



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TERAPIA OCUPACIONAL

LÍVIA MARTINS ROSSI

**CRISE E SAÚDE MENTAL NA ADOLESCÊNCIA: A HISTÓRIA SOB A  
ÓTICA DE QUEM VIVE**

São Carlos  
2018

LÍVIA MARTINS ROSSI

**CRISE E SAÚDE MENTAL NA ADOLESCÊNCIA: A HISTÓRIA SOB A  
ÓTICA DE QUEM VIVE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em  
Terapia Ocupacional para obtenção do título de Mestre em  
Terapia Ocupacional, pela Universidade Federal de São  
Carlos - UFSCar.

Área de Concentração / Linha: Processos de Intervenção em  
Terapia Ocupacional / Promoção do Desenvolvimento  
Humano nos Contextos da Vida Diária

Orientadora: Profa. Dra. Maria Fernanda Barboza Cid

São Carlos  
2018



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde  
Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional

---

Folha de Aprovação

---

Assinaturas dos membros da comissão examinadora que avaliou e aprovou a Defesa de Dissertação de Mestrado do candidato Livia Martins Rossi, realizada em 27/02/2018:

---

Profa. Dra. Maria Fernanda Barboza Cid  
UFSCar

---

Profa. Dra. Tais Quevedo Marcolino  
UFSCar

---

Profa. Dra. Katia Regina Moreno Caiado  
UFSCar

---

Profa. Dra. Meire Luci da Silva  
UNESP

**FINANCIAMENTO:**

Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES

## AGRADECIMENTOS

Aos principais colaboradores deste estudo, os adolescentes e seus familiares, pela disposição em revelar questões profundas e intensas, compartilhando um caro conhecimento sobre vivências tão singulares.

Aos profissionais do CAPSij, igualmente colaboradores, sem os quais a revelação do nosso principal objeto de estudo não seria possível.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo auxílio financeiro que contribuiu com o desenvolvimento das diversas etapas deste trabalho.

À professora Maria Fernanda, pela competência e pela paciência, pela exigência e pela delicadeza, pela autoridade e pelo respeito, pela disponibilidade de sempre, por buscar e compartilhar conhecimentos tão importantes, contribuindo para o crescimento profissional e pessoal de quem tem o privilégio de partilhar seu saber, e sua forma tão sensível de expressá-lo.

À professora Thelma Matsukura, por se fazer presente, ainda que distante, através da experiência compartilhada nas inúmeras pesquisas, nas salas de aula, nos corredores, na hora do intervalo, no ímpeto incessante para entrelaçar saberes, instigar interesses comuns e promover transformações em toda a rede de trocas possíveis no movimento de multiplicar e dividir conhecimento.

Às professoras Taís Quevedo Marcolino, Meire Luci da Silva e Kátia Regina Caiado, pela ajuda direta e indireta na construção deste estudo, através da multiplicidade de olhares e contribuições tão pertinentes.

À TO 06, pelos exemplos de profissionais competentes que inspiram a busca constante pelo acúmulo de saberes, o compartilhamento de ideias, o auxílio mútuo e a emancipação pessoal. Em particular, para a Quel e para a Carlinha, pelo teto e pelo apoio em momentos cruciais deste trabalho, sem os quais tudo se tornaria muito mais difícil.

À Bruninha em especial, que acompanhou os progressos, desde o meu primeiro retorno a São Carlos, para ingresso no processo seletivo do mestrado, até a finalização deste moroso trabalho, passando pela transição das diversas etapas que passei nos últimos

dois anos: morando sozinha, acompanhada, com amigos, com família; perto, longe, mais longe ainda; solteira, casada, em minha forma singular, e agora, completa, ao dar início à geração de uma nova vida. A qualidade desse convívio permitiu que a percepção de todo o processo se desse de forma mais leve e acolhedora, apresentando-se, assim, menos solitário quanto parecia ser.

À minha grande família, mãe, pai, irmão(s), pela confiança plena de quem não precisa entender para apoiar, incentivar e torcer pelas minhas escolhas, ainda que não conheçam os caminhos, nem compreendam onde eles podem me levar.

Ao Celinho, meu amor, pelo carinho de todos os dias, pelo encorajamento, pelo suporte emocional e técnico, pela legitimação de cada etapa do trabalho, pela admiração implícita nos pequenos e grandes gestos, pelo estímulo ao engrandecimento profissional, pelo exemplo de dedicação ao conhecimento na importante tarefa de cuidar do outro, e por tornar isso tudo possível simplesmente estando ali.

## RESUMO

Estudos apontam que adolescentes têm apresentado uma maior vulnerabilidade para o desenvolvimento de problemas relacionados à saúde mental. No entanto, observa-se uma escassez de pesquisas que focalizam a experiência do sofrimento psíquico nessa população, bem como a atenção à saúde mental direcionada aos adolescentes, incluindo a vivência da crise em saúde mental. Assim, o presente estudo teve por objetivo identificar a percepção e a trajetória de adolescentes que vivenciaram a crise em saúde mental e de seus responsáveis, sobre esta vivência. Foi utilizado o método História Oral para a coleta das narrativas de cinco adolescentes com idades entre 16 e 17 anos, usuários de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPSij) localizado em uma cidade de médio porte do interior do Estado de São Paulo, e seus responsáveis. Foram aplicados roteiros de entrevista abertos, de modo que estas foram gravadas, transcritas na íntegra, textualizadas e trabalhadas por meio de análise de conteúdo temática. A partir dos resultados, foi possível observar que os participantes abordam a vivência da crise de forma individualizada, atrelando-a especialmente a sintomas depressivos, ideação e tentativa de suicídio. Os relatos de sofrimento dizem respeito às relações entre os pares e ao contexto familiar, cujas adversidades são tidas enquanto possíveis desencadeadoras dos processos de crise. Com relação ao tratamento são apontadas resistências referentes à adesão, à aceitação da medicação, às atividades oferecidas pelo serviço e à participação em grupo, e o CAPSij é visto ora como referência, ora como ausência de apoio. Observa-se, ainda, a vivência da crise como possibilidade de transformação das relações entre os adolescentes e seus familiares, e a trajetória de acesso ao serviço, que passa pelo pronto-socorro e pelo CAPS III antes da chegada ao CAPSij. Os resultados sinalizam a potência e a relevância dos espaços de escuta e de participação dos adolescentes para o direcionamento e produção de ações efetivas para a prática do cuidado integral e singular, além de subsidiar reflexões importantes para os profissionais que lidam com essa população nos serviços estratégicos de cuidado em saúde mental e para além deles, no sentido de efetivar a participação ativa dos atores no próprio processo de cuidado, valorizada na política de saúde mental brasileira, e de favorecer dinâmicas de engajamento e participação social, a partir de ações de promoção de saúde mental.

**Palavras-chave:** Adolescência; Crise; Saúde Mental

## ABSTRACT

Several studies indicate that adolescents are more vulnerable to the development of mental health problems. However, there is also a lack of researches that focuses on the experience of psychic suffering and attention to the adolescent mental health, including the experience of the mental health crisis. The present study aimed to identify a perception and trajectory of adolescents who experienced a mental health crisis and their responsible family members. The Oral History method was used to collect the narratives of five adolescents between the ages of 16 and 17, users of a Psychosocial Care Center (CAPSij) located in a medium-sized city in the interior of the State of São Paulo. Open-ended statements were applied and the responsible family members were also questioned. The interviews were audio-recorded, fully transcribed, textualized and the material was analyzed through the thematic and content method. Based on the results, it was observed that the participants approach the experience of the crisis in an individualized way, linking it especially to depressive symptoms, ideation and suicide attempt. The reports of suffering refer to the relationships between peers and the family context, whose adversities are considered as possible triggers of crisis processes. Regarding the treatment, was recognized resistance to adherence, use of medication and the activities offered by the care service, and CAPSij is seen as a reference, sometimes as an absence of supporting. It is also perceived the experience of the crisis as a possibility of transformation of the relationships between adolescents and their families, and the trajectory of access to the service, which goes through the emergency room and the CAPS III before the assistance at CAPSij. The present study, when focusing on the history of adolescents about their experience of the crisis, signals the power that can emerge from processes which the listening and participation of adolescents is guaranteed in the context of care. Therefore it subsidizes important reflections for the professionals who deal with this population in strategic services of mental health care and beyond in order to effect the active participation in the care process, valued in the Brazilian mental health policy, and to favor dynamics of engagement and social participation, based on actions to promote mental health.

**Keywords:** Adolescence; Crisis; Mental Health



## **LISTA DE QUADROS**

Quadro 1 – Caracterização sociodemográfica dos adolescentes .....	34
Quadro 2 – Caracterização sociodemográfica dos familiares .....	36

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

**CAPS** - Centro de Atenção Psicossocial

**CAPSi** – Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil

**ECA** – Estatuto da Criança e do Adolescente

**OMS** – Organização Mundial de Saúde

**OPAS** – Organização Pan-Americana da Saúde

**PTS** – Projeto Terapêutico Singular

**RAPS** – Rede de Atenção Psicossocial

**SAMU** – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

**SUS** – Sistema Único de Saúde

**UBS** – Unidade Básica de Saúde

**UPA** – Unidade de Pronto Atendimento

## SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO .....	12
1. INTRODUÇÃO .....	13
1.1. Adolescência e Saúde Mental .....	13
1.2. A vivência da crise em saúde mental: implicações para a atenção psicossocial na adolescência .....	16
2. OBJETIVOS .....	24
2.1. Objetivo geral .....	24
2.2. Objetivos específicos .....	24
3. PERCURSO METODOLÓGICO .....	25
3.1. Participantes .....	26
3.2. Aspectos éticos .....	27
3.3. Instrumentos para coleta de dados .....	27
3.4. Local do estudo .....	28
3.5. Localização e identificação dos participantes .....	28
3.6. Coleta de dados e histórias .....	29
3.7. Tratamento dos dados .....	30
3.8. Análise dos dados .....	31
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO .....	33
4.1. Caracterização dos participantes .....	33
4.2. Apresentação das histórias .....	37
Daniel .....	38
Rafael .....	42
Giovana .....	47
Roberto .....	52
Vinícius.....	55
4.3. Resultados e discussão advindos das entrevistas com os adolescentes .....	61
4.3.1. Focalizando a crise em saúde mental: intensidade e sofrimento psíquico....	61
4.3.2. Relações familiares e interpessoais e a vivência da crise: rupturas, afetos, apoio e conflito .....	64
4.3.3. O percurso nos serviços de saúde .....	69
4.3.4. O problema é meu: a individualização do sofrimento .....	74
4.4. Resultados e discussão advindos das entrevistas com os responsáveis .....	77

4.4.1. A crise como potencial transformador na relação com o adolescente .....	77
4.4.2. A família e seus contextos relacionais na compreensão da crise .....	80
4.4.3. A trajetória de cuidado à crise .....	83
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	89
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	93
APÊNDICES .....	100
A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....	101
B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – AUTORIZAÇÃO DA PARTICIPAÇÃO DO ADOLESCENTE .....	103
C – TERMO DE ASSENTIMENTO .....	105
D – QUESTIONÁRIO APLICADO AOS ADOLESCENTES .....	107
E – QUESTIONÁRIO APLICADO AOS FAMILIARES .....	108
F – CARTA DE CESSÃO .....	109
G – ENTREVISTA KAREN – MÃE DE DANIEL .....	110
H – ENTREVISTA ALESSANDRA – MÃE DE GIOVANA .....	117
I – ENTREVISTA DONATO – AVÔ DE ROBERTO .....	122
J – ENTREVISTA KEILA – MÃE DE RAFAEL .....	125
K – ENTREVISTA JOANA – AVÓ DE VINÍCIUS .....	138
ANEXOS .....	149
I – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS .....	150

## APRESENTAÇÃO

O meu encanto pela saúde mental teve início antes do ingresso na universidade e, ao adentrar no mundo da terapia ocupacional, conhecendo suas possibilidades nesse campo, percebi que as oportunidades de aprofundamento e atuação poderiam ser inúmeras.

O interesse intrínseco por essa área me levou à busca por aperfeiçoamento e especialização, através do curso de Residência Multiprofissional em Saúde em um programa de saúde mental. Posteriormente, dei início à vida profissional em um CAPSij, continuando uma trajetória de aproximação com a população infantojuvenil, trajetória esta que sigo desde a graduação. A partir desse trabalho e dos questionamentos emergidos diante das complexidades das ações nesse serviço surgiu o interesse pela busca de respostas que implicavam diretamente no retorno à teoria.

Essa possibilidade surgiu a partir do contato com a *Profa. Dra. Maria Fernanda* por intermédio da *Profa. Dra. Thelma Matsukura* em um reencontro de ricos interesses comuns, no qual temas como infância, adolescência, crise, saúde mental, políticas públicas e a real efetividade de sua implementação convergiram para o desenvolvimento deste estudo.

Assim, neste trabalho, a *Introdução* apresenta a temática da adolescência, transitando por aspectos como as suas definições, os apontamentos da literatura sobre a saúde mental infantojuvenil, a abordagem sobre crise, sobre a crise no contexto da saúde mental, e as implicações da vivência da crise para o cuidado psicossocial de adolescentes. Além disso, são apresentados apontamentos da literatura nacional e internacional sobre a atenção a adolescentes em crise psíquica. Na sequência são apresentados os *Objetivos* do estudo, seguidos do *Percurso Metodológico*, sendo esta última, a seção que discorre sobre o método História Oral, adotado para possibilitar fala e escuta livres, de modo a contemplar todo o contexto e as peculiaridades da vivência da crise, além de dar voz aos seus principais atores. Na seção 4, *Resultados e Discussão*, apresentam-se os resultados do presente trabalho, incluindo as histórias dos adolescentes sobre a vivência da crise em saúde mental e apontamentos para reflexões e discussões. E finalmente, na última seção, intitulada *Considerações Finais*, há a retomada dos achados deste estudo, bem como o apontamento de suas limitações e potências.

## 1. INTRODUÇÃO

### 1.1. Adolescência e Saúde Mental

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) reconhece como criança a pessoa com até 12 anos de idade incompletos e, adolescente, aquele com idade entre 12 e 18 anos (BRASIL, 2014). Para a Organização Mundial de Saúde (OMS) (WHO, 2014), a adolescência é definida enquanto processo biológico no qual podem ser observadas a aceleração do desenvolvimento cognitivo e a estruturação da personalidade, pontuando que as mudanças internas ocorridas nessa fase, embora menos perceptíveis, são igualmente profundas. A faixa etária da adolescência, indicada pela OMS é dos 10 aos 19 anos, sendo subdividida em fase inicial (dos 10 aos 14 anos) e fase final (dos 15 aos 19 anos) (SILVA; LOPES, 2009; UNICEF, 2011).

Alguns autores, que se debruçaram sobre o processo do adolecer, apontam que o conceito de adolescência evolui com as transformações da sociedade em relação a sua compreensão sobre esse conjunto social, e se constitui a partir de uma multiplicidade de fatores e características relacionadas às transformações físicas, intelectuais, de identidade, sociais, culturais, entre outras. É um período que pode caracterizar-se por mudanças na estrutura do pensamento, configurando também uma transformação na forma como o indivíduo compreende seu contexto social, e como se modifica devido à pressões advindas desse mesmo contexto. Assim, são as significações atribuídas pela sociedade às diversas realidades possíveis, que vão atuando enquanto referências para a constituição dos sujeitos (OZELLA, 2002; FREITAS et al., 2005; MOREIRA et al., 2011).

Ainda sobre o período da adolescência, alguns autores observam que há o predomínio de um entendimento sobre essa fase da vida - que comumente é transmitido pela mídia, e na prática de alguns profissionais que assistem a população infantojuvenil - como um período difícil de crise existencial, que ocasiona desequilíbrios e instabilidades. Tal concepção acaba sendo absorvida pela sociedade e pelos próprios adolescentes, que entendem estar vivenciando uma crise de transição antes de transformarem-se em adultos capazes de reflexão e negociação. Essas construções sociais encaram os jovens como vítimas ou causadores de problemas, e apoiam-se em discursos que definem a adolescência como uma fase provisória, permeada por conflitos, angústias, dificuldades, ambiguidades e turbulência (BESSA; GERMANO, 2013; OZELLA, 2002).

Buscando ampliar e avançar na compreensão sobre o processo do adolecer, Bessa e Germano (2013) ponderam sobre a capacidade dos adolescentes adotarem posturas ativas nas

trocas dialógicas cotidianas, posicionando-se enquanto protagonistas de suas próprias histórias, a despeito da fase do ciclo de vida pelo qual estejam passando, reconhecendo, inclusive, que a vivência de adversidade e desestabilidade não é privilégio de indivíduos integrantes de um determinado período da vida. As autoras apontam para a necessidade de que essa população tenha, portanto, suas vozes validadas e que os sujeitos que a compõem possam ser encarados enquanto cidadãos, produtores sociais capazes de influenciar outros percursos além dos próprios.

Nessa mesma direção, Silva e Lopes (2009) defendem, ainda, uma concepção de adolescência e juventude, que considere a pluralidade das possibilidades do ser adolescente e jovem, capaz de abranger a multiplicidade de sentidos atribuídos a essas pessoas, levando em conta o fato de que as mesmas estão sujeitas a construções sócio históricas, econômicas, culturais e relacionais, constantemente submetidas a ressignificações nas sociedades contemporâneas.

Portanto, considerando a construção histórica e contemporânea do ser adolescente que configura um papel a ser desempenhado por estes indivíduos na sociedade, Ozella (2002) sintetiza:

A adolescência refere-se, assim, a esse período de latência social constituída a partir da sociedade capitalista, gerada por questões de ingresso no mercado de trabalho e extensão do período escolar, da necessidade do preparo técnico e da necessidade de justificar o distanciamento do trabalho de um determinado grupo social. Essas questões sociais e históricas vão constituindo uma fase de afastamento do trabalho e de preparo para a vida adulta (OZELLA, 2002, p. 22).

Dessa forma, tendo em vista que o adolescer é um processo complexo que agrega transformações corporais, produção de subjetividades advindas das significações sociais atreladas a tais mudanças, e reconfiguração dos papéis sociais, alguns autores compreendem essa fase do ciclo da vida como mais vulnerável para o desenvolvimento de problemas relacionados à saúde mental (OZELLA, 2002; AVANCI et. al, 2007; MOREIRA et al., 2011).

Tal compreensão tem sido reforçada por documentos provenientes da Organização Mundial da Saúde (OMS), que por meio de dados epidemiológicos apresentam um cenário preocupante, relativo à vivência de sofrimento psíquico intenso por essa população (OMS, 2014, 2016).

O documento denominado *Prevención de la Conducta Suicida*, um relatório recente da Organização Pan-Americana da Saúde em parceria com a OMS (OMS/OPAS, 2016), apontou o suicídio como a terceira causa de morte entre adolescentes de 10 a 19 anos, em alguns dos

principais países americanos, e a segunda causa de morte entre jovens de 15 a 19 anos a nível mundial, chamando a atenção para o crescimento desse índice ao longo dos últimos anos e apontando o suicídio como sendo consequência da vivência de sofrimento psíquico intenso, especialmente de depressão.

Outras manifestações como transtornos comportamentais, de ansiedade, transtornos alimentares e uso abusivo de álcool e outras drogas também são apontados como mais comuns no período da adolescência (RAMIRES et al., 2009).

Notadamente, os dados apresentados disparam reflexões sobre a necessidade urgente de políticas públicas efetivas de promoção e prevenção da saúde mental de adolescentes, envolvendo diversos setores que assistem essa população (RAMIRES et al., 2009). Ao mesmo tempo, sabe-se que a adolescência, ao longo da história, tem sido alvo de processos de medicalização e psiquiatrização, pautados em uma visão que relaciona a adolescência a um problema, especialmente aquela composta por jovens pobres e negros que têm chegado aos serviços de saúde mental a partir de uma tendência de, nas palavras de Vicentin e Gramkov (2010), “encobrir como doença mental determinados processos sociais que discriminam a pobreza e o desinvestimento da sociedade em relação a esses jovens” (p.342).

Sabe-se que ao longo da história, as ações voltadas às crianças e aos adolescentes no Brasil foram caracterizadas pela omissão, exclusão e assistência fortemente marcada pela institucionalização (BRASIL, 2005). Portanto, faz-se necessária uma compreensão mais ampla dos processos que culminam na apresentação desses dados e no evidente aumento do número de casos de adolescentes em sofrimento psíquico intenso, no sentido de problematizar os diagnósticos psiquiátricos e o cuidado em saúde mental na adolescência quando este se apresenta como individualizante, sem ampliar a compreensão do fenômeno social no qual esses jovens estão inseridos. Tal questionamento pode favorecer espaços coletivos de reflexão e criação de alternativas ao cuidado em saúde mental (VICENTIN; GRAMKOV, 2010; TAÑO, 2017).

Em relação aos aspectos que podem estar envolvidos no prejuízo da saúde mental de adolescentes, alguns estudos apontam uma condição multidimensional complexa, podendo envolver uma série de fatores, incluindo aqueles de ordem biológica e contextual, especialmente relacionado a características dos contextos de vida, tais como vivência de violência intrafamiliar, sofrimento psíquico dos familiares/cuidadores, contextos de extrema vulnerabilidade social, falta de acesso aos direitos de educação, saúde, assistência social, dificuldades no ambiente escolar, dentre outros (PAULA et al., 2010; CID, 2011).



Ainda assim, o interesse pelo aprofundamento de questões relacionadas à saúde mental infantojuvenil é relativamente recente, de modo que, estudos que abordem a vivência do sofrimento psíquico nessa população, embora tenham tido um crescimento após a instituição do ECA e dos Centros de Atenção Psicossociais Infantojuvenis (CAPSij), ainda são insipientes, especialmente considerando a população adolescente (MÂNGIA et al., 2003; BRASIL, 2005; SILVA, 2016).

Nesse sentido, a OMS, em documento publicado em 2007 sobre o sistema de saúde mental do Brasil, ressalta a necessidade de expansão da assistência nessa área para a população infantojuvenil no país, já que a porcentagem de crianças e adolescentes assistidos é muito baixa quando comparada à prevalência de transtornos mentais nessa população (WHO-AIMS, 2007).

Partindo dessas premissas e considerando que o foco do presente estudo está relacionado à vivência da crise em saúde mental por adolescentes, apresentamos a seguir alguns apontamentos da literatura sobre o conceito de crise, bem como sobre a crise psíquica e as suas implicações para o cuidado em saúde mental do adolescente.

## **1.2. A vivência da crise em saúde mental: implicações para a atenção psicossocial de adolescentes**

O termo crise traz consigo elementos passíveis de serem interpretados em diversos sentidos: o de separação, mudança, desequilíbrio, e possibilidade de crescimento pessoal. A vivência da crise pode ser considerada como uma ruptura, uma mudança de padrões estabelecidos anteriormente e que, em dado momento, não satisfazem mais ou não têm mais sentido em continuar vigente. Situações de crise não necessariamente estão relacionadas à experiência de sofrimento psíquico, na medida em que todas as pessoas estão sujeitas, pois tem a ver com as intercorrências cotidianas e a forma como o indivíduo lida com elas (BLOISE, 1993; FERIGATO et al., 2007).

Ferigato e colaboradores (2007) apresentam uma compreensão de crise que a encara como portadora de certa potência de transformação, como uma oportunidade de mudança, de ruptura com situações que causam sofrimento. De acordo com as autoras, tal ressignificação desafia o sujeito que vivencia a crise a reconstruir lugares dados, adotando outros olhares e novas posturas a partir do sofrimento e da angústia experimentados.

No que se refere à crise em saúde mental, na psiquiatria clássica ela foi definida a partir da agudização de sintomas psiquiátricos como delírios, alucinações, comportamento agressivo,

agitação psicomotora, entre outros, apesar de tratar-se da tentativa de definir algo essencialmente subjetivo, relacionado apenas às sensações experimentadas por indivíduos em sofrimento psíquico intenso (FERIGATO et al., 2007).

Nessa linha de pensamento, Silva (2013) compreende que situações de crise envolvem alterações no pensamento, orientação, senso percepção, conduta, alterações psicomotoras e afeto, podendo variar desde o grau mais leve até situações mais graves, envolvendo risco de vida com as tentativas de suicídio.

Segundo Borges e colaboradores (2012) as diferentes definições a respeito do que denomina-se “crise psiquiátrica” também ficam evidenciadas ao serem analisados os conceitos de crise em serviços tradicionais, com foco na sintomatologia, ou em serviços que buscam contextualizar a crise, com uma prática focalizada no atendimento multiprofissional.

Dentre os diversos tipos de crise relacionadas ao sofrimento psíquico, uma das manifestações mais graves, assim como a que foi priorizada no trabalho de Carvalho e Costa (2008), é aquela em que o sujeito apresenta desequilíbrio psíquico e dificuldade em encontrar recursos para adaptar-se às situações adversas, a chamada crise psicótica. Segundo os autores, o termo “psicose” nunca apresentou uma definição regular, mesmo dentro da psiquiatria, por não se tratar de um tipo específico de doença. Porém, eles consideram-na como uma alteração comprometedora que pode evoluir para um quadro de esquizofrenia ou outros transtornos.

Os autores relatam, ainda, que as pessoas que enfrentam uma crise geralmente apontam alguma vivência que marca as alterações observadas no início, como perda de entes queridos, adoecimento, traição, agressão, ou situações nas quais experimentam os sentimentos de abandono e insegurança. São ocasiões que apresentam-se como desorganizadoras por acontecerem abruptamente, sem que o indivíduo tenha a chance de se preparar, ou se referem à vivência constante de situações de conflito pelo indivíduo (CARVALHO; COSTA, 2008).

Além das crises psicóticas, Silva e colaboradores (2015) apontam que há também aquelas que geram sofrimento psíquico intenso e que podem ser provocadas, por exemplo, por mudanças nas relações pessoais cotidianas ou de situações adversas e inesperadas (perda de um ente querido ou risco de perda, mudanças significativas em um relacionamento, diagnóstico de doença crônica ou terminal, desemprego, violência, entre outras).

Fusco (2005) pontua que tais situações de crise podem produzir sentimentos de abandono, incapacidade e exaustão capazes de gerarem, como resposta ao enfrentamento da situação, sofrimento psíquico intenso possível de se configurar em quadros de ansiedade e reações depressivas, ou ainda nas formas mais graves de desorganização, como uma psicose reativa. Segundo a mesma autora, a desorganização pode estar relacionada a dimensões

cognitivas, comportamentais ou emocionais, comprometendo as habilidades habituais de resolução de problemas, ou seja, o indivíduo depara-se com a dificuldade em processar estratégias alternativas de enfrentamento e gerenciamento da crise (FUSCO, 2005).

Jardim e Dimenstein (2007) apontam que apesar de descritas as alterações e os sintomas apresentados pelo indivíduo dito em crise, esta é vista enquanto urgência a partir do momento em que afeta diretamente sua rotina e da família, ou seja, é o sujeito, a família ou a sociedade que decidem se o caso é uma urgência ou não, o que confere peso cultural e moral na configuração de uma urgência psiquiátrica. As situações de crise afetam o cotidiano de quem a vivencia e o das pessoas mais próximas, de forma que as demandas e intervenções oferecidas pelos serviços de saúde mental geralmente se definam a partir dessas transformações.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2013), de 76% a 85% das pessoas com transtornos mentais graves não recebem tratamento adequado em países de baixa e média renda, ficando sujeitos a um cuidado precário, já que o número de profissionais de saúde que lidam com a saúde mental nesses países é insuficiente, especialmente os que são capacitados para intervenções psicossociais. O plano de ação da OMS para a saúde mental, previsto para ser implementado entre 2013 e 2020 prevê soluções para as lacunas nos atendimentos de pessoas em sofrimento psíquico que apresentam questões relacionadas à depressão, transtorno afetivo bipolar, esquizofrenia, transtornos de ansiedade, demência, distúrbios do uso de substâncias, deficiências intelectuais e distúrbios do desenvolvimento e do comportamento com início geralmente ocorrendo durante a infância e a adolescência, além de prevenção ao suicídio (WHO, 2013).

A partir da intensificação do sofrimento, expressa pela situação de crise, entende-se a necessidade da oferta de um cuidado também mais intenso. Nessas circunstâncias a internação ainda, muitas vezes permanece como primeiro recurso, devido a escassez de recursos alternativos que possam dar suporte à pessoa com intenso sofrimento psíquico (CARVALHO et. al, 2007).

A política atual de saúde mental brasileira aponta que o suporte às situações de crise pode ser dado por todo profissional que compõe a rede de atenção à saúde, inclusive pelas equipes de Atenção Básica, que podem promover a ampliação do acesso, atuar nas questões relacionadas ao estigma e ao preconceito ainda atrelados à necessidade de cuidados em saúde mental, e manejar diversas situações, ainda que em parceria com serviços de atenção estratégica. (BRASIL, 2013a).

No estudo realizado por Borges e colaboradores (2012), no qual foram entrevistados profissionais de uma unidade de emergência, os autores concluem que, no atendimento às crises

psíquicas, a empatia, a escuta e a comunicação são fundamentais, pois atuam no resgate da subjetividade dos sujeitos, evitando a piora do quadro e ressignificando a vivência da crise.

Em se tratando de crianças/adolescentes também, a Política de Saúde Mental sinaliza que não deve ser menosprezada a importância da conversa direta, a despeito do intermédio dos pais ou responsáveis, argumentando que a atitude de escuta por parte de um adulto interessado pode ser determinante no momento do cuidado, podendo assim apresentar à criança e ao adolescente a possibilidade de serem compreendidos em sua situação de sujeitos, que sabem falar de si e de seu sofrimento (BRASIL, 2013a).

O Ministério da Saúde vem, desde 2002, investindo em recursos para superar a lacuna histórica relativa ao cuidado à saúde mental da infância e adolescência, através do estabelecimento de orientações para efetivação da política pública de saúde mental infantojuvenil (BRASIL, 2005). As diretrizes atuais da saúde mental, expressas pela Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) estão alinhadas com os princípios que afirmam a criança e o adolescente como sujeitos de direito (Estatuto da Criança e do Adolescente) e com as bases éticas do Movimento da Reforma Psiquiátrica (direito à inclusão social da pessoa com transtorno mental), além da estruturação de um sistema intersetorial que dê conta das demandas de saúde mental apresentadas por essa população, a partir das determinações das III e IV Conferências Nacionais de Saúde Mental (ocorridas nos anos de 2001 e 2010, respectivamente), que propõem a chamada Rede Pública Ampliada de Atenção à Saúde Mental (BRASIL, 2013a).

As diretrizes para o funcionamento da RAPS enfatizam a implementação de serviços de base territorial e comunitária e sua organização em rede regionalizada, com o estabelecimento de ações intersetoriais, buscando garantir a articulação e a integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, no sentido de ampliar o acesso à atenção psicossocial da população, especialmente entre os grupos mais vulneráveis como crianças, adolescentes e jovens, entre outros. A RAPS é composta por serviços da atenção primária, de média complexidade e serviços especializados, como Unidades Básicas de Saúde, Consultórios na Rua, Centros de Convivência, serviços de atenção de urgência e emergência, Serviço Hospitalar de Referência, atenção residencial de caráter transitório, Serviços Residenciais Terapêuticos e os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS (BRASIL, 2013b).

Os CAPS são os serviços criados para compor a rede substitutiva ao modelo hospitalocêntrico, sendo os Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenis (CAPSij) especializados no atendimento de crianças e adolescentes com graves comprometimentos psíquicos. Esse serviço foi colocado em posição estratégica, articulado a uma rede ampliada de equipamentos da comunidade que, por sua vez, compõem o território (REIS et al., 2010). As

ações nesses serviços podem ser executadas em parcerias com serviços da Assistência Social, órgãos ligados à justiça, como os Conselhos Tutelares, dispositivos educacionais, entre outros, assim como com outros serviços de saúde e equipamentos da Atenção Básica.

Além dos CAPS e dos demais serviços já citados, a rede de saúde mental deve contar com leitos psiquiátricos em hospitais gerais, pediátricos e serviços de urgência e emergência que possam assistir as situações de crise e garantir que o tratamento das crianças e adolescentes seja acompanhado pelos familiares e responsáveis (AMSTALDEN et al., 2010).

A internação atua no sentido de resguardar a segurança física do paciente ao ajudar a evitar situações de perigo tais como fuga, maus-tratos na rua ou mesmo tentativas de suicídio (CARVALHO; COSTA, 2008). A despeito deste cuidado, o episódio da internação deve ser apenas um momento do projeto terapêutico, que seja acompanhado pela equipe de saúde mental do território de residência da criança/adolescente, para que dure o menor tempo possível e que o tratamento tenha continuidade após a alta (LAURIDSEN-RIBEIRO; TANAKA, 2010).

A política de saúde mental infantojuvenil preconiza que a internação, quando necessária, precisa ser realizada prioritariamente nos CAPSij ou nos hospitais gerais de forma articulada com a rede (BRASIL, 2013a).

A noção de rede contribui para que todos os envolvidos atuem em parceria através da elaboração dos Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) de cada caso. E, em se tratando de crianças e adolescentes, normalmente diferentes setores estão envolvidos, como a família e a escola, o que torna a intersectorialidade ainda mais importante do trabalho em saúde mental com essa população (BRASIL, 2013a).

A despeito do que preconiza a atual Política de Atenção à Saúde Mental no Brasil, que representa evolução importante na assistência às pessoas com sofrimento psíquico, o investimento para a implementação das diretrizes colocadas ainda é escasso, considerando a realidade nacional e, portanto, observa-se que muitas vezes, a dinâmica do cuidado se dá por meio de abordagens fragmentadas, o que culmina em desassistência e processos de repetidas internações (TAÑO, 2017).

Somando-se a isso, o Brasil enfrenta, atualmente, uma crise importante nos processos democráticos e a iminência do desmonte das políticas públicas de saúde e saúde mental conquistadas com expressiva participação democrática e social, o que confere um imenso desafio no sentido de resistir, continuar avançando e evitar o retrocesso frente ao que já foi conquistado (OLIVEIRA, 2017). A reformulação da política de saúde mental prevê a volta de hospitais psiquiátricos na rede de atendimento, o incentivo às enfermarias especializadas em hospitais gerais para um grande número de pacientes com problemas de saúde mental e a

ampliação dos investimentos em comunidades terapêuticas. Tais ações ameaçam o atual sistema, centrado no atendimento de rede multidisciplinar e ambulatorial, reaproximando-nos do antigo modelo manicomial (BRASIL, 2017).

Além desses novos desafios na implementação do cuidado, no que se refere à vivência e atenção à crise em saúde mental na adolescência, Carvalho e colaboradores (2007) apontam que a idade de início do surgimento dos sintomas nem sempre coincide com a idade do primeiro contato com serviços de saúde, situação em que provavelmente mais de um episódio já tenha ocorrido. Os autores pontuam a importância da intervenção precoce contrapondo-se ao desafio que é a identificação de pessoas com vulnerabilidade a uma crise psicótica devido a características variáveis e inespecíficas, podendo ser facilmente confundidas com as características de caráter transitório que podem estar presentes no adolescente (CARVALHO et al., 2007).

Observa-se, no entanto, que o cuidado à crise acaba sendo direcionado ao Hospital Geral, frequentemente sem interlocução com a rede. Tal fato deve-se às barreiras impostas à efetivação dos serviços substitutivos, que deparam-se com a restrição de condições e horários disponíveis para a oferta do cuidado, além da dificuldade de realizarem trocas entre as organizações direcionadas ao atendimento em saúde mental (PEREIRA et al., 2014).

Além disso, na forma como se deu a implementação dos CAPS III (dispositivos de funcionamento 24 horas que podem oferecer acolhimento noturno), os leitos de atenção integral não foram priorizados, gerando certa carência de possibilidades no que se refere à atenção à crise (VASCONCELOS, 2010 apud BRAGA; D'OLIVEIRA, 2015).

Alguns estudos, descritos a seguir, se debruçaram nos processos de atenção à crise em saúde mental de crianças e adolescentes constatando a prevalência de internações como intervenção prioritária nesses contextos, bem como as dificuldades na implementação de alternativas à atenção hospitalar.

No âmbito internacional, Jansens e colaboradores (2013) fizeram uma revisão de literatura com o intuito de abordar questões sobre os tipos de cuidados que devem ser oferecidos às crianças e aos adolescentes que apresentam uma emergência ou crise em saúde mental e como esse cuidado deve ser organizado. Nele, os autores apontam que entre a população infantojuvenil as emergências psiquiátricas muitas vezes ocorrem em contextos de crise e pontuam a existência de desafios adicionais, uma vez que as emergências são definidas por outros, que não a criança ou adolescente, possibilitando uma infinidade de julgamentos com relação a cada caso.

A partir dos achados, os autores sinalizam dois aspectos relacionados à situação emergencial: (1) ela envolve uma gama de danos para o indivíduo e para outras pessoas, determinados principalmente pelo contexto, onde pode existir ameaça ao desenvolvimento e até mesmo à vida; e (2) a intervenção imediata faz-se necessária. Os pesquisadores apontam ainda que poucos estudos têm discutido os conceitos de “emergência” e “crise”, e que uma distinção mais clara entre os termos poderá beneficiar os envolvidos, permitindo que haja protocolos e contextos mais apropriados para as intervenções (JANSENS et al., 2013).

Lamb (2009) realizou um estudo de revisão sistemática com o objetivo de conhecer as diferentes estruturas organizacionais e abordagens terapêuticas, descritas na literatura, como alternativas para crianças e adolescentes internados devido a problemas de saúde mental, além de avaliar a evidência de eficácia, aceitabilidade e custo dessas ações. O autor aponta que são escassas as pesquisas sobre a eficácia de intervenções alternativas ao atendimento hospitalar para jovens que necessitam de tratamento intensivo para problemas complexos de saúde mental. As pesquisas encontradas pelo autor sugerem a implementação de ações diversas à prática da internação para grupos de jovens, pontuando a necessidade de se estabelecer modelos de atenção complementares aos que são oferecidos nos serviços especializados, no entanto, os dados obtidos são insuficientes para apoiar a determinação do melhor modelo a ser aplicado aos grupos de jovens.

Ainda sobre alternativas aos cuidados hospitalares para crianças e adolescentes, Shepperd e colaboradores (2009) buscaram, entre outras coisas, avaliar a eficácia e a aceitabilidade dos diferentes modelos de serviços que procuram evitar a internação de crianças e jovens. Os autores do estudo concluíram que as pesquisas oferecem poucas orientações para o desenvolvimento e implementação dos serviços, mas puderam comprovar que os jovens que receberam intervenções domiciliares, ainda que na atenção à crise, apresentaram melhoras significativas do quadro.

Em âmbito nacional, o trabalho realizado por Pereira (2013), através da construção de itinerários terapêuticos de adolescentes em crise, a partir de narrativas dos próprios sujeitos, seus familiares e profissionais de saúde mental, possibilitou a identificação de "práticas de atenção à crise predominantemente medicalizantes e hospitalocêntricas que utilizam, inclusive, contenções físicas, mantidas durante longo tempo, e altos níveis de medicação" (PEREIRA, 2013, p.161), trazendo questionamentos sobre possíveis violações de direitos.

Nessa mesma direção, o estudo de Braga e D'Oliveira (2015), que objetivou compreender os motivos e a situação de internação de crianças e adolescentes em um equipamento localizado no Estado de São Paulo que, na época, dispunha de 18 leitos

psiquiátricos, concluiu que a ação se dava essencialmente de forma involuntária, devido especialmente a “distúrbios do comportamento” e “agressividade”. Os dados apontaram para internações que provavelmente não tinham relação com algum momento de crise, já que foram em grande parte determinadas por processos judiciais. As autoras observaram a impossibilidade de trocas com os sujeitos internados, através da ausência de registros de escuta no ato da internação, deslegitimando o diálogo e anulando o sujeito nas relações.

Observa-se, portanto, que tanto no âmbito nacional quanto no internacional, as pesquisas que se debruçaram sobre a problemática da atenção à crise em saúde mental de crianças e adolescentes apontam a prática da internação hospitalar como um recurso fortemente presente nos processos de atenção. Além disso, a escassez de estudos que focalizem esta temática e a necessidade de mais pesquisas voltadas para a vivência da crise em saúde mental e sua atenção junto à população de adolescentes, considerando suas especificidades, também foi pontuada (BRAGA; D’OLIVEIRA, 2015).

Diante do exposto, e tendo em vista os poucos espaços de escuta oferecidos aos adolescentes em sofrimento psíquico nas pesquisas, o presente estudo pretende contribuir, na medida em que envolve a abordagem da vivência da crise em saúde mental na perspectiva de adolescentes e seus familiares.

Acredita-se que estudos dessa natureza indicam elementos importantes que poderão colaborar para a compreensão da situação vivida pelo adolescente e sua família, bem como da atenção oferecida, além de subsidiar avaliações de intervenções, e promover a reflexão para o planejamento de políticas públicas mais efetivas, condizentes com o movimento da reforma psiquiátrica, que de fato promovam a saúde mental dos jovens.



## **2. OBJETIVOS**

### **2.1. Objetivo geral**

Objetiva-se neste estudo, identificar, sob a ótica de adolescentes e de seus responsáveis, a compreensão acerca da crise em saúde mental vivenciada pelos adolescentes, bem como a trajetória percorrida em busca de cuidados.

### **2.2. Objetivos específicos**

- Compreender as principais implicações da vivência da crise em saúde mental nos contextos relacionais dos adolescentes e seus familiares;
- Identificar o percurso feito na busca por atenção nas situações de crise e as principais ações de cuidado direcionadas aos adolescentes nos serviços procurados.

### 3. PERCURSO METODOLÓGICO

O presente estudo refere-se a uma pesquisa qualitativa, que adotou a metodologia da história oral para responder aos objetivos propostos. O referencial teórico metodológico adotado assemelha-se ao percurso descrito por Caiado (2003), que dialoga com as ideias de teóricos da história oral, como Meihy e Holanda (MEIHY, 2002; MEIHY; HOLANDA, 2015).

Meihy e Holanda (2015) definem a história oral como:

[...] um conjunto de procedimentos que se iniciam com a elaboração de um projeto e que continua com o estabelecimento de um grupo de pessoas a serem entrevistadas. O projeto prevê: planejamento da condução das gravações com definição de locais, tempo de duração e demais fatores ambientais; transcrição e estabelecimento de textos; conferência do produto escrito; autorização para o uso; arquivamento, e sempre que possível, a publicação dos resultados que devem, em primeiro lugar, voltar ao grupo que gerou as entrevistas (MEIHY; HOLANDA, 2015, p.15)

A escolha pelo método se deu de acordo com o entendimento de que adolescentes, assim como crianças, podem frequentemente ter suas questões reveladas através de outras vozes (RHODEN, 2012), e que exercer o direito à livre expressão pode contribuir para a promoção da autoconfiança e a preparação para o papel de cidadãos ativos (UNICEF, 2011).

Na mesma direção, em seu trabalho, Galhardi (2016) identificou a importância de dar voz aos adolescentes e de reconhecê-los como cidadãos de direitos nas peculiaridades dessa etapa da vida, além de buscar compreender questões intrínsecas a esses sujeitos a partir da ótica dos próprios adolescentes e de seus familiares, deu-se o interesse em conhecer as vivências dos jovens de acordo com suas próprias perspectivas.

A história oral possibilita a aproximação com histórias de vida de sujeitos individuais que vivem e convivem em contextos coletivos (SILVA; BARROS, 2010). Dentre os tipos de história oral tem-se a história oral de vida, a história oral temática e a tradição oral. A primeira trata de narrativas de experiências de vida pessoais a fim de apreender trajetórias significativas para a compreensão de eventos, períodos ou práticas culturais e históricas que são registradas e analisadas no intuito de explicitar interações entre percursos individuais e processos coletivos. A história oral temática parte de um assunto específico, previamente estabelecido, e o recorte do tema deve ficar explícito através das perguntas a serem feitas durante a entrevista. Já a tradição oral, assim como a etnografia, busca apreender o cotidiano dos sujeitos reconhecendo-os através da aproximação intersubjetiva de sua cultura e de questões relacionadas ao passado remoto, que são transmitidas entre as gerações (MEIHY, 2002; MEIHY; HOLANDA, 2015).

Segundo Meihy (2002), a diferença entre os dois primeiros tipos reside especialmente nas formas dos questionamentos. Na história oral de vida as perguntas devem tratar de questões mais amplas, buscando apreender toda ou a maior parte das vivências do indivíduo, e este, deve discorrer livremente sobre os acontecimentos. Já na história oral temática, detalhes da história pessoal do narrador interessam apenas ao contribuírem para o desvelamento da temática central, de modo que, o entrevistador atua como condutor do trabalho, orientado pelas questões que devem levar ao esclarecimento do tema. Essa característica aproxima esse tipo de história oral aos procedimentos das entrevistas tradicionais, porém, a diferença encontra-se na caracterização do trabalho de história oral temática a partir do enquadramento nas etapas previstas no projeto: gravação da entrevista, transcrição literal, textualização/transcrição e análise (MEIHY; HOLANDA, 2015).

No caso do presente estudo, o planejamento para o acesso às histórias considerou características da história oral de vida e da história oral temática, na medida em que houve o foco na apreensão de uma vivência específica dos participantes, que foi a crise em saúde mental experimentada pelos adolescentes e seus desdobramentos, ao mesmo tempo em que foram favorecidas narrativas que trouxessem elementos da história de vida dos protagonistas, como experiências que culminaram com o evento em questão e com a chegada ao CAPSij. Meihy (2002) diz que tal combinação se dá ao buscarmos dados objetivos das histórias de vida, e que essa forma de história oral tem sido apreciada por mesclar situações vivenciais às informações colhidas, o que confere mais vivacidade, sugerindo características do narrador.

Nessa direção, buscando conhecer a vivência da crise em saúde mental a partir da perspectiva dos adolescentes, foram ouvidas as histórias de cinco adolescentes, que falaram, entre outras coisas, sobre a experiência da crise, sobre fatores relacionados a esta vivência, suas trajetórias frente ao sofrimento psíquico, os principais dispositivos oferecidos nos serviços procurados, suas expectativas com relação às intervenções e sobre como se percebem após a crise.

Do mesmo modo, foram entrevistados um responsável por cada jovem, no sentido de buscar, também, as percepções desses atores sobre a vivência da crise em saúde mental dos adolescentes.

A seguir apresenta-se a trajetória percorrida para o desenvolvimento do presente estudo.

### **3.1. Participantes**

Foram participantes do estudo, cinco adolescentes e seus respectivos responsáveis, vinculados a um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSij) de uma cidade de médio porte do interior do Estado de São Paulo. O grupo composto pelos responsáveis contou com a participação de três mães, uma avó e um avô.

A inclusão dos participantes obedeceu aos seguintes critérios:

- a) Estar vinculado ao CAPSij, e ter idade entre 15 e 18 anos (tal critério foi estabelecido na tentativa de homogeneizar a amostra, considerando a definição da OMS de fase final da adolescência, bem como o limite da faixa etária estabelecido pelo ECA);
- b) Ter vivenciado ao menos uma situação de crise em saúde mental;
- c) Estar apto a estabelecer uma comunicação verbal compreensível e disposição para narrar suas experiências.

Tendo em vista que a avaliação da saúde mental dos adolescentes não se caracterizou como objetivo deste estudo, a indicação dos participantes foi realizada pelos profissionais do serviço, considerando a proximidade destes com os casos e a propriedade sobre as condições de participação de cada um.

Na seção de *Resultados e Discussão* apresentam-se os Quadros 1 e 2 com as principais informações sobre os participantes. É importante salientar que foram atribuídos nomes fictícios aos adolescentes e familiares, no sentido de preservar suas identidades.

### **3.2. Aspectos éticos**

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar, expresso pelo CAAE: 61242116.3.0000.5504/ Parecer: 2.030.751 (ANEXO I) e autorizado pela Fundação Municipal de Saúde da cidade em questão.

Os responsáveis assinaram dois Termos de Consentimento Livre e Esclarecido, um concordando com a própria participação e outro autorizando a participação do adolescente (APÊNDICES A e B); e os jovens assinaram um Termo de Assentimento, demonstrando aceite em participar da pesquisa (APÊNDICE C).

Vale ressaltar que após a coleta das histórias, e de seu processo de transcrição e textualização, os participantes foram novamente acessados a fim de que validassem os textos produzidos. Eles avaliaram a escrita e autorizaram o uso e a publicação dos conteúdos.

### **3.3. Instrumentos para coleta de dados**

Com base nos objetivos do presente estudo, foram desenvolvidos dois roteiros abertos de entrevista, de modo que um foi direcionado aos adolescentes, e o outro, aos responsáveis.

Assim, o roteiro relativo à entrevista com os adolescentes foi composto pelos seguintes temas disparadores: (1) motivos que os levaram para o CAPSij; (2) trajetória percorrida nos momentos de crise; (3) o momento da crise e suas percepções sobre esta vivência; (4) percepções e expectativas relacionadas ao cuidado que receberam;

O roteiro relativo à entrevista com os responsáveis foi composto pelos seguintes temas disparadores: (1) motivos que levaram o adolescente para o CAPSij; (2) trajetória percorrida nos momentos de crise do adolescente; (3) o momento da crise do adolescente; (4) percepções e expectativas relacionadas ao cuidado que receberam.

Os participantes responderam, ainda, a questionários de caracterização da amostra (APÊNDICES D e E) para definição do perfil sociodemográfico, que foi constituído de questões referentes à idade, escolaridade, trabalho, renda, tipo de moradia e composição familiar.

Salienta-se, que foi utilizado, também, um diário de campo, no qual foram registradas, no final de cada entrevista, as sensações e percepções da entrevistadora.

### **3.4. Local do estudo**

Foi escolhido o Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSij) de uma cidade de médio porte do interior do estado de São Paulo para a escolha dos participantes do estudo. Esta escolha se deu por tratar-se de um serviço estratégico de cuidado à saúde mental infantojuvenil além da disponibilidade da equipe deste serviço em contribuir para o desenvolvimento das pesquisas realizadas pelo Laboratório de Saúde Mental do Departamento de Terapia Ocupacional (DTO) da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar).

### **3.5. Localização e identificação dos participantes**

Após a autorização da Fundação Municipal de Saúde do município em questão e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFSCar, foram feitos contatos com a coordenação do CAPSij e participações nas reuniões no serviço, para apresentar o trabalho à equipe. A coordenadora junto às profissionais de referência dos adolescentes no CAPSij, identificaram os possíveis participantes de acordo com os critérios de inclusão previstos no projeto.

Meihy e Holanda (2015) chamam de rede o grupo formado pelas pessoas entrevistadas, também denominados colaboradores, frente ao reconhecimento de um trabalho cooperativo entre entrevistador e entrevistado. Segundo os autores, a rede é construída com o auxílio dos próprios entrevistados através da indicação de outros colaboradores. No caso do presente estudo, no entanto, o estabelecimento da rede enfrentou entraves com relação à disponibilidade de adolescentes que se enquadrassem nos critérios citados anteriormente: alguns se encontravam em situação de crise, outros não obtinham a autorização dos responsáveis para participação na pesquisa, ou não estavam disponíveis durante o período reservado para a coleta dos dados. Dessa forma, a rede foi definida ao cessarem as possibilidades de inserção dos usuários do serviço, sendo selecionados quatro meninos e uma menina para colaborar com a pesquisa. O grupo formado pelos responsáveis/familiares compôs uma segunda rede, o que no entendimento dos autores, torna-se ideal por conferir diferenças de olhares referentes à mesma questão, já que nos “interessam os argumentos que justificam o fenômeno para cada seguimento” (MEIHY; HOLANDA, 2015, p. 54).

### **3.6. Coleta de dados e histórias**

Após a identificação dos adolescentes, foram feitos os primeiros contatos para apresentação do estudo e definição dos encontros para a coleta das histórias. Com dois adolescentes, o primeiro contato foi realizado após as atividades do grupo terapêutico em que ambos participavam no CAPSij. Diante da proposta e do convite à participação, eles aceitaram e posteriormente foi feito contato com seus responsáveis, que também foram convidados e autorizaram a participação dos filhos. Os outros três adolescentes e seus responsáveis foram contatados por seus profissionais de referência no serviço, e aceitaram participar após compreenderem os objetivos do trabalho.

A coleta das histórias ocorreu entre os meses de abril e maio de 2017, de modo que foram realizados 10 encontros, um com cada participante. Tais encontros foram acordados previamente com cada participante, no que dizia respeito às questões logísticas, tais como local, dia e horário. Seis deles aconteceram no próprio CAPSij, os outros quatro se deram nas casas dos familiares.

Na maioria dos encontros entrevistadora e entrevistado permaneceram a sós. No CAPSij, porém, algumas vezes houve interrupções devido a acontecimentos externos, e algumas entrevistas feitas nas residências contaram com a presença de outros familiares em determinados momentos. Cada entrevista contou com uma média de 50 minutos de duração.

As conversas aconteceram através de entrevistas abertas, que foram iniciadas com a explicação dos objetivos do estudo, a apresentação dos Termos de Consentimento ou Assentimento, e o pedido de autorização para a gravação.

### **3.7. Tratamento dos dados**

As entrevistas foram transcritas na íntegra e, posteriormente, trabalhadas em um processo de lapidação, em que “são retirados os erros gramaticais, as digressões, as repetições, os cortes de frases ou de ideias e as gírias próprias da linguagem informal” (CAIADO, 2003, p.50). Assim, as narrativas tornaram-se lineares e coerentes. A autora chama esse processo de textualização, e afirma tratar-se do que os outros oralistas denominam transcrição, ou seja, é a organização do texto de forma compreensível partindo da transcrição literal. Isso é o que Marzochi (2014) denomina como a adição de “sensações ao texto, aquilo que não foi dito, mas percebido ou visto pelo entrevistador” (p. 62), como um “ato de recriação para comunicar melhor o sentido e a intenção do que foi registrado” (MEIHY; HOLANDA, 2015, p. 136).

Durante esse processo foram escolhidas frases das narrativas que representam a essência de cada entrevista, inserindo o que Meihy e Holanda (2015) denominam de “tom vital” (p. 142). Apresentadas antes do início de cada texto, estas frases tem o intuito de guiar o sentido geral da narrativa, explicitando o que foi tido como mais relevante durante a conversa.

Em um segundo momento houve o reencontro com cada participante, para apresentá-les o resultado das entrevistas após o processo de textualização. Eles puderam ler e propor alterações que foram incorporadas ou subtraídas do texto produzido, e rubricaram as páginas para legitimar a textualização. Caiado (2003) sugere esse procedimento como forma de conferir fidelidade ao que foi dito pelo entrevistado. Essa última etapa, de conferência e legitimação, serve como meio do entrevistado checar se as ideias explícitas no texto são fiéis às suas, e também como forma de suprimir questões de caráter ético, e até mesmo jurídico (GATTAZ, 1996).

Três participantes, sendo dois adolescentes e uma mãe, sem parentesco entre si, leram o texto todo antes de rubricarem as páginas. Um dos jovens pontuou que possivelmente encontrava-se confuso no momento da entrevista, porém não quis fazer alterações; o outro solicitou que fosse omitido apenas um trecho de uma frase; e a mãe pediu para que fosse retirada a última frase do texto, por tratar de conteúdo sigiloso entre os familiares. Os outros participantes iniciaram a leitura, mas por falta de tempo em meio à rotina, e diante da extensão das produções, prontamente reconheceram os textos e os aprovaram para publicação. Quatro

responsáveis e um adolescente solicitaram cópias do documento, para terminarem a leitura posteriormente. Cada participante comprovou que ainda possuía todos os contatos da pesquisadora e esta se colocou à disposição para qualquer dúvida ou sugestão que pretendessem fazer. Até o momento da produção deste texto, nenhum deles entrou em contato.

Como etapa final, para validação dos textos, foi solicitado aos participantes que assinassem também a Carta de Cessão (APÊNDICE F), documento que define a legalidade do uso das entrevistas.

### **3.8. Análise dos dados**

Feito o processo de textualização e validação, partiu-se para o procedimento de análise dos dados produzidos. Para tanto, as duas pesquisadoras envolvidas na execução deste projeto de pesquisa se debruçaram sobre as textualizações partindo da leitura atenta e exaustiva, no sentido de buscar nos discursos, temáticas comuns que pudessem emergir das histórias contadas, conforme preconizado pelo método de análise de conteúdo temática de Bardin (2009).

A autora aponta que a análise temática permite que os núcleos de sentido que compõem a comunicação se revelem por meio da frequência de tais núcleos que sinalizam possíveis indicadores de significados frente ao objeto analítico escolhido, no caso, as histórias coletadas (BARDIN, 2009).

O desenvolvimento da análise temática sugerido por Bardin (2009) se dá por meio de um processo sistemático, que envolve as seguintes etapas: a) Pré-análise: organização e sistematização das ideias iniciais por meio do planejamento do estudo, b) Exploração do material: envolve a aplicação sistemática do método, onde, a partir dos objetivos do trabalho, acontece a escolha das unidades por meio do tema e a agregação do mesmo, isto é, a escolha das categorias temáticas, c) Tratamento dos Resultados e Interpretações (BARDIN, 2009).

Dessa forma, foram elencados os principais pontos de cada história, a saber: questões causadoras de sofrimento psíquico; percepção da vivência da crise; detalhes da trajetória de cuidados até o CAPSij; fatores de suporte/cuidado apontados pelos adolescentes; e consequências, tanto positivas quanto negativas, dessa experiência.

Após o trabalho de imersão nos dados os temas que ambas identificaram foram selecionados para serem apresentados e discutidos.

Nesse processo, cabe observar que as textualizações provenientes das entrevistas com os familiares ficaram bastante extensas, pois, embora tenha sido dado o direcionamento para que eles discorressem especialmente sobre a vivência do sofrimento psíquico dos adolescentes



pelos quais são responsáveis, destacando os momentos de crise em saúde mental que vivenciaram e as trajetórias disparadas frente a esse acontecimento, os participantes abordaram conteúdos muito além da demanda solicitada.

Frente a esse fato, considerando os objetivos do presente estudo (que se referem, especialmente a favorecer um processo de escuta do adolescente, abrindo um espaço para que ele próprio fale sobre sua experiência de crise em saúde mental), suas narrativas foram apresentadas na íntegra na seção de resultados, enquanto as textualizações que retratam as histórias contadas pelos familiares foram apresentadas como apêndices (APÊNDICES G, H, I, J e K).

## **4. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A apresentação dos resultados se dará da seguinte forma: Inicialmente, serão apontados os dados de caracterização dos participantes, e em seguida, as histórias contadas pelos cinco adolescentes. Posteriormente, serão apresentados e discutidos os temas que emergiram do processo de análise das histórias dos adolescentes, seguidos da discussão das temáticas provenientes das entrevistas com as famílias.

### **4.1. Caracterização dos participantes**

Os participantes do presente estudo foram cinco adolescentes vinculados a um CAPSi<sup>j</sup> e seus responsáveis.

No quadro a seguir apresenta-se a caracterização sociodemográfica dos adolescentes. Destaca-se que foram adotados nomes fictícios a fim de preservar a identidade dos participantes.

Quadro 1 - Caracterização sociodemográfica dos adolescentes

Participantes	Idade	Escolaridade	Trabalho	Tempo de vínculo com o CAPSij	Há quanto tempo vivenciou a última crise	Com quem reside
<b>Daniel</b>	17	Superior em andamento – faculdade de Administração - primeiro ano	Estagiário no gabinete da prefeitura	4 anos	1 mês	Mãe e padrasto
<b>Rafael</b>	17	Médio em andamento – terceiro ano	Já trabalhou como jovem aprendiz, atualmente desempregado	3 meses	3 meses	Mãe e companheira da mãe
<b>Giovana</b>	17	Médio em andamento – terceiro ano	Recepcionista de um asilo do município	3 meses	4 meses	Pai, madrasta e irmão
<b>Roberto</b>	16	Médio em andamento – segundo ano	Ajuda o avô na loja de móveis usados	1 ano	1 ano	Avô, esposa do avô e tio (filho do segundo casamento do avô, tem a mesma idade de Roberto)
<b>Vinicius</b>	17	Médio em andamento – segundo ano	Não exerce	4 anos	1 mês	Avó, prima da avó (tratam-na como mãe), um irmão, uma irmã e uma sobrinha

A partir do quadro, observa-se que os adolescentes apresentaram idades entre 16 e 17 anos, e cursavam o ensino médio, exceto Daniel que, na ocasião da entrevista havia iniciado um curso superior.

Os três jovens que exerciam (ou já haviam exercido) trabalho remunerado, o faziam por meio de ações de uma instituição profissionalizante do município, sendo que Daniel passou a exercer a função de estagiário após o término de seu contrato com a instituição, meio pelo qual iniciou o trabalho no gabinete da prefeitura.

Nenhum dos participantes viviam com ambos o pais, concomitantemente, sendo que dois deles moravam com os avós e outros familiares.

Observa-se que nem sempre os períodos indicativos de crise coincidem com o início do acompanhamento no CAPSij. Dois participantes apresentaram períodos de crise coincidentes com o início do tratamento no CAPSij, outros dois estavam em tratamento quando ocorreram as últimas crises, e um iniciou o tratamento um mês após a crise.

A seguir apresenta-se as caracterização sociodemográfica dos familiares participantes, conforme o Quadro 2, a seguir:

Quadro 2 – Caracterização sociodemográfica dos familiares

<b>Familiares</b>	<b>Responsável por</b>	<b>Grau de parentesco</b>	<b>Idade</b>	<b>Escolaridade</b>	<b>Trabalho remunerado</b>	<b>Renda familiar (em salários mínimos)*</b>	<b>Moradia</b>
<b>Karen</b>	Daniel	Mãe	32	Ensino médio completo	Empregada doméstica	1 a 2	Própria
<b>Keila</b>	Rafael	Mãe	35	Superior incompleto	Analista administrativa	2 a 3	Própria
<b>Alessandra</b>	Giovana	Mãe	43	Ensino médio completo	Serviços gerais – loja de móveis	Mais de 4	Emprestada
<b>Donato</b>	Roberto	Avô	56	Fundamental incompleto	Comerciante	Mais de 4	Própria
<b>Joana</b>	Vinícius	Avó	59	Superior incompleto	Aposentada	Mais de 4	Própria

\*O valor do salário mínimo no ano vigente, 2017, era de R\$ 937,00

Todos os familiares tinham casa própria, exceto Alessandra, que residia em casa cedida/emprestada, de propriedade de sua mãe. Ela era também a única responsável que não morava com a filha, participante da pesquisa. Giovana residia com o pai e a madrasta, porém indicou a mãe como responsável para participar do presente estudo.

## **4.2. Apresentação das histórias**

A seguir, apresentam-se as cinco histórias coletadas junto aos adolescentes participantes da pesquisa:

# Daniel

## **Apresentação**

Daniel, de 17 anos, terminou o ensino médio em 2016 e cursa Administração em uma faculdade particular do município onde mora. Começou a trabalhar como guarda, a partir de seu vínculo junto a uma instituição profissionalizante, aos 14 anos, no gabinete da prefeitura. Com o término do contrato, foi chamado para continuar como estagiário, já que não havia completado os 18 anos, e permanece auxiliando na parte administrativa.

## **História**

*Não que eu queria morrer... eu queria acabar com a dor...*

A primeira vez que precisei de ajuda profissional não fui eu que procurei, foi minha mãe. Minha mãe e minha avó. Eu tive uma crise... E tomei um monte de remédios... Tentativa de suicídio...

Foi antes de eu começar a trabalhar, eu tinha 13 anos. Aconteceu uma série de coisas. Primeiro, minha avó estava com depressão, com ideia de ir morar em outra cidade, bem longe daqui, e eu sempre fui muito próximo a ela, mais que minha mãe até. Segundo, eu gostava muito de uma menina... Seis anos gostando dela, desde a primeira série... Eu gostava muito dela... E só um amigo meu sabia.

Nessa época eu descobri que esse amigo que sabia era quem fazia de tudo pra eu não ficar com ela. Ele era meu melhor amigo, pra quem eu contava tudo. E era ele quem não deixava eu ficar com ela, porque ele inventava um monte de coisa, fazia minha caveira pra ela, falava um monte de coisas.

Eu acabei me distanciando dele, o que foi muito bom porque hoje ele está nas drogas... Me distanciei, mas não perdi o vínculo. Ele é meu vizinho, então ainda tenho contato. Não é mais aquela amizade, eu o considero só como vizinho mesmo, mas o perdoei. Perdoei em partes, porque ele não sabe que eu sei... E eu sei que é verdade, porque fui bem fundo nessa verdade...

Mas enfim, com tudo isso acontecendo, eu acabei descontando na escola. Eu estava na sexta pra sétima série, e sempre fui um aluno que tirava 8, 9, 10. Nessa época minha média foi 4... 3, 4, 5, em todas as matérias. Os professores notaram, falaram com a minha mãe. Eu só sei que eu fiquei muito mal... Chorava na escola, era muito ruim.

E daí, não que eu quisesse morrer, eu queria acabar com a dor...

E então foi meio que uma conclusão lógica, tinha um monte de remédios para dormir, e eu achava que pudesse dar um efeito colateral em algum órgão meu e... “Adeus mundo para sempre”.

Eu não lembro muito, mas sei que depois disso eu dormi por dois, três dias, e acordei em algum lugar que eu imagino que seja um hospital, só que eu não lembro, porque eu abri o olho e já fechei. Depois acordei na cama da minha mãe. Acho que foi isso... Eu procurei não saber o que estava acontecendo, porque eu não queria...

Depois disso minha mãe me trouxe pro CAPS sem eu saber. Eu nem sabia o que estava acontecendo, falou só para eu esperar, achei que era coisa dela até... Daí, quando a gente entrou na sala, era a profissional que hoje é minha referência aqui, falando tudo o que tinha acontecido, eu fiquei surpreso.

Comecei a frequentar aqui com muita resistência. Eu não queria aceitar que precisava de ajuda. Tomei medicação só no primeiro mês, e parei por conta própria. Mas acabei ficando um bom tempo. Comecei vindo uma vez por semana para atendimentos com a minha referência, depois entrei para a oficina, e passei a vir duas vezes por semana, mas por fim eu estava vindo todos os dias.

Na verdade, eu recebi alta nos dois, três primeiros meses. Durante esse período ajudei bastante os pacientes e os profissionais a se aproximarem. Então me identifiquei, e acabei vindo o ano inteiro assim. Não por precisar, mas por querer ajudar.

Depois comecei a trabalhar, e não tive mais tempo. Não sentia precisão também, de vir, e então passei mais de dois anos sem frequentar aqui. Mas daí eu tive outra crise.

Honestamente, não tenho certeza, só que eu sinto que nunca cheguei a ter total melhora da primeira crise. Além disso, tinha muito estresse na escola e no trabalho, tudo era desgastante. Em casa também era ruim, meu relacionamento com a minha mãe. E eu acabei ficando mal...

Eu conhecia uma menina há dois anos e fazia cinco meses que estávamos namorando, eu gostava bastante dela, desde as primeiras conversas que tivemos, e esse relacionamento era a única coisa que me deixava bem. Mas aí fiquei mal devido a essas outras coisas, e acabei levando isso pro meu relacionamento com ela. Então do nada, a única coisa que me deixava bem estava me fazendo mal também...

Eu estava me sentindo mal desde dezembro do ano passado. Foi acumulando, porque eu nunca enfrentei... Eu deveria ter enfrentado quando o problema foi criado. Na escola eu não sei, mas no meu serviço, eu devia ter encarado a minha chefe... Agora mudou o governo, e está bem melhor, mas no antigo, minha chefe era horrível. Acho que uma das piores pessoas que eu já



encontrei na minha vida foi ela. Ela pisava em todo mundo, especialmente em mim, pisava com gosto ainda... Isso me deixava muito mal... Acho que se eu tivesse encarado ela eu estaria melhor.

Outra coisa que me deixou bem mal foi quando minha melhor amiga começou a namorar uma pessoa que eu não gostava. Ele também não gosta de mim, e eles brigavam muito por ciúmes. O desenrolar da história foi que ela me “trocou” por ele. Acabou com uma amizade de muito tempo, desde a primeira série éramos melhores amigos. Isso também foi no final do ano passado, e também me deixou muito mal.

Com a minha ex também... O namoro foi ruim em partes, porque acabou com a amizade, e depois que acabou o relacionamento acabou tudo. Do namoro eu não sinto falta hoje...

Então, o motivo dessa segunda crise foi uma série de coisas, não tem um motivo. Da primeira vez também foi, é uma coisa que eu não tinha percebido. Agora que eu falei que eu parei pra pensar... Bom saber disso! Bom evitar algumas coisas.

Acumulou tudo isso e chegou uma hora que eu não aguentava mais, não aguentava mesmo... Aí fui atrás de veneno, já que os remédios não tinham dado certo. Só que também não ajudou... Eu pensava que era fácil acabar com a sua própria vida, e não é tão fácil. Apesar de ter jeitos diferentes de acabar com a vida e ainda continuar vivendo, acabar com a vida em si é muito difícil. Eu tomei veneno, e não resolveu...

Mas antes disso eu já tinha voltado no CAPS. Foi em fevereiro, quando terminou meu primeiro contrato de serviço, fiquei desempregado e não sabia se ia voltar ou não. Eu fiquei mal. Ficava trancado no meu quarto, não comia, não falava com ninguém.

Minha mãe, percebendo isso, entrou em contato com as profissionais daqui, e eu de novo não queria admitir que precisava de ajuda... Inclusive eu achava que ninguém podia ajudar. Isso é um erro, as pessoas podem te ajudar...

E então elas deram “migué”, inventaram uma história pra eu vir pra cá. Mas eu fiquei bravo e falei que não gostei! Porque o vínculo que eles tem aqui é comigo, não é com outra pessoa. Então elas teriam que ter me falado isso, explicar porque eu tinha que vir, e não inventar uma história pra eu vir pra cá!

Eu vim e conversei com as referências, mas não tive vontade de continuar. Uma delas até aceitou trocar alguns e-mails comigo, já que eu não queria vir.

Depois de uns dias, um tempo depois de terminar meu relacionamento, foi que eu tomei o veneno. Daí piorou, porque minha mãe viu o frasco, aí que ela me obrigou mesmo a vir pra cá.

Depois disso, elas me convenceram a passar pela psiquiatra. Já foram duas vezes, a primeira foi pra ela passar o antidepressivo e o remédio para dormir. Desde dezembro eu não conseguia dormir.

Então, desde fevereiro eu tenho vindo. Não frequentemente, vindo às vezes, só pra conversa. Além da médica eu vim conversar com uma das referências, com quem eu me vinculei desde a primeira vez, com a outra eu ainda não consegui me abrir, meu vínculo é na verdade com a primeira.

Nessa época, depois da crise, eles me chamaram, me contrataram no gabinete. Comecei a faculdade, ganhei bolsa pelo ENEM. E a música também ajudou muito! Sempre gostei muito de música. Toco guitarra, e canto.

Eu participava do coral da instituição, mas como minha ex também fazia parte do grupo, preferi sair. Algumas semanas depois entrei em outro, e foi muito bom! Conheci um grupo novo de amigos, foi muito bom... Honestamente, eu acho que foi a música mesmo que me ajudou.

Cheguei à conclusão que é um erro achar que você não precisa de ajuda, achar que ninguém vai te ajudar. É bom ter um profissional, com quem você possa contar, mas também alguém de confiança, fora daqui. Eu tenho um amigo que me ajudou demais! Nos conhecemos desde a quinta série, e sempre fizemos tudo juntos. Eu sabia que desde dezembro eu já estava começando com a depressão. Depois que eu admiti isso conversei com ele, e quando eu mais precisei, ele não me deixou sozinho.

E o que mais atrapalhou foram todas as coisas que eu já falei: o estresse que eu passava no serviço, que era muito; na escola, a minha sala era terrível, tinha muita gente que não queria estudar e atrapalhava quem queria, os alunos não deixavam o professor dar aula; em casa eu brigava toda hora com a minha mãe e no final das contas também brigava sempre com a minha ex.

Teve uma hora que veio tudo de uma vez só, o tudo de uma vez só que eu não sei lidar, se vier uma coisa de cada vez eu consigo, pelo menos conseguia... Hoje já não sei, já percebi algumas coisas, já amadureci. E sou muito grato às profissionais daqui, na verdade minha referência me ajudou no meu amadurecimento.

Se eu pudesse conversar com outro adolescente que estivesse vivendo essas questões, eu diria pra ele acreditar que vai passar. Uma hora ou outra vai passar! Pode demorar... Pode doer bastante enquanto não passa, mas vai passar! E aquilo que eu já falei: ajuda. A gente acha que não, que as pessoas não vão ajudar, mas vão ajudar.

# Rafael

## Apresentação

Rafael, de 17 anos, cursa o terceiro ano do ensino médio. Trabalhou por cerca de um ano como jovem aprendiz a partir do vínculo em uma instituição profissionalizante do município, até ter recentemente finalizado o contrato. Vive atualmente com a mãe, Keila e a companheira dela, Rose.

## História

*Qualquer coisa que acontecia eu achava que eu era um inútil, um imbecil, achava que as coisas nunca iam dar certo, me inferiorizava em todos os aspectos.*

Quando eu percebi que precisava de ajuda foi porque eu estava tendo umas crises. Sabe quando sua cabeça não consegue mais pensar direito porque está cheia de coisas demais, e isso afeta seu humor? Eu estava achando tudo um completo saco, e queria ir embora de qualquer lugar...

Eu não queria ficar mais em lugar nenhum, sabe. Estava simplesmente de saco cheio de tudo. E aí, eu acabava sendo grosso com as pessoas sem perceber. E a minha cabeça estava cheia de coisas, cheia, cheia. E eu não sabia o que fazer pra esvaziá-la...

Esse tipo de coisa sempre aconteceu comigo, desde sempre... Mas começou a ficar muito forte do final do ano passado pra cá, eu estava com 16 anos. Um belo dia eu saí pra trabalhar, normalmente, acordei como em um dia normal, com a cabeça cheia de coisas, e simplesmente me deu um estalo assim, eu pensei, por que eu não morro logo? E aí eu fui pra avenida mais movimentada da cidade, em que os carros passam em alta velocidade. Fiquei parado no meio dela, e os carros começaram a desviar de mim.

Como você pode ver, eu não morri. E o engraçado é que eu fiquei decepcionado quando vi que não tinha morrido, mas uns cinco minutos depois eu parei pra pensar e falei: “Meu Deus! O que eu acabei de fazer?” Eu pensei: “Caramba! Cheguei muito perto de acabar com a minha vida! Eu tenho planos pro futuro e tudo mais, e quase acabei com tudo...” Isso me deixou perturbado... Foi quando eu falei com a minha mãe, que achava que eu estava precisando de ajuda, no mínimo uma ajuda... Porque ninguém tenta se matar à toa.

Eu sempre tive pensamentos assim, tipo, de querer sumir, de achar que seria muito legal se um caminhão errasse a direção e me pegasse, mas eu nunca tentei de fato morrer, eram só pensamentos. Esses pensamentos sempre estiveram aqui devido a minha história de vida, só que foram ficando mais fortes, como uma bola de neve. Eu tinha um problema e não dei atenção a ele, até que ele começou a se agravar.

Qualquer coisa que acontecia eu achava que eu era um inútil, um imbecil, achava que as coisas nunca iam dar certo, me inferiorizava em todos os aspectos. Parava pra pensar no dia-a-dia, na vida, no mundo lá fora, e concluía que isso aqui não vale nada também. Eu fiquei perturbado devido à minha história de vida. A história da minha relação com meu pai, na verdade...

Meus pais se casaram cedo e tiveram filho cedo demais. Não tinham maturidade suficiente e, além disso, meu pai não tinha uma cabeça muito legal. Mesmo assim fomos vivendo a vida, até que, quando eu tinha uns cinco anos, eles resolveram se separar. Acabei indo morar com a minha avó, fiquei anos morando lá. Naquela época eu era muito novo e não entendia muito bem o que estava acontecendo, eu achava que meus pais tinham ido embora, e me deixado lá. Hoje eu sei que não é isso, mas na época era o que eu pensava...

Então o tempo foi passando e quando eu tinha uns nove anos fui morar com meu pai. Ele era um cara legal, um pai que qualquer filho gostaria de ter, sabe... Jogava videogame comigo, me levava pra jogar bola, contava piadas e essas coisas. Só que aí, depois de um ano mais ou menos, ele se casou de novo, e teve outra filha, minha irmã. Eu amo minha irmã de paixão, não acho que nada disso tenha sido culpa dela, mas é um marco sabe... A partir do nascimento dela as coisas começaram a mudar.

Depois de uns dois anos de casados, durante a gravidez da minha madrasta, estava um inferno! Depois que minha irmã nasceu, até os seis meses dela, ficou maravilhoso! Tudo às mil maravilhas de novo... Aí dos seis meses em diante voltou a ser um inferno... Foi só uma pausa... Nisso eu já estava com 12 anos.

Não sei se é porque meu pai e minha madrasta começaram a ver que eu era um obstáculo na vida deles, uma pedra no meio do caminho, mas meu pai passou a me ver como se eu fosse a escória da humanidade. Ele falava dia após dia que eu era um lixo, que eu nunca ia fazer nada correto. Eu tirava as melhores notas na escola, e ele falava que não era suficiente, que nada do que eu fizesse ia dar certo, coisas assim...

Essas agressões verbais passaram a agressões físicas, como por exemplo, eu estar dormindo numa boa, uma noite qualquer, e ele chegar com o pé na porta, me tirar da cama, me

chutar e me expulsar de casa. Isso aconteceu algumas vezes. E aí eu tinha que dormir na rua, me virar.

A partir daí eu fiquei meio perturbado, meio agressivo, qualquer movimento eu já achava que ia levar um soco. E aí, na minha cabeça eu pensava: “Se vão me dar o soco, eu vou dar primeiro”. Mudei da água pra o vinho, comecei a arrumar confusão pra caramba na escola, na rua, não era mais um moleque tranquilo, sabe... Mudei completamente...

E aí esses pensamentos foram me acompanhando, como se eu mesmo estivesse falando na minha cabeça: “Talvez seu pai esteja certo mesmo, talvez as coisas dão tão errado na sua vida porque você é realmente um lixo...”. Eu sempre pensei assim, só que de uns tempos pra cá, os pensamentos começaram a sair da minha cabeça, começaram a se externar.

Com 14 anos, no começo de 2014, eu saí de São Paulo, onde eu morava com o meu pai, pra viver aqui, com a minha mãe. Aí mudou tudo. De repente eu podia dormir tranquilo à noite, de repente não tinha mais discussões, não tinha mais gente falando que eu era um lixo o tempo todo. Mudou completamente! Mudou bastante a minha cabeça. Demorou um tempo, mas eu comecei a me tranquilizar aos poucos. Perto do que era antes, estava tranquilo...

Mas assim que eu cheguei, todos os dias eu tinha que me esforçar pra não me jogar na frente de um caminhão. Era uma constante luta interna assim, como se tivesse dois de mim dentro da minha cabeça. Um falava assim: “Pega um barril de soda cáustica e derrama na sua cabeça”. O outro falava: “Não cara, pega um livro e vai ler”. Ou eu estava andando na rua, aí um deles falava: “Está vendo aquele caminhão? Ele está vindo em alta velocidade. Se joga nele, é a sua chance, vai lá!”, e aí, o outro falava: “Não cara... Segue seu caminho. Compra um refrigerante e segue a sua vida...”. Sabe quando os pensamentos vêm e você nem percebe...? Era assim...

Eu nunca dei muita atenção a isso, a vida foi continuando. Mas no final de 2016, eu fiquei daquele jeito... Eu não sei o que deu o gatilho, deve ter alguma coisa que tenha dado o estalo... Mas de uns tempos pra cá comecei a ficar muito preocupado com o rumo que minha vida vai tomar a partir daqui. Aí juntou a preocupação, a ansiedade, com mais essas coisas, e fez um misto de: eu quero morrer, mas não quero. E então os pensamentos começaram a se concretizar, foi quando eu fui pra avenida.

Nesse dia eu pensei: “O que eu acabei de fazer? Tá, vamos parar e pensar...”. Daí eu falei com a minha mãe, e como eu pertencia à instituição profissionalizante do município, também contei a eles o ocorrido, e então me encaminharam para o CAPS. Era janeiro, fevereiro, não me lembro. Minha mãe veio comigo, passei pela psiquiatra e foi isso. Desde então eu venho aqui, frequento o grupo, tomo medicação, *Carbolitium*, mas ainda não tenho um diagnóstico.

Quando eu comecei a tomar os remédios eu passei daquele estado de agonia que eu estava antes, de acordar e querer morrer, pra um estado de tristeza, de não querer sair, não querer fazer nada, passava horas no meu quarto, o fim de semana todo... Isso preocupou um pouco a minha mãe, e me preocupou também, mas depois as coisas começaram a melhorar. Eu comecei a sair mais, a ler mais coisas, não está como antes, mas agora eu estou mais aberto, estou voltando ao normal aos poucos. A médica não disse por quanto tempo eu vou ter que tomar o remédio, porque pode ser que eu pare e tenha outra crise, é relativo, mas por enquanto tem dado certo.

No grupo também eu gosto de vir, no grupo da terapia... Gosto do pessoal, faço bastante piada lá. Às vezes conversamos uns assuntos mais sérios, só que não é sempre que alguém chega e fala: “Tive uma crise”. Mas são várias pessoas, e eu acho que os problemas são quase os mesmos.

Se eu pudesse dizer alguma coisa pra outro adolescente que estivesse passando pelas mesmas coisas que eu, eu diria que se tem o problema, ele tem que reconhecer isso. Porque até hoje eu fico relutando, “não tenho problema, não tenho problema”, e aí eu me sinto mal. Então acho que esse é o lance da coisa toda, reconhecer e resolver o problema. Outra coisa é se ele tenta o suicídio. Porque pensar em suicídio é uma coisa normal, entre aspas. Mas a partir do momento em que ele tenta, ele tem que parar e pensar em porque ele está tentando, pensar na possibilidade de não cometer suicídio, “o que pode acontecer?”, pensar no “se não”. Porque se você cometer suicídio, vai acontecer uma coisa muito simples: sua família vai chorar e as pessoas vão ficar chocadas, porque suicídio não é uma coisa que todo mundo espera...

Então o mais importante é pensar no que pode acontecer se você não cometer suicídio, porque aí, numa dessa, você pode começar um curso, arrumar um emprego, conhecer pessoas novas e tudo mais, e quando você pensa em suicídio, você se priva de tudo isso... Tem que se reinventar, dia após dia, porque isso se chama viver.

Hoje eu considero que eu estou relativamente bem, fico oscilando entre bem, ótimo e mal. Tem dia que eu acordo bem, tem dia que eu acordo ótimo e tem dia que eu acordo um lixo...

Me sinto bem ou mal sem nenhum motivo específico, mas para falar sobre o que mais me ajudou ao longo de todo o processo, eu penso muito na minha mãe. Porque quando eu falei pra ela sobre o que estava acontecendo, ela não disse pra eu ir me tratar simplesmente, não disse que isso era falta do que fazer, ela realmente me entendeu, e procurou me ajudar. Porque às vezes é difícil pra ela, quando eu falo que não gosto de mim, que, por exemplo, não quero nem

me olhar no espelho que eu tenho vontade de me matar, é difícil pra ela entender, mas ela não me julga, eu penso muito nisso...

E penso também que o fato de eu estar bem ou mal está ligado somente a mim. É claro que tem coisas que acontecem no dia-a-dia que deixam a gente mal ou bem, mas o fato de eu estar bem ou mal da cabeça, se atribui única e exclusivamente a mim.

Não que não seja importante ter alguma ajuda superior, por assim dizer. Porque numa dessa, se eu não tivesse vindo aqui pro CAPS, eu poderia ter tido uma crise e me enforcado, sei lá... Ou então alguma coisa mais séria... Querendo ou não, aqui é um lugar onde as pessoas te entendem, elas sabem o que acontece... Não é como chegar pra um colega de escola, por exemplo, que se você contar ele vai mandar você se tratar, como se fosse uma coisa simples. Como se fosse um remédio pra dor de cabeça, que você toma e começa a achar que a vida é maravilhosa e não vai mais pensar em morrer.

Se fosse pra eu falar algo para os profissionais daqui, eu agradeceria. Porque comigo, felizmente, não foi assim, “ah! você deve ter algum problema, vai se tratar”, eles achavam mesmo que eu tinha um problema... Fora daqui algumas pessoas não compreendem, até que aconteça com elas, não sabem o que falam. Mas aqui o pessoal foi sempre compreensivo. Acho que eu aparentava realmente ter um problema...

Mas agora posso continuar com meus planos para o futuro. Eu sempre quis ser músico, minha especialidade é guitarra, mas também toco um pouquinho de teclado e baixo. E também adoro matemática. Então pretendo cursar Ciências Contábeis e fazer uma carreira paralela de músico. Quando minha carreira estiver boa, poderei ser só músico. Esse é meu objetivo. Em cidade pequena é mais difícil, tem pouca gente interessada em montar banda, ou é um pessoal mais velho que já tem outras bandas. Por isso e por outras coisas, eu sinto muita falta de São Paulo... Sou nascido e crescido lá.

# Giovana

## Apresentação

Giovana, de 17 anos, cursa o terceiro ano do ensino médio. Trabalha há nove meses como recepcionista administrativa em um asilo do município. Reside atualmente com o pai, a madrasta e o irmão mais novo.

## História

*Eu já morei em várias casas diferentes, nenhuma deu certo... Como eu não tinha pra onde ir, eu pensei em fazer isso... Tomei aquele monte de medicação.*

Eu tenho um problema no coração, não é grave, chama vasovagal. É uma síncope de desmaio que às vezes, quando o sangue não vai para o cérebro, eu acabo desmaiando. Isso começou em 2015. Um dia eu desmaiei e cheguei a bater o olho, fiquei com o olho roxo. Quando eu cheguei para trabalhar, eles acharam que eu tinha apanhado, e não queriam me deixar entrar enquanto um médico não desse um laudo falando que eu tinha caído. Deu um rolo toda essa história... Daí por conta disso eu comecei a passar com a psicóloga da instituição profissionalizante que eu frequento.

Comecei a passar com ela, mas ela sempre dizia que eu não tinha nada, o único problema era ansiedade. Ela fez uns exercícios comigo e deu um encaminhamento pra cá, pro CAPS. Ela achou que seria melhor, porque lá eles não podem ficar fazendo o tratamento assim. Só que eu não vim, porque eu não queria...

Depois de um tempo eu briguei com o meu pai, porque não somos muito próximos, por mais que eu more com ele, tanto que, na verdade, eu moro fora da casa, não é junto com ele. Eu e minhas irmãs não temos muito contato com meu pai, achamos que ele não gosta da gente. Eu tenho duas irmãs que são pelo mesmo pai e mesma mãe, elas são mais velhas que eu. E temos também um irmão que é só por parte de pai, ele tem quatro anos. Foi depois que ele nasceu que meu pai passou a não gostar mais de mim e das minhas irmãs. Daí eu vivo brigando com ele, sempre pelo mesmo motivo, por achar que ele não gosta de mim, mas esse dia eu



estava com muita raiva. Isso foi em dezembro do ano passado, eu acho. Nós brigamos e eu tomei inseticida.

Eu nunca vi ninguém fazendo isso, mas antes eu já tinha tomado comprimidos, em setembro. Não tinha acontecido nada, eu só quis tomar. Foi a primeira vez que eu pensei em fazer essas coisas.

A segunda vez foi essa que eu tomei o inseticida, daí fui pro hospital fazer lavagem. Depois deu um rolo lá, chamaram a polícia, pediram pra olhar meu celular e fizeram um boletim de ocorrência, que aí desconfiaram que eu tinha tentado me matar, porque ninguém ia tomar um inseticida por acidente... Era pra eu ir à delegacia, só que eu não fui.

Depois disso me mandaram pro CAPS que tem do lado. Eu estava passando muito mal e não cheguei a prestar atenção, mas sei que é um CAPS também. Fiz uma ficha e conversei com uma psicóloga, depois com outro psicólogo, aí chamaram a minha mãe, e ela foi. Lá que ela ficou sabendo da vez que eu tinha tomado os remédios. E então me deram outro papel pra eu vir aqui. Mas de novo não cheguei a vir...

Depois de uns dois meses, por aí, a mulher da instituição disse que eu não iria trabalhar, que era pra eu vir aqui, aí eu vim, praticamente obrigada. Eu não queria que os outros soubessem que eu viria pra cá. Teve uma época que eu tomava *Amytril*, e todo mundo já ficava achando que eu era louca porque tomava remédio, aí fiquei com medo de vir pra cá.

Comecei a tomar em 2014, 2015... Na mesma época desse negócio de desmaio. Foi um médico que passou pra mim, mas eu não sei o porquê, ele não chegou a falar. Depois eu não consegui passar mais com ele, porque era pelo SUS, aí ficou meio incompleto, depois eu parei de tomar também. Eu não sei se ele era psiquiatra, mas do coração não era, porque do coração eu fiz exames só ano passado, pra descobrir o que eu tinha.

Quando vim ao CAPS tive uma consulta acho que foi com a psicóloga e com a enfermeira. Daí, depois de muito tempo, elas falaram pra eu vir no grupo de apoio, então eu venho, toda terça-feira. Faz uns dois meses que eu frequento o CAPS, e eu gosto. Não tomo nenhuma medicação, venho só pro grupo mesmo...

Depois que eu tomei o inseticida, não pensei mais em me matar, só fiquei tendo várias crises de ansiedade. Essa crise às vezes se torna crise de pânico, aí eu não consigo nem sair de casa, porque ataca a agorafobia, começo a ficar com falta de ar e fico nervosa, que nem agora...

No começo desse mês eu tive uma crise. Eu estava em um aniversário e meu coração começou a ficar acelerado, daí eu fui tentando manter a calma. Quando eu cheguei em casa, estava sozinha, foi aí que eu tive a crise mesmo. No outro dia não fui nem trabalhar, porque daí eu não conseguia mais sair, passei o dia inteiro dentro do quarto, deitada.

As minhas referências aqui no CAPS não sabem dessas crises, porque voltaram a acontecer agora, e eu não conversei de novo com elas. Eu tive bastante no final do ano, mas era quando eu ainda não vinha aqui. Quando eu vim, falei só sobre a briga com meu pai, e contei a história que estava no encaminhamento, não cheguei a falar sobre as crises, porque isso tinha parado um pouco... No grupo a gente fala sobre outras coisas, eu queria falar sobre essas coisas de crise, mas não das minhas, que aí eu prefiro não falar, não gosto.

No final do ano, quando eu terminei meu relacionamento, comecei a ter bastante crise. Um dia eu estava tendo na escola, porque eu tinha uma melhor amiga que veio perguntar por que a gente tinha terminado. Eu contei pra ela e comecei a ficar nervosa e com falta de ar. No outro dia eu tive outra crise, e ela contou pra todo mundo que era frescura... Então eu fico com medo de contar pras pessoas. Só consigo conversar disso com as minhas irmãs, é difícil, mas nelas eu posso confiar. Só que a gente só se vê de final de semana, porque eu trabalho e elas também...

Minhas irmãs moram com os namorados, e eu me dou bem com a minha mãe, melhor do que com meu pai, só que eu não gosto do meu padrasto. Não é que eu não gosto, eu gosto dele, mas ele é muito chato. Aí eu falei pra minha mãe que eu não vou morar com ela enquanto ele estiver lá.

Minha madrasta é pior que ele, eu já cheguei a brigar com ela várias vezes também, mas se eu sair de lá não tenho pra onde ir, porque eu já morei em várias casas diferentes, só que nenhuma deu certo.

Meus pais se separaram faz uns oito anos mais ou menos, e eu fiquei morando com a minha mãe e minhas irmãs. Aí minha mãe casou de novo. Minhas irmãs saíram de casa e minha mãe foi morar com ele. Aí eu fui pra casa do meu pai. Só que eu briguei com a minha madrasta, e ele me expulsou de casa. Então fui pra casa dos meus avós, pais do meu pai, mas não dava muito certo, porque também achamos que eles não gostam de mim e das minhas irmãs. Não aguentei ficar por muito tempo. Então fui morar com a minha avó materna, só que tem uns primos lá que usam drogas, e eles viviam brigando... Aí voltei pra casa do meu pai, mas briguei com a minha madrasta de novo! Então voltei a morar com meus avós. Eu me sentia como se fosse um peso lá na casa deles, só que eu não tinha pra onde ir, então eles me deixaram morando lá. Fiquei um ano mais ou menos, mas não deu certo... Foi quando eu tomei aquele monte de medicação. De tanto remédio que eu tomei agora não consigo mais tomar, nem quando estou com dor. Misturei *Aspirina* com *Paracetamol* e *Dramin*, e álcool também, duas vezes, mas não dá certo... Eu só vomitei, cheguei a ir pro hospital, mas falei que estava só passando mal, não

precisou fazer lavagem, ninguém desconfiou. Como eu não tinha para onde ir eu pensei em fazer isso...

Agora estou na casa do meu pai de novo. Faz uns sete, oito meses que eu moro lá com eles. Eu queria sair de lá, minha mãe já chegou a procurar casa pra ver se eu conseguia morar com as minhas irmãs, mas a gente não consegue... Eu acho que eu só consegui ficar com meu pai dessa vez porque eu estou nos fundos. Das outras vezes, eu morava dentro da casa, então tinha mais contato com a minha madrasta e com o meu pai. Agora está um pouco melhor, mas às vezes eu brigo com ele, aí fico sem jantar, sem almoçar, sem nada, porque daí fico o dia inteiro dentro do quarto. Do lado de fora tem um quarto e um banheiro, que é onde eu fico. Para ir na cozinha eu preciso entrar na casa.

É difícil falar sobre isso...

Eu tenho vários outros parentes que moram aqui, mas é mais difícil poder contar com eles. Meu avô materno já morreu. E eu acho que isso também afetou muito a minha vida, mesmo que tenha acontecido quando eu era pequena. Mas daí todas as minhas tias e primos moram aqui, só que eles não entendem... Que nem, sabe aquele jogo da baleia azul? Eu acho que besteira não é, porque a pessoa que começa a jogar não vai querer se matar à toa. Aí fica a família toda compartilhando piadas sobre o jogo, falando que quem joga aquilo é trouxa. Então eu penso que eles iam achar a mesma coisa se eu contasse que já tentei me matar... Pra outras coisas sim, mas acho que nesse ponto eu não poderia contar com eles.

Mesmo a minha mãe, ela sabe que eu já tentei me matar, que eu não me dou bem com o meu pai, mas chegar a contar tudo pra ela, eu não conto... Ela soube que eu tomei o inseticida e contou pras minhas irmãs, mas só elas sabem, porque eu pedi pra não contarem pra ninguém. Eu não queria nem que meu pai soubesse, mas um dia ele veio aqui no CAPS e contaram pra ele que eu tinha tentado me matar.

Meu pai trabalha e não dava pra ele vir aqui, daí a mulher disse que ia ligar pro Conselho Tutelar se ele não viesse, acho que era a psicóloga. Então ele veio... Ela falou que não contaria nada pra ninguém, mas falou pro meu pai, porque depois minha madrasta veio me perguntar, mas eu disse que era mentira...

Se eu pudesse falar alguma coisa pra outro adolescente que estivesse passando pelas mesmas dificuldades, eu contaria que depois que eu fiz isso, eu vi que não valia a pena. Por mais que seja difícil, não vale a pena você tirar a sua vida por causa de certas coisas que acontecem. Todo mundo tem que ser forte na vida... Hoje eu sinto as mesmas coisas, mas não penso mais em me matar como antes. Porque daí eu penso na minha mãe, acho que eu não fiz isso de novo por causa dela também.

Já o meu pai, é o que me deixa pior, a relação que eu tenho com ele. É ele o responsável pelos principais motivos que me deixam mal.

Quanto aos profissionais daqui, se eu fosse falar algo eu não sei o que seria... É bom o grupo, às vezes ajuda, eu venho aqui triste, aí eu converso, e melhora. Mas eu não cheguei a passar com psicólogos, nem nada, só no grupo mesmo... Então eu não sei bem o que falaria pra eles.

E quando eu penso em alguém que me ajuda, é uma amiga. Eu não conto tudo pra ela, mas sempre que eu estou triste eu fico com ela. Quando tenho crise, falo que estou mal, e ela fica comigo, na maioria das vezes, mesmo se eu não falo nada, ela só fica lá comigo.

Acho que é isso. Acredito que eu falei tudo, as principais coisas, que foi: a tentativa de me matar, meu pai, e de não ter onde morar... Acho que é só...

# Roberto

## **Apresentação**

Roberto tem 16 anos. Está cursando o segundo ano do ensino médio. Mora atualmente com o avô materno, a esposa do avô, e o tio, que tem a mesma idade dele e é filho desse segundo casamento do avô.

## **História**

*Porque eu desconfiava de tudo... sabe? Achava que estavam escondendo alguma coisa muito ruim de mim...*

Eu nasci aqui. Quando eu era criança morava com a minha mãe, minha avó, meus tios. Depois eu fui pra outra cidade, mas eu sempre vinha pra cá visitar.

Depois eu fui pra França, na Europa. Na França eu morava com a minha avó, meu tio e minha tia. Esses tios ainda estão lá. Eu tinha uns 10 anos de idade e morei lá por quase um ano. Foi legal, eu até esquiei na neve!

Minha mãe morava na Suíça, trabalhava lá. Mas aí ela ficou ruim, assim que nem eu, eu acho... Ela ficou bem ruim, mas eu não sei exatamente. Não perguntava o que ela tinha, porque eu era muito criança... Então viemos embora.

Fui morar em uma cidade bem pequenininha do interior. Lá eu morava com a minha mãe, e depois ficava com a minha avó também, quando ela voltou. Ela também foi morar nessa cidade, pra cuidar dos meus bisavós. Agora o bisavô já morreu, mas ela está cuidando da bisavó, e dos meus tios também, que são mais velhos, são irmãos dela. Ela mora lá, mas vem passear aqui, pra visitar os filhos.

Eu sinto saudade dessa outra cidade pequena, nunca mais fui pra lá, queria voltar... Morei lá durante quatro, cinco anos. Tinha muitos, muitos amigos, conhecia todo mundo. Minha mãe ainda está morando lá. Ela mora em uma casa e minha avó em outra. Eu voltaria a morar lá também. Mas lá é ruim, eu teria que entrar pra Escola Agrícola, aprender a mexer com máquina de cortar cana, essas coisas. Ou trabalhar em mercado. Ou vender roupas na lojinha da minha bisavó! Ela montou uma lojinha na frente da casa, onde era estacionamento. Eu não gosto dessas coisas, mas o que vier é lucro. Dá pra fazer a Prata (ONG de capacitação profissional para adolescentes) também. Eu penso em vender prata, corrente, pulseira...

Mas lá eu usava drogas, fumava maconha. Conhecía muita gente lá, e os colegas fumavam na escola, na rua. Depois eu fiquei um tempo sem querer ir pra escola, porque não queria saber mais de nada...

Então eu vim morar aqui, com meu avô. Tem um ano e uns meses que eu moro aqui. Eu vim pelo futuro... Porque lá não tem futuro, a cidade é muito ruim pra arrumar serviço, essas coisas, mas por causa das drogas também, pra me afastar...

Só que aí, aqui eu comecei a fumar também. Fumava de vez em quando só antes de ir pra escola, que eu estudava a noite. Depois disso eu comecei a ficar ruim, sentia que as pessoas escondiam coisas de mim, comecei a suspeitar de tudo.

Meu avô fala que é por causa da maconha, mas eu acredito que não. Talvez sejam espíritos em volta de mim... Meu pai é um cara meio espirituoso, sabe essas coisas de Allan Kardec? Acho que pode ser isso... Com a minha mãe também, acho que foi coisa espiritual assim...

Antes nunca tinha acontecido nada de diferente, eu era normal, às vezes... E ficou muito ruim, porque eu desconfiava de tudo, sabe? Achava que estavam escondendo alguma coisa muito ruim de mim.

Não tinha dado pânico. Eu só desconfiava... Ficava quietão, não queria ir pra escola, não queria fazer mais nada... eu ficava perguntando umas coisas meio nada a ver, daí meu avô decidiu me levar no CAPS. Falou que ia me levar no médico e quando fui ver era o CAPS.

Chegando lá eu conversei com a psicóloga e com a psiquiatra. Primeiro ela deu *Cloridrato de Sertralina* e *Risperidona*. Agora é *Cloridrato de Sertralina* de manhã e *Olanzapina* também, para não sentir ansiedade.

Acho que já faz um ano que eu vou no CAPS. Desde que eu entrei lá só passo com a psicóloga e com a médica, nunca participei de outras atividades. Teve um tempo que eu parei de ir na psicóloga, porque eu achava que não estava adiantando muito, mas acho que ajuda a desabafar, então eu voltei, agora vou toda quarta. De vez em quando não dá pra eu ir, por causa das coisas aqui da loja do meu avô, e às vezes eu esqueço mesmo...

Com a médica é diferente, antes eu ia mais dias, agora demora. Eu continuo indo, mas eu acho que eu não preciso de remédio. Eu tomo! Mas não preciso mais...

Uma vez eu fiquei sem tomar remédio, e comecei a me sentir inseguro, eu me sinto assim às vezes... Daí eu pensei até em me internar! Mas falaram que eu não precisava de internamento. Que internamento é só pra quem fica bem ruim, bate em todo mundo... Aqueles que saem quebrando as coisas, sabe? E eu estava consciente de tudo que eu fazia.

Mas agora eu acho que eu tomo muito remédio. Se eu tivesse que falar alguma coisa para as profissionais do CAPS, falaria pra não passarem tanto remédio. Eu acho que eu tomo muito remédio, dá muito sono em mim, e é ruim sentir muito sono... Fica difícil fazer as coisas, não dá vontade de ir pra escola...

Eu já não gosto de escola... E aqui só tem gente esquisita. Fiquei uns meses sem estudar, aí juntou com o outro ano. Então eu não conheço quase ninguém... Mas tenho que terminar o colegial. Querer mesmo, eu não queria, mas sou obrigado, tenho que ir...

Não sei o que eu falaria pra outro adolescente que estivesse passando por esses mesmos problemas... Não tenho conselho nenhum. Só confiar na sua família. Na verdade depende, porque você pode ter problemas... Por exemplo, meu pai eu só vi uma vez quando era bem criancinha, porque ele precisava assinar um documento pra eu poder ir pra França. Hoje em dia ele mora em uma cidade menor ainda, longe daqui... E eu só falo com ele de vez em quando, eu ligo e converso com ele. Minha mãe gosta de mim, só que ela é diferente, não sei... A gente brigava muito, agora não brigamos mais, mas foi por isso também que vim morar com meu avô. E a família daqui gosta muito de mim, eles me acolheram... Então acho que você tem que confiar na sua família, e é isso!

# Vinícius

## **Apresentação**

Vinícius, de 17 anos, cursa o segundo ano do ensino médio. Mora com a avó, uma tia, o irmão mais velho, a irmã mais nova e uma sobrinha.

## **História**

*Minha avó é muito superprotetora, ela não deixa eu ver como a vida é... Eu quero conhecer as coisas agora, quero ser livre...*

Eu tive um surto. Tinha medo de tudo, nem ia mais pra escola, nada. Estava com um certo medo... Isso foi em 2012. Estamos em 2017? Então, foi de 2012 pra 2017. Até hoje.

Eu passei primeiro no CAPS III, depois que eu vim parar pra cá, mas não lembro muito bem como foi, porque já faz muito tempo. Quatro, cinco anos... Na verdade não sei se eu fui direto pra um outro serviço. Tem que perguntar pra minha psiquiatra, ela que sabe, porque já faz muito tempo.

No outro serviço eu passava com duas moças, eram psicólogas. Eu sei que lá só passa criança, tipo que tem medo assim. Lá o negócio é mais embaixo. Tem um papel lá que diz que eu sou revoltado. Não sei com o que! Mas é legal, sabe? Acho que tem que passar por lá mesmo, quando tem algum problema que você precisa de ajuda. Não sei quanto tempo eu passei lá, fui tantas vezes... Foi um Deus nos acuda! Eu surtei mesmo, pra valer! Tinha medo de tudo.

Eu passei lá, e vim pra cá pro CAPS, melhorei aqui. Lá tem tudo, só que eu não trocaria não, porque aqui eles me ajudaram pra caramba. Eu não falava nada, era daquele jeitão meio complicado. Agora eu falo mais que a boca!

Eu não tenho medo de falar, eu converso, falo mesmo, mas não que eu seja revoltado, como todo mundo pensa. Eu não sou bravo, só que o que eu falo, às vezes machuca, assim como tem coisas que me machucam também. Tipo na escola, eu converso com todo mundo, sou amigável, não quero encrenca, mas se algum aluno vier arrumar comigo, vai saber que eu não vou abaixar a cabeça, posso estar doente, o que for. Não que eu queira ofender as pessoas, mas todo mundo fala que eu virei um leão. Eu quero ser bom pra todo mundo, e eu sou bom. Só que tem hora que eu não estou de bom humor, fico irritado mesmo, não vou mentir.



A hora que minha avó ficou falando de mim e do meu irmão, ali fora, eu fiquei chateado, porque as coisas que minha avó fala são verdade, mas tem hora que é muita pressão e eu não vou me segurar, vou meter a boca. Porque eu e meu irmão temos diferenças, sabe? Ele é mais velho, trabalha. Não estou reclamando disso, e eu tenho ciúmes sim, como ela falou. Mas também quero mostrar que eu não dependo de mais ninguém. Na escola eu tenho ajuda de todo mundo, mas em casa, não peço ajuda de ninguém, já quero fazer sozinho.

Ela acha que eu vou tratar as pessoas que nem eu trato meu irmão. Meu irmão é legal, só que ele quer ser uma coisa que ele não é, quer ser mais que os outros, aí não dá certo. Ele prefere trabalhar do que estudar, já eu prefiro trabalhar e estudar, daí você já percebe a nossa diferença. Ele já é homem, bem homem mesmo, sabe que se fizer alguma coisa vai ter que responder, e eu, além de ser menor, fica parecendo que eu tenho mentalidade de criança, porque eu não sei me expressar. Eu brigo com ele, só que eu estou assim porque eu perdi uma pessoa que eu amo, que foi meu tio... Mas todo mundo está sofrendo, não sou só eu.

Tem vez que minha avó pega super pesado comigo, mas é que ela passa por muitas coisas. Tem o sofrimento por causa do meu tio, tem a minha sobrinha que também faz tratamento aqui... Aí ela já quer explodir com um, o primeiro que estiver na frente, ela vai estourar. Porque minha avó é muito fechada, você conheceu ela agora, dá pra perceber pelo jeito que ela fala. Ela é mais fechada do que eu. Ela não aceitou a perda do meu tio, mas ela não fala... Você vê que ela só fala de mim, mas dela ela não fala. Ela tem medo de falar o que pensa, porque a minha avó é Deus nos acuda mesmo, ela gosta de reclamar um pouco. Não estou criticando, é que eu gosto de conversar, gosto de falar de mim, mas minha avó, tem muita coisa que ela sabe que eu não sei, porque ela não fala.

Minha avó é engraçada, mas tem hora que ela não tem alegria porque perdeu um filho né... Tem uma camiseta lá no meio do guarda-roupas com a foto dele e dela juntos, foi o último presente que ele deu pra ela, e ela chora quando vê. Por isso ela esconde.

Meu tio morreu em março desse ano, mataram ele... Minha avó não comenta, e também não gosta que eu fale, mas todo mundo sabe. E eu também não aceitei a perda dele, fico com remorso, se eu vejo uma foto dele eu choro também, não vou negar. Porque meu tio, tudo o que eu pedia ele dava, tem coisas que ele fez pra mim, que ninguém fez. Foi ele que fez o meu último aniversário, deixou tudo pago, foi de todos os times, tinha bolo do Santos, do Palmeiras... Eu só tenho que agradecer. Ele era meu ídolo, como se fosse um herói. Minha avó diz que eu estou me revoltando por causa disso, mas é porque eu não aceitei mesmo que o perdi. Sem ele não é a mesma coisa...

Meu tio era mais velho que minha mãe, minha mãe biológica mesmo. Se ele estivesse vivo hoje estaria com 38 anos. Minha mãe só teve ele de irmão. Se você visse o que aconteceu com ela... Perdeu a metade do cérebro, bateu no muro da escola, numa bicicleta sem freio. Ela operou a massa encefálica. Então, eu não tive mãe.

Não que eu não tive, tem a Rosália, que é minha tia, mas eu trato como se fosse mãe. Só que ela não está falando comigo, já tem três ou quatro dias. Ela está brava comigo porque eu falei a verdade no caderno. Só por isso!? Ah, para...! Pior que eu não sei se isso vai passar... Eu estou até fugindo. Porque não queira conhecer, não queira ver como elas são bravas, minha mãe e minha avó...!

Eu peguei um caderninho azul e fiz de diário, ponho o que eu penso lá. É o único jeito de me expressar. Um dia eu estava escrevendo, minha avó pegou e leu! E é o que eu penso...! Foi bom ela ter lido, porque está tipo uma bolha, está me sufocando. Eu escrevi que eu queria ser livre, ela olhou pra minha cara e falou: “ Por que ser livre?”, eu disse que eu quero conhecer as coisas agora, né... E ela disse que eu não posso ser livre.

Não estou criticando, falando que minha avó está errada. Eu adoro a minha avó, mas é que ela é muito superprotetora, ela não deixa eu ver como a vida é. Não é que eu ache ela chata, só acho ela muito apegada, porque ela não solta ninguém... Pior que você fala ela acha ruim.

Não que eu esteja desrespeitando, é que eu estou crescendo, estou aprendendo com a vida. Minha avó fala que eu vou passar por muita coisa, que eu tenho que aprender ainda. Mas eu já aprendi tanta coisa com erro...

Eu errei várias vezes na vida já, hoje eu falo, errei mesmo. Não fui no médico... Ontem fugi pra escola... Minha mãe avisou que não era pra eu ir pra escola porque minha avó tinha falado que eu ia pro médico fazer exame, por causa dessa dor que eu estou sentindo aqui do lado. Mas aí ela saiu de casa, não deu cinco minutos eu já tava pronto pra ir pra escola. Eu já tinha sido internado no domingo, tomado injeção, fiquei com medo de ir de novo.

Aí ontem eu estava com dor e pensei que era melhor não ficar dando trabalho lá em casa. E na escola tem o diretor que gosta de mim, ele conversa comigo, a gente podia bater um papo... Ruim do jeito que eu tava, tomei um banho gelado e fui! Saí cambaleando, não estava enxergando nada, pelo efeito do remédio. Quando cheguei na escola não conseguia nem falar, de tanta dor...!

Minha avó ficou brava. Já estava até descabelada...! Ela viu a cama arrumada e perguntou pro meu irmão, ele falou que eu tinha ido pra escola. Quando ela chegou eu estava chorando de dor, e não aguentava parar em pé. Teve uma hora que eu levantei e abaixei, depois

não conseguia mais subir, aí minha avó falou pra irmos embora, e eu disse que não, que preferia ficar com os meus amigos. Não sei como que eu aguentei...

Agora eu não estou com dor, só às vezes eu sinto aqui, na lateral. Parece até que eu estou com sono, mas talvez nem seja isso, acho que é só dor mesmo. Faz tempo que eu estou sentindo essa dor, mas depois que me furaram, pra eu tomar o soro, ficou tudo bem. Agora eu vou fazer o exame, porque eu prometi então vou ter que cumprir. E também, porque eu topo qualquer coisa pra acabar com essa dor. Estou à base de remédio só, tem que tomar três de uma vez só, se não a dor não passa.

Agora cedo eu tomo *Lítio* também, e tem um outro amarelinho que eu não estou tomando, é coisa de louco. Mas esses remédios não dão um efeito ruim, só a injeção que eu tomei na internação, que me deixou até sem enxergar direito.

Minha mãe toma mais remédios que eu, e é bipolar. E minha avó, quer fazer sempre o correto. Só que ela fuma demais, exagera no cigarro... Esse é o problema, ela é exagerada. Uma fuma demais, a outra é bipolar, aí não dá certo...

Minha avó só fuma, e fica brava porque minha mãe some com o cigarro dela. Aí ela chega olha pra todo mundo e pergunta: “Quem catou meu cigarro? Eu avisei que quem catasse ia ter que falar a verdade!”. Aí a outra bipolar começa, lá do outro lado: “Eu te avisei, que você fuma tanto...”. Aí começam a xingar. Sobra pra todo mundo, não escapa um...!

Eu falei pra minha mãe que ela era bipolar, mas não foi com isso que ela ficou chateada, foi com o que eu escrevi. Mas é que eu me sentia preso, sabe? Eu quero ser livre... Ela veio perguntar o que eu estava escrevendo no caderninho azul, e eu disse: “nada”, mas ela abriu e leu o que escrevi. Depois minha avó também leu, e começou a brigar comigo do nada, e eu sem saber o que era. Começou a falar umas coisas sem nexos... E eu sou pior ainda, sou outro bipolar também, falei um monte já, aí começou a discussão. Entrou até meu irmão que não tinha nada a ver com a história... Esse é outro, bipolar da cabeça, não tem juízo! Na verdade eu já falei, é todo mundo bipolar naquela casa. Se você não é uma pessoa bipolar não vai entender a cabeça de quem é. Se eu trouxer minha mãe aqui você não vai entender nada. Porque ela xinga mais que a minha avó...!

Eu não gosto que ninguém lê o que eu escrevo, só que eu escrevo pra me desprender, pra me expressar... Eu escrevo porque é o que eu penso. Às vezes eu escrevo segredos e músicas também no meu caderninho azul, mas agora ele está lá na escola, eu guardei lá, e estou com a chave. Não vou mais deixar em casa, pra lerem o que eu penso...!

Posso deixar o caderninho na escola porque agora eu voltei a frequentar. Por isso não dá pra vir mais no CAPS toda semana. Antes eu vinha todos os dias, mas era quando eu estava

afastado da escola. Não lembro quando eu voltei, mas agora estou devendo vários trabalhos. Tenho que escrever um Projeto de Vida, tenho que escrever no jornal. O diretor quer que eu entregue tudo. Já fiz várias coisas, mas ainda falta bastante. Fui eu que pedi pra me afastar da escola, pra eu melhorar, pra eu cuidar de mim, mas não sei dizer quanto tempo eu fiquei afastado.

Meu boletim é só nota azul, não tem uma nota vermelha. Na última reunião, minha avó não foi. Ela nem ficou sabendo, porque o diretor falou bem em cima da hora, então eu mesmo assinei minha nota. Era um 3. Eu falei: “Mano!! Eu só tiro três em matemática, nas outras é tudo cinco, seis, e assim vai...”. O professor de matemática pega no meu pé demais, mas é porque ele quer que eu faça as coisas, né... Todos eles pegam. Não é fácil a vida...

Na faculdade é a mesma coisa. Eu tenho que fazer faculdade, mas eu tenho que ter a cabeça no lugar também. Eu sei que faculdade não é fácil. E antes eu tenho que fazer um curso técnico. Estou atrás de fazer um curso de culinária ano que vem, pra estudar gastronomia. Só que eu acho que o exército vai me chamar também. Se eu fizer o Tiro, vou ter que trabalhar e estudar, e é aí que está o meu medo. Pior que meu nome já está lá, porque a escola dá o nome da pessoa e o Tiro convoca. Nem comentei isso com a minha avó, se não ela já vai falar pra eu fazer, e eu não quero fazer, não...

Eu até queria, mas na verdade não sei se eu passo na prova física, porque a estatura não dá, eu tenho um metro e setenta. Lá tem que ter mais de um metro e também tem que ser mais forte, mais “bombado”, mas vamos ver o que eles falam... Eu sei que eu tenho que melhorar a minha capacidade física, até porque tem um torneio na escola pra eu participar, de futebol, interclasse. E eu tenho que ganhar de qualquer jeito, porque o primeiro lugar ganha medalha. Eu falei que ia participar e vou participar! Só não sei o quê que eu vou fazer com essa dor... Eu tenho que treinar, só que eu não estou afim. Porque vai ter que ser sério, pra valer, até ganhar. Estou falando porque tem que ter uma capacidade física do caramba, e eu não sei se eu estou cem por cento... Não vai ter como passar pelo Primeiro Dois, eles são o dobro de mim! E jogam bem...

Eu adoro futebol. Torço pro Santos, sou peixe. Não me pergunta quanto eu estou pesando, porque eu não sei... Mas de futebol... Já estava até fazendo uma aposta ali com o moço da recepção, porque o Santos joga hoje a noite na Vila Belmiro, pela Libertadores. E não vai ter como perder, porque lá a torcida é maior...! Nossa, eu sou muito fã de futebol...! Foi o tema do meu aniversário, que meu tio fez pra mim.

Meu tio era como a minha avó é, pra mim... Se for pra falar de alguém que me ajudou muito desde que eu surtei, eu penso primeiro na minha avó, nela e na minha mãe, nas duas, mas minha avó “puxa mais o toco”.

Já pra falar de algo que me atrapalhou... Agora, precisa ser verdadeiro mesmo...? Acho que eu prefiro deixar na berlinda... Isso eu não revelo não... Tem várias coisas que eu sei, mas deixo tudo na berlinda mesmo. Eu sei que meu passado é muita coisa...

Pra outro adolescente que nem eu, eu falaria pra ele seguir a vida, fazer tudo direito. Amar a si próprio, proteger os inocentes e proteger o mundo. E mais uma coisa, ser mais humilde, ter humildade no coração, ter compreensão e ter compaixão pela gente, só isso... É assim que eu termino a minha frase.

Agora falar com algum profissional do serviço, vou falar pra, pra “chefa”... Ela já foi coordenadora aqui. Eu queria que ela mandasse uma foto dela pra gente, pro serviço, pra mim, que eu estou morrendo de saudade. E agradecer por tudo que ela fez, agradecer o pessoal também. Falando de coração... Quero que ela veja essa gravação, e mostre que ela está melhor. Quero que ela não se esqueça da gente, que ela volte alguns dias, e também quero dizer que se ela não voltar, nós vamos buscá-la, de ônibus, do que for. Eu gostava muito dela. Dá vontade de chorar até... Mas eu não vou chorar, eu aguento, tenho que aguentar...

### **4.3. Resultados e discussão advindos das entrevistas com os adolescentes**

A partir do processo de análise das histórias contadas pelos adolescentes, foi possível identificar quatro temáticas que demandaram nosso maior aprofundamento e análise no processo de reflexão sobre a vivência do sofrimento psíquico e, especialmente, sobre a experiência da crise por adolescentes. São elas:

- a) Focalizando a crise em saúde mental: Intensidade e sofrimento psíquico
- b) Relações familiares e interpessoais e a vivência da crise: Rupturas, afetos, apoio e conflito
- c) O percurso nos Serviços de Saúde
- d) O problema é meu: A individualização do sofrimento

Serão, então, apresentados alguns trechos das histórias que se relacionam com as temáticas levantadas e a discussão desses resultados.

#### **4.3.1 Focalizando a crise em saúde mental: intensidade e sofrimento psíquico**

Contando suas histórias, os adolescentes puderam discorrer sobre a vivência do sofrimento psíquico e dos momentos de crise. Foi possível observar a descrição clara de sensações de desespero, confusão mental, angústia, sentimento de inferioridade, baixa autoestima, medo e descontrole, bem como de comportamentos impulsivos, disparados por tais sensações consideradas desconfortáveis, advindas muitas vezes de pensamentos relacionados à morte.

Tais vivências compartilhadas pelos participantes revelam uma intensidade de emoções negativas e angustiantes, assemelhando-se a uma situação de crise em saúde mental, que, de acordo com Ferigato e colaboradores (2007), é uma forma de reação do indivíduo frente a novos estímulos, internos e/ou externos causadores de desconforto.

A vivência subjetiva da crise e o significado atribuído a ela por cada indivíduo possibilita que a compreensão do conceito agregue aspectos do contexto relacional dos sujeitos e suas singularidades, enriquecendo sua concepção (FERIGATO et al., 2007).

Considerando a população-alvo do presente estudo, vale apontar que o próprio processo de adolecer pode trazer consigo transformações que são potenciais geradoras de crises, e que podem culminar em desestabilidade com posterior acomodação à nova realidade, configurando

um processo natural de crescimento, do qual todos estão sujeitos (OZELLA, 2002). No entanto, quando a essas vivências somam-se outros fatores produtores de sofrimento psíquico, aumenta-se a chance de os indivíduos responderem a tal contexto de fragilidade por meio da crise em saúde mental, que pode culminar em ideação ou tentativa de suicídio (CARVALHO et al., 2007), conforme ilustrado em alguns dos relatos apresentados abaixo:

*Qualquer coisa que acontecia eu achava que eu era um inútil, um imbecil, achava que as coisas nunca iam dar certo, me inferiorizava em todos os aspectos. Parava pra pensar no dia-a-dia, na vida, no mundo lá fora, e concluía que isso aqui não vale nada também.* (Rafael, 28/04/17, em entrevista concedida à pesquisadora).

*Acumulou tudo isso e chegou uma hora que eu não aguentava mais, não aguentava mesmo... Aí fui atrás de veneno, já que os remédios não tinham dado certo. Só que também não ajudou... Eu pensava que era fácil acabar com a sua própria vida, e não é tão fácil. Apesar de ter jeitos diferentes de acabar com a vida e ainda continuar vivendo, acabar com a vida em si é muito difícil. Eu tomei veneno, e não resolveu...* (Daniel, 28/04/17, em entrevista concedida à pesquisadora)

Observa-se, a partir dos discursos, que as vivências foram permeadas pela sensação de desesperança e de dificuldades em encontrar soluções, culminando em ideias de morte como a melhor saída, e as consequentes tentativas de suicídio.

A ideação suicida constitui-se por ideias, desejos e comunicação da intenção de morte, tida como solução para situações encaradas como sem solução ou tornaram-se insuportáveis para o sujeito; suas manifestações ocorrem através de verbalizações ou comportamentos sugestivos, ainda que o ato concreto não tenha sido realizado (WERLANG et al., 2005). A tentativa de suicídio, por sua vez, é considerada mais grave e se refere a atos não fatais de autoagressão desencadeados por sujeitos que dizem ter a intenção de tirar a própria vida (ARAÚJO et al., 2010).

Analisando as histórias compartilhadas pelos adolescentes participantes do presente estudo, verifica-se, em alguns casos, a vivência da tentativa de suicídio, o que sinaliza um sofrimento psíquico de muita intensidade, narrado de forma explícita por eles próprios.

Nessa direção, os resultados obtidos por meio da análise de tais histórias leva a reflexão sobre a associação tão apontada pela literatura, no que diz respeito à vivência da ideação e/ou tentativa e/ou suicídio e a presença de quadros de sofrimento psíquico intenso.

Destaca-se a depressão como condição clínica mais comumente vinculada ao suicídio e o crescente aumento desse comportamento entre adolescentes (AZEVEDO; MATOS, 2014). Em nível mundial, o suicídio configura a segunda causa de morte entre jovens de 15 a 29 anos

“perdendo” somente para os acidentes automobilísticos, lembrando que para cada suicídio cometido há inúmeras tentativas de suicídio que não são registradas nas pesquisas epidemiológicas (OMS-OPAS, 2016).

A revisão sistemática de estudos sobre saúde mental na adolescência desenvolvida por Benetti e colaboradores (2007), identificou a depressão como uma das temáticas mais frequentes nos estudos encontrados. A pesquisa apontou para uma maior prevalência desse quadro de sofrimento psíquico entre os jovens em comparação com a população adulta, e para a dificuldade do diagnóstico devido às semelhanças entre as manifestações clínicas e as características comportamentais comuns a essa faixa etária (agressividade, alterações de humor, distúrbios do sono). Os achados sobre as causas da depressão apontaram o precário suporte familiar, as expressões contemporâneas da cultura e as mudanças psíquicas próprias dessa fase da vida, entre outros fatores.

Os adolescentes participantes do presente estudo apresentaram também, além de vivências de tentativas de suicídio, sintomas psicóticos, caracterizados por sentimentos de persecutoriedade, delírios e alucinações, conforme é possível perceber nos trechos abaixo:

*Eu comecei a ficar ruim, sentia que as pessoas escondiam coisas de mim, comecei a suspeitar de tudo. Meu avô fala que é por causa da maconha. Eu acredito que não. Talvez sejam espíritos em volta de mim... (Roberto, 04/05/17, em entrevista concedida à pesquisadora)*

*Eu sempre pensei assim, só que de uns tempos pra cá, os pensamentos começaram a sair da minha cabeça, começaram a se externar. (Rafael, 28/04/17, em entrevista concedida à pesquisadora)*

Sobre o desenvolvimento das psicoses, a literatura aponta que, na maioria dos casos, o início das primeiras manifestações se dá no período da adolescência, sendo que o prognóstico positivo tem sido relacionado ao desenvolvimento cognitivo e emocional de cada indivíduo e à intervenção precoce, com detecção de fatores desencadeantes e mantenedores da crise, bem como a presença de fatores protetores, como o suporte familiar e social (SCIVOLETO et al., 2010). Por outro lado, variáveis negativas associadas ao prognóstico, em casos de psicose, podem estar associadas ao baixo nível educacional e fragilidades da rede social, bem como à presença de ideação suicida (CARREIRO; MARTINS, 2008).

Os dados apresentados e analisados nesta seção apontam e reforçam a necessidade urgente de implementação de políticas públicas efetivas de promoção à saúde mental e prevenção ao suicídio junto à população de adolescentes (RAMIRES et al., 2009; OMS-OPAS, 2016).



No entanto, na tentativa de ampliar e aprofundar a reflexão a respeito desses achados, bem como no sentido de subsidiar as discussões relacionadas ao desenvolvimento de políticas mais efetivas, observa-se o risco de olhar para os resultados do presente estudo, e das demais pesquisas apontadas aqui, de uma forma simplificada, que remete a estratégias de ação reducionistas e individualizantes, focadas no sujeito que apresenta a experiência do sofrimento psíquico intenso, sem considerar o contexto socioeconômico, histórico e cultural, em seus âmbitos micro e macro, que estão envolvidos na produção de histórias e adolescências atravessadas por adversidades, violação de direitos e processos de exclusão social. É necessário ressaltar que a própria compreensão que se tem na sociedade contemporânea sobre a adolescência, tende a justificar as vivências de sofrimento intenso, conforme pôde ser percebido a partir dos relatos dos adolescentes participantes do presente estudo. Tais vivências são justificadas sem que seja considerada a pluralidade de contextos e de possibilidades de expressão das adolescências, bem como o lugar desses sujeitos enquanto cidadãos e produtores de suas próprias vidas, possuidores do direito à escuta e à participação, para além do pertencimento à uma fase de transição entre a infância e a idade adulta.

Assim, aponta-se para a necessidade do aumento do número de estudos que coloquem em evidência o processo da adolescência e de suas implicações, sob a ótica dos próprios sujeitos, possibilitando a escuta sobre a sua saúde ou sofrimento psíquico, bem como sobre os processos e contextos envolvidos nessa condição. Faz-se necessário ressaltar, ainda, que investigando as possibilidade de enfrentamento junto a eles, é possível colaborar para a produção de políticas, de fato, mais efetivas.

#### **4.3.2 Relações familiares e interpessoais e a vivência da crise: rupturas, afetos, apoio e conflito**

Os adolescentes desse estudo apontaram questões referentes às relações interpessoais como desencadeantes de intenso sofrimento psíquico, especialmente entre os pares e familiares próximos:

*[...] tinha muito estresse na escola e no trabalho, tudo era desgastante. Em casa também era ruim, meu relacionamento com a minha mãe. E eu acabei ficando mal... (Daniel, 28/04/17, em entrevista concedida à pesquisadora).*

*Eu fiquei perturbado devido à minha história de vida. A história da minha relação com meu pai, na verdade... (Rafael, 28/04/17, em entrevista concedida à pesquisadora).*

*[...] Aí voltei pra casa do meu pai, mas briguei com a minha madrasta de novo! Então voltei a morar com meus avós. Eu me sentia como se fosse um peso lá na casa deles, só que eu não tinha pra onde ir, então eles me deixaram morando lá, fiquei um ano mais ou menos, mas não deu certo... Foi quando eu tomei aquele monte de medicação. (Giovana, 28/04/17, em entrevista concedida à pesquisadora).*

Verificam-se, nos relatos, a percepção de dificuldades nos diferentes contextos de vida dos adolescentes participantes, tais como família, escola, trabalho, além de vivências de rupturas nas relações familiares ao longo da história de vida. Tais vivências são apontadas como fatores que influenciaram negativamente a saúde mental dos participantes.

Esse achado vai ao encontro da literatura que trata dos fatores envolvidos no prejuízo da saúde mental de crianças e adolescentes, especialmente no que se refere aos apontamentos que indicam algumas características dos ambientes em que os sujeitos vivem como fatores de risco, ou seja, potenciais produtores de sofrimento psíquico (MATSUKURA et al., 2012).

Souza e Oliveira (2011) citam a violência doméstica, a falta de acesso a redes sociais de apoio e a negligência familiar, entre outros, como fatores de risco entre adolescentes; assim como comportamentos violentos e tentativas de suicídio se destacam enquanto comportamentos de risco nessa população. As autoras pontuam a necessidade de superação dos desafios advindos com as fases de transição, e apontam que fatores como a qualidade de comunicação e dos relacionamentos, a reorganização familiar, o contexto e as crenças, podem agravar ou amenizar o estresse causado por cada situação.

Os maus-tratos contra crianças e adolescentes dizem respeito à violência física e psicológica, além de abuso sexual ou negligência, acarretando em consequências negativas para o desenvolvimento. A exposição a esses fatores por períodos prolongados pode desencadear a vivência de intenso sofrimento psíquico, através de manifestações como depressão, auto/heteroagressividade e dificuldades em controle dos impulsos com possível comportamento suicida (SCIVOLETO et al., 2010).

Os trechos a seguir ilustram como alguns participantes do presente estudo compreendem a relação estabelecida com o pai e as consequências dos vários tipos de vínculo:

*[...] meu pai passou a não gostar mais de mim e das minhas irmãs. Daí eu vivo brigando com ele, sempre pelo mesmo motivo, por achar que ele não gosta de mim, mas esse dia eu estava com muita raiva. Isso foi em dezembro do ano passado, eu acho. Nós brigamos e eu tomei inseticida. (Giovana, 28/04/17, em entrevista concedida à pesquisadora)*

*Meu pai passou a me ver como se eu fosse a escória da humanidade. Ele falava dia após dia que eu era um lixo, que eu nunca ia fazer nada correto[...].*

*Essas agressões verbais passaram a agressões físicas, como por exemplo, eu estar dormindo numa boa, uma noite qualquer, e ele chegar com o pé na porta, me tirar da cama, me chutar e me expulsar de casa. Isso aconteceu algumas vezes. E aí eu tinha que dormir na rua, me virar... (Rafael, 28/04/17, em entrevista concedida à pesquisadora)*

Observa-se que as diversas formas de violência (física, psicológica, negligência) podem causar sofrimento psíquico e prejudicar os processos naturais de desenvolvimento de crianças e adolescentes. Por outro lado, relacionamentos que se constituem enquanto apoio podem atuar de forma a amenizar os efeitos das situações adversas vivenciadas, promovendo possibilidades de um crescimento mais saudável ao proporcionar sensações de segurança e confiança.

Em pesquisa feita com adolescentes e jovens em âmbito nacional, Pessoa e Libório (2011) constataram que os maiores índices de confiança também foram relacionados à família e aos amigos, apresentando altos níveis de expectativa em receberem ajuda por parte dessas pessoas, o que aponta para o significado que as referidas relações têm para os adolescentes, independente de se tratarem de famílias monoparentais ou recompostas.

No presente estudo, os discursos também apontam esse resultado, no sentido de que a relação entre os pares e os familiares podem também configurar vínculos de confiança que atuam enquanto fatores de proteção:

*É bom ter um profissional, com quem você possa contar, mas também alguém de confiança, fora daqui. Eu tenho um amigo que me ajudou demais! [...] Eu sabia que desde dezembro eu já estava começando com a depressão. Depois que eu admiti isso conversei com ele, e quando eu mais precisei, ele não me deixou sozinho. (Daniel, 28/04/17, em entrevista concedida à pesquisadora)*

*[...] para falar sobre o que mais me ajudou ao longo de todo o processo, eu penso muito na minha mãe. Porque quando eu falei pra ela sobre o que estava acontecendo, [...] ela realmente me entendeu, e procurou me ajudar. [...] ela não me julga, eu penso muito nisso... (Rafael, 28/04/17, em entrevista concedida à pesquisadora)*

Observa-se, portanto, que as relações pessoais e os contextos de vida parecem atuar enquanto estresse ou apoio, a depender das situações e da percepção do sujeito sobre tais relações. De qualquer forma, reforça-se a ideia de Pessoa e Libório (2011), os quais pontuam a necessidade e a importância de favorecer o fortalecimento da família, auxiliando na construção de identidades com relações interpessoais baseadas em confiança.

Além disso, outras pessoas do convívio de cada indivíduo também compõem a rede de relações podendo atuar de forma a proporcionar desenvolvimentos saudáveis a partir da transmissão do sentimento de confiança (PESSOA; LIBÓRIO, 2011).

As relações interpessoais constituídas entre adolescentes e profissionais que os acompanham nos diversos serviços, por exemplo, quando proporcionam o sentimento de confiança, são tidas como fatores de proteção, e constituem uma das bases do desenvolvimento infantil e da construção da noção de competência social, ou seja, o reconhecimento das habilidades e das limitações se dá a partir de relacionamentos significativos, com pessoas que transmitem confiança (PESSOA; LIBÓRIO, 2011).

Em estudo que objetivou conhecer os contextos de inserção e as relações sociais estabelecidas por adolescentes usuários de um CAPSij, Fernandes e Matsukura (2015) observaram que os adolescentes citam, majoritariamente, os profissionais do CAPSij como pertencentes da sua rede de suporte social, e os resultados indicam o dispositivo como o principal contexto de inserção desses jovens, apontando para a possibilidade de que as relações e práticas estabelecidas nos equipamentos sejam compreendidas enquanto um diferencial qualitativo (FERNANDES; MATSUKURA, 2015). As seguintes falas dos participantes do presente estudo também ilustram isso:

*[...] E sou muito grato às profissionais daqui, na verdade minha referência me ajudou no meu amadurecimento.* (Daniel, 28/04/17, em entrevista concedida à pesquisadora)

*Eu passei lá, e vim pra cá pro CAPS, melhorei aqui. Lá tem tudo, só que eu não trocaria não, porque aqui eles me ajudaram pra caramba.* (Vinícius, 23/05/17, em entrevista concedida à pesquisadora)

Em todos os tipos de relações o que se deseja obter, de forma geral, traduz-se em identificação, segurança e troca. Esses sentimentos e sensações são colocados à prova diante de vivências de rupturas das relações interpessoais, podendo desencadear a crise. As pessoas podem construir sua subjetividade a partir dos significados culturais atribuídos às diversas vivências de seu entorno, além das percepções e reações individuais às experiências (CARVALHO et al., 2007).

Em várias etapas do presente estudo, a partir das histórias dos participantes ou da observação de seus contextos relacionais, ficaram evidentes o peso e a importância atribuídos às relações nos processos de desenvolvimento. As trocas estabelecidas entre as pessoas em todo tipo de relação, e como os indivíduos as concebem, se tornam determinantes na interpretação das vivências, no sentido de se darem de forma construtivas ou destrutivas, especialmente entre crianças e adolescentes que experimentam o processo de constituição dos modos de estar no mundo e compreendê-lo. Ao que parece, ambiente, contexto e recursos materiais apresentam

menos relevância que a qualidade dos relacionamentos e o que eles proporcionam, tanto em um sentido negativo, quanto em se tratando de possibilidades de crescimento pessoal e emocional.

Outros relatos do presente estudo, como o trecho apresentado abaixo, apontam para vivências no ambiente escolar como desencadeantes da crise ou mantenedoras de processos de sofrimento psíquico:

*[...] Um dia eu estava tendo [uma crise] na escola, porque eu tinha uma melhor amiga que veio perguntar porque eu tinha terminado com meu ex. Eu contei pra ela e comecei a ficar nervosa e com falta de ar. No outro dia eu tive outra crise, e ela contou pra todo mundo que era frescura... Então eu fico com medo de contar pras pessoas. Só consigo conversar disso com as minhas irmãs, é difícil, mas nelas eu posso confiar. (Giovana, 28/04/17, em entrevista concedida à pesquisadora)*

As pessoas estabelecem diferentes níveis de confiança nas instituições que frequentam de acordo com suas experiências de vida. Isso se dá de forma individual, através da vivência direta de situações de violência, física ou verbal, ou no âmbito coletivo, quando o indivíduo se compadece pela violência vivenciada por outras pessoas. As práticas educativas devem ser revistas no sentido de favorecer os vínculos de amizade, respeito e solidariedade entre os adolescentes e jovens (PESSOA; LIBÓRIO, 2011).

As narrativas referentes às experiências do participante Vinícius, especialmente o relato da avó, deixa implícito a vivência de violência física cometida por outros alunos contra o adolescente. A história mostra esse acontecimento desencadeou a primeira crise, de modo que houve uma ruptura com processo de desenvolvimento em curso, e Vinícius passou a apresentar medos e fobias relacionados a pessoas, lugares e situações específicas; dificuldade para relacionar-se de acordo com o esperado para sua idade e problemas de desempenho nos diversos âmbitos atribuídos à escola, de onde teve que se manter afastado por cerca de um ano.

Camargo (2009) pontua que a escola é tida como instituição fundamental na vida de qualquer criança e adolescente, como se frequentá-la regularmente já constituísse um fator de proteção a essa população. No entanto, há propensão de serem estabelecidas relações mais negativas do que benéficas nesse contexto, uma vez que muitos alunos podem ficar sujeitos a práticas preconceituosas e estigmatizantes, entre outras formas de violência dentro do ambiente escolar.

Outros autores (SUDBRACK e DALBOSCO, 2005; LIBÓRIO et al., 2011) também apontam que além do papel das escolas enquanto lugares de proteção e oportunidade de participação social, existe a possibilidade de que adolescentes sejam expostos a riscos potenciais nesse ambiente, como ausência de relações afetivas, práticas discriminatórias, falha

de comunicação, falta de incentivo à participação da família, desrespeito entre alunos e nas relações alunos-profissionais, ausência de estímulo ao altruísmo e à solidariedade, entre outros fatores.

Os diversos tipos de violência passíveis de serem vivenciados no ambiente escolar (violência psicológica, brigas, depredações) são considerados importantes fatores de risco ao desenvolvimento, o que aponta uma necessidade urgente de transformações para que a escola possa configurar-se, de fato, como um espaço de proteção e promoção de processos de resiliência (LIBÓRIO et al., 2011; SUDBRACK e DALBOSCO, 2005).

Os resultados do presente estudo demonstram que as instituições constituem-se enquanto importantes componentes da rede social dos adolescentes, especialmente devido às relações estabelecidas nos serviços de saúde e educação, que podem configurar-se tanto como fatores de risco, quanto proporcionarem suporte e apoio para um desenvolvimento saudável desses sujeitos.

Dessa forma, aponta-se para a importância de que sejam desenvolvidos mais estudos voltados à investigação da qualidade dessas relações, no sentido de averiguar o que faz com que se constituam enquanto fator de risco, bem como as possibilidades de que, em devidas situações, o estabelecimento de outros tipos de relações atue como fator protetivo.

#### **4.3.3 O percurso nos serviços de saúde**

Analisando as histórias contadas pelos adolescentes, foi possível observar que quatro dos participantes tiveram o primeiro contato com o CAPSij no momento da crise, orientados por profissionais da UBS ou do CAPS III, para onde foram encaminhados após passarem pela Unidade de Pronto Atendimento (UPA). Um deles foi encaminhado pela psicóloga da instituição profissionalizante que frequentava, para onde ele se dirigiu logo após a tentativa de suicídio.

Apenas Giovana chegou ao CAPSij somente alguns meses após seu primeiro encaminhamento, segundo ela, devido a preconceitos e estigmas atrelados aos usuários desse serviço. Ela vivenciou alguns processos sem o conhecimento dos responsáveis, indo sozinha para o Pronto Socorro após ingestão excessiva de medicação; ou acompanhada de um namorado, como na ocasião em que ela tomou inseticida, sendo esta a primeira vez que os profissionais da UPA desconfiaram de tentativa de suicídio, acionando um dos pais. Mesmo com o conhecimento da mãe sobre seu comportamento a adolescente continuou negando o encaminhamento ao CAPSij feito pela psicóloga da mesma instituição profissionalizante.

Giovana só decidiu que deveria comparecer ao serviço ao ser dado um ultimato que a privaria de continuar participando das atividades da instituição profissionalizante, conforme ilustrado na fala a seguir:

*A segunda vez foi essa que eu tomei o inseticida, daí fui pro hospital fazer lavagem. Depois deu um rolo lá, chamaram a polícia, pediram pra olhar meu celular e fizeram um boletim de ocorrência, que aí desconfiaram que eu tinha tentado me matar, porque ninguém ia tomar um inseticida por acidente... Depois disso me mandaram pro CAPS que tem do lado [...]. E então me deram outro papel pra eu vir aqui (no CAPSij). Mas de novo não cheguei a vir... Depois de uns dois meses, por aí, a mulher da instituição disse que eu não iria trabalhar, que era pra eu vir aqui, aí eu vim, praticamente obrigada. Eu não queria que os outros soubessem que eu viria pra cá (Giovana, 28/04/17, em entrevista concedida à pesquisadora).*

Carvalho e colaboradores (2007) apontam que alguns comportamentos são socialmente aceitos, ou fazem parte do repertório familiar, corroborando para a aceitação por certo período de tempo, sem busca de ajuda especializada, até que a situação torne-se insustentável ou ofereça risco à saúde e/ou à vida dos envolvidos. Pessoas próximas, por vezes, não têm condições de identificar mudanças sutis de comportamento ou motivos que as desencadeiem. Junto a isso, há ainda a dificuldade dos indivíduos, especialmente os mais jovens, em discorrerem sobre seu sofrimento com essas pessoas, e buscarem ajuda profissional. Além disso, o estigma associado à necessidade de tratamento em saúde mental dificulta ainda mais o processo de chegada aos serviços, desestimulando a busca por possibilidades de vida mais saudável (BUSSINGUER; ARANTES, 2016).

Outros autores pontuam que até no próprio setor da saúde há a dificuldade de compreensão sobre a necessidade da integralidade da atenção ao sujeito acometido pelo sofrimento psíquico intenso, que é um dos desafios de implementação da RAPS (SAMPAIO et al., 2011; MACEDO et al., 2017).

Tal posicionamento pode ser justificado devido à escassez de respaldo das instituições aos profissionais. Lidar com o sofrimento psíquico intenso pode desencadear crises referentes ao funcionamento e as relações estabelecidas dentro do serviço, contribuindo para que a própria equipe e suas ações se tornem casos passíveis de intervenções e manejos específicos para o estabelecimento de conduções efetivas junto aos usuários, e que não sejam prejudiciais aos trabalhadores e outros envolvidos.

Sobre isso, Sampaio e colaboradores (2011) apontam para a importância do compartilhamento e corresponsabilização das questões referentes a cada usuário entre todos da equipe, para que os profissionais de referência não se sintam sobrecarregados ao se

responsabilizarem sozinhos pelas conquistas e pelas falhas na condução dos diferentes casos. Os autores discorrem sobre a supervisão institucional como dispositivo potente para enfrentamento dessas questões, na medida em que possibilita a reflexão sobre os processos de trabalho dentro e fora dos serviços, organizando-os e qualificando o cuidado na atenção psicossocial (SAMPAIO et al., 2011).

A despeito das dificuldades apresentadas pelos profissionais na oferta de dispositivos efetivos na contemplação das demandas desses usuários, outro ponto que chama a atenção nos resultados do presente estudo é a dificuldade de adesão dos próprios adolescentes ao serviço de forma geral e mais especificamente aos espaços coletivos.

O distanciamento entre adolescentes e serviços de saúde mental é bastante comum. Observa-se certa escassez de serviços de saúde mental voltados a essa população e os que se propõem a isso apresentam-se com um aspecto mais infantilizado e não-acolhedor ao jovem, além da grande diferença cultural e etária entre esses usuários e os profissionais do serviço, o que contribui para o não reconhecimento desses dispositivos como recurso em caso de necessidade (AREIAS, 2009; VICENTIN; GRAMKOV, 2010).

Mesmo os adolescentes que chegaram ao CAPSij no tempo da crise, direcionados ou não por seus responsáveis, encontraram dificuldades de adesão aos dispositivos oferecidos pelo serviço, bem como para permanecer frequentando de forma efetiva e aderirem à medicação, como ilustra o seguinte trecho:

*minha mãe me trouxe pro CAPS sem eu saber [...] Comecei a frequentar aqui com muita resistência. Eu não queria aceitar que precisava de ajuda. Tomei medicação só no primeiro mês, e parei por conta própria. (Daniel, 28/04/17, em entrevista concedida à pesquisadora)*

Tanto os usuários quanto os próprios profissionais podem ter algumas ideias, receios e expectativas sobre a medicação. Normalmente a rejeição de medicações psiquiátricas se deve à associação com a imagem da loucura, como se a necessidade de adesão à terapia medicamentosa confirmasse um diagnóstico de difícil aceitação (BLOISE, 1998).

Por outro lado, medidas tomadas para solução dos casos ao longo dos tratamentos, podem ser piores que a vivência do sofrimento em si, quando não se considera a singularidade dos sujeitos na busca por uma meta principal, que seja a cessação dos sintomas, ou a minimização de seus efeitos (CARVALHO et al., 2007), como pode ser observado no relato a seguir:

*[...] Eu continuo indo (ao CAPSij), mas eu acho que eu não preciso de remédio. Eu tomo! Mas não preciso mais... Se eu tivesse que falar alguma coisa para as profissionais do CAPS, falaria pra não passarem tanto remédio.*



*Eu acho que eu tomo muito remédio, dá muito sono em mim, e é ruim sentir muito sono... Fica difícil fazer as coisas, não dá vontade de ir pra escola...*  
(Roberto, 04/05/17, em entrevista concedida à pesquisadora)

A necessidade de frequência assídua aos serviços de saúde mental e a indicação de convivência com outros usuários também podem configurar uma posição discriminada perante a sociedade. O que é observado diante de relatos sobre a preferência dos adolescentes por espaços individuais e a não legitimação dos outros dispositivos oferecidos pelo CAPSij. A hipótese é de que a escuta qualificada que considere as necessidades individuais nos momentos de crise é tida como apoio significativo por parte dos profissionais, o que torna as relações propícias aos relatos acerca dos sentimentos e angústias experimentados nos momentos mais críticos.

O estudo de Lester e colaboradores (2012) também apontou que as ações individualizadas são tidas como mais efetivas e desejadas que os dispositivos grupais, de acordo com usuários de serviços de intervenção precoce em saúde mental.

Segundo os preceitos da Política Nacional de Saúde Mental, o trabalho nos CAPS deve ser primordialmente desenvolvido em espaços coletivos, como grupos, assembleias, fóruns e reuniões de equipe, de acordo com a diretriz central que é pautada na reinserção social (BRASIL, 2014). Essa estratégia visa o alcance dos diversos espaços passíveis de convivência entre os indivíduos, em uma representação do coletivo dentro do ambiente do serviço, para que esse cumpra sua função social. Apesar dessa premissa o que se observa é um grande contingente de práticas individuais ocorrendo especialmente nos CAPS Infantojuvenis (TAÑO, 2014).

Uma hipótese seria o modo como se dão as formações dos profissionais de saúde, não os preparando para abordagens em modelos grupais ou coletivos, além do déficit de atuação nos processos de sensibilização dos usuários e familiares no sentido de conscientizá-los sobre a importância e a necessidade de tudo o que se refere ao tratamento: frequência assídua ao CAPSij de acordo com as demandas e especificidades da vivência do sofrimento psíquico; atividades compartilhadas tanto com os profissionais quanto com outros usuários do serviço; adesão à terapia medicamentosa nos quadros agudos; participação nos diversos dispositivos oferecidos dentro e fora do serviço.

De qualquer forma, independente da estratégia de cuidado a ser implementada a partir do PTS, observa-se nos relatos dos jovens participantes que parece haver pouco espaço de escuta, de forma que as queixas relacionadas ao excesso de medicação ou o não desejo de estar nas atividades oferecidas no CAPSij parecem não ser ouvidas ou percebidas pelos profissionais,

configurando, portanto, um processo de cuidado com pouca participação do usuário e sua família.

Nessa direção, a política de saúde mental aponta que uma das estratégias iniciais para garantia da adesão efetiva aos serviços e às formas de tratamento se refere ao momento do acolhimento. Independente do perfil do usuário as portas dos serviços de saúde devem estar abertas para que a demanda seja ouvida e respondida, ainda que o melhor desfecho para determinados casos seja o encaminhamento para outros tipos de serviço disponíveis na rede (BRASIL, 2014).

Carvalho e colaboradores (2010) propõe que a atitude de acolhimento se dê em todos os espaços dos serviços de saúde, desde a recepção, através de um telefonema, passando pelo primeiro contato e estendendo-se aos atendimentos subsequentes. Ou seja, que a possibilidade do usuário falar e ser escutado, seja um princípio ampliado para além de um único momento, promovendo importantes mudanças no olhar dos profissionais, na confiança dos usuários e na dinâmica dos serviços de forma geral.

Alguns participantes do presente estudo demonstram como a atitude acolhedora por parte dos profissionais pode promover o estabelecimento de confiança e conseqüentemente a adesão efetiva dos usuários ao serviço, a partir da compreensão da importância das ações e dispositivos oferecidos, como ilustra o seguinte trecho:

*Além da médica eu venho conversar com uma das referências, com quem eu me vinculei desde a primeira vez, com a outra eu ainda não consegui me abrir, meu vínculo é na verdade com a primeira. [Ela] até aceitou trocar alguns e-mails comigo, já que eu não queria vir. (Daniel, 28/04/17, em entrevista concedida à pesquisadora)*

Da mesma forma, a ausência da sensação de acolhimento é tida pelos usuários como determinante da dificuldade de compreensão sobre as possibilidades de suporte e auxílio que os dispositivos podem oferecer em momentos de sofrimento mais crítico:

*[...] Mas eu não cheguei a passar com psicólogos, nem nada, só no grupo mesmo... Então eu nem sei bem o que falaria pra eles. (Giovana, 28/04/17, em entrevista concedida à pesquisadora)*

*Acho que já faz um ano que eu vou no CAPS. Desde que eu entrei lá só passo com a psicóloga e com a médica. Nunca participei de outras atividades. Teve um tempo que eu parei de ir na psicóloga, porque eu achava que não estava adiantando muito. (Roberto, 04/05/17, em entrevista concedida à pesquisadora)*

Assim, observa-se que os adolescentes percebem e se utilizam das oportunidades de troca e escuta quando, de acordo com eles, elas existem no contexto do serviço. Frente a tal resultado, acredita-se que se os serviços de cuidado em saúde mental, destinado a adolescentes, puderem viabilizar mais espaços de participação e escuta ativa dessa população, por meio da efetivação de estratégias de acolhimento, assembleias, dentre outras; a adesão ao tratamento poderia ser facilitada e efetivada, assim como seria mais possível o exercício da cidadania e o aumento da participação social dos adolescentes.

Mais estudos que pudessem investigar as práticas de acolhimento, bem como as estratégias adotadas pelos CAPSij de participação ativa dos adolescentes no contexto do cuidado em saúde mental, contribuiriam para a melhor compreensão sobre como os profissionais e os CAPSij têm trabalhado com essa população e possivelmente subsidiariam reflexões e planejamento de políticas mais efetivas. Os relatos dos adolescentes participantes do presente estudo apontam para questões profundas, especialmente referentes a vivência da sensação de desvalor e desesperança perante a dificuldade intensa de produção da própria vida. Tal resultado pode ser reflexo de questões multifatoriais, que envolvem contextos micro e macroestruturais e implicam nas práticas de cuidado desenvolvidas nos serviços de saúde mental, que são chamados a atuarem no sentido de oferecerem espaços de criação que corroborem com a instauração de projetos de vida, sob a luz dos projetos terapêuticos singulares.

Os resultados do presente estudo apontam dificuldades comuns enfrentadas pelos serviços de saúde mental com relação às dinâmicas envolvidas nos processos de promoção de saúde, tanto por parte dos profissionais, como no que se refere às possibilidades de compreensão dos usuários sobre a potência das ações que podem ser experimentadas nesses dispositivos, especialmente se, como apontado por Merhy e Franco (2003), forem trabalhados projetos terapêuticos mais subjetivos, que reconheçam a origem social e as relações estabelecidas por cada usuário, proporcionando valorização do sujeito com consequente aumento da autoestima, do autocuidado e da autonomia na condução da própria vida.

A despeito dos entraves relatados, observa-se um potencial da rede, uma vez que o fluxo UPA – CAPS III – CAPSij apresentou um bom funcionamento, ainda que em diferentes momentos, em quatro dos cinco casos estudados, tanto na detecção das demandas em atenção estratégica como no fato de nenhum dos cinco casos estudados terem necessitado de internação, apesar da gravidade observada nos momentos das crises.

#### **4.3.4 O problema é meu: a individualização do sofrimento**

Alguns adolescentes participantes deste estudo abordam a crise e seu entorno de forma individualizada. Tratam como uma questão essencialmente interna, como algo que criaram e devem superar sozinhos, por vezes culpabilizando-se:

*o fato de eu estar bem ou mal está ligado somente a mim. É claro que tem coisas que acontecem no dia-a-dia que deixam a gente mal ou bem, mas o fato de eu estar bem ou mal da cabeça, se atribui única e exclusivamente a mim.*(Rafael, 28/04/17, em entrevista concedida à pesquisadora)

Essa visão individual do sofrimento vivenciado pelos jovens tem como hipótese o modo como a sociedade, de forma geral, concebe a juventude e suas questões. O entendimento da adolescência como fase “problemática”, de rebeldia e questionamentos infundados a respeito do sentido da vida, que “vai passar”, pode contribuir para o aumento das proporções que alcançam os processos de patologização da juventude, distorcendo as necessidades legítimas de atenção e intervenções em saúde. Dessa forma, os próprios jovens, componentes da sociedade como um todo, refletem seus valores e reproduzem a ideia de que necessitam sanar suas próprias angústias e as que eles supostamente causam nas pessoas mais próximas, de forma solitária e com uma urgência por vezes fatal (OZELLA, 2002; VICENTIN; GRAMKOV, 2010; MATSUKURA et al., 2013).

Vicentin e Gramkov (2010) apontam que o fato da adolescência ser tida em si como um tipo de crise, em que os indivíduos apresentam identidades ainda em estruturação, não legitima a compreensão, até por eles mesmos, de que suas experimentações configuram-se como patológicas.

Além disso, observa-se nos relatos a resistência dos jovens em acreditar que suas questões têm solução, e, especialmente, que podem receber ajuda de qualquer ordem com relação a elas:

*[...] e eu de novo não queria admitir que precisava de ajuda... Inclusive eu achava que ninguém podia ajudar.* (Daniel, 28/04/17, em entrevista concedida à pesquisadora)

Supõe-se que esta percepção em relação ao próprio sofrimento e a possibilidade de amenizá-lo tenha a ver, também, com a ausência de espaços percebidos como apoio, especialmente para tratar questões emocionais. Assim, acredita-se que tal resultado sinaliza sobre a necessidade de que os adultos e instituições que compartilham os diversos contextos de vida com adolescentes estejam atentos às vivências desses indivíduos e as formas como elas os

afetam, superando a prática médico-centrada, expressa pela ideia de que sanar um ou mais sintomas apenas com medicação resolve toda a complexidade das questões apresentadas.

Autores pontuam que a medicalização reduz os sintomas associando-os somente a desordens biológicas, desconsiderando o efeito dos eventos ocorridos ao longo da vida, e minimizando o saber individual sobre o próprio sofrimento. Dessa forma faz-se necessária a mudança do olhar sobre a demanda que surge nos serviços para o sujeito que a apresenta, considerando todo o enredo que permeia as significações de indivíduos que experimentam o sofrimento psíquico, especialmente os adolescentes. A crise e a identificação dos fatores desencadeantes implicam na apreensão de diversos eventos da vida do sujeito, para que haja compreensão do sofrimento e possibilidade de amenizar as repercussões dessas vivências (DELL'ACQUA; MEZZINA 2005, CARVALHO et al. 2007).

Aqui, mais uma vez, cabe o apontamento sobre a importância da cultura do acolhimento, no sentido de poder ser desenvolvida a partir do ambiente familiar, como forma de construção de confiança e prevenção de atitudes e comportamentos nocivos aos próprios indivíduos em sofrimento psíquico. Poder falar e sentir-se efetivamente compreendido constitui tarefas relativamente simples, que se configuram, porém, de formas muito complexas em determinados contextos, especialmente entre familiares.

Braga e D'Oliveira (2015) complementam a ideia, sinalizando que os familiares e usuários, de forma geral, tendem a considerar o conhecimento sobre o sofrimento psíquico como exclusivo da equipe de saúde, especialmente do médico, em detrimento da experiência do próprio indivíduo sobre as implicações da vivência e a necessidade de tratamento, associado a isso tem-se a cultura de desvalorização das possibilidades de trocas com indivíduos em sofrimento psíquico, em um processo de negação de seu poder contratual (BRAGA; D'OLIVEIRA, 2015).

Dessa forma, os desafios de ação colocados para os profissionais de saúde se referem a, entre outras coisas, reconhecerem as peculiaridades das demandas apresentadas pelos jovens e favorecerem sua participação nos processos de saúde a eles dirigidos, considerando-os enquanto indivíduos autônomos, com os quais os diálogos podem acontecer diretamente. Para tanto, faz-se necessária a implementação de políticas públicas que respeitem suas particularidades com relação à linguagem e às formas de atenção requisitadas pela juventude, priorizando as formas de vida dentro dos diversos contextos e não somente ações de cuidado que visam a cura das doenças e a prevenção dos riscos (VICENTIN; GRAMKOV, 2010).

A disponibilidade para a compreensão e acolhimento do sofrimento deve se dar no sentido de explorar os recursos que cada indivíduo apresenta, bem como seus familiares e sua

comunidade. Assim, tem-se a possibilidade de que os envolvidos desenvolvam novas formas de vida no sentido de fortalecerem-se, adquirindo maior tolerância diante das adversidades (CARVALHO et al., 2007).

Frente ao exposto, supõe-se que se os adolescentes e jovens puderem legitimar seus sofrimentos e compartilhá-los, acreditando na possibilidade de ajuda efetiva por parte das pessoas e instituições de seu convívio e, se estas compreenderem que o sofrimento vivenciado e manifestado pelos adolescentes também diz respeito a elas (VICENTIN, 2006), tais vivências possivelmente se darão de forma menos solitária e a busca por estratégias de enfrentamento serão mais coletivas e efetivas.

Mais uma vez pontua-se a importância do desenvolvimento de mais estudos que deem voz aos jovens, que possibilitem a escuta profunda de questões genuínas que só podem ser relatadas por protagonistas de processos de intenso sofrimento psíquico. Dessa forma, enxerga-se a real possibilidade de que políticas públicas efetivas sejam pensadas, construídas e implementadas visando contemplar demandas de adolescentes e jovens que vivenciam tais situações.

#### **4.4. Resultados e discussão advindos das entrevistas com os responsáveis**

O processo de análise dos conteúdos abordados nas histórias contadas pelos familiares (APÊNDICES G, H, I, J e K) permitiu a identificação de três temáticas principais relacionadas às vivências da crise em saúde mental pelos adolescentes e sua repercussão no contexto familiar, são elas:

- a) A crise como potencial transformador na relação com o adolescente
- b) A família e seus contextos relacionais na compreensão da crise
- c) A trajetória de cuidado à crise

A seguir apresentam-se apontamentos para a discussão das temáticas levantadas e alguns trechos dos relatos relacionados a esses resultados:

##### **4.4.1 A crise como potencial transformador na relação com o adolescente**

Todos os familiares participantes do presente estudo, ao relatarem sobre a vivência da crise em saúde mental dos adolescentes pelos quais são responsáveis, apontaram mudanças em suas relações com os mesmos após tal situação. Eles abordam sentimentos de surpresa frente à

crise e aos comportamentos apresentados pelos adolescentes e dizem que após esse fato, se percebem com posturas mais atentas aos sinais e, também, mais próximos afetivamente deles, inclusive, promovendo mudanças nas dinâmicas familiares:

*A primeira crise do Daniel foi uma surpresa, pegou a gente no susto! Quando percebemos já tinha acontecido [...] Cheguei em casa e ele havia tomado um monte de remédios (Karen – Mãe de Daniel, 28/04/17, em entrevista concedida à pesquisadora).*

*Já conversávamos um pouco, mas agora, se deixar, ele conversa comigo o dia inteiro. Me liga quando está na escola, me cobra se eu não busco, se eu não dou atenção (Keila – Mãe de Rafael, 01/05/17, em entrevista concedida à pesquisadora).*

Os resultados do presente estudo remetem à reflexão realizada por Ferigato e colaboradores (2007), que apontam para o momento da crise como tendo a potência de proporcionar uma oportunidade de transformação, de modificação das relações e de como essas se estabelecem, de reconstrução.

Dessa forma, observa-se que a situação adversa provocada pela crise do adolescente, caracterizada por um sofrimento psíquico intenso que se amplia para o contexto familiar, ainda que gere impactos que podem prejudicar a saúde mental de todos os envolvidos e faz com que os participantes/familiares percebam transformações na sua relação com os adolescentes, caracterizadas por mais aproximação, bem como pela ampliação das situações de afeto e diálogo.

Carvalho e Costa (2008), que entrevistaram indivíduos que apresentaram a primeira crise psicótica e seus familiares, também identificaram modificações nas relações familiares após a remissão da crise, como divisão de responsabilidades entre os membros, amenizando a sobrecarga do cuidador principal, por exemplo. Ou seja, os processos de crise culminam em rupturas no sistema familiar vigente seguidas da necessidade de (re)adaptação e reorganização das relações, devendo ser criadas novas regras de funcionamento entre os membros da família. Os relatos a seguir explicitam essa condição:

*Hoje ele está perdido, então agora a gente tem que jogar mais pesado que ele. Se ele retrucar, ir mais alto, pra ele se aquietar. Porque ele vai caminhando, de repente ele estoura, e se a gente deixa ele navegar na vida, naquele mundo que ele está inventando... Ele não é agressivo hoje, mas amanhã ele pode ser, se não tiver o 'para' dele. Eu acho que não é por aí, não podemos mais deixar ele fazer as coisas que ele imagina, tem que ter um limite. (Joana – Avó de Vinícius, 23/05/17, em entrevista concedida à pesquisadora)*

*[...] Porque agora estou sempre em observação! Depois da primeira crise, e desses tempos pra cá, a gente está mais em cima, ficamos mais atentos. (Karen – Mãe de Daniel, 28/04/17, em entrevista concedida à pesquisadora)*

A intensificação do cuidado também pode ser observada em situações de crise, apontando para o risco de que o indivíduo seja taxado como detentor da necessidade de preocupação constante por parte dos familiares, o que favorece o enquadramento a uma nova dinâmica familiar (CARVALHO; COSTA, 2008).

Nessa direção, para além da vivência da crise em saúde mental ou da presença do sofrimento psíquico no adolescente, alguns autores apontam sobre a importância de relações suportivas e do diálogo no contexto familiar que apresente membros dessa faixa etária. Eles demonstram que há uma maior influência de aspectos relacionais e referentes à comunicação nos processos de resiliência, a despeito da presença de fatores prejudiciais ao desenvolvimento de crianças e adolescentes, bem como da configuração da família. O ambiente familiar configura-se como lugar onde se constituem as primeiras relações afetivas e sociais, podendo oferecer suporte e educação para a construção da identidade e favorecer o desenvolvimento social, cognitivo e psicológico de crianças e adolescentes (CID et al., 2014; ROZEMBERG et al., 2014; COSTA et al., 2015).

Considerando as situações em que o sofrimento psíquico intenso já está configurado na família, aponta-se que a participação da família torna-se primordial, tendo em vista que as ações nos serviços substitutivos se efetivam na medida em que consideram a realidade concreta dos sujeitos, uma vez que o cuidado familiar passa constantemente pela experimentação cotidiana e não se define a priori (SEVERO et al., 2007), considerando as singularidades e possibilidades de transformação que se dão diariamente.

Dessa forma, os autores apontam para as experiências singulares dos familiares junto ao indivíduo em sofrimento psíquico, entendendo que a partir das especificidades desses familiares, pode-se incentivar sua participação nos processos terapêuticos, utilizando sua expertise como práticas de saúde produzidas dentro dos contextos familiares (SEVERO et al., 2007).

Acredita-se, portanto, que as políticas de promoção à saúde mental infantojuvenil podem ser pensadas para além do setor saúde, e a partir de ações que levem em consideração, também, o contexto familiar e suas possibilidades (ou não) de exercer o papel de cuidado e apoio emocional às crianças e adolescentes, ampliando o espaço para o diálogo e para a construção de relações familiares mais produtoras de vida e bem estar.



Vale, ainda, uma observação a respeito do cuidado que as práticas (de promoção ou assistência estratégica) que envolvam as famílias devem ter, no sentido de não adotarem posicionamentos culpabilizadores.

Alguns autores apontam para a tendência, entre profissionais da saúde, da assistência social e da educação, à individualização das questões apresentadas por crianças, adolescentes e suas famílias a partir de uma compreensão fragmentada dos contextos, o que leva à responsabilização dos próprios sujeitos pelos processos em que vivem como um todo. Pessoas em condições de vulnerabilidade social, entre outros fatores que contribuem para o prejuízo da saúde mental, são culpabilizadas pelas situações de seu entorno a partir de uma dinâmica que não considera aspectos sociais e culturais, e transfere a responsabilidade, que seria do Estado, para os núcleos familiares e a sociedade de forma geral. Tal prática dificulta parcerias estratégicas possíveis entre os serviços e os familiares nos diversos tipos de atenção a crianças e adolescentes, especialmente as que se encontram em intenso sofrimento psíquico (TAÑO, 2017; PEREIRA; GUARESCHI, 2017).

A seguir apresentam-se os resultados que constituem a temática “A família e seus contextos relacionais na compreensão da crise”, a partir dos quais será possível continuar e aprofundar essas reflexões.

#### **4.4.2 A família e seus contextos relacionais na compreensão da crise**

Os familiares apontam adversidades no contexto familiar que, na visão deles, justificam a crise do adolescente. Eles analisam as relações e os acontecimentos familiares na tentativa de compreender a emergência do sofrimento do adolescente. Observa-se a busca por um motivo causador do sofrimento a partir de um acontecimento percebido como estressante no contexto familiar, conforme ilustrado nos trechos a seguir:

*[...] o Vinícius me viu praticamente morta. Aí ele pirou. Eu não lembro como foi, só lembro uns três, quatro dias depois, que eu já estava no hospital entubada [...] Eu me senti culpada por ele ter surtado novamente, mas ninguém escolhe ter uma parada cardíaca perto de alguém né... Eu nunca ia querer fazer mal pra um neto meu. (Joana – Avó de Vinícius, 23/05/17, em entrevista concedida à pesquisadora)*

*Nesse período ele ficou com o pai, entre os seis e os quatorze anos, foi onde gerou bastante problema, porque o pai começou a mexer com a cabeça dele colocando-o contra mim, contando histórias que não eram realidade. E então ele foi ficando de um jeito que eu não o conhecia mais. [...] Nessa época tinha voltado um pouco da agressividade dele, tinha muitos episódios explosivos.*

*Uma vez ele praticamente veio pra cima de mim, então nos agredimos. (Keila - mãe de Rafael, 01/05/17, em entrevista concedida à pesquisadora)*

Vivências de violência intrafamiliar, seja direta (quando o próprio sujeito sofre intervenções violentas) ou indiretamente (ao presenciar situações de violência entre outros familiares), assim como rupturas constantes nas relações durante os processos de desenvolvimento, são considerados pela literatura da área, fatores de risco para a saúde mental de adolescentes (PAULA et al., 2010; CID, 2011).

Por outro lado, Souza e Oliveira (2011) abordam que as famílias enfrentam situações de estresse originados interna ou externamente a elas e frequentemente dispõem dos recursos necessários à superação dos desafios, ou seja, os membros da família podem apresentar características e estratégias que desempenhem um papel protetor frente as possíveis situações de risco.

No entanto, diante da experiência de intenso sofrimento psíquico de um de seus membros adolescentes, frequentemente as famílias se deparam com sentimentos de impotência e culpa. Soma-se, a isso, o fato de os familiares nem sempre serem acolhidos em suas demandas e angústias com relação à vivência do sofrimento e/ou crise em saúde mental, e ainda serem vistos pelos profissionais que ministram o cuidado, como corresponsáveis pelo adoecimento ou como aqueles que dificultam ou atrapalham o tratamento (CARVALHO et al., 2007).

É possível considerar que tal situação é potencialmente geradora de mais sofrimento, na medida em que atinge os outros membros familiares envolvidos, bem como pode intensificar ainda mais os prejuízos para a saúde mental do adolescente.

Por outro lado, essa “ampliação da crise” para o contexto familiar, parece fazer com que os responsáveis participantes do presente estudo passem a refletir sobre si mesmos e sobre as relações configuradas na família, revisitando a própria história e a do adolescente no contexto familiar, analisando os fatos e buscando uma melhor compreensão a respeito da manifestação da crise no adolescente em questão, como evidenciam os seguintes trechos:

*Ele desde pequenininho, sempre se mostrou nervoso demais e também não era muito sociável. Talvez por consequência da gestação, que foi muito conturbada... Quando ele tinha em torno de cinco anos e meio foi onde aconteceu meu divórcio com o pai dele. A partir daí a gente começou a perceber que ele teria problemas, tanto devido ao divórcio, porque toda criança tem seus traumas devido a isso, quanto devido à distância que teve que acontecer entre mim e ele... (Keila – mãe de Rafael, 01/05/17, em entrevista concedida à pesquisadora)*

*Acho que na verdade a Giovana ficou meio triste de não morar aqui comigo... Se ela morasse aqui junto eu acho que isso nunca teria acontecido...*

(Alessandra – Mãe de Giovana, 02/05/17, em entrevista concedida à pesquisadora)

*Precisou acontecer. Porque antes eu não tinha percebido a necessidade dele. Acho que pelo fato de sermos muito distantes [...] Não temos diálogo...* (Karen – Mãe de Daniel, 28/04/17, em entrevista concedida à pesquisadora)

Observa-se então que essa possibilidade de olhar para a própria história e para o processo do adolescente no sistema familiar, embora possa fazer emergir sentimentos de culpa e impotência nos responsáveis, parece, também, possibilitar reflexões sobre a história passada e sobre o que é possível a partir de então, em um processo de corresponsabilização pelo sofrimento de si e do adolescente.

Sobre isso, Vicentin (2006), defendendo que a clínica de atenção à criança e ao adolescente deve se dar de forma fundamentalmente ampliada, sinaliza sobre o fato de que as crianças e os adolescentes com seus conflitos e sofrimentos, atingem todo o campo social, apresentando desafios e questionamentos aos ideais adultos, envolvendo-os. Dessa forma, seus conflitos se expandem para as famílias e instituições, chamando o mundo adulto a analisar e avaliar permanentemente seu posicionamento. A autora continua sua reflexão considerando que:

Nem o sofrimento, nem o tratamento devem ser entendidos como sendo da criança. Daí pensarmos que de todos ‘se trata’: da criança, de sua família, de seus entornos, de seus terapeutas, e da própria instituição de tratamento e dos processos sócio-político-institucionais de produção de subjetividade (VICENTIN, 2006, p. 14).

Assim, concordando com a autora, compreende-se que possibilitar que os familiares de adolescentes em sofrimento psíquico intenso e/ou em situação de crise em saúde mental possam ser acolhidos em suas demandas, a partir de uma escuta efetiva, pode disparar um movimento de corresponsabilização mais ativo e eficaz no processo de cuidado, na medida em que o potencial transformador que tais situações carregam (FERIGATO et al., 2007) poderá ser direcionado para a produção de relações mais saudáveis no contexto familiar e na própria dinâmica do cuidado em saúde mental.

Sobre tais questões dentro do contexto familiar, os participantes do presente estudo relatam situações de sofrimento que dispararam momentos de afeto e ampliação do vínculo entre responsável e adolescente:

*[...] ele estava sentado na cama, e eu o abracei, perguntei por que ele havia feito aquilo de tomar o veneno, e ele só chorou. Puxei ele pra deitar no meu colo, ele não queria, tentou resistir, porque a gente não é assim muito de contato... Esse negócio de ficar abraçando, beijando, a gente não tem isso...*

*Mas ele acabou deitando.* (Karen – mãe de Daniel, 28/04/17, em entrevista concedida à pesquisadora)

*Hoje em dia conversamos sobre tudo. Agora ele está me colocando como se eu fosse um pilar, tudo o que ele faz é baseado na minha opinião, naquilo que eu oriento, então estamos conversando muito mais do que antes.* (Keila – Mãe de Rafael, 01/05/17, em entrevista concedida à pesquisadora)

Fusco (2005) também pontua a possibilidade de que a vivência da crise apresente resultados positivos, como o descobrimento, pelo indivíduo, de novas redes de suporte e o conhecimento da dimensão de seus próprios recursos de enfrentamento dos diferentes desafios, o que permite uma exploração positiva dos momentos de crise, no sentido da promoção do autoconhecimento e das possibilidades de superação.

Compreender que os sujeitos, mesmo durante momentos de desorganização, são detentores de desejos e capazes de se expressarem afetivamente, entendendo que não se trata apenas de uma cisão no curso normal da vida, possibilita que eles a vivenciem no sentido de buscar, na oportunidade apresentada, novos destinos, com desfechos possivelmente mais criativos do que as perspectivas que se apresentavam antes da crise (FERIGATO et al., 2007).

Além disso, vale a reflexão a respeito de que, para além das questões disparadas pela vivência de sofrimento psíquico dos adolescentes, os familiares participantes do presente estudo estão se deparando com a realidade do processo do adolecer.

Silva e colaboradores (2015) apontam que o período da adolescência vivenciado pelos filhos pode, por si só, ser tido como um evento estressor para toda a família, uma vez que implica a passagem por um processo emocional intenso que exige da família, lidar com transformações próprias do crescimento, bem como se adaptar a nova realidade.

A adolescência, entendida enquanto um período de crise por si só - e, aqui, a crise sendo vista através da lente de Ferigato e colaboradores (2007), ou seja, como possuidora de um potencial positivamente transformador - traz consigo a possibilidade de modificação dos relacionamentos familiares, através dos questionamentos, das novas exigências e experiências inéditas que os jovens vivenciam e que requerem o suporte e parceria da família, da escola, do Estado e da sociedade, no sentido de direcionar e contextualizar os saberes, atribuindo seus devidos significados.

#### **4.4.3 A trajetória de cuidado à crise**

Os familiares falam da trajetória percorrida nos momentos de crise dos adolescentes, que parece obedecer, no relato de quatro dos familiares participantes, o circuito UPA – CAPS

III – CAPSij no município em questão. O responsável por um dos participantes foi orientado a procurar o CAPSij na Unidade Básica de Saúde; e dois participantes foram encaminhados ao CAPSij por profissionais da instituição profissionalizante que eles frequentavam nas ocasiões das crises. Um deles, no entanto, também percorreu o circuito descrito acima antes da chegada ao CAPSij, apesar do encaminhamento diferenciado.

Os entendimentos sobre a vivência do sofrimento psíquico podem divergir entre os familiares, os profissionais e o indivíduo que se encontra em crise. No presente estudo foi possível verificar que os encaminhamentos para os serviços de saúde citados foram feitos ou pela UPA após episódios de tentativa de suicídio, ou pela UBS diante de um quadro psicótico com sintomas de persecutoriedade, ou ainda, pela instituição profissionalizante frequentada por alguns dos participantes, indicando que os familiares possivelmente não se davam conta da intensidade do sofrimento psíquico que estava sendo vivenciado pelos adolescentes pelos quais são responsáveis, como ilustra a seguinte fala:

*Entre na sala com isso na cabeça, esperando a notícia da gravidez, mas o médico foi conversando, normal, dizendo que era a segunda tentativa de suicídio da Giovana. Eu fiquei até boba, sabe quando você fica parada, assim...? Parecia que o chão tinha caído, eu fiquei parada olhando pra ele, quase que eu perguntei se ele estava brincando ou falando a verdade, porque eu nem acreditava... Falei: “O quê!?” Não fiquei sabendo nem da primeira! (Alessandra – Mãe de Giovana, 02/05/17, em entrevista concedida à pesquisadora)*

Uma hipótese que pode explicar esta realidade e que já foi explorada neste trabalho, se refere à própria vivência da adolescência que pode ser compreendida como sendo, por si só um momento de transição, de uma fase difícil e problemática que vai passar. A família e a sociedade de forma geral passam a compreender os comportamentos dos adolescentes como naturalmente patológicos (BESSA; GERMANO, 2013), o que, atrelado à ideia de fase transitória, endossa o distanciamento e a não atribuição da devida importância às questões e sofrimentos apresentados pelos jovens:

*Eu já cheguei a pensar que tem um ponto de psicopatia, essa falta de sentimento, o fato dele não se importar com nada, desde que as coisas não interfiram nele. Um egoísmo excessivo, incoerente com a idade dele, porque adolescente que normalmente é super egoísta. (Keila – Mãe de Rafael, 01/05/17, em entrevista concedida à pesquisadora)*

Mais estudos que pudessem ouvir familiares de adolescentes (que vivenciam e não vivenciam o sofrimento psíquico) advindos de diferentes contextos socioeconômicos e

culturais, buscando compreender melhor as percepções dos mesmos sobre a vivência do sofrimento psíquico nessa fase do ciclo da vida, bem como sobre a própria adolescência contemporânea, poderiam ser interessantes no sentido de aprofundar o entendimento a respeito de como as famílias que possuem integrantes adolescentes têm lidado com as questões trazidas por esta população no contexto familiar.

Os participantes abordaram, também, os processos de cuidado experimentados pelos adolescentes a partir da crise em saúde mental vivenciada.

Através dos relatos foi possível verificar aspectos considerados pelos participantes como problemáticos, tais como o número reduzido de consultas médicas e impossibilidade de trocas entre familiares e profissionais para solução dos questionamentos a respeito do tratamento, bem como aspectos percebidos como positivos, como a disponibilidade das profissionais enquanto suporte em momentos de maiores dificuldades, conforme os trechos apresentados abaixo:

*As consultas eram a cada 15 dias, depois passaram a ser uma vez por mês, e agora ela marcou para dois meses. E eu fiquei assim: 'Pô', só daqui a dois meses!? É muito tempo... [...]A minha preocupação da distância das consultas é essa, a dificuldade de sanar o problema, porque ele vai ficar só tomando remédio e a gente não vai chegar em uma conclusão sobre o diagnóstico dele. (Keila – mãe de Rafael, 01/05/17, em entrevista concedida à pesquisadora)*

*Então eu vim (ao CAPSij) sozinha conversar, e elas disseram que se ele não viesse, elas poderiam ir até lá em casa, porque entenderam que ele estava precisando... (Karen – Mãe de Daniel, 28/04/17, em entrevista concedida à pesquisadora)*

*Apesar de tudo, eu só tenho a agradecer o amparo que a gente tem aqui. Sobre o tratamento eu não tenho o que falar. Porque na hora do aperto eu corro pra cá (CAPSij) sim! (Joana – Avó de Vinícius, 23/05/17, em entrevista concedida à pesquisadora)*

Ferigato e colaboradores (2007) também pontuam que nem sempre a equipe de saúde, o usuário e a família entram em consenso a respeito de determinadas intervenções, de forma que as abordagens são influenciadas pela ética institucional e pelo contexto sociocultural dos indivíduos. Os relatos sinalizam o CAPSij ora como apoio, ora questionando as condutas e observa-se que há dúvidas com relação aos acompanhamentos em grupo:

*Eu sigo a linha da médica, pego no pé dele pra que ele tome, mas me sinto na responsabilidade também, e se eu estiver prejudicando-o com essa medicação? Porque são remédios super fortes, e a dosagem só aumentou até agora. E também me questiono se ele está realmente melhorando ou se o remédio pode estar tipo, mascarando. O meu medo é, depois que passar a fase do remédio, que ele não estiver mais tomando, perceber que o problema não foi resolvido. A terapia em grupo também, eu vejo que é bom, mas não é*

*suficiente. Ele já começou a faltar, começou a se questionar se é realmente uma coisa que vai dar algum resultado, e isso me preocupa bastante* (Keila – mãe de Rafael, 01/05/17, em entrevista concedida à pesquisadora)

Pontua-se a importância da qualidade da relação a ser constituída entre a equipe e o indivíduo em crise e sua família, considerando as subjetividades e singularidades de todos os envolvidos (FERIGATO et al., 2007). O encontro dos profissionais com a família se dá através da capacidade que cada um tem de afetar e ser afetado, isso ocorre entre a equipe, o usuário e sua família em qualquer ambiente que faça parte do contexto de um de seus membros (BRASIL, 2013a).

Conforme aponta a política de saúde mental brasileira, o sucesso das intervenções depende ainda de que o trabalho feito pela equipe de saúde mental nas situações de crise não se restrinja ao CAPS, mas sim extrapole essa instituição, alcançando toda a rede intersetorial envolvida (BRASIL, 2013a).

Da mesma forma Dell'Acqua e Mezzina (2005), teóricos de referência do processo da Reforma Psiquiátrica Italiana, tratando sobre a crise em saúde mental, afirmam que as práticas efetivas de atenção à crise permitem que sua especificidade seja encontrada na singularidade do sujeito, compreendendo que este pode ter reduzido toda a complexidade de sua existência de sofrimento a um sintoma. Assim, busca-se reconectar o indivíduo em crise ao seu contexto mais amplo, para que ele possa superar o momento crítico conservando sua continuidade existencial e histórica, através da manutenção dos vínculos já existentes e da construção de novas redes de relação.

Dessa forma, o aumento da rede de apoio também se constitui enquanto elemento enriquecedor das possibilidades de intervenção com a família, bem como as interações entre esta, os serviços de saúde e a comunidade tornam-se essenciais para o alcance de bons resultados das ações em saúde, o que depende da qualidade da escuta e do acolhimento, além do incentivo à participação ativa dos familiares no tratamento (BRASIL, 2013a).

Nota-se que, no relato apresentado pelos participantes do presente estudo, não aparece o cuidado intersetorial, nem o acompanhamento voltado especificamente à família, que apenas recebe orientação ou leva o adolescente para ser atendido.

Campos e Soares (2005) apontam para a necessidade de se cuidar da família devido à sobrecarga emocional. Eles pontuam que esse cuidado pode instrumentalizar os familiares para enfrentamento das dificuldades cotidianas, e possibilitar acolhimento e cuidado com relação a sua própria saúde. Além disso, através das trocas com os familiares, possibilitadas por dispositivos de maior frequência como grupos semanais ou atendimentos quinzenais, a equipe

conheceria melhor a dinâmica familiar, suas dificuldades e singularidades, bem como o potencial terapêutico presente nas relações, podendo ainda amenizar a sensação de isolamento, através de práticas de acolhimento e escuta (SEVERO et al., 2007).

Taño e Matsukura (2017) que em seu estudo buscaram compreender a participação dos familiares de usuários dos CAPSij, concluíram que eles não se sentem inseridos nas práticas dos serviços. Os apontamentos feitos pelos profissionais entrevistados acusam a inviabilidade da ressignificação e do direito dos familiares escolherem as melhores conduções das ações de cuidado direcionadas às crianças e adolescentes atendidos, uma vez que as trocas entre as famílias e os profissionais não constituem uma prática frequente no cotidiano dos serviços.

As autoras apontam para a importância da participação dos familiares na construção dos PTS, a despeito da dificuldade em se enxergar os familiares enquanto parceiros nas ofertas de atenção, o que atravessa inclusive questões éticas com relação aos cuidados em saúde, especialmente no que se refere à saúde mental de crianças e adolescentes (TAÑO; MATSUKURA, 2017).

Assim, no processo de cuidado em saúde mental, acredita-se que o reconhecimento dos recursos que a família e o indivíduo possam apresentar e desenvolver para enfrentamento de cada situação pode favorecer a aproximação mais ativa da família ao tratamento, podendo contribuir com a construção do projeto terapêutico.

Nesse sentido, encontros potentes parecem ser possíveis por meio de espaços de escuta ativa e qualificada, o que, de acordo com os familiares participantes, não ocorre no cotidiano do cuidado, de modo que as ações implementadas, segundo os participantes, são resolvidas unilateralmente, a partir de uma natureza médico-centrada, sem a participação das famílias e do próprio usuário nos projetos terapêuticos traçados.

Assim, a despeito de os participantes perceberem os problemas no processo de cuidado, supõe-se que constroem as queixas sem ter o conhecimento a respeito do que têm o direito de participar, o que revela uma potência a ser explorada pelos serviços de saúde mental infantojuvenis, ou seja, o incentivo à participação ativa dos familiares não só nos PTS dos adolescentes pelos quais são responsáveis, mas também contribuindo na dinâmica do serviço, a partir de ações participativas e que vão além de desempenharem o papel de receptores do cuidado.

Aponta-se a necessidade de mais investigações que se debrucem sobre os processos de cuidado e de participação das famílias nos serviços estratégicos de saúde mental infantojuvenil, buscando compreender melhor como têm se dado a inserção das famílias nesses contextos, bem como mais elementos que subsidiem o avanço da atenção na direção da maior efetividade das



ações no que se refere ao empoderamento dos indivíduos, para que possam protagonizar seus próprios processos de vida e saúde.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve o objetivo geral de identificar a compreensão da crise em saúde mental e sua trajetória, sob a ótica de adolescentes que a vivenciaram e de seus responsáveis. Especificamente, o estudo buscou identificar o percurso feito na busca por atenção nas situações de crise em saúde mental e as principais ações de cuidado direcionadas aos adolescentes nos serviços procurados; bem como compreender as principais implicações da vivência da crise nos contextos relacionais dos adolescentes e seus familiares.

Os resultados obtidos a partir dos relatos dos adolescentes revelam que as vivências da crise se dão em contextos de intenso sofrimento psíquico em que são experimentadas sensações de desespero, confusão mental, angústia, sentimento de inferioridade, medo e descontrole, culminando em pensamentos de morte, ideação e tentativas de suicídio e/ou na apresentação de sintomas psicóticos caracterizados por sentimentos de persecutoriedade, delírios e alucinações.

No que se refere à influência dos relacionamentos interpessoais na vivência da crise, os adolescentes apontaram que relações entre pares e familiares próximos podem tanto ser desencadeadoras de estresse e contribuir para o sofrimento psíquico vivenciado, ao se configurarem a partir dos diversos tipos de violência ou através de rupturas constantes, quanto constituírem-se enquanto fatores protetivos ao gerarem sentimentos de segurança e de possibilidades de confiança, suporte e apoio nos momentos de enfrentamento das dificuldades. Eles demonstram que as principais relações se estabelecem, primordialmente, no núcleo familiar, estendendo-se para outros contextos sociais como o serviço de saúde, a escola e a instituição profissionalizante, enquanto ambientes que proporcionam o estabelecimento de relações tanto benéficas quanto prejudiciais à saúde mental.

A trajetória entre serviços de saúde nas situações de crise vivenciadas pelos participantes deste estudo respeitou primordialmente o circuito UPA – CAPS III – CAPSij, o que demonstrou certa potencialidade da rede na detecção de casos com demanda de ações estratégicas. Entraves observados, entretanto, após a chegada dos adolescentes ao CAPSij, tratam da dificuldade de adesão ao tratamento e aos dispositivos do serviço, especialmente os espaços coletivos, e da ausência de perspectivas de suporte e auxílio que podem ser encontrados nas diferentes propostas e nas relações estabelecidas entre os usuários e também entre estes e os profissionais.

Pontua-se a hipótese de que, potencializando as ações de acolhimento e escuta qualificada oferecida nos serviços de cuidado em saúde mental, o vínculo e adesão do adolescente e sua família ao tratamento serão mais efetivos e, conseqüentemente, haverá mais

produção de saúde mental. Além disso, enfatiza-se a importância do uso de tecnologias que considerem a subjetividade dos envolvidos, direcionando as ações para a produção de autonomia nos diversos âmbitos da vida.

Outro resultado observado a partir do relato dos jovens foi a tendência à individualização das questões relacionadas à vivência da crise. Eles se inclinam a compreender o sofrimento como algo que criaram e devem superar sozinhos, por vezes desconsiderando as possibilidades de ajuda proveniente de outras pessoas. Isso é corroborado através da cultura de deslegitimação dos discursos apresentados por pessoas em sofrimento psíquico, especialmente jovens, que podem apresentar dificuldades de expressão. Tal entendimento é demonstrado por alguns adultos de sua convivência, até mesmo pelos profissionais da saúde mental, de quem se espera a disponibilidade de compreensão e postura de acolhimento, enquanto ação, mais uma vez, compreendida como fundamental em contextos em que se tem que lidar com a vivência de intenso sofrimento psíquico.

Com relação aos resultados obtidos a partir dos relatos dos responsáveis foi possível constatar que houve transformações nas dinâmicas relacionais entre os membros da família após os episódios de crise, caracterizadas, de forma geral, pelo aumento de sobrecarga emocional dos próprios responsáveis em relação à situação e ao cuidado e supervisão dos adolescentes (culpa, aumento da preocupação, das ações de monitoria e cuidado intensivo), mas também apontando para a possibilidade de a vivência gerar efeitos positivos.

Considera-se que o conhecimento dos familiares possa ser utilizado como forma de expansão das práticas terapêuticas para além do setor saúde, uma vez que a família encontra-se em constante experimentação, podendo protagonizar ações efetivas em saúde mental nos diversos contextos pelos quais circulam. Essa estratégia poderia contribuir para a internalização da necessidade de mudança na visão culpabilizadora da família e de outros envolvidos predominante nos serviços de atenção a sujeitos que experimentam sofrimento psíquico e/ou vulnerabilidade social.

Outro dado observado trata do potencial que a experiência da crise em saúde mental apresenta, no sentido de proporcionar reflexões com relação às dinâmicas familiares e os possíveis fatores desencadeadores de intenso sofrimento psíquico. Condições como eventos estressantes ocorridos nos contextos familiares e violência entre seus membros, somados à ausência de escuta e acolhimento qualificados da família, contribuem para a intensificação do sofrimento e da eclosão de sentimentos como impotência e culpa experimentado pelos responsáveis.

Por outro lado, tal vivência pode motivar a análise de sua própria história, por parte de todos os envolvidos, e das relações configuradas na família, no sentido de buscarem compreender melhor os contextos e considerarem sua importância nas manifestações das crises, o que pode conduzir a produção de relações mais saudáveis e afetivas entre os familiares, contribuindo com o cuidado em saúde mental dos adolescentes, até no sentido de compreenderem e se adaptarem à complexidade dos processos do próprio adolecer para além das vivências de sofrimento psíquico.

Os pais e responsáveis também discorrem sobre as trajetórias de cuidado percorridas nas situações de crise. Eles demonstram que há dificuldades em conceberem a intensidade do sofrimento psíquico vivenciado, apontando para a importância do bom funcionamento da rede na detecção de demandas de atenção estratégica.

Com relação aos processos de cuidado voltados aos jovens, os responsáveis apontam o CAPSij como apoio em determinados momentos, mas também questionam algumas condutas e se mostram com a sensação de desamparo diante de determinadas angústias experimentadas frente aos processos de sofrimento dos adolescentes.

Também foi possível observar a ausência de relatos, tanto sobre a legitimação da importância da família e dos próprios adolescentes na construção do PTS e planejamento das ações em saúde, quanto sobre ações intersetoriais e acompanhamento direcionado especificamente à família no serviço estratégico de atenção em saúde mental. Frente a isso, indica-se a importância de mais estudos que possam se debruçar sobre os processos de cuidado e de participação das famílias nos serviços estratégicos de saúde mental infantojuvenil, buscando compreender melhor como têm se dado a inserção das famílias nesses contextos, bem como contribuir com mais elementos que subsidiem o avanço da atenção em saúde mental de adolescentes.

Diante do exposto, considera-se que o presente estudo atingiu seus objetivos e, além disso, a partir da metodologia utilizada, evidenciou a potência presente nos espaços de escuta e participação dos adolescentes, na medida em que puderam falar sobre a crise em saúde mental que vivenciaram, abordando as questões internas e externas envolvidas, bem como as trajetórias percorridas na busca do cuidado.

Assim, acredita-se que, ainda que apresente limitações importantes como o número reduzido de participantes e o recorte ocasionado pelo local de estudo, ao se tratar de município de médio porte com apenas um CAPSij, a presente investigação fez emergir elementos que poderão contribuir com as futuras reflexões sobre os processos de atenção em saúde mental de adolescentes (da promoção ao cuidado estratégico), bem como levantou outras questões de

pesquisa a serem exploradas em estudos futuros, no sentido de ampliar o olhar e a atenção à adolescência atravessada pelo sofrimento psíquico, avançando na produção de conhecimento neste campo ainda pouco explorado..

Reforça-se, portanto, a importância do desenvolvimento de novas pesquisas que aprofundem a discussão sobre crise psíquica, especialmente entre adolescentes e jovens, considerando a relevância e a complexidade do tema. Sinaliza-se, ainda, a relevância de processos investigativos de natureza mais participativa, que reconheçam a voz dos próprios jovens, compreendendo-os enquanto detentores do conhecimento mais genuíno sobre suas vivências de sofrimento psíquico e possuidores do direito de participarem da construção das ações coletivas que visem seu próprio cuidado.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMSTALDEN, A. L. F.; HOFFMANN, M. C. C. L.; MONTEIRO, T. P. M. A política da saúde mental infanto-juvenil: Seus percursos e desafios. In: LAURIDSEN-RIBEIRO, E.; TANAKA, O. Y. **Atenção em Saúde Mental para Crianças e Adolescentes no SUS**. São Paulo: HUCITEC, 2010. p. 33-45.
- ARAÚJO, L. C.; VIEIRA, K. F. L.; COUTINHO, M. P. L. Ideação Suicida na adolescência: Um enfoque psicossociológico no contexto do ensino médio. **Psico-USF**, São Paulo - SP, v. 15, n. 1, p. 47-57, 2010.
- AVANCI, J. Q.; ASSIS, S. V.; OLIVEIRA, R. V. C.; FERREIRA, R. M.; PESCE, R. P. Fatores associados aos problemas de Saúde Mental em adolescentes. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 23, n. 3, p. 287-294, 2007.
- AZEVEDO, A.; MATOS, A. P. Ideação suicida e sintomatologia depressiva em adolescentes. **Psicologia, Saúde e Doenças**, Coimbra, v. 15, n. 1, p. 180- 191, 2014.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. 5. Ed. Lisboa: Edições 70, 2009. 281p.
- BENETTI, S. P. C.; RAMIRES, V. R. R.; SCHNEIDER, A. C.; RODRIGUES, A. P. G.; TREMARIN, D. Adolescência e Saúde Mental: Revisão de artigos brasileiros publicados em periódicos nacionais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1273-1282, 2007.
- BESSA, L. L.; GERMANO, I. M. P. Vozes em contexto de desvantagem: Resignificando o risco social em histórias de adolescentes. In: COLAÇO, V. F. R.; CORDEIRO, A. C. F. (Org.). **Adolescência e Juventude: conhecer para proteger**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2013. p. 343-375.
- BLOISE, P. V. Crise e Multidisciplinaridade. **Boletim de Psiquiatria**, São Paulo, v. 26, n. 1/2, p. 23-27, 1993.
- BORGES, L. R.; PINHO, L. B.; LACCHINI, A. J. B.; SCHNEIDER, J. F. Atendimento à crise psíquica no Pronto-Socorro: Visão de profissionais de enfermagem. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 33, n. 3, p. 27-33, 2012.
- BRAGA, C. P.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L. A continuidade da internação psiquiátrica de crianças e adolescentes no cenário da Reforma Psiquiátrica brasileira, **Interface**, Botucatu, v. 19, n. 52, p. 33-44, 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil**. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/05\\_0887\\_M.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/05_0887_M.pdf)>. Acesso em: set. 2017.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental: Cadernos de Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde: 2013a. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno\\_34.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_34.pdf)>. Acesso em: set. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **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). Brasília, DF: Ministério Da Saúde, 2013b. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html)>. Acesso em: set. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: Tecendo redes para garantir direitos.** Brasília – DF: Ministério da Saúde, 2014. 60p. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_psicossocial\\_crianças\\_adolescentes\\_sus.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_psicossocial_crianças_adolescentes_sus.pdf)>. Acesso em: set. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite. **Resolução nº 32, de 14 de dezembro de 2017.** Estabelece as Diretrizes para o Fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2017. Disponível em <[http://www.saude.campinas.sp.gov.br/lista\\_legislacoes/legis\\_2017/U\\_RS-MS-CIT-32\\_141217.pdf](http://www.saude.campinas.sp.gov.br/lista_legislacoes/legis_2017/U_RS-MS-CIT-32_141217.pdf)> Acesso em: jan. 2018.

BUSSINGUER, E. C.; ARANTES, M. L. O estigma da loucura como fator usurpador da dignidade humana: uma análise na perspectiva do direito à saúde. **Interfaces Científicas – Direito**, Aracaju, v. 4, n. 2, p. 9 – 20, 2016.

CAIADO, K. R. M. **O aluno deficiente visual na escola: Lembranças e depoimentos.** Campinas: Autores Associados, 2003. 150 p.

CAMARGO, L. S. **Concepções de adolescentes sobre a escola: Do risco à proteção.** 2009. 161 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação. Universidade Estadual Paulista, Presidente Prudente, 2009.

CAMPOS, P. H. F.; SOARES, C. B. Representação da sobrecarga familiar e adesão aos serviços alternativos em Saúde Mental. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 11, n. 18, p. 219-237, 2005.

CARREIRO, S. V.; MARTINS, R. Caracterização dos primeiros surtos psicóticos e reavaliação após oito anos. **Psilogs**, Lisboa, v. 5, n. 1, p. 98-108, 2008.

CARVALHO, I. S.; COSTA, I. I.; BUCHER-MALUSCHKE, J. S. N. F. Psicose e Sociedade: Interseções necessárias para a compreensão da crise. **Revista Mal Estar e Subjetividade**, Fortaleza, v.7, n. 1, p.163-189, 2007.

CARVALHO, N. R.; COSTA, I. I. Primeiras crises psicóticas: Identificação de pródromos por pacientes e familiares. **Psicol. clin.**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 153-164, 2008 .

CARVALHO, C. A. C.; MEDINA, R. M.; BOSSETTO, S.; CRUZ, T. A. Grupo de acolhimento: Relato de experiência. In: LAURIDSEN-RIBEIRO, E.; TANAKA, O. Y. **Atenção em Saúde Mental para Crianças e Adolescentes no SUS.** São Paulo: HUCITEC, 2010. p. 248-260.

CID, M. F. B. **Saúde Mental de escolares: Um estudo de prevalência e de fatores de risco e proteção.** 2011. 141 f. Tese (Doutorado em Educação Especial) – Programa de Pós-Graduação em Educação Especial. Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2011.

CID, M. F. B.; GARCIA, N. R. P.; SILVA, J. F. Famílias de adolescentes em medida socioeducativa: Práticas parentais, cotidiano e contexto familiar. **Rev. Bras. Adolescência e Conflitualidade**, São Paulo, v/n. 11, p. 70-99, 2014.

COSTA, R. F.; ZEITOUNE, R. C. G.; QUEIROZ, M. V. O.; GARCIA, C. I. G.; GARCIA, M. J. R. Redes de apoio ao adolescente no contexto do cuidado à saúde: Interface entre saúde, família e educação. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 49, n. 5, p. 741-747, 2015.

DELL'ACQUA, G.; MEZZINA, R. Resposta à crise: Estratégia e intensionalidade da intervenção no serviço psiquiátrico territorial. In: AMARANTE, P. D. (Org.). **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau, 2005, p. 161-194.

FERIGATO, S. H.; CAMPOS, R. O.; BALLARIN, M. L. O atendimento à crise em saúde mental: Ampliando conceitos. **Revista de Psicologia da UNESP**, Assis-SP, v. 6, n. 1, p. 31-44, 2007.

FERNANDES, A. D. S. A.; MATSUKURA T. S. Adolescentes no CAPSi: Relações sociais e contextos de inserção. **Rev Ter Ocup Univ São Paulo**, São Paulo, v.26, n 2, p. 216-24, 2015.

FREITAS, M., V. (Org.), **Juventude e adolescência no Brasil: Referências conceituais**, São Paulo: Ação Educativa, 2005.

FUSCO, G. M. Crisis intervention. In: FELGOISE, S.; NEZU, A.M.; NEZU, C.M.; REINECKE, M.A. **Encyclopedia of cognitive behavior therapy**. New York: Springer, 2005. p. 146-50.

GALHARDI, C. C. **Adolescentes usuários de drogas em CAPSad e seus familiares: Trajetórias, cotidianos e desafios.** 2016. 181f. Dissertação (Mestrado em Terapia Ocupacional) – Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional. Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2016.

GATTAZ, A. C., Lapidando a fala bruta: A textualização em História Oral. In: MEIHY, J. C. S. B. (Org.). **(Re) Introduzindo a história oral no Brasil**. São Paulo: Xamã, 1996, p. 135-140.

JARDIM, K.; DIMENSTEIN, M. Risco e crise: Pensando os pilares da urgência psiquiátrica. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 3, n. 1, p. 169-190, 2007.

JANSSENS A.; HAYEN, S.; WALRAVEN, V.; LEYS, M.; DEBOUTTE, D.; HAVENSS, V. Emergency psychiatric care for children and adolescents: A literature review. **Pediatric Emergency Care**, Philadelphia, v. 29, n. 9, p. 1041–1050, 2013.

LAMB, C. E. Alternatives to admission for children and adolescents: Providing intensive mental health care services at home and in communities: What works? **Current Opinion in Psychiatry**, London, v. 22, n. 4, p. 345-359, 2009.



LAURIDSEN-RIBEIRO, E.; TANAKA, O. Y. Organização de Serviços do Sistema Único de Saúde para o cuidado de crianças e adolescentes com problemas de saúde mental. In: LAURIDSEN-RIBEIRO, E.; TANAKA, O. Y. **Atenção em Saúde Mental para Crianças e Adolescentes no SUS**. São Paulo: HUCITEC, 2010. p. 147-169.

LESTER, H.; KHAN, N.; JONES, P.; MARSHALL, M.; FOWLER, D.; AMOS, T.; BIRCHWOOD, M. Service users' views of moving on from early intervention services for psychosis: A longitudinal qualitative study in primary care. **British Journal of General Practice**. London, v. 62, n. 596, p. 183-190, 2012.

LIBÓRIO, R. M. C.; COELHO, A. E. L.; CASTRO, B. M. Escola: Risco ou proteção para adolescentes e adultos jovens? In: DELL'AGLIO, D. D; KOLLER, S. H. (Org.). **Adolescência e juventude: Vulnerabilidade e contextos de proteção**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011, p. 109-137.

MACEDO, J. P.; ABREU, M. M.; FONTENELE, M. G.; DIMENSTEIN, M. A regionalização da Saúde Mental e os novos desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 26, n. 1, p. 155-170, 2017.

MÂNGIA, E. F.; ASSUMPÇÃO, C. N.; QUINTA, J. M.; RUFINO, M. F. Necessidades de adolescentes com sofrimento psíquico. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 123-132, 2003.

MARZOCHI, A. S. **História de vida dos jovens da Fundação CASA: O lugar da escola nessas vidas**. 2014. 188f. Dissertação (Mestrado em Educação) - Programa de Pós-Graduação em Educação. Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2014.

MATSUKURA, T. S.; CID, M. F. B.; ANGELUCCI, T. C.; MINATEL, M. Situações estressoras e fatores protetivos: Percepções de meninas adolescentes que cumprem medidas socioeducativas. **Revista O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 37, n. 1, p. 25-34, 2013.

MATSUKURA, T. S.; FERNANDES, A. D. S. A.; CID, M. F. B. Fatores de risco e proteção à saúde mental infantil: o contexto familiar. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 122-129, 2012.

MEIHY, J. C. S. B. **Manual de História Oral**. 4. ed. São Paulo: Loyola, 2002. 246 p.

\_\_\_\_\_; HOLANDA, F. **História oral: Como fazer, como pensar**. São Paulo: Contexto, 2015. 175 p.

MERHY, E., E.; FRANCO, T., B. Por uma composição técnica do trabalho em saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. Apontando mudanças para os modelos tecno-assistenciais. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 316-323, set/dez. 2003.

MOREIRA, J., O.; ROSÁRIO, A., B.; SANTOS, A., P. Juventude e adolescência: Considerações preliminares. **Psico**, Belo Horizonte, v. 42, n. 4, p. 457-464, 2011.

OLIVEIRA, W. F. Algumas reflexões sobre a Saúde Mental no Brasil atual. Informativo Oficial da Associação Brasileira de Saúde Mental - ABRASME, ano XI, v. 11, n. 6, 2017. Disponível em <[http://www.abrasme.org.br/informativo/view?ID\\_INFORMATIVO=346](http://www.abrasme.org.br/informativo/view?ID_INFORMATIVO=346)> Acesso em: out. 2017.

OMS/OPAS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE/ ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Prevención de la conducta suicida**. Washington, D. C: OPS, 2016. Disponível em: <<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/31167/9789275319192-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>> Acesso em: set. 2017.

OZELLA, S. Adolescência: Uma perspectiva crítica. In: CONTINI, M. L. J.; KOLLER, S. H. (Org.). **Adolescência e psicologia**: Concepções, práticas e reflexões críticas. Rio de Janeiro: Conselho Federal de Psicologia, 2002, p. 16- 24.

PAULA, C. S.; MIRANDA, C. T.; BORDIN, I. A. S. Saúde Mental na infância e adolescência: Revisão dos estudos epidemiológicos brasileiros. In: LAURIDSEN-RIBEIRO, E.; TANAKA, O. Y. (Org.). **Atenção em Saúde Mental para Crianças e Adolescentes no SUS**. São Paulo: HUCITEC, 2010, p. 75-92.

PESSOA, A. S. G.; LIBÓRIO, R. M. C. Nível de confiança de adolescentes e jovens em instituições e processos de resiliência. In: DELL'AGLIO, D. D; KOLLER, S. H. (Org.). **Adolescência e juventude**: Vulnerabilidade e contextos de proteção. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011, p. 163-194.

PEREIRA, V. T.; GUARESCHI, P. A. A psicologia no CRAS: Um estudo de Representações Sociais. **Psicologia e Sociedade**, v. 29, n. 1, p. 1-11, 2017.

PEREIRA, M. O. **Um olhar sobre a atenção psicossocial a partir do itinerário terapêutico de adolescentes em crise**. 2013. 201p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2013.

PEREIRA, M. O.; SÁ, M. C.; MIRANDA, L. Um olhar sobre a atenção psicossocial a adolescentes em crise a partir de seus itinerários terapêuticos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 10, p. 2145-2154, 2014.

RAMIRES, V. R. R.; PASSARINI, D. S.; FLORES, G. G.; SANTOS, L. G. Fatores de risco e problemas de saúde mental de crianças. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 61, n. 2, p. 1-14, 2009.

REIS, A. O. A.; DELFINI, P. S. S.; DOMBI-BARBOSA, C.; OLIVEIRA, M. F. A. P. B. Crianças e adolescentes em sofrimento psíquico atendidos nos centros de atenção psicossociais infanto-juvenis. In: LAURIDSEN-RIBEIRO, E.; TANAKA, O. Y. **Atenção em Saúde Mental para Crianças e Adolescentes no SUS**. São Paulo: HUCITEC, 2010, p. 186-210.

RHODEN, S. M. A pesquisa com crianças: A criança como sujeito da pesquisa. **Seminário Nacional de Arte e Educação**, v.1, n. 23, p. 410-7, 2012. Disponível em: <<http://seer.fundarte.rs.gov.br/index.php/Anaissem/article/view/112/205>> Acesso em: set. 2017.

ROZEMBERG, L.; AVANCI, J.; SHENKER, M.; PIRES, T. Resiliência, gênero e família na adolescência. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 673-684, 2014.

SAMPAIO, J. J. C.; GUIMARÃES, J. M. X.; CARNEIRO, C.; FILHO, C. G. O trabalho nos serviços de Saúde Mental no contexto da reforma psiquiátrica: Um desafio técnico, político e ético. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4685-4694, 2011.

SCIVOLETTO, S.; BOARATI, M., A.; TURKIEWICZ, G. Emergências psiquiátricas na infância e adolescência. **Rev. Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 32, n. 2, p. 112-120, 2010.

SEVERO, A. K. S.; DIMENSTEIN, M.; BRITO, M.; CABRAL, C.; ALVERGA, A. R. A experiência de familiares no cuidado em saúde mental. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 59, n. 2, p. 143-155, 2007.

SHEPPERD, S.; DOLL, H.; GOWERS, S., JAMES, A.; FAZEL, M.; FITZPATRICK, R.; POLLOCK, J. Alternatives to inpatient mental health care for children and young people. **Cochrane Data Base Syst Rev**. London, v. 15, n. 2, p 1-16, 2009.

SILVA, C. H. **Crise na Saúde Mental: Visão da Equipe Multiprofissional**. 2013. 45 f. Monografia (Graduação em Enfermagem) – Curso de Enfermagem. Centro Universitário UNIVATES, Lajeado, 2013.

SILVA, J. A. M.; SIEGMUND, G.; BREDEMEIER, J. Crisis interventions in online psychological counseling. **Trends Psychiatry Psychother**. Porto Alegre, v. 37, n. 4, p. 171-182, 2015.

SILVA, J. F. **Atenção psicossocial de adolescentes: a percepção de profissionais da atenção básica e estratégica em saúde mental**. 2016. 109 f. Dissertação (Mestrado em Terapia Ocupacional) – Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional. Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2016.

SILVA R. S.; LOPES, E. L. Adolescência e juventude: Entre conceitos e políticas públicas. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, São Carlos, v. 17, n. 2, p. 87-106, 2009.

SILVA, V. P.; BARROS, D. D. Método História Oral de Vida. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 68-73, 2010.

SOUZA, M.T.S.; OLIVEIRA, A.L. Fatores de proteção familiares, situações de risco, comportamentos e expectativas de jovens de baixa renda. In: DELL´AGLIO, D. D; KOLLER, S. H. (Org.). **Adolescência e juventude: Vulnerabilidade e contextos de proteção**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011, p. 47-75.

SUDBRACK, M. F. O.; DALBOSCO, C. Escola como contexto de proteção: Refletindo sobre o papel do educador na prevenção do uso indevido de drogas. In: SIMPÓSIO INTERNACIONAL DO ADOLESCENTE, 2005, São Paulo. **Anais Eletrônicos**. São Paulo. Universidade de São Paulo, 2005. Disponível em: <[http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?pid=msc0000000082005000200082&script=sci\\_arttext](http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?pid=msc0000000082005000200082&script=sci_arttext)>. Acesso em jan, 2018.

TAÑO, B. L. **Os centros de atenção psicossocial infantojuvenis (CAPSi) e as práticas de cuidado para crianças e adolescentes em intenso sofrimento psíquico**. 2014. 206 f. Dissertação (Mestrado em Terapia Ocupacional) – Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional. Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2014.

TAÑO, B. L. **A constituição de ações intersetoriais de atenção às crianças e adolescentes em sofrimento psíquico**. 2017. 260 f. Tese (Doutorado em Educação Especial) – Programa de Pós-Graduação em Educação Especial. Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2017.

TAÑO, B. L.; MATSUKURA, T. S. A construção ampliada do cuidado: atenção às famílias nos centros de atenção psicossocial infantojuvenis. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 9, n. 23, p. 51-63, 2017.

UNICEF. **Situação Mundial da Infância 2011: Adolescência, uma fase de oportunidades**. New York: Fundo das Nações Unidas para a Infância, 2011. Disponível em: <[https://www.unicef.org/brazil/pt/br\\_sowcr11web.pdf](https://www.unicef.org/brazil/pt/br_sowcr11web.pdf)> Acesso em: set. 2017.

VICENTIN, M. C. G. Infância e adolescência: uma clínica necessariamente ampliada. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 10-17, 2006.

VICENTIN, M.C.G.; GRAMKOW, G. Que desafios os adolescentes autores de ato infracional colocam ao SUS? Algumas notas para pensar as relações entre saúde mental, justiça e juventude. In: LAURIDSEN-RIBEIRO, E.; TANAKA, O.Y. (Orgs.). In: **Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS**. São Paulo: HUCITEC, 2010, p. 337-351.

WERLANG, B. S. G.; BORGES, V. R.; FENSTERSEIFER, L. Índícios de potencial suicida na adolescência. **Psic. Rev.**, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 41-57, 2005.

WHO-AIMS. **Report on Mental Health System in Brazil, WHO and Ministry of Health**. Brasília, 2007. Disponível em: <[http://www.who.int/mental\\_health/evidence/who\\_aims\\_report\\_brazil.pdf](http://www.who.int/mental_health/evidence/who_aims_report_brazil.pdf)> Acesso em: set. 2017.

WHO. **Saúde para os adolescentes do mundo: Uma segunda chance na segunda década**. Genebra, 2014. Disponível em: <<http://apps.who.int/adolescent/second-decade/>>. Acesso em: Jan. 2018.

WHO. Mental health action plan 2013-2020, World Health Organization. Genebra, 2013. Disponível em: <[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021_eng.pdf?ua=1)>. Acesso em: out. 2017.

**APÊNDICES**

**A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO****UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TERAPIA OCUPACIONAL****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO****(Resolução 466/2012 do CNS)****CRISE E SAÚDE MENTAL NA ADOLESCÊNCIA: A HISTÓRIA SOB A ÓTICA DE QUEM VIVE**

Você está sendo convidado (a) para participar da pesquisa “Crise e saúde mental na adolescência: a história sob a ótica de quem vive”.

O objetivo desse estudo é compreender a percepção e a trajetória de adolescentes que vivenciaram a crise em saúde mental sob a ótica dos próprios adolescentes e de suas famílias. Você foi selecionado (a) por ser responsável por um (a) adolescente, usuário de serviço de saúde mental, que experimentou episódio de crise psíquica nos últimos doze meses. Sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. A sua recusa não trará nenhum prejuízo na sua relação com a pesquisadora ou com o serviço de tratamento do seu filho.

A sua participação será responder a uma entrevista sobre a vivência da crise psíquica experimentada pelo adolescente pelo qual você se responsabiliza. Essa entrevista será gravada em áudio. O tempo utilizado para coleta dos dados será de aproximadamente uma hora.

Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, ou seja, em nenhum momento será divulgado seu nome em qualquer fase do estudo. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada. Os dados coletados poderão ter seus resultados divulgados em eventos, revistas e/ou trabalhos científicos.

A resposta ao questionário não oferece a você risco imediato, mas a resposta a algumas perguntas podem ser desconfortáveis, causar sentimentos ou lembranças desagradáveis ou levar a um leve cansaço após respondê-lo. Caso algumas dessas possibilidades ocorram, você poderá conversar imediatamente com a pesquisadora optar e pela suspensão imediata da entrevista.

Você não terá nenhum custo ou compensação financeira ao participar do estudo. Entretanto, todas as despesas com o transporte e a alimentação decorrentes da sua participação na pesquisa, quando for o caso, serão ressarcidas no dia da coleta. Você terá direito a indenização por qualquer tipo de dano resultante da sua participação na pesquisa.

Este trabalho poderá contribuir na ampliação do conhecimento sobre a experiência da crise relacionada a intenso sofrimento psíquico, vivenciada por adolescentes, e seus desdobramentos, no âmbito pessoal e relacionados à rede de atenção.

Você receberá uma via deste termo, rubricada em todas as páginas por você e pela pesquisadora, onde consta o telefone e o endereço da pesquisadora principal. Você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação agora ou a qualquer momento.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de **minha participação** na pesquisa e concordo em participar. A pesquisadora me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP – Brasil. Fone (16) 3351-8028. Endereço eletrônico: cephumanos@ufscar.br

**Endereço para contato (24 horas por dia e sete dias por semana):**

Pesquisador Responsável: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Contato telefônico: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

Local e data: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nome do Pesquisador

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pesquisador

\_\_\_\_\_  
Nome do Participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Participante

## **B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – AUTORIZAÇÃO DA PARTICIPAÇÃO DO ADOLESCENTE**

### **UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TERAPIA OCUPACIONAL**

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**(Resolução 466/2012 do CNS)**

#### **CRISE E SAÚDE MENTAL NA ADOLESCÊNCIA: A HISTÓRIA SOB A ÓTICA DE QUEM VIVE**

O adolescente pelo qual você é responsável está sendo convidado (a) para participar da pesquisa “Crise e saúde mental na adolescência: a história sob a ótica de quem vive”.

O objetivo desse estudo é compreender a percepção e a trajetória de adolescentes que vivenciaram a crise em saúde mental sob a ótica dos próprios adolescentes e de suas famílias. O adolescente foi selecionado (a) por ser usuário de serviço de saúde mental, que experimentou episódio de crise psíquica nos últimos doze meses. Sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento ele pode desistir de participar e você retirar seu consentimento. A recusa não trará nenhum prejuízo na relação com a pesquisadora ou com o serviço de tratamento do seu filho.

A participação do adolescente será responder a uma entrevista sobre a vivência da crise psíquica experimentada por ele. Essa entrevista será gravada em áudio. O tempo utilizado para coleta dos dados será de aproximadamente uma hora.

As respostas do adolescente serão tratadas de forma anônima e confidencial, ou seja, em nenhum momento será divulgado seu nome em qualquer fase do estudo. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada. Os dados coletados poderão ter seus resultados divulgados em eventos, revistas e/ou trabalhos científicos.

A resposta ao questionário não oferece ao adolescente risco imediato, mas a resposta a algumas perguntas podem ser desconfortáveis, causar sentimentos ou lembranças desagradáveis ou levar a um leve cansaço após respondê-lo. Caso algumas dessas possibilidades ocorram, o adolescente poderá conversar imediatamente com a pesquisadora e optar pela suspensão imediata da entrevista.

O adolescente não terá nenhum custo ou compensação financeira ao participar do estudo. Entretanto, todas as despesas com o transporte e a alimentação decorrentes da sua participação na pesquisa, quando for o caso, serão ressarcidas no dia da coleta. O adolescente terá direito a indenização por qualquer tipo de dano resultante da sua participação na pesquisa.



Este trabalho poderá contribuir na ampliação do conhecimento sobre a experiência da crise relacionada a intenso sofrimento psíquico, vivenciada por adolescentes, e seus desdobramentos, no âmbito pessoal e relacionados à rede de atenção.

Você receberá uma via deste termo, rubricada em todas as páginas por você e pela pesquisadora, onde consta o telefone e o endereço da pesquisadora principal. Você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação e do adolescente agora ou a qualquer momento.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefício da **participação do adolescente** na pesquisa e concordo com sua participação. A pesquisadora me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP – Brasil. Fone (16) 3351-8028. Endereço eletrônico: cephumanos@ufscar.br

**Endereço para contato (24 horas por dia e sete dias por semana):**

Pesquisador Responsável: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Contato telefônico: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

Local e data: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nome do Pesquisador

\_\_\_\_\_

Assinatura do Pesquisador

\_\_\_\_\_

Nome do Participante

\_\_\_\_\_

Assinatura do Participante

## C – TERMO DE ASSENTIMENTO

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TERAPIA OCUPACIONAL**

**CRISE E SAÚDE MENTAL NA ADOLESCÊNCIA: A HISTÓRIA SOB A  
ÓTICA DE QUEM VIVE**

**Termo de assentimento do menor**

Você está sendo convidado para participar da pesquisa "**Crise e saúde mental na adolescência: a história sob a ótica de quem vive**".

Seus responsáveis permitem que você participe. Queremos saber como foi sua trajetória durante a crise em saúde mental a partir de seus relatos e de seus familiares.

Os adolescentes que irão participar dessa pesquisa têm de 12 a 18 anos de idade.

Você não precisa participar se não quiser, não terá nenhum problema se desistir.

A pesquisa será feita no serviço de saúde mental que você frequenta ou em outro lugar combinado com você e seus responsáveis, onde serão feitas entrevistas com questões relacionadas à sua experiência durante a crise em saúde mental. Para isso, será usado aparelho eletrônico para gravação e um caderno de anotações. É possível que você acesse lembranças de situações desagradáveis, sinta cansaço, desconforto, sensação de exposição e insegurança ao falar sobre o assunto. No entanto, você pode interromper a entrevista sem comprometer sua relação com a pesquisadora ou com o serviço de saúde que você frequenta. Caso aconteça algo errado relacionado à pesquisa, você pode procurar ajuda pelo telefone da pesquisadora Lívia Martins Rossi: (11)95270-2942.

Apesar desses possíveis desconfortos, acreditamos que o presente estudo poderá contribuir para o conhecimento de como tem se dado a atenção à crise vivenciada por jovens, a partir de seus próprios entendimentos e de seus familiares, e colaborar com a estruturação da rede de Saúde Mental e as intervenções voltadas à população adolescente, nas citadas situações.

Ninguém saberá que você está participando da pesquisa, não falaremos a outras pessoas, nem daremos a estranhos as informações que você nos der. Os resultados serão publicados, mas sem identificar os adolescentes que participaram.

Se você tiver alguma dúvida, pode perguntar a pesquisadora Livia Martins Rossi, pessoalmente ou pelo telefone indicado acima.

Eu \_\_\_\_\_ aceito participar da pesquisa "**Crise e saúde mental na adolescência: a história sob a ótica de quem vive**", que pretende investigar como foi minha trajetória durante a crise em saúde mental a partir de meus relatos e de meus familiares. Entendi as coisas ruins e as coisas boas que podem acontecer. Entendi que posso dizer "sim" e participar, mas que, a qualquer momento, posso dizer "não" e desistir da pesquisa. A pesquisadora tirou minhas dúvidas e conversou com os meus responsáveis. Recebi uma cópia deste termo de assentimento, li e concordo em participar da pesquisa.

São Carlos, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_

Nome do Pesquisador

\_\_\_\_\_

Assinatura do Pesquisador

\_\_\_\_\_

Nome do Participante

\_\_\_\_\_

Assinatura do Participante

**D – QUESTIONÁRIO APLICADO AOS ADOLESCENTES****QUESTIONÁRIO ADOLESCENTE**

1. Nome: \_\_\_\_\_

2. Idade: \_\_\_\_\_

3. Escolaridade: \_\_\_\_\_

4. Estuda? Sim ( ) Não ( ) Série \_\_\_\_\_

Se não, em que série parou e por que \_\_\_\_\_

5. Trabalha? Sim ( ) Não ( )

Se sim, onde? \_\_\_\_\_

Se não, já trabalhou? Quanto tempo? \_\_\_\_\_

6. Com quem reside? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## E – QUESTIONÁRIO APLICADO AOS FAMILIARES

### QUESTIONÁRIO FAMILIAR

Nome do serviço:

#### Sobre o familiar

1. Nome da criança/adolescente acompanhado pelo CAPSij: \_\_\_\_\_
2. Nome do familiar: \_\_\_\_\_
3. Parentesco: \_\_\_\_\_
4. Idade: \_\_\_\_\_
5. Escolaridade: \_\_\_\_\_
6. Trabalho: \_\_\_\_\_
7. Se não está trabalhando, desde quando? \_\_\_\_\_
8. Já trabalhou? Por quanto tempo? \_\_\_\_\_
- 9 Renda familiar: ( ) 1 a 2 salários mínimos ( ) 2 a 3 sm ( ) mais de 4 sm
- 10 Recebe benefícios/auxílios? Quais? \_\_\_\_\_
- 11 Tipo de Moradia: ( ) casa própria ( ) alugada ( ) outras
- 12 Com quem o adolescente reside? \_\_\_\_\_
- 13 Composição familiar:

Nome	Idade	Parentesco	Escolaridade/Trabalho

**F – CARTA DE CESSÃO****Carta de cessão**

Eu, \_\_\_\_\_, portador do RG \_\_\_\_\_,

declaro para os devido fins que cedo os direitos autorais de minha entrevista, gravada em \_\_\_\_\_ para Livia Martins Rossi (pesquisadora) usá-la integralmente, ou em partes, sem restrições de prazos ou citações, desde a presente data.

Abdicando de direitos meus e de meus descendentes, quanto ao objeto desta carta de cessão, subscrevo a presente.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do entrevistado

## **G – ENTREVISTA KAREN – MÃE DE DANIEL**

### **Apresentação**

Karen, mãe de Daniel, tem 32 anos. Terminou os estudos (ensino médio) recentemente. Trabalha como empregada doméstica. Karen mora com Daniel e seu marido, padrasto de Daniel, de 35 anos.

### **História**

*Antes eu não tinha percebido a necessidade dele... Acho que pelo fato da gente ser muito distante...*

A primeira crise do Daniel foi uma surpresa, pegou a gente no susto! Quando percebemos já tinha acontecido... Acho que foi em 2011, eu não guardo muito as datas... Cheguei em casa e ele havia tomado um monte de remédios. Estava sonolento, dormindo muito. Ele não falou nada, mas eu vi a saliva azul na pia do banheiro, devido a um remédio para infecção de urina que eu tinha. Foi tudo muito corrido. Corremos para o hospital, mas não precisou fazer lavagem, porque já tinha passado muitas horas, eu o encontrei quando cheguei do serviço. Ele ficou só em observação mesmo, no soro, e saiu no outro dia.

Aí que ele começou a falar que queria morrer, que tinha vontade de morrer... Porque até então eu não tinha percebido nada. Tentei conversar com os amigos dele e vim procurar ajuda. Precisava passar por um psicólogo, porque eu e ele somos muito distantes... A gente não tem aquele diálogo, não somos muito de conversar. Ele é muito fechado...

No hospital não chegaram a fazer nenhum encaminhamento, fizeram só a ocorrência policial, devido a ele ter tomado muito remédio. Não deram indicação nenhuma, porque foi na emergência, o atendimento. Depois que eu vim procurar mesmo.

Em uma outra instituição, eu sabia que faziam atendimento com psicólogo, porque ele já passava lá com a médica de adolescentes, daí perguntei e eles indicaram que ele teria que fazer triagem aqui primeiro.

Como eu queria que ele passasse direto com psicólogo, fizeram esse encaminhamento pra cá. Foi onde eu marquei e ele passou a vir. Isso foi logo depois, ele começou a passar por

consulta e fazer o tratamento aqui. Porque na verdade ele não tem assim, um problema mental mesmo... Ele tem as crises, eu não sei se é mental ou não, só que ele tem a melhora rápida.

Daí ele não ficou muito aqui, eu não sei dizer quanto tempo ele ficou... Fez a triagem, chegou a passar com psiquiatra também, e depois ficou só participando das atividades. Ele passou uma ou duas vezes com a psiquiatra, ela chegou a dar medicação também, antidepressivo. Nos preocupamos com o tempo que ele ficaria tomando remédios... Eu, como mãe, entendia que ele era muito novo pra isso... Mas ele não tomou muito tempo, porque ele mesmo não queria.

Depois passou, e ele ficou bom todo esse tempo. Mas agora teve uma nova crise. Agora no começo do ano, janeiro, fevereiro.

Ele namorava uma menina. Não tinha nem um ano que eles assumiram, mas ele fala que eles tinham muito mais tempo juntos... Daí passou o mês todo das férias na casa da minha mãe, que é mais perto da casa dessa menina. Ficou lá o mês de dezembro inteiro, mas de repente percebi que eles não se encontravam mais. Eu perguntava como eles estavam, se tinham se separado, e ele só dizia que estava tudo normal. Temos uma relação meio distante, só assim: “Mãe, preciso que você me leve. Mãe, preciso disso ou daquilo”. Ele só conversa quando precisa de alguma coisa mesmo...

Mas ele chamou a gente para conversar, eu e minha mãe, porque ele é muito ligado a ela, e disse que não estava mais feliz aqui, que queria ir embora. Ele queria ir morar em outra cidade, em qualquer outro lugar. Tentei entender o porquê, mas ele não falou... Só dizia que não estava feliz aqui. Eu fui contra, porque a minha maneira de pensar não é assim, ele não tem estrutura, não tem dinheiro, não tem nada! E precisa saber onde vai também... Como você vai pra um lugar que nem conhece?

No outro final de semana minha mãe me ligou, perguntando se o Daniel estava em casa, e dizendo pra eu ficar de olho, porque ele tinha saído da casa dela nervoso, gritando que não estava feliz, que queria ir embora dessa cidade.

Quando ele chegou entrou logo e se fechou no quarto, nem me cumprimentou. Passamos dois dias sem nos falar, porque ele ficava me evitando. Saía às vezes do quarto, para pegar alguma coisa, beber água, ir ao banheiro, mas só as horas que eu não estava ali por perto.

Percebi que ele não estava saindo de casa, não estava indo na casa da minha mãe, que ele vai muito, e não ia mais na casa da namorada, onde ia todo final de semana. Percebi que, uns dias, ele não estava comendo direito e continuava muito tempo trancado no quarto, sem abrir uma janela. Então um amigo dele falou que precisava me mostrar uma coisa, era uma



mensagem do Daniel dizendo que queria ter uma arma dentro de casa, que assim já teria morrido.

Liguei aqui para a referência dele, expliquei o que estava acontecendo, disse que estava preocupada. Mas ele não quis vir...

Daí teve um dia que ele estava alterado falando no telefone com a namorada, acho que ele queria resolver o que estava acontecendo entre eles, e pediu pra que eu o levasse lá, disse que precisava conversar com ela. Eu disse que daquele jeito ele não ia porque estava muito nervoso, mas ele acabou se alterando mais, aí eu fiquei preocupada... Pedi para o meu marido ir junto, porque fiquei com medo da reação dele. Chegando lá ele ficou no quarto conversando com ela, e eu, meu marido e a mãe dela esperando na sala. Até então ninguém sabia que eles tinham separado.

Depois disso acho que eles resolveram, não sei... Foi quando ele ficou mais fechado no quarto, quando ele se trancou... Aí em outro dia ele me perguntou se eu tinha falado alguma coisa pra mãe dela, porque ela queria falar comigo. Eu disse que não e fui brigando com ele, porque ele tinha ficado o dia inteiro em casa e não tinha guardado a louça, cuidado das cachorras, do quintal, que são coisas que ele sempre faz para me ajudar. Fiquei cobrando, dizendo que ele tinha ficado o dia todo em casa e não tinha feito nada, pedi para ele pelo menos guardar a louça, pra eu poder lavar. Foi quando ele entrou no quarto e bateu a porta, eu continuei insistindo, cobrando, disse pra ele ligar pra mãe da menina, pra eu saber o que tinha acontecido, e ele não respondia. Comecei a pedir pra ele abrir a porta, quando ele abriu já começou a gritar: “*Pô meu!* Você não sabe o que é depressão? Você não sabe o significado!?”. Quando ele ia fechar de novo eu meti o pé na porta, gritei com ele também, perguntando o que era aquilo, dizendo que não era pra ele gritar daquele jeito comigo. Ele começou a me empurrar pra eu sair do quarto, e eu dizendo: “Não me empurra, tira a mão de mim!”. Foi quando meu marido chegou, e tentou segurá-lo. Aí que ele ficou mais agitado, se debatendo, e meu marido teve que jogá-lo na cama pra conseguir segurar, e ele gritando: “Sai daqui! Me solta!!”. Nisso, da gente tentar segurá-lo, ele já tinha metido o pé nas coisas. Não chegou a quebrar, mas ficou aquela bagunça no quarto todo...

Eu vi que meu marido também já estava perdendo a paciência, então disse pra ele sair, que eu ficaria com ele no quarto. Ele continuava gritando, falando pra eu sair, me puxava, pegava pelo braço. E eu dizia que não, que ele podia quebrar tudo que eu não ia sair, e fiquei escorada na porta. Daí ele arrancou toda a tábuca fininha da porta, aquela capa de porta antiga, puxou tudo. Primeiro tirou o espelho, que ficava pendurado atrás da porta, acho que para não

me machucar, ou para proteger o espelho, não sei... No outro dia a gente até comentou, que talvez ele soubesse o que estava fazendo, porque chegou a tirar o espelho...

Ele nunca tinha tido esse comportamento. Foi um susto, na verdade... E então, vendo que ele estava muito alterado meu marido chamou a ambulância. Aí aquela coisa né... Como estava agressivo eles perguntam se está drogado, se bebeu alguma coisa, aí tem que vir junto com a polícia, joga pra um, joga pra outro... Então o SAMU chegou, e teve que esperar a Guarda Municipal, para o levarem para o pronto socorro.

Quando eles chegaram, ele já tinha se acalmado e não queria ir, achava desnecessário. Ele tinha ido tomar banho e entrou no quarto para se trocar, só que aí ele não saía mais. O guarda ficou conversando com ele do lado de fora, dizendo que ele precisava ir, mas ele dizia que não, que já estava bem, que era eu quem tinha começado... Depois de um tempo o guarda conseguiu convencê-lo, e fomos até o pronto socorro. Lá o médico receitou uma injeção, acho que era calmante, mas ele não quis tomar. Tive até que assinar um termo de responsabilidade por causa disso.

Perguntei para as enfermeiras se estava tendo atendimento no CAPS, que fica ali do lado, ali mesmo da UPA. Conversei com a psiquiatra de lá, expliquei tudo o que tinha acontecido. Como ele estava mais calmo ela conseguiu fazer com que ele aceitasse a medicação, era calmante mesmo... E falou que no outro dia era para virmos aqui. E viemos. Mas como ele estava ainda muito sonolento devido à medicação, ele não conversou nada.

Eu contei tudo e expliquei para a referência o que tinha acontecido, mas ele continuou não querendo vir. Ela pediu pra ver se eu conseguia trazê-lo, mas mesmo com muita insistência minha ele não vinha. Aí ela ligou, disse que estava saindo e que precisava passar o caso para a outra referência, e que ele precisava vir para conversar com elas. Foi onde ela conseguiu que ele viesse. Mas foi só dessa vez, ele continuou não querendo voltar aqui.

Depois de uns dias cheguei em casa e encontrei um vidro de veneno de rato embaixo do criado mudo da cama dele. Ele não estava em casa, então fuzei nas coisas dele e encontrei uma carta de despedida... Dizia que era para eu curtir a minha vida, que era para minha mãe cuidar da minha sobrinha... Não lembro exatamente, mas dizia também que queria morrer, que estaria fazendo um favor, que seria melhor para todo mundo, em vez dele ficar trazendo problemas.

Daí eu liguei pra ele, mas ele não atendia... Fiquei nervosa, comecei a chorar. Mais tarde ele telefonou, dizendo que estava na casa de um amigo. Eu fiquei esperando ele para conversar, e meu marido disse que era melhor eles conversarem entre si, porque eu e o Daniel não temos muito diálogo... Com meu marido ele se dá bem, mas o Daniel não é de conversar... A gente não sabia como chegar nele.

Quando ele chegou meu marido tentou se aproximar, mas percebi que estava sem jeito. Então eu fui. Ele estava sentado na cama, e eu o abracei, perguntei por quê ele havia feito aquilo de tomar o veneno, e ele só chorou. Puxei ele pra deitar no meu colo, ele não queria, tentou resistir, porque a gente não é assim muito de contato... Esse negócio de ficar abraçando, beijando, a gente não tem isso... Mas ele acabou deitando.

Perguntei o que estava acontecendo, o que ele queria, mas não respondeu, não quis falar nada, continuou assim no meu colo. Depois passou, e ele agiu como se nada tivesse acontecido. Porque ele é assim, acontecem as coisas e no outro dia é como se não tivesse acontecido nada.

Eu falei novamente com a referência dele aqui, contei do veneno, e queria que ele viesse, achava que ele tinha que vir... Daí, um dia que estávamos de moto, eu tentei trazê-lo sem ele saber, mas quando ele percebeu quase pulou da moto, em um PARE aqui perto. Preferiu ficar a pé a vir pra cá. Então eu vim sozinha conversar, e elas disseram que se ele não viesse, elas poderiam ir até lá em casa, porque entenderam que ele estava precisando...

Eu conversei com ele, disse que ele estava precisando de ajuda profissional, que eu não estava sabendo lidar com aquilo, e que precisava pelo menos de orientação, por isso estava insistindo em vir, mesmo sozinha. Disse que era melhor ele vir do que elas irem lá em casa, se ele não quisesse que os vizinhos vissem. Porque ele tinha ficado muito envergonhado no dia que a ambulância e a Guarda Municipal tiveram que levá-lo.

Daí ele veio. Isso foi no começo de abril. A consulta com a doutora, as crises aconteceram em fevereiro. Ele conversou com elas e passou pela psiquiatra, que receitou um antidepressivo e um calmante, pra ele poder dormir, porque não estava conseguindo.

Depois de alguns dias, menos de um mês dele ter tomado o veneno, teve uma noite que recebemos uma ligação de um amigo dele. Era mais ou menos uma da manhã, já estávamos dormindo, e ele ligou no meu celular perguntando se estava tudo bem com o Daniel. Achei muito estranha aquela ligação, naquele horário... Eu disse que sim, que ele estava dormindo, mas quando fui ver ele não estava em casa, e tinha deixado o celular em cima da cama. Retornei a ligação do amigo, e contei que ele não estava em casa, perguntei se ele sabia de alguma coisa, se o Daniel tinha falado com ele. Ele disse que não, mas que nos ajudaria a procurá-lo. Saímos para procurá-lo e encontramos com um outro amigo, que nos ajudou a desbloquear o celular, que estava com senha. Vimos que as últimas ligações tinham sido feitas para a ex-namorada. Então meu marido ligou pra ela. Tentamos várias vezes, porque ela não atendia. Quando meu marido conseguiu falar, eu de longe só ouvi ela dizer algo sobre a linha do trem. Entrei em desespero, comecei a chorar muito, meu marido também nervoso tentou me acalmar e disse que me levaria para a casa da minha irmã. Mas aí, no caminho encontramos com ele, sentado na

calçada junto com outros amigos. Eu não estava nem enxergando direito, de tão nervosa... Ele entrou no carro sem dizer nada. Chegando na casa da minha irmã, ele a abraçou por um bom tempo e ela ficou conversando com ele, depois ele me abraçou também, por um bom tempo. Ficamos um pouco por ali, e quando nos acalmamos voltamos pra casa.

No outro dia meu marido contou que a menina tinha sido muito fria. Falou com a maior tranquilidade, como se não estivesse *nem aí*, que o Daniel disse que ia para a linha do trem. Em vez dela avisar a gente, ela contou pra esse amigo, que nos ligou de madrugada...

Isso foi em um final de semana de feriado, então estávamos ali junto com ele. No outro dia ele chamou um outro amigo para assistir televisão, e agiu como se não tivesse acontecido nada...

Depois disso voltamos aqui, agora, pela segunda vez. Hoje foi o retorno com a psiquiatra, mas ele não fala totalmente o que ele fez... Não gosta de falar o que aconteceu. Na primeira consulta ele só falou que não estava conseguindo dormir, mas não falou dessa vontade dele de morrer. Então eu pedi licença pra ele, pra conversar com ela sozinha, e contei tudo o que acontecia.

Eu acho que coincidiu dele estar separado da namorada, e ter vencido o contrato com a instituição profissionalizante. Acho que ele ficou muito tempo parado, sem fazer nada, pensando besteira... Agora já voltou a trabalhar, e começou a faculdade, parece que está bem.

Ele queria sair daqui, fazer intercâmbio. Até fomos atrás, mas como é tudo muito caro, não ia dar certo agora. Então ele decidiu arrumar o quarto. O mundinho dele agora é o quarto. Como está trabalhando, começou a comprar as coisas dele. Comprou uma televisão, trocou a tela do computador, colocou uma mesa de canto que ele queria para o computador. Então parece que está bem... Ele não demonstra muito, não é muito de sair, fica mais fechado, na dele... Mas lembrando de toda essa crise que ele teve, está bem melhor agora.

Ele está comendo bem, que é o primeiro sintoma que ele apresenta, deixar de comer. Na primeira crise eu não percebi, porque eu acho que ele era muito novo ainda... Mas agora eu já sei que quando ele está com alguma coisa, para de comer. E está comendo normal, fazendo as atividades dele normalmente.

No início dizia que não estava contente em começar a estudar, nem com o serviço; não estava contente em morar lá em casa, nem com a avó; que queria morar sozinho. Eu o incentivei dizendo que o trabalho era um meio dele conseguir se estruturar para morar sozinho um dia. Então agora ele está indo, aparentemente está bem.

Ele não gosta muito de falar nesse assunto, pode ser que nem queira contar... Não gosta que eu fique falando também. Se ele ouvir a gravação não vai gostar... Mas acredito que agora

ele está bem, se considerarmos tudo o que passamos, pelo o que eu observo... Porque agora estou sempre em observação! Depois da primeira crise, e desses tempos pra cá, a gente está mais em cima, ficamos mais atentos.

Precisou acontecer, porque antes eu não tinha percebido a necessidade dele. Acho que pelo fato de sermos muito distantes... Ele não aceita eu beijar, abraçar. Não tem diálogo. Me procura mesmo quando precisa, fala só o necessário... Quando estou nervosa, estressada, eu até falo que sou um burro de carga, porque é só na necessidade...

Mas é um excelente filho, determinado, sabe o que quer. É muito responsável com as coisas. Lutou pelo serviço dele, pela faculdade. Porque se você me perguntar como ele fez, qual foi o caminho, eu não sei te dizer, porque foi tudo ele. Ele só vem me falar quando eu preciso assinar, ou ir em tal lugar. Quando vou ver, ele já fez tudo.

E está cantando também. Ele cantava no coral da instituição profissionalizante, mas como a ex-namorada também participava, ele deixou de ir. Aí minha patroa perguntou se ele não queria entrar para um outro coral que ela participa, e ele foi. Conheceu um pessoal novo, mais maduro, porque no outro eram só adolescentes... Agora já até convidaram ele pra uma apresentação em outra cidade. Então ele está com outros projetos. Aí, graças a Deus, parece que passou..!

## H – ENTREVISTA ALESSANDRA – MÃE DE GIOVANA

# Alessandra

### **Apresentação**

Alessandra, de 43 anos, é mãe de Giovana e de outras duas filhas mais velhas, Laura e Gisele. Trabalha executando serviços gerais na loja de móveis de seu irmão. Mora com Rômulo, seu atual marido.

### **História**

*Quando morávamos em família era muito melhor, porque tinha brigas, mas estávamos todos juntos... Depois nos espalhamos, aí ficou ruim... Esse foi o problema...*

Morávamos em outra casa, eu, a Giovana, a Laura e a Gisele, minhas três filhas. Eu vivi por dezessete anos com o pai delas, agora já faz uns oito ou nove que nos divorciamos, e eu fiquei morando só com as meninas por uns três anos. Morávamos todas juntas na mesma casa. Então arrumei outro marido, o Rômulo, e continuamos vivendo juntos lá, por mais ou menos um ano.

Minha mãe morava no mesmo quintal, com dois sobrinhos meus. Eles brigavam dia e noite. Bebiam muito, e não trabalhavam. Foi um inferno morar lá... Daí tivemos que nos mudar, e então viemos pra essa casa, só eu e o Rômulo. Foi quando cada uma das meninas se espalharam. Esse que foi o problema... Porque quando morávamos a família toda, tinham brigas, mas estávamos todos juntos, só que nos espalhamos, aí ficou ruim, né...

A Laura e a Gisele foram morar com os namorados, pois já tinham mais de 20 anos. E aí ficou a Giovana, só que ela não quis vir morar aqui, preferiu ir pra casa do pai, morar com ele, a madrasta e o irmãozinho. Já faz uns três anos que ela mora lá com o pai, mas ela fica em um cômodo nos fundos. Eu dei o guarda-roupas, a avó deu a cama e montamos um quarto pra ela lá separado, pra não ficar dentro da casa. Não que ela esteja rejeitada, ela que quis ficar lá no fundo... E é até melhor, porque aí ela fica sozinha e ninguém fica atrapalhando.

Só que ela não gosta de ficar lá. O irmãozinho dela tem autismo, e ela acha que eles dão muita atenção pra ele. Porque tem que dar.

Até esses tempos atrás ela falava que não gostava do irmãozinho, mas depois que descobriu mesmo que ele tem autismo, ela está entendendo melhor, parece que agora ela gosta mais dele, compra coisas pra ele. Mas no começo ela tinha muito ciúmes, porque ela é muito ciumenta... Todas as minhas filhas, e meu marido também, são os quatro ciumentos! Se eu faço algo pra um, tenho que fazer pra todos... Eu passo apertado! Quando eu morava só com elas também, elas brigavam de ciúmes entre si, mas a Giovana era a mais irritadinha das três, a mais briguentinha. Até hoje quando você conversa com ela às vezes ela fica irritada, aí você tem que parar e mais tarde perguntar de novo. Mas fora isso era normal, não tinha nada de diferente não... Em vista das outras crianças ela era boazinha, calma, até bem carinhosa. Eu nunca esperava na minha vida que ela fosse fazer isso...

Depois que passamos a não morar mais juntas, a Giovana já foi parar duas vezes no pronto socorro. A primeira vez eu nem fiquei sabendo, acredita!?! Ela não me contou... A segunda vez, não lembro se foi no final do ano passado ou no começo desse ano... Depois que eu saí do serviço, ela me ligou dizendo que estava no Pronto Socorro e que eu tinha que ir lá assinar um papel pra ela poder sair.

Não sei nada sobre como aconteceu tudo antes dela chegar ao Pronto Socorro. Não sei nem se o pai dela ficou sabendo, porque não conversamos mais... Eu sei que foi o namorado dela que levou. Faltou até do serviço e ficou lá o dia inteiro. Ela já estava lá o dia todo e eu nem sabia! Se não precisasse assinar acho que ela nem teria me falado.

A encontrei na frente do hospital, e ela dizendo pra eu não brigar, pra não discutir com ela. Pensei que ela estivesse grávida, com medo de me falar, já estava até nervosa. Porque eu vivo falando que isso é só mais pra frente, que ela tem que estudar primeiro, essas coisas que toda mãe fala... Tanto que a Laura e a Gisele já tem mais de 20 anos e ainda não têm filhos... Mas eu perguntava e ela não queria falar, disse pra eu entrar naquela salinha que o médico ia conversar comigo. Acho que ele era médico de lá, porque explicou tão direitinho... Isso foi no CAPS que fica do lado do pronto socorro.

Entrei na sala com isso na cabeça, esperando a notícia da gravidez, mas o médico foi conversando, normal, dizendo que era a segunda tentativa de suicídio da Giovana. Eu fiquei até boba, sabe quando você fica parada, assim...? Parecia que o chão tinha caído, eu fiquei parada olhando pra ele, quase que eu perguntei se ele estava brincando ou falando a verdade, porque eu nem acreditava... Falei: “O quê!? Não fiquei sabendo nem da primeira!”

Acho que foi pior receber a notícia da tentativa de suicídio. Talvez eu preferisse saber que ela estava grávida mesmo. Ela continuava pedindo pra eu não brigar, e o homem falando, falando... Eu não fiquei brava, mas fiquei surpresa, nunca imaginei que ela fosse fazer isso...

A Giovana trabalha, gasta o dinheiro dela certinho, às vezes sai, mas não é de ficar dando trabalho, igual umas meninas que tem por aí. Eu não sei o que deu na cabeça dela de fazer isso... Ela é muito animada, quando saímos a família toda é sempre ela que bate as fotos, faz selfies com os tios e os primos, fica tirando foto escondido pras pessoas saírem engraçadas, fica dando risada. Ela é bem animada! Eu não sei por que aconteceu isso...

Ela tomou alguma coisa, não sei o que era. Ela falou, mas eu esqueci, que tinha tomado alguma coisa que fez mal, teve que fazer até lavagem. Quando eu cheguei lá ela já tinha sarado, estava normal, não estava ruim, deitada na maca com aquelas coisas, já tinha passado tudo isso. Eles já tinham liberado, estavam só esperando pra eu falar com o médico do CAPS mesmo. Já pensou se eu chego lá na hora que ela estava fazendo a lavagem, que nervoso...?

Eu pergunto por que ela tentou se matar, ela só diz que não sabe. Eu fico assustando ela, sabe? Falo que Deus não perdoa as pessoas que se matam, que vão pro inferno, ficam queimando. Pensei nesse negócio de baleia azul, e falo pra ela não entrar nessa barca... Porque se ela já tentou duas vezes, tenho medo dela ficar escutando essas coisas. Ela fala que nem entra, nem dá atenção, e diz que não vai fazer isso nunca mais. Se Deus quiser! Peço a Deus que nunca mais ela faça isso... Já pensou se ela tivesse morrido, e eu não tinha nem ficado sabendo da primeira vez!? Os outros iam me perguntar por que eu não ajudei, por que eu não conversei com ela...! Mas é difícil falar sobre isso com a Giovana, tem que ir devagarzinho, um pouco por dia.

Teve uma vez que ela foi em um médico por causa de uns problemas de desmaios que ela tem, esqueci o nome da doença... Ela falou que isso ia afetar a cabeça dela e ela ia ficar louca, e por isso ela queria se matar, não por causa de problemas da vida... Disse que ficou com medo, e por isso tentou se matar. Isso foi o que ela falou pra mim...

Às vezes eu fico pensando que ela nem tomou pra se matar, mas pra chamar atenção. Mas também, ninguém ficou sabendo porque não comentamos, nem tocamos nesse assunto perto dos outros familiares, só conversamos eu e as meninas mesmo. Ela podia dizer que tentou se matar “porque ninguém gosta dela”, mas ela não usou isso...

Na verdade todos dão muita atenção pra ela, sabe? Lá na loja do meu irmão, a maioria dos funcionários são parentes, então as meninas ficam lá o tempo que elas quiserem. Minhas sobrinhas chamam bastante pra passear, todo mundo trata bem. Só que aí acho que ela fica meio assim, porque vê todo mundo acompanhado menos ela, que não está mais namorando, largou



recentemente. Até esses dias pelo menos não tinham voltado... E como eu disse, ela é muito ciumenta né, então fico achando que pode ser isso também. É difícil saber o que se passa na cabeça das pessoas, né?

Depois que eu conversei com o médico do CAPS do lado do Pronto Socorro, ele disse que ia encaminhar a Giovana pro CAPS infantil. Aí lá eu conversei com a moça, mas não era médica, não receitou medicação. Foi com duas moças que eu falei. Conversei só dessa primeira vez, depois elas ficaram de ligar e marcar pra eu ir de novo, mas ainda não ligaram... Não sei se quando elas ligarem vão pedir pra eu voltar sozinha ou com o Rômulo. Elas disseram também que iam chamar o pai e a madrasta da Giovana pra conversarem, antes de eu voltar, mas também não sei se já chamaram...

Desde a primeira vez que fomos no CAPS infantil elas já disseram que a Giovana ficaria lá. Falaram até que o negócio da instituição profissionalizante poderia prejudicar, mas ela não saiu, continuou normal. Não faz muito tempo que começou. Eu sei que ela vai toda semana, mas não entendo bem como acontece o tratamento; e como eu trabalho, é o avô dela que leva. E eu estou aguardando elas me chamarem para ir lá de novo.

Lá elas perguntaram como é nossa convivência. Nos vemos todos os dias, quando dá cinco horas, que ela sai do serviço, todo dia ela passa lá na loja, a maioria das vezes que nos encontramos é lá. E minha família também é muito grande, daí tem muitos encontros de aniversário, essas coisas, e então vamos sempre juntas, eu e elas. E eu também sempre chamo elas pra virem aqui em casa, jantar, mas aí primeira coisa que elas perguntam é se o Rômulo está em casa, acho que elas não gostam de vir aqui por causa dele...

Acho que na verdade a Giovana ficou meio triste de não morar aqui comigo... No fundo, ela queria que eu largasse do Rômulo pra vir morar aqui. Porque depois que aconteceram essas coisas eu falei pra ela vir morar aqui comigo, mas ela disse que só vem quando o Rômulo sair... Agora eu tenho que escolher, se eu falo pra ele ir embora, ou... É difícil...!

Ele mesmo fala que acha que eu fico brigando com ele porque eu quero que ele saia de casa, pra Giovana vir morar aqui. Eu falo que só não trago as minhas filhas pra cá porque elas não querem. Às vezes tenho vontade de dizer que elas não vêm por causa dele mesmo, porque é duro de lidar com ele...Vai fazer cinco anos que estamos juntos. Isso porque ele melhorou, ainda bem! Porque antigamente era pior! Só que agora ele vai na igreja, chama as meninas pra irem junto. Mas também, sabe como é gente que vai na igreja né? Agora a gente tem que ser mais certinha ainda, não pode fazer nada errado, não pode falar um palavrão, usar roupa escandalosa, conversar com menino, tomar cerveja, dar muita risada, qualquer coisa ele faz um sermão de duas horas. Mesmo com outras pessoas, ele fica criticando. Acho que só eu mesma

aguento...! Se a Giovana aguentasse ela podia morar aqui junto, né... Aí eu acho que isso nunca teria acontecido.

## I – ENTREVISTA DONATO – AVÔ DE ROBERTO

### Donato

#### **Apresentação**

Donato, de 56 anos, é avô de Roberto. Vive com sua segunda esposa, Maria, o filho deles e o neto. Ele é dono de um estabelecimento comercial, compra e vende móveis usados.

#### **História**

*Hoje o que eu poderia falar é o seguinte: é complicado essa doença, se os pais deixam pra lá, se deixam os filhos à vontade, é difícil conseguir acompanhar. Tem que estar atento...*

O Roberto morava com a avó dele antes de vir pra cá, em outra cidade. Um dia ela veio e ele acabou ficando sozinho lá, porque a mãe também tinha viajado. Daí ele ligou aqui para a avó, e ela passou o problema pra mim. Então eu arranjei o dinheiro das passagens pra ela ir lá buscá-lo e trazê-lo para morar aqui comigo. Eu sou pai da mãe dele.

Quando ele chegou aqui, não era esse menino que é hoje... Ele era bem magrinho. Vai fazer um ano e meio que ele está aqui. Ele chegou e eu o matriculei na escola, à noite.

Daí, um belo dia, eu e meu filho achamos umas coisinhas dentro da mochila dele. Era maconha. Chamei a atenção dele, chamei um outro filho meu mais velho pra ter uma conversa séria com ele, fiz ele se desfazer daquelas porcarias. Ele jogou no banheiro e deu descarga. Aí passou uns 15, 20 dias, ele começou a ficar assim, nos cantos. Depois de mais uns 15 dias, ele começou a pirar mesmo. Não falava mais coisa com coisa, falava que ele não era aquele menino, que a família dele era muito bem de vida.

Ele nunca ficou agressivo, só que uma hora ele tava alegre, outra hora entristecia, ficava depressivo. Eu dei um remédio natural que volta e meia eu tomo. É um remédio à base de ervas, tranquilizante. Eu dava pra ele, e comecei a ver aquela melhora. Ele tomava e passava. Aí eu percebi que era esse remédio que tava recuperando ele, tava melhorando, era o tranquilizante que eu tomava. Mas aí comecei a ficar preocupado se ele estava com dependência das drogas.

A partir daí levei ele no médico. Fomos no posto, lá eles não medicaram, mas deram a dica, o encaminharam pro CAPS. Aí eu fui no CAPS e falei com a psicóloga. Ele passou com a doutora, que é companheira até hoje. Ela passou o medicamento pra ele ir tomando, e começou a passar pela psicóloga uma vez por semana.

Foi isso que aconteceu... E até agora, nesse momento, ele está reagindo bem, está procedendo bem. Só que não pode ficar sem o remédio, o medicamento é fundamental! Se ele fica sem tomar eu percebo que o quadro dele começa a piorar. No natal, de tanto ele pedir pra parar, falar que já estava bom, que queria parar de tomar remédio, eu fiz de conta que não estava vendo, era época de festa né... Aí uns 20 dias depois ele apresentou quadro depressivo de novo.

Daí, passei de novo pelo CAPS, e ele voltou a tomar medicamento. Agora parece que está tudo em ordem, graças a Deus. Só não é aconselhável ele tomar Coca-Cola, nem muito café, porque todas essas coisas eu acompanho, percebo que perturba ele, traz ansiedade. Acho que é porque tem cafeína, não sei... Ele fica mais agitado.

A doutora disse que tivemos sorte de poder correr com ele pro médico assim que ele apresentou esse quadro, de ter começado o tratamento. Porque se prorroga, fica complicado. Ela falou que ele tem aquela doença bem complicada. Eu não anotei o nome, preciso escrever. Esquizofrenia... é uma coisa assim... E quem tem essa doença, tem aquela persistência de não querer tomar remédio. Mas eu gosto que as coisas procedam certo. Não é que eu sou rígido, mas eu persisti com ele, disse que teria que tomar o remédio! Então agora ele toma certinho, não está dando mais problemas. Toma o remédio normal, é um comprimido todo dia à noite, e um todo dia de manhã. Duas medicações diferentes. Eu acredito que se ele não parar de tomar o remédio, o quadro dele não vai ser alterado, porque já faz tempo que ele está bem.

Mas ganhou bastante peso. Volta e meia ele faz academia, e agora está falando que quer voltar a jogar bola. Eu nem estou forçando, tenho deixado ele mais à vontade, e estou percebendo que ele está querendo participar de algum esporte espontaneamente. Isso é um bom sinal.

No começo do ano passado que ele veio pra cá. Antes disso eu não sei, porque ele morava mais com a avó dele, e ficava com a mãe. Acho que por isso começou a ter problema, ora ficava com uma, ora com outra, então não dava pra acompanhar direito. Éramos meio distantes. Ele chegou a morar na França, ficou um tempo lá com elas, e não tinha apresentado nada.

Minha ex-esposa me falou que a mãe dele também teve problema de ficar assim ‘pertinente’ uma época, eu não sei falar... Mas depois que eu comecei a fazer o tratamento do Roberto, comecei a me preocupar mais com ela, a querer saber onde ela está, o que está

acontecendo... Procuo ter notícias pelo menos uma vez por semana. Porque vai que ataca, dá nela o mesmo problema que deu no Roberto, e ela longe da mãe, longe do pai, vai ser difícil... Então eu fico com essa preocupação.

Ela é a filha mais velha, e eu tenho outros dois filhos que moram na França, e o Ciro e a Jaque, que são casados e moram aqui. Tem bastante filho. Mas só ela era uma menina nervosa. Até hoje, fica assim em questão de segundos, tem esse problema... Quando era pequena e morava comigo, passei ela várias vezes no médico pra ver, porque era muito nervosa. Mas nunca atacou esse problema de ficar assim ‘pertinente’, talvez tenha sido isso que aconteceu lá na França, como a mãe dela disse, mas não sei se é o mesmo caso...

Eu tentei convencê-la a passar pela doutora. Só que ela não aceita passar por médica, nem psicóloga; fazer um tratamento, um acompanhamento, pra ver o proceder. Por isso que eu me preocupo... Já imaginou se ela pira por aí? Ela mora a quase 500 km daqui...

Hoje eu poderia falar que é complicada essa doença... E se os pais deixam pra lá, se deixam os filhos à vontade, é complicado poder acompanhar... Não saber o que está acontecendo, se estão tomando o medicamento... Isso também é complicado.

Eu quis me inteirar do assunto e fui falar com a coordenadora da escola. Ela me falou sobre as crianças que tem esse problema, e realmente dizem que é um caso sério... Se fizer o tratamento, seguir ao pé da letra tudo bem, mas se não fizer, vai ter problema...

Esses tempos atrás, ele chegou a falar pra mim que às vezes tem vontade de morar com o pai dele, e eu fiquei preocupado por causa disso, porque o pai dele até hoje nunca se preocupou em dar as coisas pra ele, nunca foi um pai presente. Então eu me preocupo, porque vai que ele chega lá e o pai não procede como pai... Ele diz que é espírita, esse negócio de Centro, e isso não resolve a situação, se não tomar medicação, se não estiver atento.

Eu não queria que ele fosse, mas se ele quisesse mesmo, eu ia deixar ele ir nas férias, ficar uns 30 dias pelo menos, pra ele ver, acompanhar, saber quem é o pai mesmo, o proceder do pai, como ele é. Que aí ele ia reconhecer que foram os avós que sempre se preocuparam com ele, que sempre cuidaram dele, e ia ver a diferença... Acho que assim acabava a ansiedade que ele tem de querer ficar com o pai.

## J – ENTREVISTA KEILA – MÃE DE RAFAEL

# Keila

### **Apresentação**

Keila, mãe de Rafael, vive com o filho e com a companheira, Rose. Keila tem 35 anos e é Analista Administrativa.

### **História**

*Eu não vejo possibilidade dele ter condições emocionais normais, devido a toda a história dele...*

O Rafael, desde pequenininho, sempre se mostrou nervoso demais e também não era muito sociável. Talvez por consequência da gestação, que foi muito conturbada... Quando ele tinha em torno de cinco anos e meio foi onde aconteceu meu divórcio com o pai dele. A partir daí a gente começou a perceber que ele teria problemas, tanto devido ao divórcio, porque toda criança tem seus traumas devido a isso, quanto devido à distância que teve que acontecer entre mim e ele...

Por questões de sobrevivência mesmo, eu acabei vindo para cá, pois eu não conseguia trabalho na cidade em que eu morava antes e aconteceu uma oportunidade de vir. Acabei negociando com o pai dele, para que ele ficasse com a guarda do Rafael até eu me estabelecer aqui. Depois, minha família toda se opôs à ideia de trazê-lo pra cá, eu não tive o apoio deles para lutar contra o pai, no caso. Então essa distância entre mim e ele durou mais tempo do que o previsto. Foi muito difícil eu conseguir trazer o Rafael para morar comigo, isso levou anos...

Nesse período ele ficou com o pai, entre os seis e os quatorze anos, foi onde gerou bastante problema, porque o pai começou a mexer com a cabeça dele colocando-o contra mim, contando histórias que não eram realidade. E então, ele foi ficando de um jeito que eu não conhecia mais quem era o Rafael.

Conforme ele teve problemas com o pai, ele veio morar comigo e de imediato eu já o coloquei para fazer um tratamento. Ele vinha apresentando os mesmos sintomas desde criança,

que é o excesso de nervoso, mas nessa época esse nervoso já estava convertido em revolta, agressividade, muitas coisas ruins.

Ele foi fazendo o acompanhamento com psicólogo particular, mas eu não via muito resultado, não via progresso, só percebia que ele não piorava. Então aconteceu da Rose ficar desempregada, e eu tive que parar de pagar o tratamento dele.

Ele já estava na instituição profissionalizante, e lá além do apoio profissional tem o psicológico também, só que quando ele entrou ainda estava com o psicólogo particular, então o pessoal da instituição ficou mais distante nesse sentido. Depois que tivemos que interromper o tratamento dele, não nos atentamos de avisar a instituição profissionalizante, daí ele ficou um tempo sem nenhum acompanhamento.

Mas o Rafael já estava apresentando uma mudança de comportamento. Porque eu tenho um jeito totalmente diferente, e a Rose também é muito companheira, então conversava bastante com ele. Aquela revolta já vinha diminuindo, e eu comecei a perceber que ele estava indo para um caminho bom. Mas ele estava ficando bom só na questão da revolta, eu não conseguia perceber que havia alguma outra coisa de errado.

Um amigo dele, o melhor amigo, teve um período depressivo, e ele começou a ficar nessa onda também. Eu achava que era uma cópia, uma imitação, porque o Rafael tem esse jeito de se deixar influenciar. Às vezes ele não está realmente naquela situação, fica copiando sintomas. Eu suspeitei disso, mas sempre com o pé atrás, porque a gente tem sempre que acreditar até ter certeza que realmente não é, né... E aí um dia ele chegou na instituição profissionalizante muito transtornado falando que tinha ficado na frente dos carros lá na - Avenida. Eles me chamaram com urgência e falaram que estavam encaminhando-o para ir pro CAPS.

Nessa época tinha voltado um pouco da agressividade dele, tinha muitos episódios explosivos. Uma vez ele praticamente veio pra cima de mim, então nos agredimos. Junto com essa questão ele começou a falar que estava ouvindo coisas na cabeça dele, e que às vezes ele fazia coisas sem entender o motivo. Ele diz que uma dessas coisas foi entrar na frente dos carros...

Mas então, fomos para o CAPS e a psiquiatra logo colocou remédio. Ela disse que pretendia combater os sintomas, antes que ele fizesse algum mal consigo mesmo, e foi na linha da esquizofrenia. Isso me deixou totalmente perturbada.

Faz só alguns meses, foi em dezembro do ano passado. Eu lembro porque teve um episódio no dia da minha formatura, de um curso técnico que eu fiz. Ele começou a me agredir,

com palavras mesmo, falou coisas que eu nem imaginava. Foi muito pesado... Ele ficou de um jeito tão absurdo que eu fiquei chocada, aquele não era o Rafael.

Ele define esse episódio como um surto, diz que nem lembra direito todas as coisas que ele me falou. Depois pediu desculpas, falou que não entendeu por que sentiu tudo aquilo, porque tomou aquela atitude. Eu passei um tempo ruim por causa dessa situação, briguei até com a minha mãe. Ela estava aqui por causa da formatura, presenciou o ocorrido e deu razão a ele. Ela tem um sério problema de querer defendê-lo a todo custo. Coisas de avó... Eu disse que ela era uma influência ruim, por ficar apoiando as mentiras que ele estava dizendo, e falei que tínhamos que trazê-lo para a realidade e não reforçar esse comportamento. Falei que seria melhor mantê-los afastados, e foi o que aconteceu. Daí foi uma briga terrível, porque eu não sabia até que ponto era só uma questão de comportamento, se ele quis se fazer de vítima na frente da avó, se ele falou tudo aquilo conscientemente com o objetivo de ofender, ou se era uma coisa séria mesmo, se ele visualizava a situação daquela forma, se ele sentia tudo aquilo. Isso foi em um sábado, e aí nessa mesma semana ele entrou na frente dos carros na Avenida Brasil, quando foi encaminhado para o CAPS.

O Rafael não chegou ao ponto de precisar de internação, o ponto mais sério foi esse do dia da minha formatura mesmo. Tiveram outros episódios de agressividade, de agressão física, mas nem se comparam. Uma vez ele ficou tão nervoso que quebrou a própria mão socando um poste. Ele estava com uma namoradinha, e parece que ela terminou com ele, alguma coisa assim. Aí ele falou que estava com raiva e simplesmente começou a socar o poste. Isso eu também considero um pico, um episódio sério, porque ele não teve receio de se agredir, de se ferir.

Na outra cidade ele aprontou muito. Às vezes a gente acha que são coisas fantasiadas, às vezes parece realidade, mas ele disse que antes, lá, ele agredia os outros na rua, na fase difícil, e agora ele tinha apenas socado um poste. Eu conversei com ele sobre a questão do autocontrole, do controle da raiva, falei de alternativas que ele pode ter antes de chegar a esse ponto de autoagressão. No episódio da minha formatura ele falou que também sentiu uma raiva muito grande de mim, e quis falar tudo aquilo pra me machucar. Então parece que foram dois episódios de raiva que se reverteram em situações diferentes.

Foram essas duas vezes as mais sérias, considero como dois picos, um no aspecto físico, outro mais no aspecto falado, pelo menos desde que está aqui comigo. Isso foi antes da tentativa mesmo, dele ter entrado na frente dos carros.

Ele começou a ter esse comportamento suicida e de agressividade, não física mais, mas parecia que ele odiava tudo e todos, inclusive ele. Foi onde começou o tratamento no CAPS. E



ele falou que estava escutando coisas na cabeça dele. Aí ficou aquela incógnita, porque normalmente parece que tem uma coisa conversando com a gente mesmo, né. Ficou aquela dúvida, se ele estava realmente ouvindo vozes, como um sintoma da esquizofrenia, da bipolaridade, ou só confuso com os próprios pensamentos. Com a psicóloga anterior estávamos na fase de entender isso, agora já não sei. Mas com os remédios, o *Lítio* e a *Risperidona*, ele já apresentou bastante melhora.

É recente, mas ele já está mais calmo, mais bem humorado. Porque na verdade o Rafael não tinha humor, desde bebê, ele era totalmente mórbido. Quando foi pra escolinha acabou com a infância das crianças contando, por exemplo, que o papai Noel não existia, que era o pai fantasiado. Conforme ele foi crescendo falava coisas pra mim que machucavam bastante, e não se importava, parecia que gostava de ver as pessoas chateadas, magoadas. É estranho pra mim, como se fosse uma falta de empatia, uma falta de sensibilidade, falta de querer ver as pessoas se sentirem bem. Uma coisa meio mórbida mesmo... Eu já cheguei a pensar que tem um ponto de psicopatia, essa falta de sentimento, o fato dele não se importar com nada, desde que as coisas não interfiram nele. Um egoísmo excessivo, incoerente com a idade dele, porque adolescente que normalmente é super egoísta. Então eu penso que ou ele está tendo uma adolescência tardia, ou ele realmente é assim, não se importa com o próximo, enquanto ele puder tirar vantagem está ótimo pra ele. A gente tem várias discussões desse tipo, de confrontar com ele essa questão dele não pensar no bem-estar das outras pessoas. Sempre dou uma deixa pra ver se ele se toca dessa indiferença absurda que ele apresenta.

Mas enfim, apesar disso, agora já está mais bem humorado, está bem melhor com o remédio, apesar dele já estar querendo parar de tomar. A última conversa com a psiquiatra parece que surtiu algum efeito...

Eu sigo a linha da médica, pego no pé dele pra que ele tome, mas me sinto na responsabilidade também, e se eu estiver prejudicando-o com essa medicação? Porque são remédios super fortes, e a dosagem só aumentou até agora. E também me questiono se ele está realmente melhorando ou se o remédio pode estar tipo, mascarando. O meu medo é, depois que passar a fase do remédio, que ele não estiver mais tomando, perceber que o problema não foi resolvido.

A terapia em grupo também, eu vejo que é bom, mas não é suficiente. Ele já começou a faltar, começou a se questionar se é realmente uma coisa que vai dar algum resultado, e isso me preocupa bastante. Eu pergunto pra ele toda vez, se ele falou no grupo, se expôs algo de que precisava. Ele fala que a maior parte do tempo ele descontraí o pessoal. Porque o Rafael parece ser uma pessoa séria, mas gosta de ficar fazendo palhaçada. Então ele mais ouve o que os outros

têm a dizer. Teve só uma vez que ele disse que falou bastante, mas contou que estavam só ele e o estagiário.

Eu percebi que o grupo é mais composto por adolescentes que tem problemas de envolvimento com drogas, alguma coisa assim. Tanto é que eu tinha muito preconceito com o CAPS, eu achava que ia expor o Rafael a influências ruins. Depois que eu conheci vi que na verdade está tudo bem. Mas eu morria de medo, senão já o teria levado antes.

As consultas eram a cada 15 dias, depois passaram a ser uma vez por mês, e agora ela marcou para dois meses. E eu fiquei assim: “*Pô*, só daqui a dois meses!? É muito tempo...”. A médica falou que eles estão tendo dificuldades com a agenda do CAPS, e também disse que o Rafael está agora em uma fase mais de observação, da minha parte, no dia-a-dia. Mas eu não acredito muito nisso não, acho que é mais o problema da agenda mesmo.

Se as consultas fossem um pouco mais frequentes eu saberia se dava pra fazer um paralelo, colocar um ponto de apoio no tratamento dele. Eu estou lidando cem por cento com o CAPS porque eu posso ficar desempregada a qualquer momento, mas por enquanto dá pra contar com o convênio. Então pensei em de repente ir a outras consultas psiquiátricas, e aí os médicos conversariam entre si. Ou colocar um ponto de apoio com psicólogo, seria uma consulta por mês pelo convênio. Mas não sei sobre essa possibilidade, porque ainda não consegui conversar. Eles mudaram de psiquiatra e nessa última consulta foi a primeira vez que eu conversei com ela, aí não quis entrar com essa questão ainda. Mas na próxima consulta vou perguntar se ela acha interessante esse ponto de apoio.

Dessa última vez eu cobre um diagnóstico. Pois como vocês vão simplesmente dar um remédio sem falar qual é a linha que está sendo tratada? Ele vai ficar tomando isso pro resto da vida? Eu não gostaria que ele se tornasse uma pessoa dependente de medicação.

Eu percebo que a linha da esquizofrenia é extrema, só que a gente tem que pensar que ele pode ter um transtorno, ou alguma coisa do tipo. O mínimo que eu encaro é que ele esteja em um estado depressivo, porque ele voltou a falar a respeito de morte. Começou a falar que vai morrer cedo, que seria melhor que ele estivesse morto, que assim ele dava paz pra todo mundo, não dava problema. A minha preocupação da distância das consultas é essa, a dificuldade de sanar o problema, porque ele vai ficar só tomando remédio e a gente não vai chegar em uma conclusão sobre o diagnóstico dele.

Na família da Rose tem casos que têm a patologia. A mãe e o irmão são esquizofrênicos e não podem ficar sem o remédio, senão é um transtorno, tanto dentro da cabeça deles, como para as outras pessoas. Então se ele tem um diagnóstico ficam mais claros os motivos pelos quais ele precisa da medicação, mais tranquilo para lidar. Na medicina normal você primeiro

descobre qual é o seu problema e depois você usa o medicamento, já na psiquiatria, a médica explicou que você começa lidando com sintomas, depois chega a um diagnóstico. Mas com essa demora nas consultas será que vai chegar realmente a algum diagnóstico? E aí você coloca o remédio na questão, cura um sintoma e não chega em uma causa?

Isso é o que mais me preocupa em ter uma consulta a cada dois meses, porque o remédio, sinceramente... eu já fiz um tratamento. Eu passei por isso e depois de uma fase ou era eu, ou era eu, eu não tinha que ficar presa naquela medicação. Na época que ele veio pra cá eu estava em um estado extremo de depressão. Tive que fazer tratamento, quase que eu fui internada. Tomei a medicação e sei que o remédio sozinho não resolve.

Eu comecei a ter problemas emocionais. Na verdade eu já tinha antes, por causa da minha convivência com o pai dele, e também do divórcio. Comecei a fazer tratamento, mas não dei continuidade.

Depois que ele nasceu, eu era muito jovem, tinha 18 anos, e me parece que eu tive depressão pós-parto. Só que minha família é muito humilde, e o pai dele tinha uma cabeça muito fechada, uma criação militar, então ninguém compreendeu aquele momento que eu estava passando. Depois de alguns meses eu comecei a me recuperar sozinha mesmo, fiquei bem. A segunda vez foi em 2006, na época do meu divórcio. Eu comecei o tratamento, mas tive que interromper por falta de dinheiro. Aí quando o Rafael veio, era o terceiro episódio. Foi muito mais sério, a ponto de eu querer largar o emprego, querer ficar só na cama. Aconteceu em 2013, foi quando eu fiz um tratamento mais concreto, durou dois anos e meio. Esse sim eu posso dizer que foi um tratamento adequado, do começo ao fim. Eu tive o acompanhamento do psiquiatra, tomei medicação durante seis meses e depois fiquei só com o psicólogo, mas era toda semana.

Eu deveria ter continuado como forma preventiva, mas foi quando a Rose ficou desempregada, então interrompi, o meu acompanhamento e o do Rafael, só que com ele, a necessidade é maior.

O quadro total do Rafael eu vejo que foi causado por vários motivos. A gestação dele que foi totalmente perturbada, a minha imaturidade quando ele nasceu, depois veio o divórcio, a experiência dele com a madrasta e a minha distância, o fato de morarmos longe. Não que eu não estivesse presente, mas eu estava fisicamente distante, e isso na cabeça dele soou como um abandono. Na verdade eu estava lá quase toda semana, mas parecia não ser suficiente. Hoje em dia ele fala que compreende, mas o sentimento que ele teve na época não tem como tirar...

E depois, com o pai, eu sinto que foi assim, toda a consequência do histórico dele explodiu ali na adolescência, veio tudo à tona, e o pai não soube como lidar, ele só piorou a situação. Aí com a vinda dele pra cá aquele sentimento de abandono foi muito pior, porque com

o pai isso realmente aconteceu, passaram anos sem se falar. Tem alguns meses que eles voltaram a conversar, mas só por whatsapp.

A vinda do Rafael foi da mesma forma conturbada de quando se deu a questão do meu divórcio. Ele não falava pra ninguém que estava sofrendo algumas coisas na casa do pai, só as avós sabiam, e minha mãe ficava me forçando a entrar com o pedido de reversão da guarda dele. Só que desde sempre, eu tenho o Rafael como sendo uma criança que tem seus direitos de escolha. A partir de quando ele tinha cinco, seis anos de idade, ele sabia onde se sentia melhor. E aí, quando eu perguntava o que ele achava de vir morar aqui, ele falava que gostava de morar com o pai, e insistia que queria ficar perto dele. Eu não ia criar uma situação com ele. O Rafael já me tinha como se fosse um monstro. Um monstro criado pelo pai, um monstro criado por tê-lo abandonado. Então eu falava pra minha mãe que enquanto ele não pedisse, eu não ia interferir, não ia forçar nada.

Ele passava todas as férias do ano comigo. Em uma das vezes, quando chegou em um ponto complicado, ele disse que não queria voltar, que não dava mais para permanecer lá, e me falou algumas coisas. Foi onde eu entrei com o pedido de reversão da guarda. Mas não consegui trazê-lo de imediato, porque o pai ameaçava denunciar como sequestro. Tive que falar para o Rafael voltar pra lá, até eu conseguir um mandato pra ele sair de dentro da casa. A mãe do pai dele me ajudou, contratou um advogado, e então conseguimos tirá-lo da casa, depois de cerca de dois meses. Pra terminar o ano letivo ele ficou com a minha mãe por mais alguns meses, foi entre agosto até dezembro mais ou menos.

Em janeiro de 2014 ele veio, mas na cabeça dele aqui não é a casa dele. Não é onde ele gosta de estar. Aqui é o fim do mundo. Ele gosta de lá e parece que se sente obrigado a estar aqui. Parece que ele sente como se estivesse enclausurado aqui. Não consegue fazer amizades concretas. Ele quase não sai de casa, passa o final de semana todo conversando com o pessoal de lá, jogando videogame, tocando guitarra.

Do pai dele eu procurei não saber muito, porque infelizmente nossa relação foi amigável no início, mas ele começou a namorar, e quando ficou noivo se tornou uma pessoa totalmente diferente da que eu me separei. Depois de meses do divórcio, começou a fazer coisas absurdas, que eu nem imaginava. A amizade se transformou em um ódio mortal.

Quando o Rafael nasceu, ele também era jovem, tinha vinte anos. Sempre foi muito rígido com ele. Com três anos de idade ele cobrava do Rafael um comportamento de praticamente um adulto. Éramos Testemunhas de Jeová, e nas reuniões ele o obrigava a ficar sentado, como se ele tivesse quinze anos. O Rafael não podia ser uma criança. Se ele fazia alguma birra normal, ele o espancava. Em uma dessas reuniões, em que o Rafael apresentou

comportamento normal de criança, entediado, ele chegou a levá-lo para o banheiro para bater, com todo mundo ouvindo.

Ele não era uma pessoa atenciosa, não brincava com o Rafael, ficava só no computador. O engraçado é que o Rafael o via como um herói, só a presença dele já era suficiente. Aí, quando eles permaneceram juntos, depois do divórcio, eu não sei como foi. Pro Rafael ele era maravilhoso, então ele culpa a atual esposa do pai, por ter rompido esse relacionamento.

Na verdade eu não queria casar com ele, casei porque eu estava grávida. Não que eu não gostasse dele, mas eu não queria ter casado tão cedo. Depois de algum tempo sim, eu desgostei totalmente, porque a gravidez foi pra mim um trauma. Então eu não permitia que ele tocasse em mim, por medo de engravidar novamente. Meu divórcio se deu por não termos mais relações sexuais. Eu não permitia, e aí foi minando.

Eu vejo que o ponto crucial, que me trouxe várias consequências, foi a questão sexual mesmo. Porque a gravidez, naquela época, foi a pior coisa que aconteceu na minha vida. Eu tive muitas consequências, e reverteu tudo pro Rafael. Eu tive muita rejeição. Até os cinco, seis meses eu o rejeitei muito. Depois foi o contrário. Depois dos seis meses era como se ele fosse tudo o que eu tinha na vida. Então foi difícil...

Eu não suportei muito a forma como o pai tratava o Rafael, isso também foi desgastando bastante o meu relacionamento com ele, mas não imaginava que ele chegaria no ponto extremo que chegou durante a adolescência dele, mau tratando-o física e psicologicamente. Eu fico imaginando, se com três anos ele batia no Rafael de forma que eu tinha que tirá-lo dos braços dele, o que o Rafael passou com ele estando já adolescente.

E infelizmente eu não tive como fazer muita coisa, pois eu nem sabia que aquilo estava acontecendo. Isso é o que mais me dói, porque ele não me falava. Não falava pra ninguém na verdade...

Hoje em dia conversamos sobre tudo. Agora ele está me colocando como se eu fosse um pilar, tudo o que ele faz é baseado na minha opinião, naquilo que eu oriento, então estamos conversando muito mais do que antes. Já conversávamos um pouco, mas agora, se deixar, ele conversa comigo o dia inteiro. Me liga quando está na escola, me cobra se eu não busco, se eu não dou atenção. Na verdade parece que ele se infantilizou.

Eu defino o Rafael em duas fases aqui. A primeira, antes do tratamento, ele dizia que ia sair daqui desse fim de mundo, que ia voltar pra lá, ia alugar uma casa pra morar com o Felipe, que é o melhor amigo dele. Estava assim, querendo viver a própria vida, querendo distância de tudo e de todos, querendo ser independente. Depois, não sei se foi o tratamento ou se foi a experiência que ele teve na instituição profissionalizante... Porque ele chegou a trabalhar

alguns meses em uma empresa, então viu o valor do dinheiro e o quanto é difícil tornar-se de fato independente. Então agora está ao contrário, parece que está se voltando pra dentro.

Parece que ele está em uma fase, talvez com medo das responsabilidades, por estar chegando os 18 e ter que andar sozinho. Às vezes eu penso que ele está em uma fase diferente da idade. Eu o visualizo com quinze anos, parece que a adolescência dele está vindo muito tardia. Parece que a fase de rebeldia se estendeu, e eu fico um pouco perdida com a situação.

A minha cabeça não me permite compreender a fase que ele está passando agora... Primeiro porque eu sou mulher e ele é homem, segundo porque na idade dele eu já estava sendo mãe, estava entrando nos problemas que a vida me trouxe, eu tive que amadurecer à força. Saí da casa da minha mãe com dezoito anos, tive que assumir uma casa, marido, filho, trabalho, tudo ao mesmo tempo.

Eu não tive tempo pra amadurecer como pessoa, porque eu tive que amadurecer como mãe. Meu lado emocional só começou a amadurecer com 24 anos, que foi a época do meu divórcio. Foi onde a minha cabeça se voltou pra mim, e eu passei a entender o que era a vida. Só com 24 anos que eu comecei a ser eu. Eu era muito ingênua.

Até hoje eu não tenho meu lado social muito bem desenvolvido. Por ironia do destino caí em um emprego que me cobra isso todos os dias, o que tem me ajudado. Mas quando eu era adolescente minha mãe tinha que ficar mandando eu sair de casa, fazer alguma coisa. Eu gostava de ficar dentro do quarto, ouvindo música, lendo. Enclausurada também!

Isso me confunde, porque o pai do Rafael também foi um adolescente que só pensava em videogame, não era como os adolescentes normais, que vivem na rua. Então eu fico sem entender se é só uma questão de personalidade, esse enclausuramento dele, ou se pode ser um problema, se esse comportamento tem a ver com a depressão. Com relação a isso eu sinto muita falta do apoio da parte da psiquiatria, da terapia que ele faz, pra me ajudar a entender, se ele tem realmente um problema, ou se ele é só diferente dos adolescentes de hoje. Só sei que é um caso complexo, o do Rafael...

O que me traz preocupação constante é essa questão dele estar insistindo em falar de morte. Isso me perturba... Aí vem essa série que apareceu agora, esse jogo, vem tudo isso na minha cabeça. Vem uma menina da escola dele que cometeu suicídio, vem o amigo que estava em um quadro depressivo, saiu desse quadro, está se afastando dele, e ele está se sentindo sozinho... Nossa(!) Vem tanta coisa na cabeça, que eu estou ficando perturbada.

A pior fase do Rafael, a época que ele estava mais rebelde, ele se envolveu com bebida. Beber pra ele era como uma auto definição. Ele estava praticamente indo pra um alcoolismo, isso lá na outra cidade. Aqui a gente chegou a achar bebida no quarto dele, e eu fui conseguindo

lidar com isso. Hoje em dia, com a medicação, ele sabe que se beber pode ter um treco, aí foi o ponto pra eliminar de vez essa questão. Depois que ele começou a melhorar esse comportamento foi onde apareceu esse negócio dele entrar na frente dos carros, começou esse sentimento de autodestruição, essa falta de amor. Eu fico tentando entender se isso tudo não é consequência das coisas que ele passou durante a gestação, por conta da minha rejeição. O que acontece com o Rafael, a maior parte das coisas eu me sinto culpada.

Mas eu penso isso ao mesmo tempo que eu vejo que eu não poderia fazer muita coisa. Cometi mais erros do que acertou, mas olha a minha idade... Tinha muita coisa que eu não compreendia, que eu não sabia, não soube mesmo como fazer. Eu peço pra ele se colocar no meu lugar, se imaginar tendo um filho nesse momento, porque eu tinha essa cabeça que ele tem agora quando ele nasceu. Aí parece que ele compreende um pouco melhor. Demorou muito tempo, mas em terapia eu cheguei à conclusão de que eu não conseguiria fazer diferente, era impossível com a cabeça que eu tinha. Naquela época eu só queria sumir, desaparecer...

Eu falo pro Rafael que se ele tivesse nascido quando eu passei a ter uma estrutura melhor dentro da minha própria cabeça, ele não teria passado por nada disso. Principalmente com o pai dele. Eu jamais permitiria que ele interferisse na criação do Rafael daquela forma.

Eu tinha uma religião envolvida, e tinha a minha própria criação. Hoje em dia eu vejo minha mãe como sendo uma pessoa muito machista, e olha que ela criou quatro filhos sozinha(!), sendo três homens mais velhos e eu. Ela me criou de uma forma submissa a eles, como a mulher que tem apenas que cuidar da casa, do filho, ser dona de casa. Então, quando fui morar com o pai dele, praticamente me coloquei nessa posição, eu não interferia em nenhuma atitude dele. A religião também coloca a mulher nessa posição, e coloca o homem também como o cabeça da casa.

Por muito tempo foi assim, até o momento que eu falei chega disso(!)

E por muito tempo também me arrependi de ter tomado essa atitude, porque ficou na minha cabeça o sentimento de culpa. Além de todo o sofrimento que eu estava passando... Eu passei muitas dificuldades com a separação. Até hoje eu penso que se eu tivesse permanecido lá eu não teria tanta responsabilidade, tanto peso.

Mas também penso que seria outra realidade. Eu não teria conseguido resgatar o Rafael do que ele passou com o pai dele, porque eu estaria no mesmo ambiente. Iam os dois pra fora... Que estrutura eu ia ter pra sustentá-lo? Então eu acho que tem males que vêm para o bem...

Eu falo pro Rafael que a gente podia fazer um livro da nossa história... E eu não vejo possibilidade dele ter condições emocionais normais, por causa de toda a história dele. No

mínimo um transtorno bipolar, um quadro depressivo, porque a história dele foi muito ruim. A minha história foi ruim, e ele me acompanhou...

Hoje em dia a gente tem paz, tem sossego, mas ele não se sente em um lar. Eu, a Rose, a gente conversa com ele, tenta fazer ele entender que tem que desapegar de lugares, viver os lugares onde está. Mas parece que não entra na cabecinha dele. Eu queria que ele entendesse que não é o fato dele estar aqui ou lá. Ele pode ir pra lá ver os amigos o tempo que for. O problema é que quando ele vai ele se sente muito, muito bem, e pensa que queria estar lá. Mas ele não visualiza que durante a semana as pessoas entram em uma rotina normal, como é aqui. Ele não se contenta em passar um final de semana, diz que não vale a pena, ele só quer ir se for pra passar muito tempo. O Rafael não se contenta com as coisas poucas que a vida tem para oferecer.

Me preocupa muito o fato dele não dar valor a essas pequenas coisas, porque a vida sempre oferece muito pouco. Ele não vai ter muito... Às vezes eu penso que pode ter sido isso que trouxe esse problema, esse conflito na cabeça dele, o fato da frustração. Porque agora que ele está começando a entender que trabalhar não é sinônimo de conseguir tudo, que às vezes você pensa que vai dar pelo menos pra comer uma pizza no final de semana, e não vai...

Então eu penso que pode estar tudo envolvido. Tem a questão do histórico, mas também tem esse choque de realidade que ele está passando, medo do futuro. Ele recebia um salário mínimo pela instituição profissionalizante, mas o contrato venceu em fevereiro e, desde então, ele está sem salário nenhum. E está vendo que todas as economias que ele fez, que ele achava que daria pra voltar para a outra cidade, morar com o amigo, na verdade não vai dar nem pra ele passar o final do ano. Ele nem fala mais de ir embora, e isso está deixando-o muito frustrado.

Aí fala que é um fracassado, que não consegue nada na vida. E, especialmente depois que o amigo, o Felipe, arrumou um emprego, está muito pior. Porque o menino é mais novo que ele, e parece que depois que saiu do quadro depressivo, deu uma amadurecida. Parece até que tem mais idade que o Rafael quando a gente conversa com ele. Então ele se sente frustrado. O Felipe trabalha lá como *office boy*, mas o fato dele ter arranjado esse emprego, tem a ver com o perfil ativo dele. O Rafael não tem personalidade pra trabalhar com atividade. Eu falo pra ele, que ele tem que trabalhar centrado, em um emprego onde ele consiga pensar, fazer as coisas com calma, porque ele não é uma pessoa ágil.

Quando eu faço recrutamento normalmente eu tenho que ver isso. Eu não contrataria o Rafael pra trabalhar na empresa, mas o Felipe sim. Porque é linha de produção, como que eu vou lidar com o perfil de uma pessoa lenta? São questões de cada pessoa, tem que respeitar.



Mas eu acho que isso está confuso na cabeça dele. Ele não consegue entender que ele é diferente do Felipe. Fica se comparando e se sentindo um fracasso, talvez até com um pouco de inveja.

O Rafael tem um problema por ter nascido no final do ano, na época em que mudou o ensino, que as crianças passaram a entrar na escola com seis anos. Ele já estava pra completar os seis anos, mas não tinha passado pelo pré. Como podíamos escolher, eu não permiti. Achei que ele precisava passar pela fase do pré, porque não tinha o lado social muito bem desenvolvido. Então ele tem um ano a mais que todos os amigos dele, como se tivesse repetido de ano. Daí ele vê os meninos com 16 anos, nesse progresso, e se sente inferiorizado.

Eu falei pro Rafael: “Parece que ele nasceu com um azar terrível”, porque além disso, ainda tem a coincidência da instituição profissionalizante estar dispensando com 17 anos, próximo da questão do exército. Porque o contrato fica suspenso, os menores de idade tem uma carga horária de trabalho permitida por dia, e tem que conciliar com o período que eles ficam no exército. Então, para uma empresa contratar agora precisa ter o lado de responsabilidade social muito bem desenvolvido, porque não compensa pra eles. E nesse momento de crise ainda...

A instituição está tendo que rever a idade de início dos adolescentes, porque se o contrato acaba quando eles têm 17, os adolescentes ficam, tipo, em um limbo. Eu falei pro Rafael aproveitar esse tempo sem trabalho para estudar, e o tenho incentivado a tentar entender o que ele gosta, o que ele se identifica além da música.

Ele tem a música como primordial na vida dele, é como se fosse o plano A. Mas como ele sabe das dificuldades, pois conhece a história da carreira dos ídolos, aceitou que precisa ter um plano B, e que esse tem que vir antes. Porque ele sabe o quanto é difícil. Combinamos de ele pagar a escola de música por três meses com a rescisão dele, e eu pagaria o restante. Mas aí fiquei doente, fui afastada, até agora tem prestações atrasadas. Parece que quanto mais difícil está, mais complica. Essa minha cirurgia acabou com os nossos planos.

Então ele foi tentando entender o que ele gostava, percebeu que tem dificuldades com algumas coisas e habilidades com outras, e com a matemática ele leva um pouco mais de jeito. Na instituição profissionalizante ele fez uma teoria básica de contabilidade e gostou, então fomos conversando e ele decidiu que vai fazer um curso técnico na área. Quem sabe a partir daí ele começa a desenvolver um pouco mais de maturidade na questão profissional... É um curso da escola técnica do estado, o Centro Paula Souza. Já dá pra começar no próximo semestre. Tem que fazer um vestibulinho para entrar. Tem lugar que é bem concorrido, mas aqui é mais tranquilo, porque eu acho que tem pouca procura. Então acredito que ele não terá dificuldades para passar.

O Rafael tem uma facilidade muito grande com teorias. Na escola ele se desinteressa das coisas, porque aprende muito rápido. Eu falei que ele tem que explorar isso, então fazer o ensino técnico com o médio é uma forma de aproveitar. O ensino médio é um monstro pra alguns adolescentes, né. Mas ele já se desinteressa de ir...

Ele está no mesmo colégio desde o primeiro ano. É a pior escola que tem aqui, já tentei mudá-lo umas duas vezes, mas não consegui de jeito nenhum.

Ele não interage com o pessoal da escola, diz que só tem maconheiro. Ano passado se recusou a ir pra aula às sextas-feiras. Eu falei que ele estava com preguiça, que ia reprovar por falta. Mas ele disse que nem os professores davam aula de sexta, que os alunos até fumavam dentro da sala. Aí eu comecei a preferir que ele ficasse em casa também. Eu vejo que ele não está no lugar certo pra fazer amizades, porque ele é muito diferente. Ao mesmo tempo que eu gostaria que ele fizesse amizades aqui, o que não acontece por falta de iniciativa dele mesmo, também penso que não vale a pena ser amigo de certas pessoas.

Acredito que, com o ensino técnico, agora ele vai conhecer pessoas muito diferentes. Porque quem procura um ensino técnico hoje em dia é quem está realmente disposto a ser alguma coisa, não é como quem tem que fazer o ensino médio por obrigação, e vai pra escola só pra badernar. Eu fiz o técnico lá, em Recursos Humanos, tinha seis adolescentes que conciliavam com ensino médio, mas não dava pra diferenciá-los dos que já eram profissionais, pela estrutura da cabeça deles.

Eu acho que vai ser uma nova fase pra ele, a partir de então. Eu só tenho medo que não dê tempo... Mas se Deus quiser, vai dar tudo certo.

Às vezes eu fico pensando que vai vir um diagnóstico assim, crônico. Mas às vezes eu penso que depois que ele começar a amadurecer isso vai embora. Tento manter o otimismo né... Penso que quando ele estiver mais adulto tudo isso vai passar. Ele vai aprender a ter um pouco mais de empatia, um pouco mais de jeito com as coisas. Vai amadurecer, e parar com essa questão de querer morrer, de não gostar de viver.

Porque eu até falo pra ele, quem que hoje em dia acha que a vida é uma maravilha? Nem quem tem muito, nem quem tem pouco dinheiro. Porque a vida é um sacrifício mesmo... Mas por enquanto, como ele ainda tem sempre uma resposta mórbida pra tudo, diz que a hora que se cansar de vez, ele “resolve”. Eu só sei que é um quadro complexo, o do Rafael...

## K – ENTREVISTA JOANA – AVÓ DE VINÍCIUS

### Joana

#### Apresentação

Joana tem 59 anos, e é avó de Vinícius. É aposentada e mora com este, outros três netos e sua prima, Rosália. Vinícius, seus irmãos (Heitor e Jeisa) e sua sobrinha (Annita), recebem os cuidados da avó e da tia Rosália como se fossem filhos.

#### História

*Se foi isso que virou o Vinícius, virou de uma vez, que ele não volta mais. Eu acho que ele não volta mais... Mas eu não vejo o Vinícius um esquizofrênico.*

O Vinícius era normal. Aí de 12 pra 13 anos aconteceu um fato na escola e ele surtou. Eu não gosto de falar sobre o que aconteceu... É uma coisa muito difícil de aceitar, muito difícil mesmo. O Vinícius era um garoto que não aceitava nota nove. Era estudioso, sempre presente. Tudo o que era pra ser feito na escola o diretor chamava ele pra fazer.

Mas aí aconteceu essa bendita desgraça dentro de uma escola, e o Vinícius surtou. Aí virou toda a família... Ninguém sabia o que tinha acontecido com o Vinícius. Ele saiu bem, pra estudar... Porque ele estudava, fazia computação, fazia línguas. E aí, Vinícius acabou...

Foi a primeira vez que ele surtou, ele tinha muito medo, ninguém chegava perto dele. Um amigo meu estava passando e viu o Vinícius sair correndo da escola. Aí todo mundo se mobilizou. Ele foi parar pra lá do horto florestal. Um monte de gente correndo atrás, mas ninguém chegava nele. Foi muito trabalhoso pra conseguirmos pôr ele dentro do carro. Chamaram a Guarda, o Corpo de Bombeiros, e nada. Ele chegou até a me machucar, perguntava se eu queria bater nele como bateram, porque agrediram ele lá na escola. Ele ficou trancado dentro desse banheiro... A faxineira que escutou os gritos e abriu a porta, aí ele saiu correndo, gritando pro meio da rua.

Ele não lembra, porque é muito duro. Mas ele ficou com muito medo. Pra levar o Vinícius pra dentro de um banheiro na minha casa, ele gritava, ele atacava a gente... E aí mostrava as partes da cabeça onde tinham batido. Do lado esquerdo ele ficou com sequela, ainda puxa a perna, apesar de ter melhorado bastante depois da fisioterapia. Foi uma coisa bem sofrida, que se você pensasse em pôr ele dentro desse quarto aqui, ele não ficava não...

Então o levamos para o CAPS III, pra ele ser medicado. Depois fomos direto pro CAPS, que é esse aqui, mas era em outro lugar antes. Daí, lá começamos a fazer esse tratamento com ele. Desde então ele frequenta só o CAPS, toma várias medicações.

E se você me perguntar o que ele tem, eu não vou saber falar, porque não fechou um diagnóstico. No começo ele fez um tratamento pra aquele tipo de problema... Que eu nunca lembro, porque minha cabeça fecha pra essas coisas... Mas falaram que era...

Esquizofrenia! Pra mim o Vinícius não tem isso, eu não consigo aceitar. Me explicaram que, na verdade, todo mundo tem, dependendo do impacto isso vem à tona... E se foi isso que virou o Vinícius, virou de uma vez, que ele não volta mais. Eu acho que ele não volta mais... Mas eu não vejo o Vinícius um esquizofrênico.

Eu já vi pessoas assim. São pessoas que atacam, de repente veem coisas. No começo ele falava que via, mas eu acho que não... E agressivo ele só fica com o irmão mesmo, às vezes temos até que segurar. Aí eu dou um grito com ele e ele acalma. Porque a gente tem que pôr um limite pro Vinícius, se não ele vai dominar! A gente sabe muito bem que a saúde mental é um infinito, cada hora é uma coisa, que mesmo você que está bem, de repente sua cabeça revira...! Imagina uma pessoa que já está perturbada!?

Então agora ele deu de ser teimoso, briga com o irmão, o Heitor, de 19 anos. Acho que é porque ele sai pra trabalhar, namora, vai pra balada, e o Vinícius não. Pra ele isso é frustrante. Ele sempre tá saindo comigo, eu vou dando vida nova pra ele de final de semana. O Heitor tem o próprio dinheiro também. Ele dava um pouco toda semana pro Vinícius, que ia comprar relógio. O gosto dele era relógio. Só que agora ele não aceita mais o dinheiro. Não quer conversa com o irmão, revoltou de uma tal maneira... Colocou na cabeça que o Heitor está vendendo drogas. Mas sabe onde ele trabalha, com quem, o que ele faz, eu não entendo...!

Sábado ele fez uma com a Rosália, que ela até chorou. Escreveu em um caderno que ela não está dando atenção a ele, que ela tinha que ter mais calma. Justo ela que faz de tudo por ele, todo dia chega com um presente. Depois ela lembrou que tinha conversado bastante de manhã com o Heitor, e entendeu que o Vinícius tem ciúmes dela com o irmão. Disse que não vai poder nem conversar mais com ele.

Mas disso eu já sabia, inclusive só converso com o Heitor quando o Vinícius não está perto. Porque o Vinícius tem essas reações. Ele diz que vai se afastar de todo mundo porque ninguém liga, acha que o Heitor está se aproximando das pessoas mais que ele. Se o Heitor brinca com as meninas, o Vinícius não as deixa nem entrar no quarto dele depois. Então eu descobri o ponto do Vinícius, é ciúmes que ele tem do Heitor mesmo. Os dois sempre foram assim, cada um ficava achando que eu puxava mais o saco do outro, eu e a Rosália.

A Rosália é minha prima, veio com 17 anos do Paraná pra suceder aqui na vida. Nem teve estudo, mas começou a trabalhar cedo e está há anos na mesma empresa. Ela é líder de sessão, esses dias foi até homenageada como melhor funcionária. Conseguiu comprar uma casa e ia mudar, mas a Annita fez um tumulto, que não queria ficar sem essa mãe, que ela resolveu ficar e alugar a casa dela. Eles foram criados junto com ela também, às vezes a chamam de tia, mas a tratam como se fosse mãe, e acham que ela também puxava mais o saco de um, de outro...

Mas não tinha nada disso, o que acontecia era que eu cobrava do Heitor um bom desempenho na escola, ficava brava, comparava com o Vinícius que era cem por cento, não me dava dor de cabeça. Mas o Heitor sempre foi mais de trabalhar, desde pequeno, vivia desmontando e montando bicicletas, e agora trabalha como mecânico na oficina de um amigo.

No sábado a Rosália estava conversando com o Heitor sobre a moto dela que quebrou. Como o Heitor entende, ele estava dizendo que ela não precisava levar a moto, que era só comprar as peças que ele arrumava pra ela. Pronto. Foi o barulho. O Vinícius virou a casa...! Ele se transformou, do nada, começou a gritar e não deixava o irmão entrar no quarto. O Heitor tinha trazido um tênis pra dar de presente, ele falava que não queria, que ia matar quem pegasse a caixa do tênis antigo dele... Depois começou a dizer que ia trabalhar pra consertar a moto da mãe dele... Então começamos a ligar as coisas, que tinha acontecido tudo isso por causa dessa conversa, porque o Vinícius está totalmente confuso. Estávamos todos prontos para irmos pro rancho, e acabamos desistindo por causa disso. E eu não acho que isso é essa doença, mas ele também não admite que teve culpa, que estava errado, ele não aceita... Acaba jogando a culpa no irmão, que não está nem conversando com ele.

Pra você ver, ele está com pedra na vesícula. Pra eu conseguir levar esse menino domingo pro hospital foi um problema. Ele estava com muita dor, eu disse que ia dar um remédio, ele não queria tomar. Quando eu vi, ele estava rolando no chão, disse que não aguentava mais, mas que não queria ir no médico. Chamei o Heitor para ajudar, ele disse que só iria se o irmão não fosse. O Heitor teve que pedir pro patrão dele vir buscá-lo de moto, porque ele não ia poder entrar no carro comigo, mas também não ia me deixar sozinha com o Vinícius, que estava muito nervoso. Chegando lá, foi um show dentro daquela UPA.

Foi a primeira médica que examinou e tratou bem, mesmo depois de eu ter falado que ele faz tratamento no CAPS. Porque qualquer médico, quando a gente fala isso, eles nem olham, receitam alguma coisa e mandam embora. Essa não, examinou com muito carinho, ajudou ele a descer da maca, disse que ele seria medicado por causa da dor, aí pediu pra ele esperar lá fora e me falou sobre essa suspeita de pedra na vesícula, mas disse que era quase certeza. Falou que ia interná-lo, porque por ali eles conseguiriam fazer o ultrassom mais rápido.

Só pra medicar já foi um problema. Eu não sei o que ele está pensando, porque o Vinícius não tem problemas para tomar remédios. Ele quer tirar, mas está ciente que não pode. Até acharam que ele tinha parado de tomar, só que eu sei que ele não parou, disso eu não desconfio, o Vinícius é certinho nessa situação. Ele toma *Risperidona*, *Lítio* e mais um que eu não lembro. Meu medo é que o *Lítio* esteja causando essa dor, porque ele traz muitos problemas pro fígado, pro baço, então acho que pode ser isso.

Mas enfim, conseguimos que ele tomasse o soro, só que antes ele ficava falando que não estava com dor, que eu que tinha inventado isso. Quando eu falei que ficaríamos lá pra fazer um exame, ele se recusou. Aí a médica disse então, para voltarmos com ele no outro dia cedo. Sabe o que ele fez? Fugiu da minha casa. Foi parar lá na escola. Eu correndo o dia todo pra resolver esse problema do Vinícius, e ele sentado na escola com dor. Quando eu cheguei lá, ele chorou, aprontou, ficou na escola, e perdeu o exame.

Aproveitei que eu vinha aqui no CAPS, e pensei em falar com a doutora, pra ela dar um quieta leão no Vinícius, porque ele está aprontando uma atrás da outra. Mas ele não é ruim. Eu não chego nesse diagnóstico pro Vinícius. Eu acho que ele levou um choque e ficou perturbado, porque tem hora que eu pego ele falando: “Só Deus sabe o que aconteceu comigo...”. Então às vezes também penso que ele lembra...

Mas é um menino muito bom, muito educado. Pode perguntar pra qualquer um aqui dentro, ele respeita todo mundo. Essas atitudes que não estão bem no Vinícius, é o momento que ele está passando na escola, andando com rapazes da idade dele, um faz uma coisa, outro faz outra, ele acha que tem que fazer também. Ele está no segundo ano, já era pra ter terminado o terceiro, está com 17 anos agora. Mas ele se afastou, não queria mais voltar pra escola, e ainda falava que era eu que não queria ele lá. Eu sei que é difícil pra ele, do jeito que ele está, não fala coisa com coisa, sai correndo, e na escola ninguém fica quieto, sempre tem alguém que faz uma brincadeira. Outro dia deu o maior BO, porque ele queria bater no menino que tinha respondido pra professora. É um risco que a gente está correndo, mas também é uma defesa dele, porque dentro da escola ele está sozinho. Mas agora que eles já sabem, quando acontece dele se irritar, pedem pra ele sair da sala, levar alguma coisa para o diretor, pra ele se distrair.

Cada dia é uma história. Ele esteve conversando com um pessoal que é da faculdade, que estão frequentando a escola, só que eles não sabem do problema do Vinícius, não estão preparados. Começaram a falar que a faculdade era isso e aquilo, e que ele tinha que fazer. Ele queria ir pra faculdade no outro dia. Eu disse que ele podia ir pra visitar. Mas não, era pra estudar mesmo que ele queria.

Agora vai ter campeonato na escola, ele vai participar, está treinando, mas disse que precisa ganhar, porque os vencedores vão pra Roma. Eu fui na escola e mandei chamá-lo pra tirar essa história a limpo e falaram na frente dele que eles vão pra uma fazenda aqui perto. Eu posso estar errada, mas eu acho que a gente tem que mostrar a realidade pra ele, ele está inventando, viajando, e não podemos viajar junto com ele. Temos que centrá-lo, pra ele colocar de volta os pés no chão.

Hoje ele está perdido, então agora a gente tem que jogar mais pesado que ele. Se ele retrucar, ir mais alto, pra ele se aquietar. Porque ele vai caminhando, de repente ele estoura, e se a gente deixa ele navegar na vida, naquele mundo que ele está inventando... Ele não é agressivo hoje, mas amanhã ele pode ser, se não tiver o “para” dele. Eu acho que não é por aí, não podemos mais deixar ele fazer as coisas que ele imagina, tem que ter um limite.

Eu falo pros meus netos, a gente tem uma vida só e dois caminhos pra seguir, o bom e o ruim. Se vocês estiverem no bom eu estou junto caminhando, dando a maior força, mas do contrário eu sou a primeira a afundar vocês. Então eu quero que o Heitor trabalhe, mas não preciso do dinheiro dele, quero que ele se vista, que compre as coisas dele, ele não me dá gasto, eu consigo pagar minhas contas e dar de tudo pra eles. Mas o Vinícius não aceita, diz que o Heitor tem que pagar a luz, a água, e que ele vai trabalhar pra poder me ajudar. O Heitor me dá o dinheiro, diz que é pra ajudar, ele sabe que depois eu vou lá no quarto e devolvo, mas o Vinícius vê ele me dando e fica satisfeito, porque ele quer que participe.

Lá em casa todo mundo participa, se decidimos comprar alguma coisa, trocar o carro, a gente senta e conversa pra ver como estão os gastos, pra ninguém sair da linha, ficar devendo, porque isso eu não admito na minha casa. Então tudo a gente conversa. Estamos centrando mais no Vinícius ultimamente, só que ele não aceita ser chamado a atenção, hoje ele não aceita mais conversa, e eu acho que tendo diálogo, todo mundo vai fazer a coisa certa.

Eu tenho uma menina de três anos que já sabe o que é certo, não aceita nem ser chamada por apelido, se alguém fala ela corrige, a Jeisa. Sabe onde é o lugar de cada coisa e guarda, deixa tudo organizado. Lá em casa é assim, cada um almoçou, jantou, tomou suco? Copo lavado, enxugado e guardado. Você não vê louça em cima da minha pia. É um ritmo que eu

venho lá de trás colocando pra eles, desde a época dos meus filhos. Tem dia pra lavar e passar a roupa por exemplo, assim ninguém esquece nada. É uma organização que a gente tem.

É isso que eu quero passar pra eles, mas com o Vinícius está sendo difícil. A mala dele de viagem está pronta todo dia. Todo dia ele vai viajar. O Heitor fica querendo guardar a mala, arrumar, mas eu falo pra ele cuidar do quarto dele, e deixar o Vinícius quieto, com a mala ali em cima mesmo. Ele está confundindo muito as coisas...

Agora, o meu medo está sendo esse problema da vesícula dele. Ontem você não tinha nem como conversar comigo, eu chorava de medo. Porque eu não vou conseguir controlar, se ele operar não vai ficar na cama deitado. Tinha acabado de sair do hospital no domingo, a médica falou que ele tinha que ficar de repouso, que era perigoso. Mas como ele tinha sido medicado e estava sem dor, subia e descia a escada lá de casa. Subia e descia, falando que a médica era louca. Como ele nunca tinha tomado o *Tramal*, que foi o que ele recebeu lá no soro, a dor cedeu, aí ele achou que podia deitar e rolar. Falei pra coordenadora daqui, estou perdendo as forças, não estou sabendo encaixar com o Vinícius.

Uma coisa que eu vejo é que ele se sente bem aqui, no CAPS. Quando eu sofri um acidente eu me sentia bem na fisioterapia também, onde estavam todos arreventados que nem eu. Lá ninguém reparava, a gente vivia aquele mundo ali. É a mesma coisa com ele, aqui todo mundo é igual.

Até 15 dias atrás ele estava vindo todos os dias, porque estava muito perturbado, aí a médica pediu que ele viesse. Mas agora que voltou a estudar fica difícil, porque ele fica o dia todo na escola, entra às sete e só sai às quatro da tarde. Eu trago, venho buscar, mas ele quer vir sozinho, porque vê o irmão, todo mundo saindo.

Eu tenho uma sobrinha que já pediu pra eu deixar ela levar o Vinícius pra sair. Ela é responsável, mas eu não confio nos outros. Nesse meio tem drogas, bebidas, não confio. Então a vida dele é ir de final de semana pro rancho, que lá ele joga bola, tem os amigos dele. Mas faz tempo que não vamos, porque tem chovido muito, e esse final de semana todo mundo desgostou de ir depois da confusão que teve lá em casa. Então nem isso ele tem tido, e eu acho que isso pode ter contribuído pra piorar também, porque ele sente falta.

Coloquei esse rancho pensando no Vinícius e na Annita, porque eu acho que a gente tem que dar o melhor pra eles. A Annita também tem os problemas dela. Faz tratamento no serviço de atendimento infantil. Ela é hiperativa, e agora também estão suspeitando de autismo, mas não no grau alto. Isso a gente já vinha observando, porque o Heitor também é hiperativo, só que o hiperativo da Annita é totalmente diferente, as coisas que ela faz.



A Annita é filha da minha neta Tatiane, irmã do Vinícius. Ela fugiu da escola com o namorado e engravidou, tinha 15 anos. Na época eu não perdoei, porque eu não aceito esse tipo de coisa, eu dava de tudo pra ela... Então ela foi viver com ele, eram duas crianças. Mas estava tudo bem, até que ele começou a se envolver em assaltos e foi preso. Aí a Tatiane voltou pra casa, estava grávida de sete meses. Depois que a Annita já estava com mais de um ano, ela se casou com outro rapaz, com quem vive hoje, e tem outros filhos, foram morar em outra cidade aqui perto. E então a Annita ficou comigo, porque ele não é pai dela. Nos encontramos toda semana, pra manter o contato, mas quem cria sou eu, fiquei com a guarda. Hoje ela já tem sete anos.

Desde o começo eu tive muitos problemas com a Annita na escola. Briguei pra conseguir monitora, sala de recurso, e consegui! Entrei na justiça contra pais que estavam ensinando os filhos a tratarem com discriminação, eles tiveram até que tirar as crianças da escola. Hoje ela leva uma vida normal, só que ela sabe quem gosta e quem não gosta dela, ela sente a diferença. Mesma coisa o Vinícius, é muita coisa negada pra ele. Então o rancho é pra eles terem liberdade, para irem em qualquer lugar, porque a própria família discrimina...

Eu já expulsei do rancho um tio da Annita e uma sobrinha minha, por ouvir eles dizendo que não gostavam de ficar perto dela, eles nunca mais voltaram. E com o Vinícius foi a mesma coisa, sábado que ele estava daquele jeito, falando coisas que não tinham nada a ver com a situação, meu cunhado que estava lá em casa começou a dar risada. Pedi pro Vinícius entrar e falei que não era pra ele rir nunca mais do Vinícius, disse que palhaçada mesmo é quando ele bebe, bate o carro e faz a mulher dele passar carão. Falei que o problema do Vinícius é diferente, porque ele é doente; disse que não iria admitir aquilo e pedi pra ele não aparecer mais lá em casa... Eu acho que a gente tem que tomar essas atitudes, porque eles sentem essa discriminação. Já cortei relações praticamente com a família inteira. Até por que, quando aconteceu tudo eles queriam que eu internasse o Vinícius, porque era perigoso, podia matar alguém dentro de casa.

Mas o Vinícius está aí, e está muito bem. O que aconteceu foi que eu tive uma parada cardíaca, quase morri, e ele estava junto comigo. Isso foi agora, em fevereiro, aí ele revirou e ficou desse jeito novamente, foi a terceira vez. Se o Vinícius leva um choque ele sai da linha dele. Então eu acho que é verdade que isso vem à tona com uma coisa grave que aconteça, porque cada choque que ele toma, ele revira...

Eu nem sabia que o Vinícius tinha surtado dessa vez, ninguém comentou. Eu fiquei sabendo quando cheguei em casa, depois de uma semana no hospital. E mesmo sem saber eu fiquei preocupada, pedia pra ir embora, queria ver as crianças. Fui pro hospital e quando voltei, eu não sabia quantos dias eu tinha ficado lá, nem o que tinha acontecido comigo.

Mas o Vinícius me viu praticamente morta. Aí ele pirou. Eu não lembro como foi, só lembro uns três, quatro dias depois, que eu já estava no hospital entubada. Olha, Deus me mandou de volta porque eu tenho missão pra cumprir aqui ainda! Começaram a mexer e acharam que eu estou com edema, 50 por cento do pulmão tomado já. Então agora eu vivo de bomba. E se eu esqueço, o Vinícius pega a bombinha e leva lá perto de mim, a preocupação dele é grande. Quando eu saio ele já quer saber onde eu vou, se vou demorar, só depois que eu falo ele se acalma. Tanto ele quanto a Annita se preocupam.

Pra mim isso foi muito ruim, mas fez bem pra Annita, ela amadureceu, começou a ir melhor na escola, porque precisava me mostrar que ela consegue fazer as coisas, já o Vinícius foi o contrário, ele regrediu. A Annita deslanchou, você fala com ela parece que está conversando com adulto, pergunta como eu estou, quer saber se estou bem. Agora o outro, ficou, foi pro outro lado, se eu tenho alguma coisa já fica espantadão. Então a gente vê que eles são bem diferentes, ele não tem aquela atitude de correr pra me ajudar como ela.

Eu me senti culpada por ele ter surtado novamente, mas ninguém escolhe ter uma parada cardíaca perto de alguém né... Eu nunca ia querer fazer mal pra um neto meu. Mas então eu acho que isso é verdade mesmo. O que explicaram é que é igual um câncer, a gente tem, em uns a doença se desenvolve, em outros não. E com o Vinícius é a mesma coisa, todo mundo tem, conforme o choque...

A segunda vez aconteceu quando estavam o Vinícius, a Rosália e a Annita no shopping. Ela disse que estava tudo bem, que eles assistiram um filme e foram lanchar, mas na hora que ele viu três meninos lá ele surtou. A Rosália me ligou desesperada falando pra eu ir buscá-los logo que o Vinícius estava virando. Quando eu cheguei eles já estavam do lado de fora. Entraram correndo no carro e o Vinícius pedindo pra irmos embora logo. A hora que eu bati o olho, eram os três rapazes que aprontaram com ele. Foi no carnaval do ano retrasado, até íamos viajar e não fomos mais, porque o Vinícius ficou daquele jeito. Ele ficou preocupado porque os rapazes podiam atacar a mãe, a Annita. Ele falava isso e chorava. Ele desorganizou um pouco, mas voltou rápido.

Agora que está demorando, mas acho que dessa vez foi o medo que ele ficou de me perder, porque ele sabe o risco que eu estou correndo, ele não é bobo. Ele viu o jeito que me levaram pro hospital, não está perto, porém fica atento ouvindo as coisas. Mas na verdade ninguém sabe o que o Vinícius sente, o que ele passa... Cada um pensa uma coisa.

Agora eu não sei até onde vai isso. O jeito é rezar e pedir paciência pra conseguir acertar toda a situação. A gente está jogando mais pesado com ele, pra ele começar a ver as coisas diferente, e também pra ele aprender o que ele já esqueceu.

O professor de matemática percebeu que o conteúdo está muito difícil pro Vinícius, e ele também percebe, fica se cobrando. Ele lembra que conseguia fazer as coisas e agora não consegue mais. Está sendo duro pra ele... Então eu brinco que não quero que ele tire nota alta, se não vou achar que ele está colando, assim ele se acalma, e aceita as notas mais baixas que tem tirado ultimamente. Ou então, ele pergunta por que os outros ficam olhando pra ele agora; eu penso que ele lembra o que ele era antes, e se compara. Aí eu falo que é porque acham ele lindo. Eu vou inventando, construindo um mundo pra ver se ele melhora.

A gente apostou muito no Vinícius, quem conheceu ele antes... Agora aconteceu tudo isso, e a gente não sabe o que vai ser daqui pra frente, só Deus dá força. Ninguém consegue acreditar, no Vinícius assim, sabe?

A Tatiane mesmo, falei até pra ela procurar um médico, porque ela está com uma depressão muito grande. Uma por causa do meu filho, que faleceu recentemente. Ele era um pai pra ela, um super-homem. Depois, eu com esse problema de saúde, e logo em seguida, veio essa piora do Vinícius... Eles não conseguem aceitar o Vinícius desse jeito, é difícil pra todo mundo.

Porque se ele tivesse nascido com o problema a gente saberia o que esperar, mas não... Um menino de 12 anos, cem por cento, responsável, estudioso, de repente apanhar dentro da escola e aguentar tudo o que ele aguentou, revolta todo mundo... Eu guardei dentro de mim o que aconteceu com o Vinícius, não falei para os irmãos, nem para os primos que são apegados a ele. Porque eu pensei que isso podia estragar a vida dos meus netos. Quando eu fiquei sabendo a minha vontade era sair matando! Então preferi não comentar isso com ninguém, preferi deixar pra lá, porque é dolorido... Eu agi errado, não queria nem ir na delegacia, pra não expor o Vinícius, só que eles ficaram sabendo. Meu filho era da delegacia também, e a gente abafou, pensando no Vinícius.

Daí um dia um amigo policial me liga falando pra eu ir pro shopping, e eu sabia que os meus netos estavam lá. Cheguei lá, a confusão perfeita. Porque um colega deles viu os três meninos que aprontaram com Vinícius e mostrou pros meus netos. Aí virou aquela bagunça. Começaram a brigar, um queria matar o outro, deu polícia, deu tudo. Foram todos parar na delegacia. No fim de tudo, não adiantou nada abafar, porque eles ficaram sabendo e vieram me cobrar que eu tinha escondido isso deles.

Mas até hoje a gente evita falar. Dentro de casa, com o irmão, eu não comento, porque o Heitor fala pra mim, que já sofre só de ver o Vinícius desse jeito...

O Vinícius tem um irmão e duas irmãs, são filhos da minha filha, a Talita, ela já faleceu. Acho que isso não foi um impacto pra ele porque ele nunca esteve muito presente com a mãe,

quando ele veio morar comigo ainda tinha dois anos de idade. Ela dava mais atenção pro marido do que para os próprios filhos. Era a Tatiane, que é a mais velha, o Heitor e o Vitor, mas o pai deles batia na minha filha e nas crianças. Aí eu falei com uma amiga que eu tinha no Conselho Tutelar e ela disse pra eu ligar a próxima vez que acontecesse, que ela ia prendê-lo e deixaria as crianças comigo.

Por fim ele não foi preso e meus netos foram parar em um abrigo. Por isso que eu falo que Conselho Tutelar não funciona! Quando a Tatiane aprontou comigo também, eu fui no Conselho. Eles viraram na cara da minha neta e falaram que com 15 anos já sabe o que quer...! Saber, sabe. Mas uma criança de 15 anos tem o direito de fazer o que quer e o que não quer!? Por isso é que estamos nesse país todo torto, onde os menores matam, roubam, fazem o que querem... Mas enfim, eu tirei eles do abrigo, e desde então eles moram comigo.

A Talita continuou vivendo com ele, sendo espancada... Aí ele largou, não demorou um mês ele sofreu um acidente e faleceu. Então ela casou com esse outro que era pai da Jeisa, que só batia nela também. Quando ela estava de sete meses da Jeisa ele bateu tanto que ela teve que ser internada. E ali onde eles moravam, tem um pessoal do tráfico, que viu ela sendo espancada. Eles o pegaram e bateram também, depois acharam ele morto.

A Talita já tinha tido um traumatismo, porque ela se acidentou de bicicleta quando criança. Aí foi espancada, mexeu de novo. Ela ficou uns três, quatro meses no hospital ainda, depois faleceu. A Jeisa teve que ser tirada com sete meses mesmo, e ficou mais um mês e pouco no hospital pra ganhar peso, depois já levei-a pra casa. Eu fiquei com muito medo por ela ter levado pancada também, vai saber até onde né? Mas a Jeisa é muito bem, graças a Deus. E eu olho pra ela e vejo a Talita. O cabelo, o jeito de se expressar, o jeitinho, é igual. Quem conheceu a mãe dela fala que é a Talita de novo. Agora, de inteligência, ela é igual o Vinícius. Ela e a Annita.

Mas é isso. Agora, é tocar a vida... Só que cansa! Já me aconteceram muitas coisas... Que parem por aqui! Não me inventem nenhuma outra que eu não aguento mais não... Não me falta acontecer mais nada...

Apesar de tudo, eu só tenho a agradecer o amparo que a gente tem aqui. Sobre o tratamento eu não tenho o que falar. Porque na hora do aperto eu corro pra cá sim! Não é sempre, por exemplo, eu venho passando isso com o Vinícius há um mês, mas eu não venho aqui reclamar. Ele está desorganizado, mas eu não tenho que ficar perturbando, falando. Ele está sendo medicado e a gente tem que esperar a melhora. Eu venho mesmo em último caso, dessa vez foi por causa do estado de saúde dele, porque eu estou preocupada, vesícula é uma coisa que a gente não brinca... E com a cabecinha que ele está agora, não vai falar coisa com coisa, a

gente tem que adivinhar. Domingo levamos ele arrastado pro hospital, ele não estava aguentando mais. E não pensa que ele não estava com dor... Ele disfarça, ele sabe disfarçar... Ele sente essa dor já faz tempo, não é de hoje. Eu passei com ele, chegou a ser internado pra operar da apendicite, depois viram que não era. Dessa vez ele não quis ficar nem pra fazer o ultrassom, agora vamos ter que mandar fazer, daqui a cinco meses aparece o resultado. E na situação que ele se encontra, não pode esperar.

Não sei como vai ser de agora pra frente. Já comentei aqui, que estou perdendo as forças com o Vinícius... Ontem mesmo foi um esforço tremendo! Mas eu não desisto dele.

**ANEXOS**

## I - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Crise e saúde mental na adolescência: a história sob a ótica de quem vive.

**Pesquisador:** Livia Martins Rossi

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 61242116.3.0000.5504

UFSCAR - UNIVERSIDADE  
FEDERAL DE SÃO CARLOS



**Instituição Proponente:** Centro de Ciências Biológicas e da Saúde

**Patrocinador Principal:** FUND COORD DE APERFEICOAMENTO DE PESSOAL DE NIVEL SUP

**DADOS DO PARECER Número do Parecer:** 2.030.751

#### **Apresentação do Projeto:**

Estudos tem apontado o reduzido número de pesquisas que tratam questões de saúde mental de adolescentes, especialmente no que se refere aos episódios de crise psíquica, indicando a necessidade de maiores investigações para o fomento das políticas voltadas a esta população, que tem apresentado índices significativos de sofrimento psíquico. Dessa forma, esta pesquisa objetiva investigar a trajetória de adolescentes em momentos

de crise em saúde mental, buscando compreender como tem se dado a procura por serviços especializados e quais tem sido as ações efetuadas, a partir da percepção dos próprios adolescentes e de seus familiares.

Para responder aos objetivos propostos será desenvolvida uma pesquisa qualitativa de caráter descritivo. Serão entrevistados familiares e adolescentes, vinculados a serviço de saúde mental de uma cidade do interior do Estado de São Paulo, que vivenciaram episódio de crise em saúde mental nos últimos doze

Continuação do Parecer: 2.030.751

meses e que não estejam passando por momento de crise ou que estejam aptos a estabelecer uma comunicação verbal compreensível e necessária para a pesquisa, além de apresentarem disposição para discorrerem sobre suas experiências. Os dados serão coletados através da metodologia História Oral de Vida e será feita análise temática, a partir de pontos de intercessão presentes nas narrativas. Os resultados serão discutidos à luz da literatura e das políticas públicas que tratam da Atenção Psicossocial a Adolescentes que vivenciam situações de crise em saúde mental e sofrimento psíquico grave e espera-se que possam fornecer subsídios e instrumentalizar discussões e reflexões voltadas ao cuidado com esta população.

**Objetivo da Pesquisa:** conhecer/compreender a trajetória de adolescentes que vivenciaram a crise em saúde mental sob a ótica dos próprios adolescentes e de suas famílias.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

São apresentados e os benefícios suplantam os riscos.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Projeto claro e bem estruturado. Informações sobre fundamentação e metodologia são adequadamente apresentados.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

São apresentados adequadamente. Pesquisadores esclareceram que excluirão a etapa destinada aos juízes. Foi apresentada a carta de autorização do campo de coleta de dados.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não há pendências.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**



Continuação do Parecer: 2.030.751

	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_795149.pdf	16/03/2017 10:41:19		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Crise_e_Saude_Mental_na_adolescencia_A_historia_sob_a_otica_de_quem_vive.pdf	16/03/2017 10:40:49	Lívia Martins Rossi	Aceito
Outros	Resposta_ao_parecer.doc	16/03/2017 10:39:03	Lívia Martins Rossi	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_Assentimento.docx	16/03/2017 10:25:45	Lívia Martins Rossi	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_1.doc	16/03/2017 10:24:53	Lívia Martins Rossi	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	16/03/2017 10:24:04	Lívia Martins Rossi	Aceito
Outros	Carta_de_autorizacao.pdf	16/03/2017 09:04:52	Lívia Martins Rossi	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

SAO CARLOS, 25 de Abril de 2017

---

**Assinado por:  
Priscilla Hortense  
( Coordenador )**

<b>Endereço:</b>	WASHINGTON LUIZ KM 235		
<b>Bairro:</b>	JARDIM GUANABARA	<b>CEP:</b>	13.565-905
<b>UF: SP Município:</b>	SAO CARLOS		
<b>Telefone:</b>	(16)3351-9683	<b>E-mail:</b>	cephumanos@ufscar.br