. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/depressao>. Acesso em: 30 mar. 2022.

OPAS. **Saúde mental dos adolescentes**. Brasília, DF: OPAS, [2020]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/saude-mental-dos-adolescentes>. Acesso em: 17 abr. 2022.

PALOS, P. A. *et al.* Prácticas parentales y sintomatología depresiva en adolescentes. **Salud Ment**, México, v. 35, n. 1, p. 29-36, fev. 2012. Disponível em: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-3325201200010005. Acesso em: 13 abr. 2022.

PARANÁ. **CREAS - Institucional**. Paraná: Ministério Público, [2012]. Disponível em: https://crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/suas/creas/creas_institucional.pdf. Acesso em: 2 jul. 2023.

PATIAS, N. D.; SILVA, D. G.; DELL'AGLIO, D. D. Exposição de adolescentes à violência em diferentes contextos: relações com a saúde mental. **Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto, v. 24, n. 1, p. 205-218, 2016. DOI: 10.9788/tp2016.1-14. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2016000100010. Acesso em: 8 jun. 2023.

PATTON, G. C. *et al.* The prognosis of common mental disorders in adolescents: a 14-year prospective cohort study. **Lancet**, Londres, v. 383, n. 9926, p. 1404-1411, abr. 2014. DOI: 10.1016/S0140-6736(13)62116-9. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(13\)62116-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(13)62116-9/fulltext). Acesso em: 11 abr. 2022.

PIZZINATO, A. *et al.* Análise da rede de apoio e do apoio social na percepção de usuários e profissionais da proteção social básica. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 23, n. 2, p. 145-156, 2018. DOI: 10.22491/1678-4669.20180015. Disponível em:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2018000200006. Acesso em: 2 jul. 2023.

RACINE, N. *et al.* Global prevalence of depressive and anxiety symptoms in children and adolescents during COVID-19: a meta-analysis. **JAMA Pediatr.**, Illinois, v. 175, n. 11, p. 1142-1150, 2021. DOI: 10.1001/jamapediatrics.2021.2482. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamapediatrics/fullarticle/2782796>. Acesso em: 15 abr. 2022.

RADEZ, J. *et al.* Why do children and adolescents (not) seek and access professional help for their mental health problems? A systematic review of quantitative and qualitative studies. **Eur Child Adolesc Psychiatry**, Germany, v. 30, n. 2, p. 183-211, 2020. DOI: 10.1007/s00787-019-01469-4. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00787-019-01469-4>. Acesso em: 10 jun. 2023.

RAONY, I. *et al.* Psycho-Neuroendocrine-Immune Interactions in COVID-19: Potential Impacts on Mental Health. **Front. Immunol.**, Suíça, v. 11, 1170, maio 2020. DOI: 10.3389/fimmu.2020.01170. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fimmu.2020.01170/full>. Acesso em: 15 abr. 2022.

REINALDO, A. M. S. *et al.* Parents and children suffering from mental distress: coping mechanisms, understanding and fear of the future. **Cien Saude Colet**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p. 2363-2371, 2018. DOI: 10.1590/1413-81232018237.16332016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/qSyDW3nbYvfD5jrjLYN5BSy/?lang=en>. Acesso em: 5 jul. 2023.

REIS, R. L. R.; FIGUEIRA, I. L. V. Transtorno depressivo na clínica pediátrica. **Pediátrica Moderna**, São Paulo, v. 37, p. 212-222, 2001.

REPPOLD, C. T.; GURGEL, L. G.; HUTZ, C. S. Escala de avaliação de humor para adolescentes: evidências de validade. **Arq. Bras. Psicol.**, Rio de Janeiro, v. 68, n. 2, p. 21-30, 2016. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672016000200003. Acesso em: 11 abr. 2022.

REVADIGAR, N.; GUPTA, V. **Substance induced mood disorders**. Treasure Island, FL: StatPerals, 2021. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK555887/>. Acesso em: 18 abr. 2022.

RIO DE JANEIRO (Estado). Superintendência de Atenção Primária. **Guia de Referência Rápida: Depressão: Tratamento e acompanhamento de adultos com depressão (incluindo pessoas portadoras de doenças crônicas): versão profissionais**. Rio de Janeiro: Superintendência de Atenção Primária, 2013. Disponível em: https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/9280/1/APS_depressao_revisado_graf.pdf. Acesso em: 7 abr. 2022.

ROCHA, T. B. M. *et al.* Mood disorders in childhood and adolescence. **Braz. J. Psychiatry**, São Paulo, v. 35, suppl. 1, p. S22-S31, 2013. DOI: 10.1590/1516-4446-2013-S106. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbp/a/Z9ycMhR3KMS8vtvgjXkCqRc/?lang=en>. Acesso em: 15 abr. 2022.

RONCHI, J. P.; AVELLAR, L. Z. Ambiência no atendimento de crianças e adolescente em um CAPSi. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 21, n. 2, p. 379-396, ago. 2015. DOI: 10.5752/P.1678-9523.2015V21N2P378. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/psicologiaemrevista/article/view/P.1678-9523.2015V21N2P378>. Acesso em: 10 abr. 2022.

RUFINO, S. *et al.* Aspectos gerais, sintomas e diagnósticos da depressão. **Saúde em Foco**, São Paulo, n. 10, p. 837-843, 2018. Disponível em: https://portal.unisepe.com.br/unifia/wp-content/uploads/sites/10001/2018/11/095_ASPECTOS-GERAIS-SINTOMAS-E-DIAGN%C3%93STICO-DA-DEPRESS%C3%83O.pdf. Acesso em: 12 abr. 2022.

SAMPAIO, R. V. *et al.* Manejo de pacientes com Transtorno Depressivo Maior no contexto da Atenção Primária à Saúde: uma revisão de literatura. **Research, Society and Development**, São Paulo, v. 11, n. 2, e7211225539, 2022. DOI: 10.33448/rsd-v11i2.25539. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/25539>. Acesso em: 10 abr. 2022.

SANTOS, G. J. S.; SILVA, G. M.; SOARES, W. D. O olhar sistêmico em adolescentes com depressão. **Bionorte**, Montes Claros, v.10, n.1, p.111-117, jan/jun. 2021. Disponível em: <http://revistas.funorte.edu.br/revistas/index.php/bionorte/article/view/115>. Acesso em: 14 set. 2021.

SANTOS, R. C.; CARNEIRO, A. A participação das organizações não governamentais na política pública de proteção à infância e adolescência em João Pessoa-PB. *In: Jornada Internacional de Políticas Públicas*, 3., 2007, Maranhão. **Anais** [...] Maranhão: Universidade Federal do Maranhão, 2007. Disponível em: http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinppIII/html/Trabalhos/EixoTematicoC/59cc36915093216afda2_Revelino.pdf. Acesso em: 2 jul. 2023.

SANTOS, R. G. H.; CAMPOS, R. O. Ambiência em um CAPSinfanto-juvenil: a experiencia de um coletivo brincante. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 7, n. 15, p. 41-52, 2015. DOI: 10.5007/cbsm.v7i15.68516. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/68516>. Acesso em: 10 abr. 2022.

SÃO PAULO (Estado). Portaria SMS nº 342, de 26 de setembro de 2019. Define e regulamenta o serviço Caps infantojuvenil (ij) III, com funcionamento 24h, no município de São Paulo. **Diário Oficial [da] Cidade de São Paulo**: São Paulo, SP, ano 64, n. 183 p. 31-32, 27 set. 2019.

SARACENO, B. **Libertando identidades**: da reabilitação psicossocial à cidade possível. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Te Cora, 2001.

SCIVOLETTO, S.; TARELHO, L. G. Depressão na infância e adolescente. **Revista Brasileira de Medicina**, Rio de Janeiro, v. 59, n. 8, p. 555-557, 2002. Disponível em: <http://portal.revistas.bvs.br/index.php?issn=0034-7264&lang=pt> Acesso em: 8 set. 2020.

SILVA, B. M.; FERREIRA, T. R.; ESPER, M. V. Depressão na infância: olhar do psicopedagogo. **Revista Amazônica**, Minas Gerais, v. XXIV, n. 2, p. 464-482, 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufam.edu.br/index.php/amazonica/article/view/6767>. Acesso em: 1º ago. 2020.

SILVA, C. M. C. *et al.* Visita domiciliar na atenção à saúde mental. **Ciencia y Enfermería**, Chile, v. 17, n. 3, p. 125-136, dez. 2011. DOI: 10.4067/s0717-95532011000300011. Disponível em: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532011000300011&lng=es&nrm=iso. Acesso em: 10 jun. 2023.

SILVA, E. F.; TEIXEIRA, R. C. P.; HALLBERG, S. C. M. Prevalência de depressão na adolescência: uma consulta a prontuários de uma clínica-escola em Porto Alegre. **Rev. Bras. Psicoter.**, Porto Alegre, v. 20, n. 3, p. 17-29, 2018. Disponível em: http://rbp.celq.org.br/detalhe_artigo.asp?id=257. Acesso em: 15 abr. 2022.

SILVA, T. T. *et al.* A (in)visibilidade do adolescente na atenção primária na percepção do profissional da saúde. **Online Brazilian Journal of Nursing**, Niterói, v. 19, n. 3, e20206407, 2020. DOI: 10.17665/1676-4285.20206407. Disponível em: <https://www.ojnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/6407>. Acesso em: 8 jun. 2023.

SILVA JUNIOR, R. F. *et al.* O papel do agente comunitário de saúde no atendimento ao portador de transtorno mental. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 841-845, 2016. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/7721>. Acesso em: 3 jul. 2023.

SOUZA, L. G. S. *et al.* Saúde mental na estratégia saúde da família: revisão da literatura brasileira. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 21, n. 4, p. 1022-1034, dez 2012. DOI: 10.1590/S0104-12902012000400019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/gRtsvP8swWpfJ7wp943Lknd/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 15 abr. 2022.

STJERNSWÄRD, S.; ÖSTMAN, M. Whose Life Am I Living? Relatives Living in the Shadow of Depression. **Int J Soc Psychiatry**, Londres, v. 54, n. 4, p. 358-369, 2008. DOI: 10.1177/0020764008090794. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0020764008090794>. Acesso em: 5 jul. 2023.

TAÑO, B. L. *et al.* Crianças, adolescente e suas famílias: proposições para práticas comprometidas com o encontro. *In*: FERNADES, A. D. S. A. *et al.* (org.). **Saúde**

Mental de crianças e adolescentes e atenção psicossocial. Santana de Parnaíba, SP: Manole, 2021. p. 21-34.

TAQUETTE, S. R.; BORGES, L. **Pesquisa qualitativa para todos.** Petrópolis, RJ: Vozes, 2020.

TORRES, F. **What is Depression?**. Washington: APA, 2020. Disponível em: <https://www.psychiatry.org/patients-families/depression/what-is-depression>. Acesso em: 1º abr. 2022.

TORRES, F. **What is Peripartum Depression (formerly Postpartum)?**. Washington: APA, 2020a. Disponível em: <https://www.psychiatry.org/patients-families/postpartum-depression/what-is-postpartum-depression>. Acesso em: 1º abr. 2022.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais:** a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

TWENGE, J. M.; CAMPBELL, W. K. Associations between screen time and lower psychological well-being among children and adolescents: evidence from a population-based study. **Preventive Medicine Reports**, New York, v. 12, p. 271-283, dez. 2018. DOI: 10.1016/j.pmedr.2018.10.003. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2211335518301827?via%3Dihub>. Acesso em: 13 abr. 2022.

UFMA. **A saúde mental e a saúde da família:** rastreamento e acompanhamento em Saúde Mental. São Luís: UNA-SUS/UFMA, 2014.

VALE, F. M. **Os diferentes tipos de família.** Bahia: Jusbrasil, 2019. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/artigos/os-diferentes-tipos-de-familia/671435734>. Acesso em: 1º jul. 2023.

VANAKEN, G.; DANCKAERTS, M. Impact of green space exposure on children's and adolescents' mental health: a systematic review. **Int. J. Environ. Res. Public Health**, Suíça, v. 15, n. 12, 2668, 2018. DOI: 10.3390/ijerph15122668. Disponível em: <https://www.mdpi.com/1660-4601/15/12/2668>. Acesso em: 17 abr. 2022.

VELAZQUEZ, B. *et al.* Physical activity and depressive symptoms among adolescents in a school-based sample. **Braz. J. Psychiatry**, São Paulo, 2022. DOI: 10.1590/1516-4446-2021-2235. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbp/a/yv44vmmrkb7PsQckymtQsWP/?lang=en>. Acesso em: 18 abr. 2022.

VIDUANI, A. *et al.* Social isolation as a core feature of adolescent depression: a qualitative study in Porto Alegre, Brazil. **Int J Qual Stud Health Well-Being**, United States, v. 16, n. 1, 1978374, 2021. DOI: 10.1080/17482631.2021.1978374. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/17482631.2021.1978374>. Acesso em: 7 jun. 2023.

WAIDMAN, M. A. P.; COSTA, B.; PAIANO, M. Community Health Agents' perceptions and practice in mental health. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 46, n. 5, p. 1170-1177, 2012. DOI: 10.1590/s0080-62342012000500019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/GhGzc7WDbBHVXwxSsTwb6zC/?lang=en>. Acesso em: 3 jul. 2023.

WATHIER, J. L.; DELL'AGLIO, D. D. Sintomas depressivos e eventos estressores em crianças e adolescentes no contexto de institucionalização. **Revista Psiquiátrica**, Rio Grande do Sul, v. 29, n. 3, p. 305-314, 2007. DOI: 10.1590/S0101-81082007000300010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rprs/a/tcKfHvnZ8bN9rW9v9dZgd4m/?lang=pt> Acesso em: 7 ago. 2020.

WHO. **Depression**. Genebra: WHO, 2020. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>. Acesso em: 21 jan. 2021.

WHO. **Suicide**. Genebra: WHO, 2021. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>. Acesso em: 15 abr. 2022.

YASUI, S. **Rupturas e encontros**: desafios da reforma psiquiátrica brasileira. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010. DOI: 10.7476/9788575413623. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/8ks9h/pdf/yasui-9788575413623.pdf>. Acesso em: 14 abr. 2022.

ZAVASCHI, M. L. S. *et al.* Associação entre trauma por perda na infância e depressão na vida adulta. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 24, n.4, p. 169-95. 2002. DOI: 10.1590/S1516-44462002000400009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbp/a/zz6yFh7N4mTkK85zcTDQ6Xf/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 7 ago. 2020.

APÊNDICES

Apêndice A



PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Roteiro de entrevista**FORMULÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DO PARTICIPANTE**

Nº: _____ Data: ____/____/____

O manejo da depressão na adolescência pela Estratégia Saúde da Família: a percepção da equipe multiprofissional

Iniciais do nome: _____

Idade: _____ **Sexo:** () F () M

Formação: () Elementar () Nível médio () Nível superior

() Especialização lato sensu () Especialização stricto sensu

Tempo de formado (em caso de nível superior) : _____

Função: () ACS () Enfermeiro () Médico () Tec./aux. de enfermagem

() Outro: _____

Tempo de atuação na ESF: _____

Especialização: () Sim () Não Qual? _____

Realiza atendimento ao público adolescente: () Sim () Não

Realizou capacitação com abordagem à saúde mental do adolescente:

() Sim () Não

Onde? _____

Que tipo de capacitação? _____

Apêndice B

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA MESTRADO
PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

ROTEIRO TEMÁTICO PARA A ENTREVISTA

1. Como você suspeita que um adolescente se encontra em depressão?
2. Quais os sinais e sintomas de depressão que eles mais apresentam para você, na prática?
3. Quais as estratégias de acolhimento utilizadas quando os casos suspeitos são reconhecidos pela equipe na ESF?
4. Como é realizada a avaliação?
5. Você se sente apto a realizar esta avaliação?
6. E para acompanhar este adolescente na Estratégia?
7. Quando o adolescente precisa de um serviço especializado, como é o fluxo de encaminhamento/atendimento?
8. Que serviços de saúde mental o município tem em sua rede pública? E na privada? Descreva.
9. Na sua percepção, quais são as potencialidades para resolutividade do atendimento do público-alvo?
10. Na sua percepção, quais as barreiras do processo de assistência ao adolescente?
11. Possui algum tipo de matriciamento em saúde mental? Descreva.
12. Que ferramentas seria importante na inclusão do processo terapêutico?
13. Quais sugestões para melhoria dos serviços?
14. Existe apoio de alguma instituição não governamental? Descreva.

Apêndice C



PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado participante,

Você está sendo convidado a participar da pesquisa “O manejo da depressão na adolescência pela Estratégia Saúde da Família: a percepção da equipe multiprofissional” desenvolvida pela pesquisadora **Kamille Lima de Bragança Seabra**, enfermeira especialista em Estratégia Saúde da Família pela UnaSUS - UERJ e Mestranda da Pós-graduação em Saúde da Família da Universidade Estácio de Sá, orientada pela Professora Dra. **Manuela Rodrigues Müller**.

O objetivo central deste estudo é conhecer como se dá o manejo de situações sugestivas de depressão na adolescência pela Estratégia Saúde da Família em um município de pequeno porte no Estado do Rio de Janeiro. Tendo como objeto de pesquisa: o reconhecimento e o cuidado da depressão na adolescência pela Estratégia Saúde da Família. Trata-se de uma pesquisa qualitativa com abordagem descritiva e exploratória, realizada em Iguaba Grande, município do Estado do Rio de Janeiro. A coleta de dados ocorrerá por meio de uma entrevista individual e posteriormente analisados. Você está sendo convidado a participar desta pesquisa por preencher os critérios de inclusão do estudo: profissionais que já atuem enquanto equipe de Saúde da Família por mais de um ano e pelo menos seis meses no território de responsabilidade da atual equipe.

A sua participação na pesquisa apresenta risco mínimo de eventuais danos, físico, psíquico, intelectual, moral, social, cultural ou espiritual por ser feita pergunta sobre um assunto sensível como depressão. Portanto, caso o participante da pesquisa venha a sentir algo dentre esses padrões serão tomadas as devidas providências, como a pausa imediata da entrevista, podendo essa ser continuada em outro momento, se for da vontade do participante e, ainda, se necessário, serão realizados encaminhamentos para apoio emocional, sem ônus.

Participar da pesquisa não acarreta em nenhum ganho financeiro, ao pesquisador ou a instituição pesquisada e que a qualquer momento, o mesmo poderá desistir de participar da pesquisa e retirar seu consentimento, bem como se recusar a responder as perguntas ou invalidá-las, sem que haja prejuízos em sua relação com o pesquisador ou com a unidade de ensino.

Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações fornecidas por você. Você não será identificado na divulgação dos resultados do estudo, e nenhuma de suas respostas será visualizada individualmente por outras pessoas que não a

.....

Rubrica do Pesquisador

Rubrica do participante da pesquisa

pesquisadora e a orientadora da pesquisa. Caso sinta prejudicado, é garantido o direito a indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa.

A qualquer momento, durante a pesquisa ou após, você poderá solicitar ao pesquisador informações sobre a sua participação e/ou sobre os resultados da pesquisa, o que pode ser feito através dos meios de contato presentes ao final deste Termo.

Sua participação se dará a partir da abordagem feita pela pesquisadora que realizará uma entrevista com perguntas abertas, a partir da assinatura deste termo. Será analisado o tempo de trabalho no território, e incluído no estudo aqueles que preencherem o critério de inclusão. Serão excluídos aqueles profissionais que não realizam atendimento ao adolescente. Ao final da pesquisa, todo o material será mantido em arquivo, por pelo menos cinco anos, conforme a Resolução CNS/MS nº 466/2012, e orientações do CEP/ENSP.

Sua colaboração nesta pesquisa é importante para qualificação profissional, em especial aos profissionais envolvidos no atendimento do adolescente na Atenção Primária à Saúde, de modo a proporcionar condições para reflexão crítica sobre a temática, tendo em vista que o conhecimento científico proporciona a melhoria da qualidade do cuidado e da saúde da população.

Os resultados desta pesquisa serão divulgados inicialmente na forma de Dissertação de Mestrado, a ser finalizada em dezembro/2022, podendo depois ser utilizados para a elaboração de artigos científicos ou apresentação de trabalhos em congressos.

Este termo é redigido em duas vias, sendo uma para o pesquisador e outra para você.

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar da pesquisa.

Assinatura do participante da pesquisa ou responsável legal

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estácio de Sá – CEP/UNESA: End.: Av. Presidente Vargas, 642, 22º andar. E-mail: cep.unesa@estacio.br . Telefone: (21) 2206-9726. Dias de atendimento: terças e quintas das 9:00 às 17:00h.

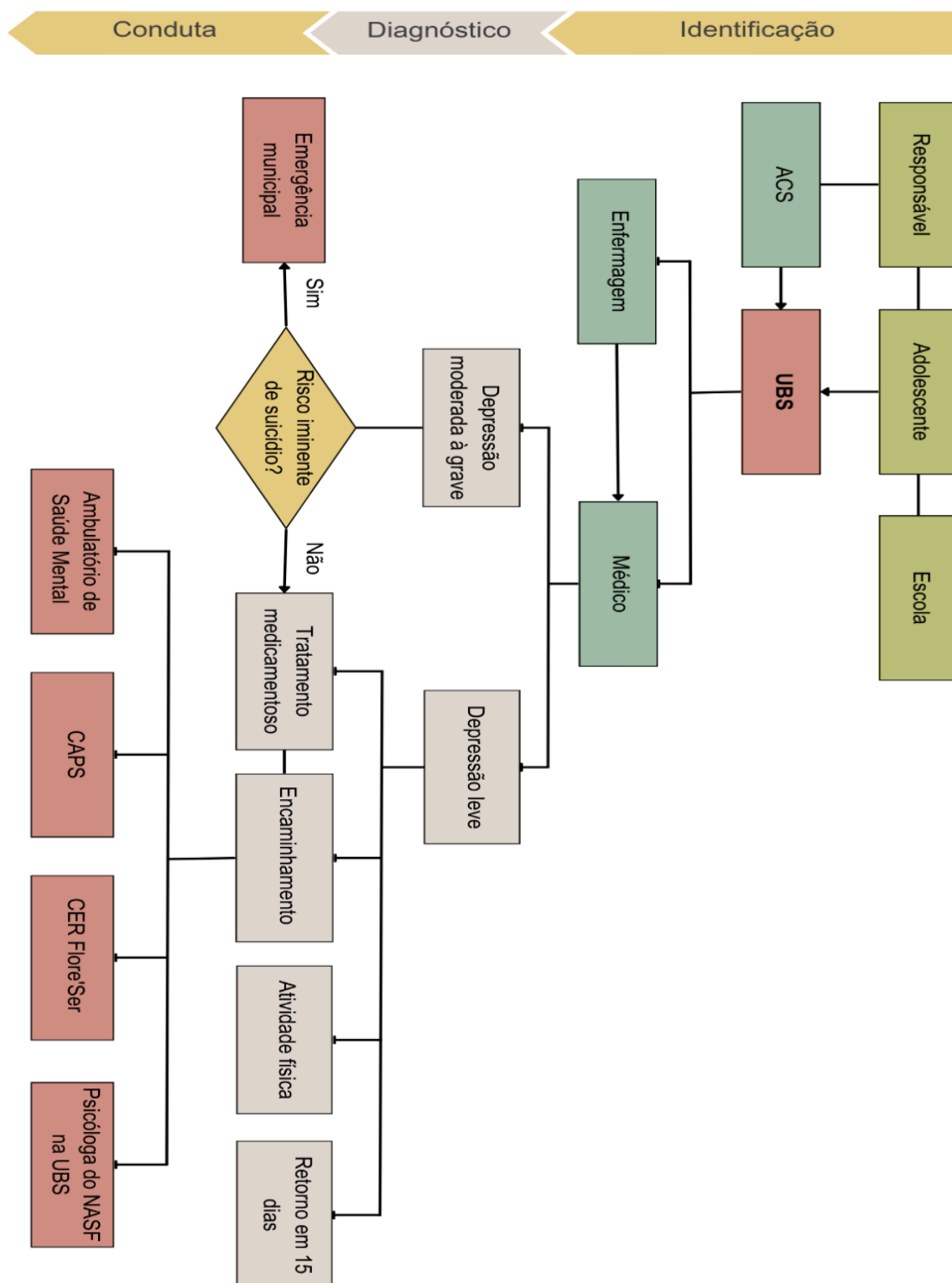
.....

Rubrica do Pesquisador

Rubrica do participante da pesquisa

Apêndice D

Figura 1 - Manejo dos adolescentes com suspeita de depressão no município de Iguaba Grande



Fonte: Elaboração própria, baseada nos resultados da pesquisa.