

GRUPOS PSICOTERAPÊUTICOS COM ADOLESCENTES: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE UMA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL

Lucas Ribeiro de FREITAS¹; Dalila Elizandra CEROZINI²; Camila Garcia Galvão SCHROCK³

¹Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental da Faculdade de Educação e Cultura de Vilhena - UNESC, Psicólogo, e-mail: lucasrf24@gmail.com.

²Centro de Atenção Psicossocial da prefeitura de Vilhena, Assistente Social, Especialista em Gestão Social: Políticas Públicas, Redes e Defesa de Direitos pela Universidade Norte do Paraná, e-mail: dalilacerozini@hotmail.com.

³Tribunal de Justiça de Rondônia, Psicóloga, Especialista em Saúde Mental, e-mail: camila.ggc@hotmail.com.

RESUMO: Este artigo apresenta o relato de experiência de um psicólogo residente em saúde mental sobre o atendimento psicoterapêutico em grupo para adolescentes no CAPS. Inicialmente, contextualiza o leitor sobre a Rede de Atenção Psicossocial e a residência multiprofissional, menciona as particularidades da saúde mental na adolescência e fala sobre a utilização da abordagem cognitivo comportamental. Em seguida, faz uma síntese sobre a demanda de usuários atendidos e critérios diagnósticos de urgência. Por fim, traz os principais fenômenos psicológicos observados: Vulnerabilidades do adolecer: abuso sexual e bullying; Crise suicida e violência autoprovocada; Emoções e dificuldades em vivenciá-las; A família como um fator de vulnerabilidade e de proteção; Relação terapêutica, vínculo e resistência; e Feedback dos atendimentos. Conclui-se que o atendimento em grupo traz mais qualidade de vida e pode ser uma estratégia eficaz na remissão de sintomas psiquiátricos de ansiedade e depressão em casos moderados, mas, em adolescentes com sintomas psiquiátricos mais graves pode não ser uma boa opção de intervenção, principalmente se aliada a uma rede de apoio hostil.

PALAVRAS-CHAVE: Adolescentes. Psicoterapia em grupo. Saúde Mental. Terapia Cognitivo Comportamental. Residência Multiprofissional.

INTRODUÇÃO

A adolescência, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2016), é o período de vida compreendido dos 10 aos 19 anos de idade, ciclo que se inicia ao completar a primeira década de vida, enquanto a fase final ocorre dos 15 em diante. Para a legislação brasileira, esse período começa um pouco mais tarde: aos 12 anos, pelo que estabelece o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA, 1990), seguindo até ao 18º aniversário de cada indivíduo. Alves (2008) a descreve como um período do desenvolvimento humano marcado por experiências intensas que possuem caráter significativo na construção e reconstrução da identidade e afirma que o meio em que esse adolescente está inserido e as relações que vão se estabelecendo influenciam diretamente no processo de formação enquanto sujeito.

Como assegura Lamarca (2021), a prevalência de comportamentos de risco pode ocorrer com mais frequência na adolescência do que em outras fases da vida devido a

imaturidade do córtex pré-frontal, área do cérebro responsável pela tomada de decisões, expressão da personalidade e comportamento social. A pesquisadora, ainda no seu estudo, menciona que a desproporção entre o córtex pré-frontal e o sistema límbico, nessa idade, pode tornar os adolescentes especialmente vulneráveis a sofrer consequências indesejáveis desses comportamentos de risco e isso pode aumentar a ocorrência de adoecimento mental.

O objetivo deste trabalho é relatar a experiência de atendimento em grupos psicoterapêuticos com adolescentes, assim como mostrar essa modalidade de atendimento como uma estratégia que pode ser desenvolvida com tanta frequência e eficácia quanto o atendimento psicoterapêutico individual. Para isso, esse artigo está pautado no formato de relato de experiência. Inicialmente, contextualiza o leitor acerca da saúde mental na adolescência e as particularidades desse público, menciona a relação dessa faixa etária com a rede de atenção psicossocial (RAPS), que na maioria

¹Autor Correspondente: lucasrf24@gmail.com

das vezes são inseridos nela por encaminhamentos da rede escolar e pela família. Menciona ainda a Terapia Cognitivo Comportamental em Grupo como intervenção psicoterapêutica escolhida, detalhando ao leitor sobre como as sessões foram realizadas, relata as particularidades de cada grupo, dificuldades encontradas, erros psicoterapêuticos, soluções implementadas, o papel da família, resultados obtidos e feedback dos atendimentos.

A chegada do residente de Saúde Mental nos cenários de práticas proporciona o contato com diversas demandas de sofrimento da população assistida, onde destaca-se o lugar dos adolescentes em demanda de sofrimento psíquico, atravessados, muitas vezes, por outras queixas, como conflitos familiares, conflitos de identidade, demandas sociais e outros.

Nessa experiência, percebeu-se que a proposta de intervenção em grupo deve ser acolhedora e sem julgamentos pessoais. Cada adolescente acompanhado trouxe em si uma gama de significados e interpretações. Muitos deles não eram ouvidos em seus ambientes de convivência, sentiam-se excluídos e sem importância, não reconheciam ou até mesmo negligenciavam sintomas psiquiátricos. A equipe multiprofissional teve o dever de acolher o adolescente e sua família, assim como analisar a intervenção terapêutica mais adequada, de acordo com as particularidades de cada caso.

REFERENCIAL TEÓRICO

O presente artigo apresenta referências de acordo com o contexto em que foi inserido. Idealizado por psicólogos residentes em saúde mental e trabalhados de acordo com as políticas antimanicomiais da rede de atenção psicossocial (RAPS), usou a Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) como abordagem psicoterapêutica objetivando a melhoria da saúde mental dos adolescentes atendidos.

A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS) E A RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL

A consolidação do atual modelo de assistência em saúde mental começou na década de 1970, na chamada luta antimanicomial. Boarini (2020) cita esse movimento como um processo de mudança no paradigma da pessoa em sofrimento mental, tecendo críticas ao modelo hospitalocêntrico de isolamento e medicalização excessiva como forma de tratamento em saúde, desmistificando preconceitos e construindo novas propostas e possibilidades terapêuticas.

Em 06 de abril de 2001 foi criada a Lei nº 10.216, que “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.” (Brasil, 2001). Com objetivo de mudança em relação aos antigos modelos de internações psiquiátricas, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) foi a instituição consolidada a partir dessa Lei, entrando em consonância com a luta antimanicomial ao propagar ações e serviços multiprofissionais que vão além do tratamento medicamentoso e do alívio de sintomas, para preservar a cidadania e reinserir o sujeito socialmente, possibilitando o resgate de identidade e autonomia, através de orientação aos familiares, incentivo atividades para geração de renda, garantia de direitos como moradia e lazer o que torna o usuário o sujeito de sua própria história (Leal. et. al, 2013).

Já em 2011, 10 anos depois da consolidação do CAPS, criou-se a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Estabelecida na Portaria 3.088, de 23 de dezembro de 2011 com objetivo de consolidação das práticas antimanicomiais para além do CAPS, a RAPS fortalece o cuidado em saúde mental para toda a rede de saúde:

“Fica instituída a Rede de Atenção Psicossocial, cuja finalidade é a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde 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).”

É baseado nas diretrizes da RAPS que o Programa de Residência

¹Autor Correspondente: lucasrf24@gmail.com

Multiprofissional em Saúde Mental, direciona suas práticas. Regulamentada pela Lei nº11.129, de 30 de junho de 2005, a residência profissional em saúde é uma modalidade de pós-graduação lato sensu voltada para a educação em serviço, direcionada a profissionais que integram a área da saúde, visando uma inserção qualificada no mercado de trabalho e principalmente em áreas de prioridade do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo reestruturados à medida das necessidades do ensino e do serviço (Brasil, 2005).

O município de Vilhena, localizado no sul de Rondônia, abriga, hoje, o CAPS na modalidade CAPS I - Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes (Port.336). Porém, o contingente populacional de Vilhena, hoje, ultrapassa 90 mil habitantes, segundo o Censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), feito em 2010. E, de acordo com a estimativa da população em 2021, já são mais de 104 mil habitantes. Fato que caracteriza a necessidade de implantação de unidades CAPS na Modalidade CAPS II e o CAPS AD. Esse cenário pode ser interpretado como uma das dificuldades que a Unidade de Vilhena possui em atender à demanda que lhe é dirigida.

No município, os programas de residência em saúde foram iniciados no ano de 2015, em uma união entre a Faculdade de Educação e Cultura de Vilhena (UNESC) e a Prefeitura Municipal, com vagas ofertadas para os programas de Enfermagem Obstétrica, Urgência/ Trauma e Saúde Mental. A partir do ano de 2018, houve uma expansão para os programas de Intensivismo, Reabilitação e Atenção Básica/ Saúde da Família. Todos os programas estão em funcionamento atualmente.

A Residência Multiprofissional pode trazer inúmeros benefícios na formação científico acadêmico, o conhecimento adquirido através do ensino em serviço é um diferencial na construção de um profissional da área da saúde, isto é, quando é dada a devida atenção a esse novo profissional, no

que se refere ao apoio didático e institucional para que haja uma formação efetiva e coerente com a proposta de ensino em serviço (Cunha et. al 2013).

SAÚDE MENTAL NA ADOLESCÊNCIA

A OMS (2014) menciona que a saúde mental é muito mais do que ausência de doenças mentais, “é um estado de bem-estar físico, mental e social no qual o indivíduo é capaz de usar suas próprias habilidades, recuperar-se do estresse rotineiro, ser produtivo e contribuir com a sua comunidade.” Essa definição é alvo de críticas por grande parte de pesquisadores da área, que a definem como uma utopia, além de propagar a ilusão de comparação entre saúde mental e normalidade, pois cada pessoa tem uma interpretação diferente de um comportamento que pode ser influenciado por seus valores, crenças e cultura (Gama, et al. 2014; Nascimento, et al. 2016).

Saúde mental é um tópico cada vez mais presente no dia a dia das pessoas. Na adolescência, pode ser ainda mais complexo devido às mudanças físicas, cognitivas, emocionais e sociais (Papalia e Feldman 2013, p.386). Nesse contexto, é questionado se esse período da vida pode ser um processo de luto ou depressão, dado a mudança de um corpo e identidade infantil para um adulto, pelas mudanças na relação com a família e as pessoas à sua volta e pela própria afirmação de um sujeito no mundo adulto (Aberastury, 1983, p.63).

Segundo o relatório “Prevención de la Conducta Suicida”, da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) em conjunto com a OMS (2016), o suicídio é a segunda causa de morte entre jovens de 15 a 19 anos no planeta. Um estudo epidemiológico com 1.923 alunos de 7ª/8ª séries e de 1º/2º anos de escolas públicas e privadas do município de São Gonçalo, RJ, aponta que os principais fatores de sofrimento mental na adolescência são relacionados a: “violência psicológica, eventos difíceis do relacionamento familiar, autoestima, satisfação com a vida, sexo e competência na escola”. Avanci et. al (2007). Esses dados trazem à tona preocupações

¹Autor Correspondente: lucasrf24@gmail.com

acerca do tratamento e condutas terapêuticas adequadas para essa parcela da população, além de questionar se tais estratégias seriam efetivas.

Nesse sentido, Janssens et. al (2013) faz uma leitura acerca dessa demanda:

“A vivência da crise como uma complexa situação existencial deveria demandar dos serviços especificidades para a ampliação do contato e diminuição dos tempos de latência, no sentido de tornar a intervenção mais precoce, considerando, inclusive que, para crianças e adolescentes, às situações de emergência psiquiátrica são definidas sempre por outros, possibilitando uma infinidade de julgamentos com relação a cada caso.” Janssens, 2013.

O percurso percorrido pelo adolescente e sua família dentro do sistema de saúde é complexo e, em muitos casos, a família demora ter a compreensão de que o sofrimento mental é um processo doloroso que demanda um olhar acolhedor e também responsável.

TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL EM GRUPO (TCCG) PARA ADOLESCENTES

A proposta de intervenção para o grupo foi desenvolvida de acordo com a abordagem da Terapia Cognitivo Comportamental (TCC). Criada por Arron Beck, na década de 60, a TCC é uma forma estruturada de psicoterapia que prioriza a inter-relação entre pensamentos, emoções e comportamentos, focalizando nos problemas atuais. Parte da premissa da mudança de comportamento por análise racional do esquema cognitivo, propondo que o adoecimento mental pode estar, muitas vezes, ligado a pensamentos disfuncionais e crenças enraizadas, o que significa que a forma que um indivíduo compreende o mundo tem relação direta com o significado que ele atribuiu a suas experiências (Knapp, 2008; Beck, 2021).

Apesar de inicialmente ser proposta na modalidade individual, a TCC também pode ser aplicada em grupo. Neufeld e Rangé (2017), indicam evidências de que a TCCG pode ser tão eficaz quanto na forma individual, apontam remissão dos sintomas mediante a mudança no processo de

significados e interpretações, e nas reações emocionais e comportamentais, aumentando a autonomia do paciente e melhora da qualidade de vida.

O atendimento psicoterapêutico em grupo foi escolhido como proposta de intervenção para adolescentes em situação de sofrimento mental. Na literatura há diversos estudos e pesquisas que abordam essa temática, sendo Neufeld a principal referência na TCCG para esse público. A autora propõe alguns critérios para um bom funcionamento do grupo, sendo ele um grupo fechado, estruturado, homogêneo e focado nas interações e não nos indivíduos. Menciona ainda que cada grupo tem uma identidade, considerando variáveis como expressão dos membros, condições socioculturais, fatores de vulnerabilidades e de proteção e motivação da instituição e dos participantes, sendo necessário adaptações em intervenções a cada novo grupo (Neufeld, 2015).

Assim como na modalidade individual, a TCCG para adolescentes também trabalha a inter-relação entre pensamento, emoção e comportamento, componentes necessários para mudanças nas cognições e posteriormente nas mudanças comportamentais desejadas. A regulação emocional, psicoeducação e treinamento de habilidades sociais se mostram extremamente importantes nesse processo (Neufeld, 2015). Uma pesquisa realizada por Souza (2011), sobre o desenvolvimento de sessões de TCCG para adolescentes com transtorno de ansiedade revela que o objetivo dessa modalidade de intervenção é a redução de componentes cognitivos, comportamentais e somáticos de ansiedade, reconhecendo situações de gatilho e reações fisiológicas ligados a ela, clarificando cognições e desenvolvendo habilidades para lidar com a mesma, sendo esse processo chamado de reestruturação cognitiva. Baseado nesses princípios, surgiram os dois grupos de adolescentes que esse estudo abordará.

¹Autor Correspondente: lucasrf24@gmail.com

METODOLOGIA

O presente trabalho está escrito na modalidade de relato de experiência. A seleção de usuários do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) para o grupo de adolescentes foi estabelecida de acordo com o nível de gravidade da demanda. O CAPS atende pessoas com transtornos mentais graves e seus familiares, mas para isso é necessário estabelecer prioridades para o atendimento desses usuários que o procuram e também verificar as possíveis intervenções mais adequadas a cada caso, que não é de acordo com a ordem de chegada, e sim, de urgência psiquiátrica.

A Cartilha “Acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde”, do Ministério da Saúde, divulga que:

“A tecnologia de Avaliação com Classificação de Risco pressupõe a determinação de agilidade no atendimento a partir da análise, sob a óptica de protocolo pré-estabelecido, do grau de necessidade do usuário, proporcionando atenção centrada no nível de complexidade e não na ordem de chegada (BRASIL, 2004).”

Os usuários selecionados vieram a partir de encaminhamentos internos da equipe multiprofissional do CAPS, onde foram acolhidos, avaliados e encaminhados para o setor de psicologia, que posteriormente analisou os prontuários visando a inserção no grupo.

Os critérios de seleção para esse grupo de adolescentes foram baseados no Protocolo de Classificação de Risco em Saúde Mental, desenvolvido pela Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo (SESA), em 2018. Foram priorizados usuários com sintomas de transtornos mentais graves e persistentes, transtornos mentais moderados e com alto grau de prejuízo, suicídio ou tentativa de suicídio e violência autoprovocada, com a maioria dos adolescentes em situação de vulnerabilidade social/psicológica e com rede de apoio fragilizada, sendo, todos os adolescentes acometidos por fatores de riscos atuais.

As entrevistas foram realizadas individualmente, primeiro com o responsável

legal e, por último, com o adolescente a ser atendido. Foram entrevistas semiestruturadas, realizadas por meio de anamnese, em que foram investigados a queixa principal, sintomas manifestados, história pregressa de condições mentais e comportamentais, história clínica geral, história familiar de condições mentais e comportamentais, história psicossocial geral, como escolaridade, sexualidade, religião etc.

Foram selecionados 32 adolescentes para entrevista inicial, da qual faltaram 6, realizando-se 26 entrevistas. Das 26 entrevistas realizadas, foram escolhidos 20 adolescentes para o atendimento em grupo, sendo pré-definidos 2 grupos de 10 usuários cada: um de manhã e outro à tarde. Seis adolescentes foram excluídos porque não tinham critérios de urgência de atendimento, considerados casos de baixa complexidade, foram encaminhados para a Unidade Básica de Saúde (UBS) de sua referência. Os horários de atendimento foram definidos baseados na rotina escolar de cada usuário: no grupo da manhã para quem estuda no período vespertino, no grupo da tarde, para quem estuda no período matutino. Os adolescentes que estudam em período integral foram inseridos no grupo da tarde, baseado na fala dos próprios usuários e dos responsáveis, que relataram que no período matutino são lecionadas as matérias principais, como língua portuguesa e matemática, enquanto no período vespertino o tempo é, muitas vezes, voltado a atividades de recreação e disciplinas extracurriculares. Esses horários adaptados com a rotina escolar foram estabelecidos com o objetivo de não prejudicar o adolescente em sua jornada estudantil e no conteúdo aprendido.

As entrevistas para o grupo apontaram diversas queixas, tais como violência autoprovocada e comportamentos de risco, abuso sexual, conflitos familiares, prejuízos escolares, isolamento, crises de ansiedade, perda de interesse por diversas áreas da vida, pensamentos, ideações e tentativas de suicídio. Bullying, dificuldade de concentração, dificuldade de interação com outras pessoas, dificuldade em se abrir ou

¹Autor Correspondente: lucasrf24@gmail.com

pedir ajuda, dificuldade em lidar com emoções e autoestima fragilizada também foram observados. A partir de uma análise detalhada do usuário e da família obtida através das entrevistas iniciais, percebe-se que as demandas apresentadas variam entre cada caso, mas conversam-se na maioria dos sintomas compreendidos pela Classificação Internacional de Doenças (CID) entre ansiedade (F41) e depressão (F32).

Diante da demanda, a proposta para atendimento foi baseada na Terapia Cognitivo Comportamental em Grupo (TCCG), visto que na literatura existem evidências que apontam essa intervenção como muito eficaz para tratamento dos sintomas e queixas descritos acima (Petersen, et al. 2010; Davis, et al. 2013).

Os dois grupos psicoterapêuticos em TCCG para adolescentes resultaram em 12 sessões semanais, com duração de 1 hora e 30 minutos à 2 horas e 30 minutos por encontro, realizados no período matutino e vespertino, toda segunda-feira. Foram realizados no CAPS entre os meses de fevereiro e junho de 2022. No grupo matutino, houve 8 meninas e 2 meninos. No grupo vespertino, 9 meninas e 1 menino. Além dos adolescentes, o grupo foi composto por dois psicólogos: um como terapeuta e o outro como coterapeuta.

Os critérios de alta psicológica e continuidade do tratamento foram os mesmos utilizados na seleção dos adolescentes para o grupo (Protocolo de Classificação de Risco em Saúde Mental). Tiveram alta os usuários com ausência ou remissão de sintomas considerados graves, como: pensamentos, ideias e tentativas de suicídio, violência auto provocada, comportamentos de risco, culpa por abuso sexual, isolamento, crises de ansiedade, perda de interesse por diversas áreas da vida, dificuldade em se abrir ou pedir ajuda e dificuldade em lidar com as emoções.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os principais fenômenos observados e trabalhados durante a psicoterapia em grupo foram divididos em seis tópicos: 1.

Vulnerabilidades do adolescer: abuso sexual e bullying; 2. Crise suicida e violência autoprovocada; 3. Emoções e dificuldades em vivenciá-las; 4. A família como um fator de vulnerabilidade e de proteção; 5. Relação terapêutica, vínculo e resistência; 6. Feedback.

VULNERABILIDADES DO ADOLESCER: ABUSO SEXUAL E BULLYING

A vulnerabilidade pode ser compreendida como um conjunto de fatores biológicos, psicológicos e sociais que aumentam o risco ou diminuem a proteção da pessoa em uma determinada situação ou contexto. Pessoas vulneráveis tendem a não conseguir proteger seus direitos e assumem riscos além da sua capacidade de resolução (Pessalacia et al. 2010).

Na experiência de atendimento psicológico em grupo com adolescentes, foi possível perceber o quanto esse período da vida pode ser vulnerável e distinto. Possuíam tendências a comportamentos impulsivos e aderiam a práticas inviáveis para alívio da angústia, se responsabilizavam por fatores além de seu controle ou negavam responsabilidades naquilo que lhes competiam.

Nos dois grupos relatados, o abuso sexual e o bullying foram os fatores psicopatológicos mais presentes. Adoecidos e tentando entender os motivos, se culpam e se punem por passarem por tal trauma. No abuso sexual essa culpa é ainda mais presente, relatos como “eu deveria ter contado para meus pais” (sic); “se eu não fizesse, seria exposto e envergonhado por todos”, e, até mesmo, “minha família não iria acreditar” foram comuns de ouvir. Todos os casos têm uma semelhança: a falta de educação sexual na infância. Arcari et. al (2017) destaca que a educação sexual na infância torna a criança menos vulnerável ao abuso sexual e com mais competências e habilidades para se expressar e buscar ajuda caso esteja sofrendo este tipo de violência. Durante os atendimentos, foi evidente o despreparo dos pais em relação à sexualidade. Os adolescentes relatavam que esse tema é um assunto tabu em casa. Na

¹Autor Correspondente: lucasrf24@gmail.com

maioria deles, o trauma aconteceu na infância e os pais não sabiam até aquele presente momento.

Em relação ao bullying, foi uma queixa presente principalmente no grupo matutino, onde a experiência estava sendo vivida na escola, o que fazia da mesma um lugar aversivo e de medo, trazia vivências traumatizantes e prejudicava a aprendizagem. É relevante informar que a situação de bullying foi mencionada por 5 dos 7 usuários presentes na sessão.

Em consenso com os adolescentes que estavam passando por tal situação, a intervenção foi diretamente com os pais, que se mostraram extremamente solícitos a cessar a prática dessa violência para com seus filhos. Foram alertados acerca das consequências que isso pode trazer no decorrer da vida e orientados sobre possíveis formas de resolutividade do problema juntamente com a instituição de ensino. Relataram que foram diretamente à escola buscar uma solução com a equipe pedagógica. No final dos atendimentos em grupo, os adolescentes mencionaram que tais práticas já não eram feitas e que os colegas pararam de “zoar” de uma hora para outra.

CRISE SUICIDA E VIOLÊNCIA AUTOPROVOCADA

Em uma das sessões, objetivou-se a identificação de valores e aspirações de cada um, sobre o que é mais importante em suas vidas, o que desejam para si e quais são os seus sonhos. Entende-se que valores e aspirações podem moldar nossas escolhas e comportamentos e a identificação deles é importante na definição de objetivos psicoterapêuticos. No grupo vespertino, os adolescentes se mostraram animados com essa proposta, relatando sobre o que gostariam de ser, qual profissão escolher e como se veem daqui a 10 anos. No grupo matutino, observou-se uma certa desesperança em relação a esse futuro incerto. Duas adolescentes relataram baixas expectativas, acompanhado de discursos de morte e pensamentos suicidas. Nesse ponto, já é possível perceber as diferentes demandas de

cada grupo, onde o matutino tem maior tendência a sintomas depressivos e, o vespertino, a sintomas ansiosos, mas claramente uma hipótese diagnóstica não exclui a outra.

É importante ressaltar a execução de atendimento individual a adolescentes que se apresentavam com maior risco de suicídio e comportamentos de risco, realizados na mesma semana após a sessão grupal. Além dos atendimentos com os usuários, também eram feitos atendimentos individuais com os pais. Diante disso, foi percebido a necessidade de realização de um grupo de orientação a pais e responsáveis, mas a instituição não dispunha de recursos humanos suficientes naquele momento.

Nas entrevistas iniciais, foi percebido a angústia dos pais relatando que seus filhos tinham vontade de tirar a própria vida, mencionando cortes e feridas pelo corpo. Nas meninas, a violência auto provocada era mais comum com cortes nos braços e coxas, já nos meninos, a violência era praticada em forma de golpes contra si ou contra objetos, como, por exemplo, bater a cabeça na parede ou dar socos nela. Ambos diziam que se sentiam mais aliviados após tais práticas.

Baseado em tais relatos, pode se afirmar que o objetivo da violência autoprovocada não era simplesmente ferir a si mesmo sem nenhum propósito ou chamar atenção, como pensavam os pais ou pessoas próximas. O objetivo em comum era gerar alívio. Mas alívio de que? O adoecimento mental na adolescência tem suas particularidades, e a manifestação de sintomas psiquiátricos é muito diferente comparado a uma criança ou a um adulto. Alegavam que esse alívio era de uma dor emocional ou de um vazio, que quando aprofundado a natureza desses fatores, era algo relacionado a situações ou memórias ansiogênicas que traziam sensação de rejeição, não pertencimento, desvalia e invisibilidade.

Em quatro adolescentes, o relato de pensamentos suicidas era mais frequente. Acreditavam que o mundo é cruel, que eles não tinham valor e se sentiam um peso para pessoas próximas. Mencionavam que sua dor

¹Autor Correspondente: lucasrf24@gmail.com

não tem saída a não ser a morte. O sentimento de desesperança era bem frequente e aliado a uma rede de apoio fragilizada. Os quatro continuaram psicoterapia individual após o grupo. Durante os atendimentos, não houve tentativas de suicídio, mas pode-se dizer que o grupo não obteve êxito na remissão de sintomas e comportamentos de risco especificamente nesses quatro adolescentes.

EMOÇÕES E DIFICULDADES EM VIVÊNCIA-LAS

Percebe-se que os adolescentes têm dificuldades em compreender e lidar com emoções, principalmente aquelas consideradas negativas. Houve uma percepção de que eles têm maiores oscilações de humor e tendências a respostas comportamentais impulsivas, fazendo da regulação emocional, um item indispensável nos atendimentos.

A primeira sessão foi composta por intervenções que facilitassem o entrosamento e a construção de vínculos. Realizou-se uma dinâmica de apresentação, falando sobre expectativas do tratamento, regras de convivência em grupo e objetivos gerais. Houve uma breve psicoeducação sobre o modelo cognitivo, com objetivo de se aproximarem de suas cognições e respostas comportamentais, entendendo a relação entre seus pensamentos e a forma como se comportam e interpretam situações. Como devolutiva, afirmaram que a forma de lidar com emoções consideradas negativas é o isolamento. Mencionam que preferem ficar sozinhos em situações desconfortáveis porque não conseguem expressar o que sentem com as pessoas em geral, principalmente com a família. Alguns afirmaram que sentiam vergonha e tinham medo de julgamentos. Essa fala foi comum entre os dois grupos.

Nas sessões 4 e 5, buscou-se abordar mais sobre a psicoeducação sobre o modelo cognitivo comportamental, as cognições e pensamentos disfuncionais atrelados a ela. Foi usado o Registro de Pensamentos Disfuncionais (RPD) para o entendimento de como os pensamentos influenciam na maneira como se sentem e se comportam. Todos os

adolescentes fizeram o RPD e falaram sobre ele. Os terapeutas tiveram a percepção de que a maioria dos pacientes de ambos os grupos sabem que precisam entrar em contato com seus pensamentos e vivenciar emoções que podem ser consideradas negativas, mas às vezes eles não têm disposição ou motivação para isso e acabam adotando as velhas práticas de isolamento e violência autoprovocada para alívio dos sintomas.

Na maioria dos relatos de ambos os grupos, foi possível perceber um déficit em habilidades sociais nas situações mencionadas no RPD e prejuízos nas relações mais próximas, principalmente a família, mas no grupo da manhã, além disso, foram relatados questionamentos relacionados à existência e autoestima, marcados por pensamentos de não aceitação e confusão de identidade: “quem sou eu?” “Qual o sentido da vida?” “Porque eu sou assim?”.

Nos 2 grupos, é nítida a dificuldade que os participantes têm em identificar e lidar com as próprias emoções, trouxeram isso em praticamente todas as sessões, sendo necessário propor uma intervenção diferente para abordar esse tema de regulação emocional. Na sexta sessão, os pacientes assistiram ao filme de animação “Divertidamente”, que aborda o tema das emoções de uma maneira clara, simples e didática. A figura personificada de cada emoção é utilizada no filme como recurso de compreensão sobre o funcionamento cognitivo e emocional.

Na sétima sessão, houve um momento onde cada um mencionou o que mais lhe chamou atenção sobre o filme, era discutido brevemente sobre como o entendimento e reconhecimento das emoções são importantes para o enfrentamento de situações do cotidiano.

Os meninos, tanto no grupo da manhã quanto no grupo da tarde, fizeram observações acerca do manejo da raiva e como pode ser difícil lidar com ela sem ter nenhum ato impulsivo ou fazer alguma “besteira”. As meninas do grupo vespertino relataram sentir raiva da personagem “Alegria” porque ela é muito intrusiva, a considerando insuportável.

¹Autor Correspondente: lucasrf24@gmail.com

Já as meninas do grupo matutino, demonstraram empatia e solidariedade com a personagem “Tristeza”, mencionando que as pessoas não deveriam ignorá-la porque ela também é importante.

Foi bem comum ouvir sobre o relato da raiva. Diziam não conseguir se controlar, mencionando situações em que ocorreu violência física. Falavam que sentiam vontade de bater e até mesmo de matar outras pessoas em certas ocasiões, mas expressavam arrependimento de pensar assim depois que a raiva passava. A tristeza foi a segunda emoção mais mencionada por eles como difícil de manejar. Inicialmente queriam controlar tudo o que sentem e excluir certas emoções da vida. Diziam que se ignorar o que sentem, um dia não vão sentir mais. Um trabalho de psicoeducação e reestruturação cognitiva se fez necessário.

Regulação emocional é um conjunto de estratégias adaptativas que objetivam identificar e acolher as emoções como parte natural e indispensável para o desenvolvimento humano, levando a capacidade de controlar comportamentos impulsivos, e se ajustando emocionalmente em cada situação (Ferreira, 2020; Leahy, et al 2013). Nos grupos aqui relatados, tais intervenções de regulação emocional foram: modificação cognitiva e exercícios de relaxamento.

Os adolescentes tiveram uma ótima resposta a essas intervenções, visto que no início dos atendimentos, queixavam-se com frequência de violência autoprovocada e comportamentos de risco para fugir das crises de ansiedade ou para “fugir da dor”. Até a décima sessão, tais práticas foram reduzidas consideravelmente, mas não por todos. Diziam que tentavam conversar com seus pensamentos e quando não conseguiam, pediam ajuda para uma pessoa próxima, geralmente um amigo ou amiga, pois tinham vergonha de falar com os pais e os mesmos acharem “que era frescura”.

Foi trabalhado em algumas sessões os temas de habilidades sociais e comportamento assertivo com cada um expondo sobre suas vulnerabilidades e

potencialidades e compartilhando limites entre seus direitos e os direitos dos outros. Percebe-se a eficácia do treinamento de habilidades sociais adotadas nos dois grupos, baseado na ausência de comportamentos auto lesivos e ideações suicidas.

A FAMÍLIA COMO UM FATOR DE VULNERABILIDADE E DE PROTEÇÃO

A família é um ponto de referência onde o adolescente encontra paz e acolhimento para seu sofrimento. Seria o ideal, mas infelizmente a maioria dos adolescentes dos grupos relataram comportamentos e atitudes contraditórias da parte de quem deveria cuidar e fortalecer. Nessa experiência foi possível perceber o quanto uma rede de apoio pode ser o diferencial no processo terapêutico. Os quatro adolescentes que não tiveram alta, por exemplo e continuaram tratamento no CAPS, tinham rede de apoio fragilizada e possivelmente adoecida.

Em alguns momentos, os adolescentes traziam vivências e pensamentos a respeito de crenças religiosas, mais especificamente sobre fanatismo religioso e como isso os atravessam e prejudicam, principalmente quando esse fanatismo é reproduzido por pessoas próximas. Alguns mencionaram que já se sentiram banalizados ouvindo falas como: “isso aí é falta de Deus”, quando se referiam a seu sofrimento mental.

A necessidade de atendimento com os pais e responsáveis durante o processo grupal se mostrou urgente, porque muitas vezes os mesmos não compreendiam ou até mesmo não sabiam lidar com os adolescentes em momentos de crise. Eram orientados sobre como poderiam contribuir para a saúde mental de seus filhos e como poderiam acolher sem julgamentos e proporcionar um ambiente seguro. O CAPS não tinha profissionais suficientes para realizar um grupo de orientação ou até mesmo de psicoeducação com os pais e isso prejudicou muito os adolescentes, pois infelizmente, o ganho obtido nos atendimentos tem grandes chances de serem perdidos em ambientes hostis.

Houveram pais muito responsáveis e

¹Autor Correspondente: lucasrf24@gmail.com

assíduos, comprometidos com a saúde mental de seus filhos e tentando tomar uma postura mais acolhedora e empática. Nesses casos, em que a rede de apoio era bem estruturada, os adolescentes tiveram uma melhora significativa de seu quadro geral e nenhum deles teve necessidade de continuar acompanhamento no CAPS.

Conclui-se que a família pode ser um fator de proteção e de vulnerabilidade, dependendo do histórico e da dinâmica familiar, das relações estabelecidas e de fatores sociais, que quando atravessada por situações de risco social, pode até não obter satisfação de necessidades fisiológicas básicas.

RELAÇÃO TERAPÊUTICA, VÍNCULO E RESISTÊNCIA

Durante todo o atendimento psicoterapêutico em grupo, houve questionamentos a respeito das intervenções desenvolvidas e da relação terapêutica estabelecida com os coordenadores do grupo e entre os próprios adolescentes atendidos.

O grupo matutino era muito fechado, os adolescentes não interagiam entre si e muitas vezes se recusavam a responder perguntas ou falar sobre determinados assuntos, diziam não se sentir confortáveis. Em resposta a essa dificuldade, os terapeutas programaram atividades de escrita e desenhos, supondo que seria mais fácil falarem de seus sentimentos e emoções através da atividade. Isso não aconteceu, mesmo mudando a forma da intervenção e percebendo o esforço deles em se expressar, não conseguiam se aproximar um do outro e construir um vínculo, o que fez os terapeutas se questionarem sobre tal fenômeno. Chegou-se à conclusão de que a dificuldade não estava nos adolescentes e sim na dinâmica de construção desse grupo, que foi atravessada pela ansiedade dos terapeutas, idealizando respostas assertivas e construindo expectativas irreais para o grupo naquele momento. A partir de tal consciência, os terapeutas ofereceram intervenções que facilitavam a criação de vínculo, com a realização de dinâmicas que pudessem

aumentar o interesse e a interação dos adolescentes, com temas mais abertos e escolhidos por eles. O resultado foi que o grupo conseguiu formar vínculo e as sessões posteriores foram ainda mais ricas.

No grupo vespertino, a construção de vínculo se deu de forma totalmente oposta. Interagiam entre si dentro e fora do CAPS. Criaram um grupo no WhatsApp, se reuniam alguns minutos antes de todas as sessões, conversavam sobre diversos assuntos da vida pessoal de cada um. Alguns deles, inclusive, construíram uma amizade fora do grupo. Foi também aí que surgiu um desafio: O relacionamento héteroafetivo entre dois adolescentes. Ambos com queixas relacionadas a automutilação, pensamentos suicidas e rede de apoio fragilizada. Na tentativa de manusear a situação, foram chamados para atendimento individual, onde foi relatado que o relacionamento não deu certo e que pararam de vir ao grupo para não se verem mais. A adolescente mencionou que se sentiu abandonada porque o sentimento não era recíproco. Já o menino, disse que o sentimento foi algo passageiro e se arrepende de ter se envolvido. Ele não compareceu às sessões seguintes, mas ela sim.

É interessante pontuar como o envolvimento fora do ambiente terapêutico pode prejudicar, sabotar e até mesmo destruir o trabalho de grupo. As questões inerentes às emoções e psicoterapia devem ser faladas dentro do grupo e não é permitido dar continuidade na ausência dos terapeutas. Isso foi ressaltado algumas vezes durante o atendimento do grupo vespertino, que mencionavam que o contato fora da sessão era apenas superficial e não adentravam a questões íntimas exploradas nos atendimentos.

No grupo vespertino, notou-se uma mudança após a saída do único menino. As meninas se sentiram mais à vontade para falar de assuntos mais íntimos, como sexualidade, prazeres e relacionamentos. Nessa sessão, foi ensinada a prática da respiração guiada, ou respiração diafragmática, com objetivo de estimular o pensamento no “aqui e agora”, obter consciência das sensações corporais e,

¹Autor Correspondente: lucasrf24@gmail.com

por resultado, atingir o relaxamento.

Foi desafiador trabalhar com dois grupos que se consolidaram de maneiras tão distintas, ainda mais sendo a primeira experiência de atendimento psicoterapêutico em grupo. Cada um, apesar das queixas parecidas, tem suas particularidades que demandam um olhar diferenciado e intervenções pontuais. No começo dos atendimentos, o grupo matutino necessitava de estimulação a todo momento para se abrir e engajar no tratamento, apresentavam-se mais resistentes e com o tempo foi percebido que essa resistência também era compartilhada pelos terapeutas. No grupo vespertino foi o contrário: se despiram da timidez e da vergonha logo na segunda sessão. Falavam de assuntos paralelos que algumas vezes até atrapalhavam a fala de outro, sendo necessário pontuar sobre as regras do grupo, principalmente de não interromper enquanto o outro falava.

A ansiedade dos terapeutas é algo a ser analisado com mais profundidade, pois o grupo que é atravessado por ela tende a ter resultados insatisfatórios. É necessário se conscientizar a respeito de tal fenômeno e estabelecer estratégias de mudança, como foi feito. A supervisão terapêutica foi fundamental nesse processo psicológico grupal e sem ela, talvez os psicólogos responsáveis pelo grupo não conseguiriam visualizar esse fato.

FEEDBACK DOS ATENDIMENTOS

No final dos atendimentos, foi programada uma sessão de feedback para os pais e outra para os adolescentes. Seria em formato de grupo, mas não houve adesão dos pais devido à incompatibilidade na agenda de cada um e também por falta de transporte.

Através de relatos tanto dos pais e responsáveis, quantos dos adolescentes, foi possível perceber a remissão de sintomas de alguns membros dos grupos, como ausência de crises de ansiedade, pensamentos de morte, desesperança e automutilação. Começaram a questionar sobre o fim do tratamento e a necessidade de continuar vindo. Denota-se uma ansiedade compartilhada por todos pelo

fim do tratamento baseado no aumento do número de faltas a partir da décima primeira sessão.

O aumento de faltas na fase final do grupo não era esperado, como estratégia alternativa, todos os adolescentes foram chamados a comparecer a uma sessão de feedback individualmente, sendo realizado primeiramente com o adolescente atendido, e, depois, com pais e responsáveis.

Em relação aos adolescentes, foi relatado na devolutiva: remissão dos sintomas psiquiátricos, melhora na relação com a família, expansão do autoconhecimento e motivação em relação ao futuro. Destacam-se as devolutivas negativas de dois adolescentes, um mencionou não se sentir aceito por outros integrantes e via nos outros uma falsa esperança de melhora, como se todos estivessem fingindo (grupo vespertino). Outra relatou que achou o grupo matutino mal estruturado e sem sentido para ela, falou também que já participou de outros grupos de adolescentes no CAPS e não consegue ver resolutividade nessa modalidade de atendimento, preferindo ser atendida individualmente.

Em relação à devolutiva dos pais e responsáveis, todos mencionaram remissão dos sintomas psiquiátricos e melhora nas relações familiares. Houve apenas um feedback negativo: a mãe de uma paciente disse que não viu nenhuma melhora dos sintomas de sua filha.

Do grupo matutino, sete usuários compareceram até o fim das sessões, três continuaram tratamento psicológico no CAPS e quatro obtiveram alta. O grupo vespertino terminou com seis adolescentes, cinco tiveram alta e apenas um continuou tratamento psicológico no CAPS.

Dos quatro adolescentes que continuaram atendimento psicológico individual no CAPS, uma evadiu do tratamento. Em contato com a mãe, relatou dificuldades no transporte devido à distância da sua residência e afirmaram não haver tempo para trazê-los devido ao trabalho. Essa é a mesma mãe que relatou feedback negativo.

Idealizado inicialmente entre quinze

¹Autor Correspondente: lucasrf24@gmail.com

a vinte sessões, a proposta do grupo não se concretizou da maneira esperada, mas o objetivo de melhoria do bem estar e remissão de sintomas psiquiátricos foi cumprido na maioria dos usuários.

A modalidade de atendimento em grupo pode sofrer alterações de acordo com a avaliação geral feita ao final de cada sessão, podendo variar a duração da sessão e do número de sessões. A própria questão das faltas pode ser lida como resistência a questões mais profundas ou sinais de melhora dos sintomas, avaliando um a um do que se trata em cada caso. Às vezes esse “tempo” que o paciente dá no tratamento não é medido no tempo cronológico, podendo retomar na vida adulta em um outro momento as questões que não foram possíveis no período da adolescência.

CONCLUSÃO

A residência multiprofissional em saúde mental da cidade de Vilhena, de acordo com as políticas antimanicômias da RAPS, acontece de maneira sutil. O CAPS atualmente não tem recursos humanos e financeiros o suficiente para prestar assistência a população e o psicólogo residente fica responsável pela maioria dos atendimentos psicológicos oferecidos. A residência também é alvo de críticas ao não priorizar o item mais básico dela: o ensino em serviço, porém, mesmo não acontecendo da maneira ideal, essa experiência trouxe aprendizados extremamente válidos. Atuar no campo da saúde mental de acordo com as práticas antimanicômias é um desafio e uma

satisfação.

Pode-se dizer que o grupo concluiu seus objetivos iniciais de remissão dos sintomas de ansiedade e depressão em casos moderados, proporcionando mais qualidade de vida, mas observou-se que tais progressos podem ser perdidos se acompanhados numa rede de apoio hostil. Os objetivos para os adolescentes com quadro de saúde mental grave e persistente não foram alcançados, sendo estes encaminhados para atendimento psicológico individual ao fim do grupo.

A responsabilidade do trabalho em grupo trouxe uma carga ansiogênica, o que levou a uma série de questionamentos acerca da competência profissional e dos métodos de intervenção. A supervisão e psicoterapia foram indispensáveis, pois eram trabalhados pensamentos disfuncionais e emoções desagradáveis, além de uma válida compreensão de responsabilização e autocompaixão.

O trabalho com adolescentes exige uma atenção diferenciada em relação aos demais públicos devido às particularidades que essa fase carrega, como impulsividade, dificuldade de lidar com emoções e mudanças corporais e sociais, aspectos naturais que permeiam tal período da vida.

Por ser a primeira experiência de atendimento em grupo e, baseado nas diferenças de um grupo para o outro, a necessidade de flexibilização e adaptação do método utilizado nos atendimentos foi necessária. Em se tratando de psicoterapia, independente da abordagem, é preciso levar em consideração a mutabilidade dos sujeitos e das condições psicossociais envolvidas.

¹Autor Correspondente: lucasrf24@gmail.com

PSYCHOTHERAPY GROUPS WITH ADOLESCENTS IN A PSYCHOSOCIAL CARE CENTER: EXPERIENCE REPORT OF THE MULTIPROFESSIONAL RESIDENCE

ABSTRACT: This article presents the experience report of a resident psychologist in mental health on group psychotherapeutic care for adolescents at CAPS. Initially, it contextualizes the reader about the Psychosocial Care Network and the multiprofessional residency, mentions the particularities of mental health in adolescence and talks about the use of the behavioral approach. Then, it summarizes the demand of users served and diagnostic criteria for urgency. Finally, it brings the main observed psychological phenomena: Adolescent vulnerabilities: sexual abuse and bullying; Suicidal crisis and self-inflicted violence; Emotions and difficulties in experiencing them; The family as a vulnerability and protection factor; Therapeutic relationship, bond and resistance; and Feedback from attendances. It is concluded that group care brings more quality of life and can be an effective strategy in the remission of psychiatric symptoms of anxiety and depression in moderate cases, but in adolescents with more severe psychiatric symptoms it may not be a good intervention option, especially if allied with a hostile support network.

KEYWORDS: Teenagers. Group psychotherapy. Mental health. Cognitive behavioral therapy. Multiprofessional Residence.

REFERÊNCIAS

Aberastury, A. **Adolescência normal**. Porto Alegre: Artmed, 1983. p. 13-23.

ALVES, G.M. **A construção da identidade do adolescente e a influência dos rótulos na mesma**. Trabalho de conclusão de curso. Universidade do Extremo Sul Catarinense, SC, 2008. Disponível em: <http://newpsi.bvs-psi.org.br/tcc/GabrielaMacileAlves.pdf>. Acesso em 31 jan. 2023

Arcari, Caroline. **Educação Sexual como Prevenção da Violência Sexual**. Comitê Nacional de Enfrentamento e Violência Sexual Contra Crianças e Adolescentes. Direitos sexuais são direitos humanos: coletânea de textos. Brasília: Comitê Nacional de Enfrentamento à Violência Sexual Contra Crianças e Adolescentes, p. 23-28, 2017. Disponível em: https://cmdca.salvador.ba.gov.br/wp-content/uploads/2022/08/Caderno_Temtico_2017_Final-1.pdf#page=23. Acesso em 21 jan. 2023.

Avanci, J. Q. et al. **Fatores associados aos problemas de saúde mental em adolescentes**. Psicologia: Teoria e Pesquisa, v. 23, n. Psic.: Teor. e Pesq., 2007 23(3), jul. 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ptp/a/VTBVG9tQddSz3s67vmfmD4g/?lang=pt#>. Acesso em: 19 jan. 2023.

BECK, Judith S. Introdução à Terapia Cognitivo-comportamental. In: BECK, Judith S.. **Terapia Cognitivo-comportamental: teoria e prática**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. p. 25-47.

Boarini, Maria Lucia. **A luta antimanicomial: um mosaico de vozes insurgentes**. Rev. psicol. polít., São Paulo, v. 20, n. 47, p. 21-35, abr. 2020. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2020000100003&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 15 jan. 2023.

Brasil. Estatuto da Criança e do Adolescente. **Lei nº 8.069 de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, DF, 1990.

¹Autor Correspondente: lucasrf24@gmail.com

Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm. Acesso em: 20 jan. 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde**. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/acolhimento-com-avaliacao-e-classificacao-de-risco-um-paradigma-etico-estetico-no-fazer-em-saude/>. Acesso em: 20 jan. 2023.

Brasil. **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. 30 Jun 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 19 jan. 2023.

Brasil. **Lei n. 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, Brasília, DF, 06 de abril de 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LEIS_2001/L10216.htm. Acesso em 18 jan. 2023.

Brasil. **Lei no 11.129, de 30 de junho de 2005**. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens - ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude - CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nos 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 01 jul. 2005. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2005/lei-11129-30-junho-2005-537682-norma-atualizada-pl.html>. Acesso em: 21 jan. 2023.

Cunha, Yasmine Fernanda Ferreira; Vieira, Adriane; Roquete, Fátima Ferreira. **Impacto da residência multiprofissional na formação profissional em um hospital de ensino de Belo Horizonte**. X Simpósio de Gestão e Excelência e Tecnologia, 2013. Disponível em: <https://www.aedb.br/seget/arquivos/artigos13/15318312.pdf>. Acesso em 19 jan. 2023.

DAVIS, Roberta. **Adolescentes com Transtorno de Ansiedade: desfecho após dois anos de terapia cognitivo-comportamental em grupo**. 2013. 103 f. Dissertação (Doutorado) - Curso de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre - Rs, 2013. Disponível em <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/109020>. Acesso em: 20 jan. 2023.

Ferreira, Walison José. **Regulação Emocional em Terapia Cognitivo Comportamental**. Pretextos-Revista da Graduação em Psicologia da Puc Minas, v. 5, n. 9, p. 618-630, 2020. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/pretextos/article/view/24411>. Acesso em: 21 jan. 2023.

Gama, Carlos Alberto Pegolo da; Campos, Rosana Teresa Onocko; Ferrer, Ana Luiza. **Saúde mental e vulnerabilidade social: a direção do tratamento**. Rev. latinoam. psicopatol. fundam. São Paulo, v. 17, n. 1, p. 69-84, Mar. 2014. Disponível em: http://old.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142014000100006&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 jan. 2023.

¹Autor Correspondente: lucasrf24@gmail.com

Janssens A, Hayen S, Walraven V, Leys M, De-boutte D, Havenss V. **Emergency psychiatric care for children and adolescents: a literature review**. *Pediatr Emerg Care* 2013; 29:1041-50. Disponível em: https://journals.lww.com/pec-online/Abstract/2013/09000/Emergency_Psychiatric_Care_for_Children_and.20.aspx. Acesso em 23. jan. 2023.

Knapp, Paulo; Beck, Aaron T. **Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva**. *Brazilian Journal of Psychiatry*, v. 30, p. s54-s64, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbp/a/HLpWbYk4bJHY39sfJfRJwtn/abstract/?lang=pt>. Acesso em 20 jan. 2023.

Lamarca, Livia Denari. **Desenvolvimento cerebral durante a adolescência e o impacto para os transtornos psiquiátricos e abuso de drogas: uma revisão de escopo**. 2021. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Faculdade de Ciências Farmacêuticas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2021. Disponível em: <https://repositorio.usp.br/directbitstream/034222a9-3073-4293-a128-e81e9fd79d80/3066794.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2023.

Leahy, Robert L; Tirsch, Dennis; Napolitano, Lisa, A. **Regulação emocional em psicoterapia: um guia para o terapeuta cognitivo-comportamental**. Tradução: Ivo Haun de Oliveira. Porto Alegre: Artmed, 2013.

Leal, Bruna Molina; Antoni, Clarissa De. **Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): estruturação, interdisciplinaridade e intersetorialidade**. *Aletheia*, Canoas, n. 40, p. 87-101, abr. 2013. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942013000100008&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 18 jan. 2023.

Nascimento, Marcia Gabriela Gomes et al. **Leituras Sobre Conceitos de Saúde Mental: Uma Revisão Integrativa**. In: *Anais do Encontro Internacional de Pesquisadores em Saúde Mental, Encontro de Especialistas em Enfermagem Psiquiátrica*, 2016, . Anais eletrônicos. Campinas, Galoá, 2016. Disponível em: <https://proceedings.science/saude-mental/trabalhos/leituras-sobre-conceitos-de-saude-mental-uma-revisao-integrativa?lang=pt-br> Acesso em: 22 jan. 2023.

Neufeld, Carmem Beatriz; DAOLINO, Carla Cristina; LONGHINI, Leonardo Zaiden. Desafios da terapia cognitivo-comportamental em grupos com crianças e adolescentes. In: Neufeld, Carmem Beatriz (org.). **Terapia Cognitivo Comportamental em Grupo Para Crianças e Adolescentes**. Porto Alegre: Artmed, 2015. Cap. 1. p. 14-29.

Neufeld, Carmem Beatriz; Rangé, Bernard P.; Pavan-Cândido, Caroline da Cruz. Breve Histórico das Terapias em Grupo e da TCCG. In: Neufeld, Carmem Beatriz; Rangé, Bernard P. (org.). **Terapia Cognitivo Comportamental em Grupos: das evidências à prática**. Porto Alegre: Artmed, 2017. p. 32-57.

Organização Mundial da Saúde. **Saúde para os adolescentes do mundo: uma segunda chance na segunda década**. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2014. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/141455>. Acesso em 19 jan. 2023.

Organização Mundial da Saúde. *Prevención de la conducta suicida*. Washington: Dc: Organización Panamericana de Saúde, 2016. 98 p. Editado por el Dr. Itzhak Levav. Disponível

¹Autor Correspondente: lucasrf24@gmail.com

em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/31167/9789275319192-spa.pdf>. Acesso em: 30 jan. 2023.

Papalia, Diane E.; Feldman, Ruth Duskin. O Desenvolvimento Humano: O estudo do desenvolvimento humano. In: Papalia, Diane E.; Feldman, Ruth Duskin (org). **Desenvolvimento Humano**. 12. ed. Porto Alegre: Amgh, 2013. Cap. 1, p. 34-48.

Pessalacia, Juliana Dias Reis; Menezes, Elen Soraia de; MASSUIA, Dinéia. **A vulnerabilidade do adolescente numa perspectiva das políticas de saúde pública**. Bioethikos, v. 4, n. 4, p. 423-30, 2010. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bic-3587>. Acesso em 20 jan. 2023.

Petersen, Circe Salcides et al. **Evidências de efetividade e procedimentos básicos para Terapia Cognitivo-Comportamental para crianças com transtornos de ansiedade**. Revista Brasileira de Psicoterapia, v. 13, n. 1, p. 39-50, 2011.cc. Disponível em <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-654175>. Acesso em: 20 jan. 2023.

Souza, Maria Augusta Mansur de. **Terapia cognitivo-comportamental em grupo para pré-adolescentes com transtornos de ansiedade: desenvolvimento das sessões e avaliação de resposta**. 2011. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/35044>. Acesso em: 22 jan. 2023.

¹Autor Correspondente: lucasrf24@gmail.com