



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

BEATRIZ ROCHA MOURA

**A ATENÇÃO À CRISE NOS CENTROS DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL INFANTOJUVENIS**

São Carlos

2018



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

BEATRIZ ROCHA MOURA

**A ATENÇÃO À CRISE NOS CENTROS DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL INFANTOJUVENIS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal de São Carlos para obtenção do título de Mestre em Terapia Ocupacional.

Orientação: Profa. Dra. Thelma Simões Matsukura

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 da candidata Beatriz Rocha Moura, realizada em 26/02/2018:

P/ Profa. Dra. Thelma Simões Matsukura
UFSCar

Profa. Dra. Maria Fernanda Barboza Cid
UFSCar

Prof. Dr. Alberto Olavo Advíncula Reis
USP

P/ Prof. Dr. Massimiliano Minelli
UNIPG

Dedico este trabalho a todas as equipes de CAPSij que lutam bravamente por um cuidado em liberdade a crianças e adolescentes em sofrimento psíquico

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente à equipe do CAPSij Cidade Líder que sustentou minhas ausências durante a realização deste mestrado. Vocês me inspiram e mantêm viva minha esperança de que esse trabalho é possível e que, coletivamente, podemos enfrentar tudo!

Aos gestores e familiares dos CAPSij participantes do estudo, que com toda disponibilidade e afeto compartilharam suas vivências tornando possível a realização deste trabalho.

À minha querida orientadora, Profa. Thelma Simões Matsukura, presente em todas as etapas desse percurso, mesmo com as milhas e milhas que nos distanciavam fisicamente. Obrigada por toda inspiração, cuidado e ética com que me conduziu nesse intenso processo de aprendizado.

À banca, Prof. Alberto Olavo Adnincula Reis, Prof. Massimiliano Mineli e Profa. Maria Fernanda Cid que, com tanta qualidade, generosidade e envolvimento, dispuseram-se a contribuir com este trabalho, enriquecendo essa construção.

Às meninas do Grupo de Pesquisa do Laboratório de Saúde Mental, em especial à Bruna Taño, Amanda Dourado, Mariana Giorgio e Livia Martins, pela amizade, trocas e esclarecimentos nos momentos de dúvida.

Ao Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional pela oportunidade de trilhar esse caminho.

À Renata e à Graziella por toda compreensão nesse percurso do mestrado, possibilitando que esses dois caminhos tão significativos em minha vida pudessem coexistir, a gestão e a formação acadêmica.

Aos meus pais por sempre acreditarem que seria possível, mesmo nos momentos mais difíceis. Em especial a minha mãe, sempre disposta a me acolher das mais diversas formas, enchendo de cuidado e amor meus dias em São Carlos.

À minha amiga Anaclara, por me encorajar e me apoiar no início desta trajetória.

Aos meus primos Talita e Fábio pela companhia nas idas à São Carlos, pelos momentos compartilhados, risos e reflexões sobre a vida acadêmica.

Ao meu amado marido, Beto, sem seu amor e apoio diário nada disso seria possível. Foi sua compreensão, força e leveza que me sustentaram em muitos momentos. Devo a você parte importante do que me tornei.

RESUMO

A atenção à crise se configura como um dos principais objetivos dos CAPS, além de um dos maiores desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira. A crise é uma experiência complexa, que não envolve somente o sujeito em sofrimento psíquico, mas seus contextos de vida e suas relações sociais. Buscando compreender como este cuidado tem sido ofertado à população infantojuvenil, este estudo objetivou identificar quais estratégias de cuidado às situações de crise são oferecidas pelas equipes de CAPSij, além de compreender as demandas e o cotidiano das famílias e adolescentes que vivenciam situações de crise. Trata-se de um estudo qualitativo, de caráter exploratório, no qual se utiliza para a coleta de dados um questionário aos gestores e um roteiro de entrevista semiestruturada aos familiares. Participaram do estudo seis gestores e doze familiares de adolescentes vinculados a seis CAPSij da cidade de São Paulo. Para a análise dos dados advindos dos questionários, foi utilizada a etapa de categorização da técnica de Análise de Conteúdo e para os dados advindos das entrevistas, o método do Discurso do Sujeito Coletivo. Os resultados indicam que a maioria dos adolescentes apresentam vivência de diversas crises e internações, com uma rotina restrita à casa, ao CAPSij e à escola, para aqueles que a frequentam, além de uma significativa limitação nas relações sociais. Os familiares significam as crises como um fenômeno incompreensível e imprevisível e apresentam uma vivência marcada por intenso sofrimento e importantes impactos em seu cotidiano. Em relação às concepções de crise apresentadas pelas equipes, observa-se uma tendência a uma concepção psicossocial, reconhecendo a indissociabilidade entre as dimensões singulares e coletivas da crise. Por outro lado, aspectos da concepção médica psiquiátrica ainda se fazem presentes no discurso das equipes, relacionando a crise à agudização de sintomas. Dentre as principais estratégias de cuidado, ofertadas pelos CAPSij nas situações de crise, estão o acolhimento imediato ao usuário, acolhimento diurno, acolhimento à família, encaminhamentos para rede, intensificação do projeto terapêutico singular e avaliação e intervenção da equipe. Estes resultados reforçam o quanto as situações de crise exigem ações imediatas de cuidado e apontam a importância do investimento no vínculo e na relação terapêutica, como principais ferramentas de trabalho nesse campo. Os CAPSij têm se apresentado como um importante apoio às famílias, porém, os resultados também revelam lacunas para um cuidado mais efetivo, como o horário de funcionamento dos CAPSij II e a ausência de uma retaguarda hospitalar na RAPS para crianças e adolescentes. Dentre os principais equipamentos acionados pelas equipes nas situações de crise estão o CAPSij III e os Hospitais Gerais. O CAPSij III é apresentado neste estudo como uma potente estratégia para o acolhimento à crise de crianças e adolescentes, possibilitando intervenções mais humanizadas e evitando internações. Aponta-se a necessidade de maior atenção às famílias e maior envolvimento das equipes em ações territoriais como estratégias fundamentais para o cuidado às situações de crise. Ressalta-se a demanda pela ampliação de investimentos nos CAPSij, assim como em todos os pontos da RAPS, a fim de garantir melhorias na atenção à crise de crianças e adolescentes, sendo de extrema urgência a problematização dessas questões nas políticas públicas de saúde mental a essa população.

Palavras-chaves: intervenção na crise, serviços de saúde mental, políticas públicas, criança, adolescente.

ABSTRACT

Attention to the crisis is one of the main objectives of the CAPS service, besides one of the greatest challenges of Brazilian Psychiatric Reform. Crisis is a complex experience, which involves not only the subject in psychic suffering, but their contexts of life and social relations. Seeking to understand how this care has been offered to child and youth population, this study aimed to identify which strategies on care for crisis situations are offered by the CAPSij teams, in addition to understanding the demands and daily life of families and adolescents experiencing crisis situations. This is a qualitative and exploratory study, in which a questionnaire for managers and a semi-structured interview guide for family members were used for data collection. Participated in the study six managers and twelve family members of children or adolescents associated to six CAPSij from a particular region of São Paulo city. For the analysis of questionnaires data was used categorization stage of Content Analysis technique and for interviews data Collective Subject Discourse method. The results indicate that the majority of adolescents experience several crises and hospitalizations, with a routine restricted to the house, the CAPSij and the school, for those who attend it. Besides, they exhibit a significant limitation in social relations. Relatives mean crises as an incomprehensible and unpredictable phenomenon and demonstrate an experience marked by intense suffering and important impacts on their daily lives. In relation to the crisis conceptions presented by the teams, there is a tendency towards a psychosocial conception, recognizing the inseparability between the singular and collective dimensions of the crisis. On the other hand, aspects of psychiatric conception are still present in the discourse of the teams, relating the crisis to causing acute symptoms. Among the main care strategies offered by CAPSij in crisis situations are the immediate reception to the user, daytime reception, family support, referrals to the network, intensification of the singular therapeutic project and team's evaluation and intervention. These results reinforce the extent to which crisis situations require immediate care actions and point out the importance of investing in the bond and therapeutic relationship as the main working tools in this field. The CAPSij have been presented as an important support to families, but the results also reveal gaps for more effective care, such as operating hours of the CAPSij II and absence of a hospital rear in RAPS for children and adolescents. Among the main equipments activated by the teams, in crisis situations, are the CAPSij III and General Hospitals. The CAPSij III is presented in this study as a powerful strategy to reception of crisis of children and adolescents, enabling more humanized interventions and avoiding hospitalizations. It is pointed out the need for greater attention to the families and involvement in territorial actions as fundamental care strategies for crisis situations. Also, it is emphasized the demand for the expansion of investments in CAPSij, as well as in all points of the RAPS in order to guarantee improvements in attention to crisis of children and adolescents, being of extreme urgency the problematization of these issues in the public policies of mental health to population.

Key-words: crisis intervention, mental health services, public policies, child, adolescent.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Informações sobre os gestores participantes do estudo.....	311
Quadro 2 - Informações sobre os familiares participantes do estudo.....	322
Quadro 3 - Informações sobre os CAPSij participantes do estudo	333
Quadro 4 - Condição socioeconômica das famílias	411
Quadro 5 - Condições de trabalho dos familiares.....	422
Quadro 6 - Rotina dos adolescentes	444
Quadro 7 - Contextos de inserção e relações sociais.....	466
Quadro 8 - Informações sobre crises e internações.....	544
Quadro 9 - Informações de atendimentos e encaminhamentos dos CAPSij em 2016	799
Quadro 10 - Principais problemáticas que envolvem as situações de crise.....	844
Quadro 11 - Frequência e atividades realizadas no CAPSij.....	866
Quadro 12 - Estratégias de cuidado dos CAPSij situações de crise	888
Quadro 13 - Estratégias de cuidado dos CAPSij aos familiares.....	922
Quadro 14 - Potencialidades dos CAPSij para o manejo das situações de crise	944
Quadro 15 - Dificuldades dos CAPSij para o manejo das situações de crise.....	999
Quadro 16 - Sentimentos da equipe nas situações de crise	1033
Quadro 17 - Estratégias para acolher a equipe	1055
Quadro 18 - Serviços da RAPS acionados pelos CAPSij em situações de crise.....	1077
Quadro 19 - Locais de tratamento antes de chegar ao CAPSij.....	11515
Quadro 20 - Equipamentos intersetoriais acionados pelos CAPSij em situações de crise.....	1177

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AC - Ancoragem

AMA - Assistência Médica Ambulatorial

BPC - Benefício de Prestação Continuada

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CAPS I - Centro de Atenção Psicossocial Tipo 1

CAPS II - Centro de Atenção Psicossocial Tipo 2

CAPS III - Centro de Atenção Psicossocial Tipo 3

CAPSij II - Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil Tipo 2

CAPSij III - Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil Tipo 3

CAPSij - Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil

CAPS AD - Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

CAPS Adulto - Centro de Atenção Psicossocial Adulto

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

CLT - Consolidação das Leis do Trabalho

CRAS - Centro de Referência em Assistência Social

CREAS - Centro de Referência Especializado em Assistência Social

CRS - Coordenadoria Regional de Saúde

DSC - Discurso do Sujeito Coletivo

ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente

ECH - Expressões-chave

ESF - Estratégia Saúde da Família

HG - Hospital Geral

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IC - Ideias Centrais

IDH - Índice de Desenvolvimento Humano

LOAS - Lei Orgânica de Assistência Social

NAPS - Núcleo de Atenção Psicossocial

NPJ - Núcleo de Proteção Jurídico

OMS - Organização Mundial de Saúde

OSS - Organização Social de Saúde

PTS - Projeto Terapêutico Singular

PS - Pronto-Socorro

RAAS - Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde

RAPS - Rede de Atenção Psicossocial

SAAI - Sala de Apoio e Acompanhamento à Inclusão

SAICA - Serviço de Acolhimento Institucional para Crianças e Adolescentes

SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SM - Saúde Mental

SMIJ - Saúde Mental Infantojuvenil

SMS - Secretaria Municipal de Saúde

SPTRANS - São Paulo Transportes AS

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UAij - Unidade de Acolhimento Infantojuvenil

UBS - Unidade Básica de Saúde

UFSCar - Universidade Federal de São Carlos

UPA - Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	10
1. INTRODUÇÃO	13
1.1. História da Saúde Mental Infantojuvenil no cenário das Políticas Públicas Brasileiras	13
1.2. Os avanços da Política Nacional de Saúde Mental para crianças e adolescentes.....	18
1.3. A atenção à crise nos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis	19
1.4. Crise em saúde mental: conceitos e reflexões	24
2. OBJETIVOS.....	30
2.1. Objetivo Geral	30
2.2. Objetivos Específicos.....	30
3. MÉTODOS	31
3.1. Tipo de estudo e abordagem.....	31
3.2. Participantes	31
3.3. Local.....	32
3.4. Instrumentos e Materiais	33
3.4.1. Questionário	34
3.4.2. Roteiro de entrevista semiestruturada	34
3.4.3. Materiais.....	34
3.5. Procedimentos	34
3.5.1. Procedimentos éticos.....	34
3.5.2. Elaboração e Adequação dos instrumentos	35
3.5.3. Localização dos participantes e contato com as unidades	36
3.6. Coleta dos dados.....	37
3.6.1. Gestores.....	37
3.6.2. Familiares	37
3.7. Análise dos Dados.....	38
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	40
4.1. Dimensão I - Contextos de inserção e o cotidiano dos adolescentes e familiares	40
4.1.1. Condição socioeconômica das famílias.....	40
4.1.2. Rotina	44
4.1.3. Contextos de inserção e relações sociais	45
4.1.4. Escola	49
4.2. Dimensão II – A vivência familiar das situações de crise.....	53

4.2.1. Caracterizando as situações de crise	54
4.2.2. Primeira crise.....	57
4.2.3. Crise mais marcante	60
4.2.4. Agressividade e risco	61
4.2.5. Compreendendo as crises pela ótica dos familiares	64
4.2.6. Impacto das crises e mudanças na família.....	67
4.2.7. Sentimentos das famílias nas situações de crise.....	70
4.2.8. Suporte social	74
4.3. Dimensão III - A atenção à crise nos CAPSij	78
4.3.1. Compreendendo a crise pela ótica das equipes	81
4.3.2. Principais problemáticas envolvidas nas situações de crise	84
4.3.3. Participação dos usuários e familiares nos CAPSij.....	85
4.3.4. Estratégias de cuidado ofertadas pelos CAPSij nas situações de crise.....	88
4.3.5. Estratégias de cuidado ofertadas aos familiares	92
4.3.6. Potencialidades dos CAPSij pelas equipes e familiares	94
4.3.7. Dificuldades dos CAPSij pelas equipes e familiares.....	99
4.3.8. Sentimentos das equipes nas situações de crise	102
4.3.9. Estratégias para acolhimento das equipes	105
4.4. Dimensão IV - Situações de crise e a Rede Ampliada de Atenção à SMIJ.....	107
4.4.1. Rede de Atenção Psicossocial	107
4.4.2. Rede Intersetorial	116
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	119
6. REFERÊNCIAS	123
APÊNDICES	134

APRESENTAÇÃO

Apresentarei minha trajetória profissional como forma de contextualizar meu percurso acadêmico na área da saúde mental infantojuvenil, a escolha pela pós-graduação em terapia ocupacional e o tema dessa dissertação de mestrado.

Em 2007, concluí a graduação em Terapia Ocupacional e em 2008, iniciei o Aprimoramento em Saúde Mental no CAPS Prof. Luís da Rocha Cerqueira. Uma experiência intensa e de muitos aprendizados. Vivenciei na prática a potência da saúde mental comunitária, assim como as contradições dessa instituição. Durante esse ano me envolvi com a equipe que realizava as ações de apoio matricial em saúde mental em auxílio às equipes de ESF da região, tendo sido este, inclusive, o meu tema de monografia.

Em 2009, formalizei a entrada na vida profissional propriamente dita, ao integrar uma equipe de apoio matricial em saúde mental em dois bairros do extremo da zona leste de São Paulo. Bairros, estes, que historicamente tiveram pouco ou nenhum investimento em saúde mental, com listas de espera imensas e inúmeras demandas. Durante três anos, mantive-me integralmente em uma das UBS, que também alocava uma Unidade de Apoio à Saúde Mental, referência para os casos de média complexidade de todo o território. Apesar da grande demanda, sentíamos a diferença que nosso trabalho fazia naquele território, transformando o cotidiano de pessoas que, devido sua condição social e psíquica, mantinham-se reclusas em suas próprias casas; crianças que se encontravam fora da escola, por questões de comportamento, e que viram sua inclusão se tornar possível; famílias que encontravam novas maneiras de se relacionar, quebrando ciclos de violência familiar, entre tantas outras situações. Foi lá que, pela primeira vez, vivenciei a potência de um trabalho construído coletivamente.

Essa experiência foi tão mobilizadora que me levou a realizar dois cursos: Terapia Comunitária e Especialização em Terapia de Família e Casal. O primeiro me instrumentalizou a trabalhar com grandes grupos, resgatando o saber popular e o saber das experiências de vida, na busca de estratégias individuais e coletivas de enfrentamento. Já a especialização me apresentou a visão sistêmica, oferecendo recursos para trabalhar sob uma perspectiva, com a qual já me identificava, de que problemas eram co-construídos através de processos, contextos e relações e que, sendo assim, precisariam ser cuidados dentro de sua grupalidade e não individualmente.

Durante o período da especialização, também trabalhei em um CAPS adulto e essa experiência me moveu a escrever, no trabalho de conclusão de curso de especialização, sobre as possibilidades do trabalho com famílias nos CAPS.

Em minha trajetória, sempre pensei em seguir dois caminhos: o da gestão e/ou o da formação, porém acreditava que, para ambos, seria necessário uma maturidade e um saber que só poderiam ser adquiridos através da experiência.

Minha inclinação maior sempre foi para a formação, porém em 2012, de maneira despretensiosa, prestei um processo seletivo para gerente de CAPS, no qual fui aprovada. E assim, do dia para noite, me vi gerente de um CAPS Infantojuvenil.

Comecei neste novo desafio montando o serviço e formando uma equipe, que chegava pouco capacitada para esse trabalho. Um desafio árduo e de intenso investimento.

Nesses seis anos de gerência, muitos foram os questionamentos e contradições que vivi nesse campo e nos opostos da potência e impotência, fui encontrando meu equilíbrio para a construção desse papel.

Nesse percurso, uma das questões que mais me inquietava em meu cotidiano de trabalho referia-se a atenção à crise de crianças e adolescentes, tanto pela ineficiência da rede quanto pela fragilidade da equipe em oferecer esse cuidado. Percebia que esse trabalho exigia muito dos profissionais e que estes nem sempre estavam preparados ou dispostos a ofertar esse cuidado tão humano e que exige ao mesmo tempo força e delicadeza.

Muitas vezes, nas situações de crise, a equipe sugeria a internação no lugar de sustentar e dar suporte à crise no próprio serviço. Foram muitas e muitas discussões, provocações e reflexões junto à equipe, a fim de perceberem suas condutas e reconstruírem suas práticas com base nos preceitos das políticas públicas de saúde mental infantojuvenil.

As equipes não nascem prontas, elas precisam ser gestadas, e foi com essa certeza que segui nesse processo de fazer uma gestão democrática que acredita no amadurecimento de um coletivo para a produção de ações de cuidado coerentes, respeitadas, efetivas e humanas.

E hoje, ao ver o que essa equipe se tornou, por meio de um trabalho coletivo que busca estratégias capazes de sustentar e dar suporte à crise, sem violar direitos ou perpetuar violências, sigo fortalecida a continuar lutando por uma atenção psicossocial de crianças e adolescentes baseada na ética, no respeito, no vínculo e no acolhimento.

E foi vivenciando e acreditando que o CAPS Infantojuvenil é um potente equipamento para acolher crianças, adolescentes e suas famílias em situações de crise, que propus o desenvolvimento desse tema nessa dissertação de mestrado.

Desta maneira, venho apresentar aqui, o trabalho intitulado “A Atenção à Crise nos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis” pela perspectiva de gestores de CAPSij e familiares de crianças e adolescentes que vivenciaram situações de crise, orientado pela Professora Doutora Thelma Simões Matsukura, requisito obrigatório para conclusão do curso de mestrado em Terapia Ocupacional do Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos – UFSCar.

1. INTRODUÇÃO

1.1. História da Saúde Mental Infantojuvenil no cenário das Políticas Públicas Brasileiras

Durante o período colonial o sistema familiar estava organizado para satisfazer as exigências da propriedade e as necessidades dos adultos, sendo a criança um apêndice deste sistema. Uma sociedade com estrutura patriarcal regida pelas regras da igreja e do senhor de engenho (RIBEIRO, 2006).

Somente a partir do século XIX é que mudanças ocorrem na forma de se conceber a criança e suas necessidades. A transformação da organização familiar colonial passa a ser o foco da medicina científica em ascensão que tinha como principal objetivo a redução da mortalidade infantil, propagando a ideia de que a criança precisava ser protegida, cuidada, amparada e educada, a fim de preservá-la dos males que a poupariam da morte prematura (RIBEIRO, 2006).

A saúde mental infantojuvenil no Brasil, enquanto campo de intervenção, cuidados e estudos, surge a partir das primeiras teses em psicologia e em psiquiatria e da criação do primeiro hospital psiquiátrico brasileiro – o Hospício D. Pedro II, em 1852 – seguido de vários outros em todo o país (RIBEIRO, 2006).

Em meados do século XIX, há registros de crianças comprometidas psiquicamente, de classes menos favorecidas, que compartilhavam o mesmo espaço dos adultos nos manicômios. Nesse momento, ainda não havia estudos nem classificações de doenças mentais infantis, sendo derivações quase mecânicas da psicopatologia do adulto. (REIS *et al* 2010; RIBEIRO, 2006; TAÑO; MATSUKURA, 2015).

Da medicina social e de seu processo de medicalização da sociedade, surge a psiquiatria brasileira, tornando o louco um doente mental e criando os hospícios como locais de tratamento (MACHADO, *et al*, 1978).

Baseados na teoria de Esquirol, a estrutura e o funcionamento dos hospícios teriam a capacidade de curar os doentes, baseados nos seguintes fundamentos, isolamento, organização do espaço terapêutico, vigilância, distribuição do tempo, repressão e controle da individualização (MACHADO, *et al*, 1978).

Antes da metade do século XIX, a medicina social já se considerava a saída para os problemas políticos e financeiros pelos quais passava o Império brasileiro da época,

responsabilizando-se pelos largos passos dados por algumas civilizações que fundamentaram suas leis em seu saber (MACHADO, *et al*, 1978).

O século XIX instala no Brasil duas das principais características dessa medicina: a sua influência sobre a sociedade e a sua atuação como braço científico do poder do Estado. A medicina passa a desenvolver estratégias de participação na política, estreitando seus laços com o Estado a cada dia (MACHADO, *et al*, 1978).

A libertação dos escravos, seguida da vinda de imigrantes europeus e a urbanização sem planejamento; decorrente da industrialização emergente que ocorria no Brasil no final do século XIX e início do século XX; transformaram o quadro urbano nas principais cidades do país, trazendo como consequência problemas de toda ordem. Houve aumento considerável da população infantil, da pobreza, das epidemias e da criminalidade (BOARINI; YAMAMOTO, 2004; RIBEIRO, 2006).

Com o avanço das descobertas científicas, as ideias higienistas foram consolidadas, determinando condutas sociais, costumes e padrões de comportamento. As instituições - escola, hospital, prisão, quartel, entre outras - também deveriam ser higienizadas, sendo a escola vista como a instituição ideal para a criação e consolidação de hábitos baseados nos princípios higienistas. (MACHADO, *et al*, 1978; RIBEIRO, 2006).

Pode-se dizer que o higienismo é um desdobramento da medicina social e se constitui como um forte movimento ao longo de século XIX e início do XX; formado por um pequeno grupo de médicos e intelectuais que buscavam impor-se para obter investimentos junto ao Estado e intervir não só especificamente na área da saúde, como no ordenamento de muitas outras esferas da vida social. Este movimento teve uma significativa influência na construção do pensamento da sociedade brasileira nos primórdios da sua industrialização (BOARINI; YAMAMOTO, 2014; RIBEIRO, 2006).

Essa interação Estado-Medicina foi responsável pela consolidação de uma nova ideologia que culminou em mudanças na organização da família brasileira e de sua relação com a infância. A criança passa a ser vista sob outro ângulo, sua interação com a família será mais dinâmica e participativa e a mortalidade infantil declinará em relação aos períodos anteriores (REIS, *et al*, 2010; RIBEIRO, 2006; TAÑO; MATSUKURA, 2015).

Os higienistas tiveram sua importância na psiquiatria infantil, apesar de não estarem diretamente voltados para a patologia mental, pois lançaram as bases para uma medicina que se preocupava com a criança e seu desenvolvimento através de uma profilaxia e de cuidados morais da criança normal (RIBEIRO, 2006).

No início do século XX, é inaugurado um pavilhão anexo ao Hospital Psiquiátrico da Praia Vermelha, destinado às crianças portadoras de enfermidades mentais. Em São Paulo, o primeiro pavilhão infantil foi criado em 1921, por Franco da Rocha, no Hospital do Juqueri. Posteriormente, em Minas Gerais é criado o Instituto Pestalozzi, voltado ao cuidado de crianças deficientes mentais. Em Pernambuco, o pioneiro Ulysses Pernambucano, criou vários serviços inéditos responsáveis por reformas assistenciais que se estenderam aos cuidados das crianças. (RIBEIRO, 2006).

Todas essas experiências contavam com uma estreita relação entre a psiquiatria infantil, a deficiência mental, a psicologia e a pedagogia, presentes desde essa época (RIBEIRO, 2006; TAÑO; MATSUKURA, 2015).

As ações destinadas à criança na República Velha eram realizadas por iniciativas privadas, filantrópicas e assistencialistas, sem intervenção ou iniciativa do Poder Público. Como exemplo, têm-se a experiência do Instituto de Proteção à Infância, fundado pelo médico Arthur Moncorvo Filho que, futuramente, viria a influenciar a criação do Departamento Nacional da Criança, na década de 1940 (REIS *et al* 2010; RIBEIRO, 2006; TAÑO; MATSUKURA, 2015).

A partir de 1920, ganha força na psiquiatria brasileira o movimento higienista e eugenista, influenciados pelas experiências da Europa e Estados Unidos. Os psiquiatras acreditavam que as doenças mentais tinham componentes biológicos e genéticos e que pioravam ao serem transmitidos de geração a geração, causando uma degeneração progressiva na população, sendo, deste modo, entendido como uma ameaça social. Baseadas em noções de higiene psíquica e racial, esse ideário de medicina foi expresso pela Liga Brasileira de Higiene Mental, fundada no Rio de Janeiro em 1923 (BOARINI; YAMAMOTO, 2004; RIBEIRO, 2006; SEIXAS, 2009).

A criação do primeiro Código de Menores, também conhecido como Código Mello de Mattos, sancionado em 1927, ofereceu respaldo jurídico e político às ações higienistas que buscavam responder aos problemas da pobreza material e moral, representados pelas crianças abandonadas e delinquentes, engendrando assim, a montagem de políticas de assistência reparadoras e o desenvolvimento de práticas disciplinares e corretivas (BRASIL, 1927; COUTO; DELGADO, 2015).

Nesse contexto, as crianças e os adolescentes em sofrimento mental eram um tema periférico nas pautas públicas, ficando encobertas por uma agenda construída para superar os danos da pobreza e abandono que, em síntese, representava a principal ameaça aos ideais

republicanos de construir uma nação de homens saudáveis e produtivos (COUTO; DELGADO, 2015; RIZZINI, 2005).

As políticas de assistência à infância e adolescência, nos primeiros anos da República, formaram uma matriz de leitura que constituiu a relação entre Estado, sociedade, criança e família por quase oito décadas. Essa matriz é composta pela criança, representada socialmente como menor; por um marco jurídico denominado doutrina da situação irregular, por uma função do Estado baseada na tutela e no controle e pela institucionalização de crianças pobres (COUTO; DELGADO, 2015; RIZZINI, 2005).

Durante o Regime Militar, foi instituída a Fundação Nacional para o Bem-Estar do Menor pela lei 4.513 de 1964 e, posteriormente, foi promulgado o segundo Código de Menores, em 1979, que introduziu o conceito de “menor em situação irregular”; propondo a internação de crianças em perigo (abandonadas) e perigosas (delinquentes), que culminou em um número expressivo de internações de crianças e adolescentes, em sua maioria pobre e em situação de vulnerabilidade. Tais internações tiveram violentas repercussões no processo de desenvolvimento como um todo dessas crianças e adolescentes, sendo incluído aqui, o aumento de agravos à saúde mental (BRASIL, 1964, BRASIL, 1979; BRASIL, 2014a; TAÑO; MATSUKURA, 2015; RIZZINI).

Durante a década de 1970, as manifestações frente às atrocidades, abusos e violências cometidos nos manicômios do país começaram a se intensificar, encontrando ressonância nos movimentos de redemocratização do país, originados das lutas contra o regime militar. Nesse interim, novas estratégias de cuidado foram formuladas, pautadas nas experiências dos movimentos de Reforma Psiquiátrica que ocorreram na Europa e Estados Unidos (AMARANTE, 1995; REIS *et al*, 2010; TAÑO; MATSUKURA, 2015).

Durante o processo de redemocratização do país, três grandes movimentos influenciaram diretamente as transformações no campo da saúde mental infantojuvenil no Brasil: o movimento da Reforma Sanitária, a Luta Antimanicomial e o Movimento em defesa da criança e do adolescente (REIS *et al*, 2010).

Constituída pela mobilização de vários grupos em todo território nacional, a Reforma Sanitária deu fruto ao Sistema Único de Saúde (SUS), instituído na Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas Leis Orgânicas da Saúde, em 1990. (LAURIDSEN-RIBEIRO, 2010).

A Luta Antimanicomial, originária do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, contestou o modelo psiquiátrico clássico e sua prática em instituições manicomiais,

propondo a desinstitucionalização como estratégia de superação desse modelo. Aliadas ao movimento, algumas experiências como a criação do primeiro CAPS do Brasil, em 1986 – CAPS Prof. Luís da Rocha Cerqueira, em São Paulo – e o fechamento da Casa de Saúde Anchieta com a subsequente criação do NAPS – em 1989, em Santos – repercutiram na proposição do Projeto de Lei Paulo Delgado de 1989 (AMARANTE, 1995).

Já o Movimento em Defesa da Criança e do Adolescente consubstanciou-se na criação do Estatuto da Criança e do Adolescente, que mudou drasticamente o papel do Estado, inaugurando uma política de proteção integral a crianças e adolescentes, a partir de então considerados sujeitos de direitos e com prioridade absoluta nas políticas públicas (BRASIL, 1990; REIS *et al*, 2010).

A década de 1980 inaugurou uma nova matriz de leitura para os problemas da infância e adolescência, mudando radicalmente o papel do Estado. A criança e o adolescente passam a ser sujeitos de direitos a partir de uma doutrina jurídica de proteção integral, o Estado passa a exercer a função de proteção e de bem-estar social; e as intervenções fundamentadas nos princípios de cuidado em liberdade e da atenção psicossocial. Nesse novo cenário político, a saúde mental infantojuvenil encontra possibilidades e um novo lugar nas agendas das políticas públicas da infância e adolescência (COUTO; DELGADO, 2015).

Um importante marco legal para a constituição de uma política nacional de saúde mental é a aprovação da lei 10.216 - Lei Paulo Delgado, que dispõem sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e asseguram, como um importante objetivo da Reforma Psiquiátrica, a substituição progressiva dos leitos em hospitais psiquiátricos, com a concomitante construção de uma rede substitutiva, integrada e de qualidade para portadores de transtornos mentais (BRASIL, 2001).

Apenas no início do século XXI que uma política de saúde mental infantojuvenil começa a se configurar, marcada por uma inserção tardia na agenda da saúde pública brasileira e no processo conhecido como Reforma Psiquiátrica. Para a infância e adolescência, a Reforma Psiquiátrica brasileira não significou a superação do modelo hospitalar psiquiátrico, mas sim a superação da desassistência e da ausência de modelos de cuidado que protegessem crianças e adolescentes da institucionalização e da segregação (COUTO; DELGADO, 2015).

1.2. Os avanços da Política Nacional de Saúde Mental para crianças e adolescentes

Somente a partir da aprovação da lei 10.216 que passou a se estabelecer um processo de construção de uma política de saúde mental destinada a crianças e adolescentes, através da incorporação das propostas do Seminário Nacional sobre a Política Pública para Crianças e Adolescentes pela III Conferência Nacional de Saúde Mental em 2001, da criação dos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis (CAPSij) e da implantação do Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil (LAURIDSEN-RIBEIRO, 2010).

A Portaria do Ministério da Saúde nº 336 de 2002 estabelece as modalidades de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) por complexidade e abrangência populacional - CAPS I, municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes; CAPS II, municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes; CAPS III, municípios com população acima de 200.000 habitantes; CAPS AD II, municípios com população superior a 70.000 habitantes; e CAPSij II, referência para uma população de cerca de 200.000 habitantes¹, ou outro parâmetro populacional a ser definido pelo gestor local, atendendo a critérios epidemiológicos. Todas as modalidades devem estar capacitadas para o atendimento de forma intensiva, semi-intensiva e não intensiva (BRASIL, 2002a).

Dessa forma, é criado o primeiro equipamento público de atenção à saúde mental infantojuvenil no Brasil, o CAPS Infantojuvenil. Atualmente são 240 CAPSij habilitados em todo território nacional².

O CAPSij é um serviço de atenção diária destinado ao atendimento de crianças e adolescentes gravemente comprometidos psiquicamente. Estão incluídos nessa categoria os portadores de autismo, psicoses, neuroses graves e todos aqueles que, por sua condição psíquica, estão impossibilitados de manter ou estabelecer laços sociais. (...) os CAPSij devem estabelecer as parcerias necessárias com a rede de saúde, educação e assistência social ligadas ao cuidado da população infantojuvenil (BRASIL, 2004a, p. 23).

Posteriormente, foi implantado o Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil – Portaria nº 1.608/2004 – com o objetivo de funcionar como um espaço de discussão permanente que considera as diferentes interfaces necessárias para o fortalecimento da Política de Atenção em Saúde Mental infantojuvenil, pautado na intersetorialidade e na

¹ A Portaria 3.088 de 2011 altera a população estabelecida para CAPSij para municípios ou regiões com população acima de 150.000 habitantes.

² Dados do Ministério da Saúde de março de 2018.

constituição de redes de atenção como diretrizes norteadoras. Tem caráter representativo e deliberativo, sendo um importante instrumento de gestão (BRASIL, 2014b).

Um importante marco foi a publicação, em 2005, do documento *Caminhos para uma Política de Saúde Mental Infantojuvenil*, no qual crianças e adolescentes foram incluídos como protagonistas de seu cuidado, implicados com sua demanda, sofrimento e sintoma. Esse documento traz os seguintes princípios para as ações em saúde mental infantojuvenil: crianças e adolescentes como sujeitos de direitos, acolhimento universal, encaminhamento implicado, construção permanente da rede, território e intersetorialidade na ação do cuidado (BRASIL, 2005).

Com o objetivo de colocar em pauta o desenvolvimento de ações efetivas na promoção, na proteção e na defesa dos direitos de crianças e adolescentes, principalmente em situações de violência, de uso e dependência de drogas e de cumprimento de medidas socioeducativas, é publicado, em 2014, o documento *Atenção Psicossocial a crianças e adolescentes no SUS – Tecendo redes para garantir direitos*, uma construção conjunta entre o Ministério da Saúde e Conselho Nacional do Ministério Público (BRASIL, 2014a).

Outro importante marco legal é a instituição da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), pela Portaria nº 3.088 de 2011. A RAPS é caracterizada por um conjunto de ações e serviços de saúde articulado em níveis de complexidade crescente, desenvolvido em uma região de saúde que apresenta densidade tecnológica de gestão e cuidado, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência em uma perspectiva comunitária, territorial e longitudinal a pessoas com sofrimento psíquico, incluindo as pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. É composta pelos seguintes componentes: Atenção Básica, Atenção Psicossocial Estratégica, Atenção de Urgência e Emergência, Atenção de Caráter Transitório, Atenção Hospitalar, Estratégia de Desinstitucionalização e Estratégias de Reabilitação Psicossocial (BRASIL, 2011).

1.3. A atenção à crise nos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis

O CAPSij é um dispositivo de cuidado intensivo, comunitário e de base territorial para crianças e adolescentes, que tem a função de oferecer cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial, articulando a rede ampliada e garantindo cuidado aos seus usuários e familiares (BRASIL, 2004a).

A fim de que esses objetivos sejam alcançados, é essencial que o trabalho dos CAPSij seja construído sob uma base ética, apoiada em princípios norteadores de acessibilidade,

compreensividade, continuidade e coordenação, de modo a garantir que o usuário acesse com facilidade os serviços, mantendo um cuidado longitudinal que possibilite intervir precocemente e evitar internações, além de executar a coordenação do cuidado e dos serviços envolvidos na atenção ao usuário ao longo do período de tratamento (THORNICROFT; TANSELLA, 2010).

Além disso, faz-se necessário que os serviços considerem a comunidade como uma fonte inexaurível de recursos e potenciais, tanto formais quanto informais, ampliando as possibilidades de trocas materiais e afetivas nos grandes cenários da vida cotidiana dos usuários: casa, rede social e trabalho (SARACENO, 2001). Já para a população infantojuvenil, é possível considerar que o eixo trabalho teria correspondência com o eixo escola.

Segundo Saraceno (2001) o entorno social, os contextos de vida e as relações sociais são as variáveis mais importantes no processo de reabilitação psicossocial, sendo a família considerada uma protagonista essencial nesse processo.

Assim, o CAPSij assume o exercício de um duplo mandato, clínico e gestor, incorporando ações terapêuticas e gestoras das demandas territoriais que impliquem de modo indissociável o território, a intersetorialidade e a rede como montagens articuladas e colaborativas, na busca da ampliação do acesso e qualificação do cuidado (COUTO; DELGADO, 2015).

Outra importante característica de todos os CAPS - entre eles os CAPSij - refere-se a sua função como equipamento estratégico para a atenção à crise de seus usuários, garantindo um cuidado humanizado, que preserve os vínculos e evite as rupturas geradas pelas internações, (DELL'ACQUA; MEZZINA, 1991; BRASIL, 2004a).

Os CAPS devem oferecer acolhimento diurno e, quando possível e necessário, noturno. Devem ter um ambiente terapêutico e acolhedor que possa incluir pessoas em situação de crise, muito desestruturadas e que não consigam, naquele momento, acompanhar as atividades organizadas da unidade. O sucesso do acolhimento da crise é essencial para o cumprimento dos objetivos de um CAPS, que é de atender aos transtornos psíquicos graves e evitar as internações (BRASIL, 2004a, p.17).

Os CAPS, como serviços territoriais, apresentam recursos potenciais que permitem a sustentação das situações de crise em seus locais de vida e em sua rede de relações, colocando-a no interior de uma série de nexos que são capazes de torná-la compreensível, possibilitando que o usuário possa atravessar essa experiência preservando sua continuidade existencial e histórica (DELL'ACQUA; MEZZINA, 1991).

Bloise (1993) reforça a importância das equipes de saúde mental no processo de sustentação da crise. O autor aponta que a exuberância da crise exige que as equipes tenham disponibilidade em se deixar afetar e se envolver, para que a relação terapêutica se torne um novo referencial dentro da crise e integre diversas ações terapêuticas que decifrem o significado que nela reside.

A postura das equipes nas situações de crise deve ser baseada fundamentalmente na postura de suporte. Suportar essa condição seria afirmar a realidade do acontecimento da crise, no sentido de sustentar sua força destrutiva, possibilitando que ela encontre e se direcione a destinos mais inventivos para o sujeito (FERIGATO; CAMPOS; BALLARIN, 2007).

Para que isso se torne possível, é essencial que os serviços se organizem com máxima flexibilidade e disponibilidade, possibilitando a construção de relações de cumplicidade e confiança, além de espaços de escuta que favoreçam a recomposição da identidade do usuário e da ruptura de relações que precedeu a crise, tornando mais conscientes e explícitas as contradições e os conflitos que a mobilizam (DELL'ACQUA; MEZZINA, 1991).

Vale ressaltar que os recursos humanos e seus instrumentos não padronizáveis como o acolhimento, a escuta, a solidariedade, a afetividade e a negociação, são os recursos mais úteis no campo da saúde mental (SARACENO, 2001).

Para Saraceno (2001) um serviço de saúde mental integrado adota um estilo de trabalho com alto consumo afetivo, intelectual e organizativo, onde os recursos se encontram permanentemente disponíveis, as competências flexíveis e a organização orientada às necessidades do paciente e não às do próprio serviço. Competências essas, essenciais para que se garanta uma atenção à crise efetiva em um serviço de saúde mental comunitário.

Observa-se que apesar dos avanços no campo da saúde mental brasileira, as diretrizes e as estratégias foram desenhadas mais universalmente, colorindo de forma homogênea as políticas de saúde mental, não sendo devidamente consideradas as demandas singulares de crianças e adolescentes (VICENTIN, 2006).

Partindo dessa perspectiva e considerando a importância da atenção à crise nos CAPS, identifica-se a necessidade da compreensão de como esse cuidado tem sido ofertado à população infantojuvenil.

Verifica-se que a atenção à crise de crianças e adolescentes é pouco abordada em pesquisas da área. De acordo com o levantamento realizado³, as pesquisas que abordam a crise na infância e adolescência são recentes e há um consenso sobre a necessidade de aprofundar e ampliar o conhecimento de forma a responder a esta lacuna (PEREIRA; SÁ; MIRANDA, 2017; PEREIRA; SÁ; MIRANDA, 2014; BRAGA; D'OLIVEIRA, 2015; BLINKSTEIN; VICENTIN, 2016; SHEPPERD *et al*, 2014; LAMB, 2009; FROSCHE; REIS; MALONEY, 2011; JANSSENS *et al*, 2013).

Estudos recentes apontam que apesar dos avanços da Reforma Psiquiátrica Brasileira, crianças e adolescentes ainda são internados em Hospitais Psiquiátricos (BLINKSTEIN; VICENTIN, 2016; BRAGA; D'OLIVEIRA, 2015; SCISLESKI; MARASCHIN; SILVA, 2008).

O estudo de Braga e D'Oliveira (2015) acompanhou durante dois meses, vinte e oito internações de crianças e adolescentes em uma instituição de caráter asilar no estado de São Paulo. Deste total de internações, verificou-se que uma era voluntária, dezenove involuntárias e oito judiciais. As internações giravam em torno do eixo agressividade/periculosidade. O estudo apontou que grande parte das internações não se relacionava a um momento de crise, mas à fragilização de vínculos sociais e familiares, violência no território, baixa cobertura de serviços de saúde e “psiquiatrização” das questões sociais, reforçada pelas internações por mandatos judiciais.

Blinkstein e Vicentin (2016) também buscaram evidenciar os percursos institucionais que demandam internações psiquiátricas, bem como identificar o perfil das crianças e adolescentes submetidos à internação. O estudo foi realizado no Centro de Atenção Integrada em Saúde Mental Philippe Pinel. Foram analisados 451 casos entre 2005 e 2009. 55% dos casos foram encaminhados pela rede de saúde, sendo 70% desses encaminhamentos realizados pelos serviços de urgência sem a participação dos serviços territoriais e 45% ocorreram por ordem judicial, estando nessa categoria os casos com maior tempo de internação assim como maior incidência de reinternações.

Pereira, Sá e Miranda (2014) investigaram os itinerários terapêuticos de doze adolescentes em situações de crise e os resultados revelaram que o Hospital Geral teve um papel central na atenção a esses usuários, não sendo relatadas outras ofertas de cuidado além do acompanhamento medicamentoso e de enfermagem. (PEREIRA; SÁ; MIRANDA, 2014).

³Levantamento feito na Biblioteca Virtual em Saúde, Banco de teses e dissertações da CAPES e no Portal de Periódicos CAPES, considerando as produções nacionais e internacionais dos últimos dez anos – 2007 a 2017.

Na literatura nacional, a maior parte dos estudos publicados trata da atenção à crise em CAPS adulto (LIMA *et al*, 2012; FONTANELLE, 2010; WILLRICH *et al*, 2011; COSTA, 2006), apontando uma lacuna de estudos que abordem o tema nos serviços CAPSij.

O estudo de Lima *et al* (2012), que objetivou identificar os significados relacionados à crise e as estratégias de cuidado utilizadas nos CAPS, considerou onze CAPS da Bahia e de Sergipe, incluindo CAPS adulto, CAPS AD e também CAPSij. Os resultados apontaram que não há muita diferença entre as concepções de profissionais e familiares acerca da crise e, ainda, que os significados negativos suplantam os positivos.

Entre as estratégias de cuidado identificadas no estudo, Lima *et al* (2012) encontraram: acolhimento diurno e noturno; observação contínua; atenção domiciliar; responsabilização pela medicação; negociação e apoio concreto ao familiar; orientações para profissionais não especializados e para familiares; regras de convivência nos serviços. Já as dificuldades encontradas referem-se à falta de preparo dos profissionais para lidar com a crise; falta de retaguarda de outros equipamentos de saúde para auxiliar o CAPS; resistência e rejeição em relação aos usuários em crise nos outros equipamentos de saúde; insuficiência da capacidade institucional para o atendimento à crise; dificuldades materiais, sociais e/ou afetivas, por parte das famílias, de suportarem a crise dos seus membros.

A abordagem sobre a crise na infância e adolescência em pesquisas internacionais também é relativamente recente e estudos têm apontado a necessidade de pesquisas que evidenciem a qualidade e resolutividade de serviços comunitários alternativos à internação de crianças e adolescentes (SHEPPERD, *et al* 2014; LAMB, 2009).

Frosch, Reis e Maloney (2011), em estudo realizado em Baltimore (EUA), revelaram que 65% dos jovens, que visitaram o departamento de emergência no intervalo de seis meses, apresentavam vínculo com serviços comunitários. Mais da metade chegam por questões de comportamento e, mesmo com a oferta de cuidados comunitários em saúde mental, ainda há um alto número de visitas ao departamento de emergência.

O estudo de Jansens (et al. 2013) apresenta uma discussão importante sobre a diferença conceitual entre emergência psiquiátrica e crise em saúde mental de crianças e adolescentes. Nessa população as emergências psiquiátricas ocorrem frequentemente no contexto de uma crise, justificando assim a necessidade de mais atenção. Os autores utilizam o conceito de emergência como uma ameaça à vida que exige uma resposta imediata de preservação. Já uma crise não é uma ameaça à vida, mas exige uma resposta rápida para evitar uma deterioração, incluindo nesse cuidado todos os participantes e apoios pessoais.

Para Del-Ben (et al., 2017), as emergências psiquiátricas são alterações agudas do pensamento, do humor, do comportamento ou das relações sociais que requerem uma intervenção médica imediata, devido à possibilidade de evolução rápida para um resultado deletério como sofrimento psíquico significativo, perda da autonomia, comprometimento do papel social e risco potencial ou evidente à integridade psíquica e física do indivíduo ou de outras pessoas.

No Brasil, é previsto na RAPS os seguintes pontos de Atenção de Urgência e Emergência, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), a Unidade de Pronto-Atendimento (UPA 24 horas), os Prontos-Socorros (PS) dos Hospitais Gerais e as Unidades Básicas de Saúde (UBS). Já os serviços de atenção hospitalar, são representados na RAPS pela enfermagem especializada em Hospital Geral e pelo Serviço Hospitalar de Referência (BRASIL, 2011; BRASIL, 2012c).

Em relação à atenção às situações de crise, um importante componente da RAPS são os CAPS III que atendem prioritariamente pessoas em intenso sofrimento psíquico e proporcionam atenção contínua, com funcionamento 24 horas, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental do território (BRASIL, 2002a; BRASIL, 2011).

A diferenciação entre emergências psiquiátricas e crise se faz importante, pois possibilita caracterizar os serviços e o campo de intervenção em cada uma dessas situações. Na primeira observa-se que as ações de cuidado são restritas ao campo médico, já o cuidado à crise é caracterizado pela ampliação das ações para o campo das relações e dos contextos de vida.

Dessa forma, compreender em quais conceitos estão alicerçadas as ações das equipes, possibilita refletir sobre o quanto a atenção à crise nos CAPSij tem respondido aos preceitos de um cuidado comunitário em saúde mental ou mantido uma lógica médica-medicalizante.

Cabe ressaltar que apesar de não haver consenso sobre cuidados recomendados ou configuração recomendada para atenção às situações de crise da população infantojuvenil, há uma tendência, no mundo inteiro, para prestar cuidados o menos restritivo possível, dentro do ambiente da criança e do adolescente e de sua comunidade (JANSENS et al., 2013).

1.4. Crise em saúde mental: conceitos e reflexões

A expressão crise no dicionário (FERREIRA, 2010) apresenta diversos significados dentre eles, mudança súbita ou agravamento que sobrevém no curso de uma doença aguda;

manifestação súbita de um estado emocional ou nervoso; conjuntura ou momento perigoso, difícil ou decisivo; falta de alguma coisa considerada importante.

A palavra crise é carregada de elementos que a configuram como um fenômeno imprevisível, negativo, crítico, que gera desequilíbrio e falta.

Buscando compreender como esse conceito foi construído ao longo da história, assim como sua amplitude e importância, Moebus (2014), baseado nas ideias de Foucault (2006), apresenta um resgate da noção de crise na história médica e psiquiátrica.

Para a velha medicina grega, latina e medieval é no momento das crises que a verdade da doença aparece e que pode ser apreendida, sendo a crise o único viés pelo qual a intervenção médica pode ser realizada. Essa noção de crise sucumbirá no século XVIII, com o surgimento da anatomia patológica e da medicina estatística, dando lugar a uma tecnologia da constatação e da demonstração (MOEBUS, 2014).

Em fins do século XVIII e século XIX, a psiquiatria clássica buscará acompanhar essa tendência da medicina geral, utilizando de recursos da anatomia patológica e da necropsia na prática asilar para buscar a verdade sobre a loucura. Apesar dessa prática, a psiquiatria não conseguirá acompanhar a grande atividade médica do diagnóstico diferencial, recorrendo novamente à crise. A crise será reposicionada no problema da relação entre crime e loucura, justificando a fundação do poder psiquiátrico pela periculosidade do louco (MOEBUS, 2014).

É pela crise que se passa a justificar as internações e a existência dos asilos como uma gestão dos riscos em defesa da sociedade. No espaço disciplinar do asilo buscar-se-á excluir as crises do interior da loucura, que serão severamente combatidas (MOEBUS, 2014).

Nessa perspectiva, o fenômeno da crise é entendido como um processo negativo, prejudicial, que deveria ser suprimido o mais rápido possível. Sendo assim, toda complexidade de uma existência de sofrimento passa a ser reduzida à agudização de sintomas (FERIGATO; CAMPOS; BALLARIN, 2007).

Costa (2007) aponta que ao longo da história da psiquiatria, as diversas tentativas de responder as situações de crise não se mostrarem resolutivas, além de se tornarem instrumentos de normalização e violência e fortalecerem a dependência com o hospital psiquiátrico.

As estratégias da psiquiatria se fundamentaram na intensificação da associação da crise com a periculosidade; na redução da crise a sintomas e comportamentos anormais; na descontextualização da crise em relação ao momento de vida do sujeito; na ênfase de uma concepção de loucura como déficit, desrazão, impossibilidade e incapacidade; em

intervenções que buscavam a rápida redução dos sintomas; na utilização frequente de contenções físicas e de eletrochoques, além da priorização e generalização da terapêutica medicamentosa; na tentativa de imposição de normas e hábitos morais; na ênfase na tutela e no controle como estratégia de contenção da crise; e no predomínio da internação psiquiátrica como forma de atenção (COSTA, 2007).

Em meados do século XX, Lindemann e colaboradores iniciam o desenvolvimento de uma “teoria da crise” em psiquiatria introduzindo novos conceitos baseados nas reações agudas e tardias dos sobreviventes de tragédias e catástrofes, oferecendo uma dimensão etiológica ao sofrimento psíquico (BATTEGAY, 1995 apud MOEBUS, 2014). Porém foram Caplan e colaboradores, que estruturaram as bases para o desenvolvimento da teoria e da prática da intervenção em crise (FIALHO, 2014).

Buscando apresentar um modelo conceitual em psiquiatria preventiva, Caplan (1980) utiliza a noção de homeostase psicológica e estabilidade social, fundamentando a etiologia do adoecimento mental na noção de crise. Nessa perspectiva, a crise pode ser um processo prejudicial ou uma oportunidade, uma vez que pode acelerar a progressão de uma doença mental ou retardá-la a partir de uma experiência bem-sucedida de ajustamento.

Segundo Caplan (1980), as crises podem ser previsíveis, como as crises do desenvolvimento, entre uma fase e outra da vida; ou podem ser imprevisíveis, como uma doença, desemprego ou morte. Essas últimas, geradas por situações da vida, podem levar a perturbações psicológicas e comportamentais, decorrentes de um esforço de ajustamento e adaptação em face de um problema, no qual o indivíduo não foi capaz de enfrentar com seus recursos psíquicos. Para o autor, os fatores essenciais, que influenciam na ocorrência de uma crise, são um desequilíbrio entre a dificuldade e a importância do problema e os recursos imediatamente disponíveis para resolvê-lo.

As ideias de Caplan também foram influenciadas por Erikson (1976) que se debruçou sobre o estudo de crises evolutivas e acidentais, realizando uma diferenciação entre as crises de desenvolvimento e as crises impostas, traumáticas, neuróticas e psicóticas (FIALHO, 2014).

Erikson (1976) desenvolveu a teoria do desenvolvimento psicossocial, compreendendo a formação da personalidade não só a partir de estágios psicosexuais, mas com foco na interação social. Cada estágio psicossocial ao longo do ciclo vital é marcado por uma crise, que surge a partir de exigências internas do ego e de seu meio, deste modo, o desenvolvimento do indivíduo estaria entrelaçado ao seu contexto social. E será por meio de

uma vivência mais ou menos positiva dessa crise, que o ego se tornará mais fortalecido ou mais fragilizado. Assim, para este autor as crises são momentos cruciais do desenvolvimento do indivíduo, uma vez que mobilizam recursos de crescimento e diferenciação, levando a importantes mudanças e transformações ao longo da vida.

A psicanálise apresenta contribuições importantes para a compreensão singular das crises. Telles (2010) aponta que, na clínica psicanalítica, o conceito de sintoma contrapõe a noção de distúrbio ou transtorno, uma vez que é compreendido como uma expressão, uma comunicação, que revela uma verdade sobre o sujeito. Nessa perspectiva o sintoma não deve ser suprimido e sim acolhido e significado.

Muitos autores psicanalistas contemporâneos compreendem a crise como trauma (KNOBLOCH, 1998). Segundo Laplanche (2001) trauma é um evento da vida que se caracteriza por sua intensidade e pela incapacidade do sujeito reagir de forma adequada, pelo transtorno e pelos efeitos patogênicos duradouros que provoca na organização psíquica.

Knobloch (1998), a partir da concepção psicanalítica, enfatiza que a crise é uma experiência que traz um excesso do que é insuportável e intolerável. É uma fenda que se abre no sujeito, expondo toda a sua verdade e impondo outro tempo, um presente absoluto, agudo, imprevisível, irrepresentável e único.

Para a autora a crise é o momento em que o campo de representações está “desorganizado”, prevalecendo as forças pulsionais. O lugar do analista seria o de sustentar essas forças, a fim de encontrar destinos mais criativos para o sujeito. A autora apresenta a potência da crise ao considerá-la como um momento de subjetivação do sujeito, uma oportunidade que a ele se abre. Dessa forma, se o agudo for calado, esse tempo do acontecimento seria perdido pela sua reintrodução precoce no tempo cronológico, podendo acarretar uma cronificação (KNOBLOCH, 1998).

Bloise (1993) apresenta a crise como um momento de ruptura, um corte, uma mudança de trajetória de um equilíbrio pré-estabelecido, que pode surgir sobre qualquer trajetória individual e repercutir no sujeito, na família e no meio social. Também aponta em si um potencial de transformação, uma brecha nas defesas do indivíduo que possibilita rearranjos e novas respostas.

Considerando que a crise vai além de um fenômeno individual, Pereira, Sá e Miranda (2013) a partir da obra do psicanalista René Kaës, lançam luzes aos seus aspectos grupais, familiares, sociais e culturais. Nessa perspectiva a crise configura-se como um fenômeno coletivo, social e histórico.

Trazendo para o campo da adolescência, a crise é entendida como inevitável e enriquecedora ao sistema psíquico e apresenta-se de forma ambígua, uma vez que libera, simultaneamente, forças de destrutividade, que levam a uma intensa desorganização e, também, forças de regeneração, a partir do despertar de uma ativa criatividade. Porém para que isso ocorra, os momentos de crise precisam ser sustentados através do grupal e do coletivo, de modo a estabelecer as condições necessárias para que elementos paradoxais sejam elaborados (PEREIRA; SÁ; MIRANDA, 2013).

Vale ressaltar que esse potencial transformador da crise pode ser interrompido por um sofrimento extremo dando lugar a um quadro dominado pela desestabilização, como é o caso da crise de sujeitos que precisam de um tratamento em saúde mental. Nessas condições as crises são associadas a vivências de estranhamento, desorganização, desorientação, descontrole e outras experiências dolorosas de difícil compreensão, que afetam não somente o sujeito, mas familiares, pessoas próximas e profissionais que o assistem. Vivências essas que proíbem qualquer tipo de idealização da crise, ainda mais quando se focaliza os adolescentes que além de viverem mudanças e conflitos próprios de sua faixa etária, vivenciam um sofrimento psíquico intenso (PEREIRA; SÁ; MIRANDA, 2014; PEREIRA; SÁ; MIRANDA, 2017).

Baseado nos conceitos apresentados e buscando superar a classificação nosográfica clássica, Pereira, Sá e Miranda (2013) apresentam o conceito de crise psicossocial, caracterizada por situações que trazem como central o sofrimento psíquico intenso e as consequentes desestabilizações de diversas dimensões da vida do adolescente, como a subjetiva, familiar, institucional e social.

Este conceito amplia o fenômeno de crise, introduzindo outras dimensões em sua produção e elaboração, compreendendo que é na dinâmica das relações que se opera a sustentação dessa experiência de ruptura, caos e sofrimento (PEREIRA; SÁ; MIRANDA, 2013).

Moebus (2014) discute que a crise é o momento privilegiado da captura manicomial, sendo assim os serviços substitutivos devem se empenhar em contrapor esta captura, promovendo um acolhimento e uma abertura ao cuidado à crise em seu processo e por outro lado um acesso ao sujeito em seu excesso.

Dell'Acqua e Mezzina (1991) apontam que a crise é a simplificação que reduz a complexidade de uma existência de sofrimento a um sintoma, sendo assim, revelam a potência dos serviços territoriais que, por meio dos múltiplos contatos com os usuários, é

capaz de perceber, conhecer e elaborar os conflitos que constituem os limites da crise, de outra maneira, escondidos, fragmentados, banalizados e desprovidos de significados, possibilitando com que se intervenha precocemente e evitando intervenções traumáticas e desnecessárias.

Sendo assim, cuidar da crise sob a perspectiva da atenção psicossocial é questionar a simplificação deste fenômeno, buscando novos dispositivos de cuidado que superem as práticas manicomiais e que compreenda a crise para além do silenciamento dos sintomas e do isolamento dos sujeitos, considerando-a um momento complexo inscrito numa contexto social e histórico (MOEBUS, 2014; FIALHO, 2014; DELL'ACQUA; MEZZINA, 1991).

Verifica-se que os conceitos apresentados trazem contribuições para a reflexão e a construção de um conceito ampliado de crise em saúde mental, porém cabe ressaltar que poucos se debruçam sobre a temática da crise em saúde mental infantojuvenil, Acredita-se que dentre outros motivos, essa lacuna seja reflexo do tardio reconhecimento, pela sociedade e pela ciência, que crianças e adolescentes sofrem psiquicamente.

Como exposto, observa-se que poucos são os estudos que se debruçam sobre o tema da atenção à crise na infância e adolescência, o que revela uma necessidade de novas pesquisas que abordem a temática a partir da perspectiva da atenção psicossocial.

Considerando a importância da atenção à crise de crianças e adolescentes para a consolidação das políticas públicas na área da saúde mental infantojuvenil, este estudo coloca foco sobre as práticas de cuidado ofertadas pelas equipes de CAPSij e sobre a vivência dos familiares vinculados a estes serviços.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

Este estudo objetivou compreender a atenção à crise de crianças e adolescentes vinculados aos CAPSijs sob a ótica dos familiares e gestores dos serviços.

2.2. Objetivos Específicos

Identificar quais estratégias de cuidado de atenção às situações de crise são oferecidas pelas equipes dos CAPSijs;

Compreender as demandas e o cotidiano das famílias e dos adolescentes que vivenciaram situações de crise.

3. MÉTODOS

3.1. Tipo de estudo e abordagem

Trata-se de um estudo de caráter descritivo-exploratório e de natureza qualitativa (GIL, 2004).

A abordagem qualitativa é a que melhor se conecta aos objetivos desse estudo, uma vez que busca aprofundar a compreensão dos fenômenos, considerando a perspectiva dos diferentes sujeitos que participam da situação estudada. Para Minayo (2009) o objeto da pesquisa qualitativa é o universo da produção humana que pode ser resumido ao mundo das relações, das representações e da intencionalidade e que compõe a realidade social.

3.2. Participantes

Participaram do estudo seis gestores de CAPSij e doze familiares de crianças e adolescentes que vivenciaram situações de crise, de uma determinada região da cidade de São Paulo.

Os critérios de participação adotados para os gestores se referiram à disponibilidade dos mesmos em participar do estudo e que, à época da coleta de dados, estivessem respondendo pela gestão do serviço.

Já os critérios de participação adotados para os familiares, referiam-se aos familiares de usuários vinculados aos CAPSij que vivenciaram mais de duas crises e que tivessem vínculo de cuidado com a criança ou o adolescente.

A seguir, apresenta-se o quadro 1, no qual constam informações sobre os gestores de CAPSij participantes do estudo.

Quadro 1- Informações sobre os gestores participantes do estudo

	Tempo gestão	Tempo SMIJ	Tempo assistência usuários saúde mental	Graduação	Pós-graduação
Gestor 1	13 anos	13 anos	3 anos	Serviço Social	Especialização em Promoção de Saúde
Gestor 2	10 anos	3 anos	5 anos	Psicologia	Especialização em Dependência Química e Saúde Pública
Gestor 3	5 anos	3 meses	9 anos	Terapia Ocupacional	Aprimoramento em Psiquiatria, Especialização em Saúde Pública e Terapia Familiar e de Casal.
Gestor 4	2 anos	2 anos	3 anos	Enfermagem	-
Gestor 5	6 meses	2 anos	1 ano e 6 meses	Fonoaudiologia	-
Gestor 6	2 meses – cobertura da gerência	2 anos	4 anos	Enfermagem	Especialização em Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental e em Administração Hospitalar e Sistemas de Saúde

Observa-se que todos os gestores tiveram experiência na assistência a usuários de saúde mental antes de assumirem a gestão. Em relação ao tempo na gestão verifica-se que os participantes possuem de 2 meses a 13 anos. Nota-se a ausência de médicos na gestão, dentre as formações dos participantes estão: Serviço Social, Psicologia, Terapia Ocupacional, Enfermagem e Fonoaudiologia. Do total de participantes, dois não apresentam pós-graduação.

A seguir, apresentam-se no quadro 2 informações sobre os familiares participantes do estudo.

Quadro 2 - Informações sobre os familiares participantes do estudo

Familiar	Parentesco	Idade do familiar	Escolaridade do familiar	Idade do adolescente	Tempo de acompanhamento no CAPSij
1	Mãe	33 anos	Ensino Médio completo	14 anos	5 anos
2	Mãe	40 anos	Ensino Médio Incompleto	13 anos	5 anos
3	Mãe	42 anos	Ensino Médio Completo	15 anos	4 meses
4	Pai	45 anos	Ensino Médio Completo	17 anos	4 anos
5	Mãe	46 anos	Ensino Médio Completo	16 anos	8 anos
6	Mãe	47 anos	Ensino Fundamental Incompleto	13 anos	8 anos
7	Mãe	48 anos	Ensino Médio Incompleto	12 anos	5 anos
8	Mãe	50 anos	Ensino Médio Completo	17 anos	5 anos
9	Mãe	53 anos	Ensino Superior Completo	17 anos	2 anos
10	Avó	53 anos	Ensino Fundamental Completo	11 anos	8 anos
11	Mãe	57 anos	Ensino Médio Completo	17 anos	1 ano
12	Avó	65 anos	Ensino Médio Completo	18 anos	2 anos

Observa-se que onze dos doze participantes são mulheres, mães e avós. A idade dos participantes varia de 33 anos a 65 anos. Em relação à escolaridade dos familiares participantes do estudo verifica-se desde Ensino Fundamental Incompleto a Ensino Superior Completo. O tempo de acompanhamento no CAPSij dos participantes do estudo encontra-se entre 1 ano a 8 anos.

3.3. Local

O estudo foi realizado nos CAPSij de uma das cinco Coordenadorias Regionais de Saúde do município de São Paulo.

A opção pelo local, ainda que regida pelo critério de conveniência, também considerou o fato de que essa é a região mais populosa da cidade e que possui seis dos dez bairros mais pobres de São Paulo, caracterizados pelo baixo rendimento médio mensal, de acordo com dados do IBGE (2010).

Essa Coordenadoria Regional de Saúde possui seis CAPSij, que apresentam uma diversidade nos modos de gestão – gestão direta pela Prefeitura Municipal e gestão indireta por Parceiros e/ou Organizações Sociais de Saúde – além de contar com um dos três CAPSij III da cidade de São Paulo – únicos CAPSij com funcionamento 24 horas no território nacional⁴.

Apresenta-se no quadro 3, a seguir, informações gerais referentes aos CAPSij focalizados neste estudo.

Quadro 3 - Informações sobre os CAPSij participantes do estudo

	Nº profissionais nível superior*	Nº profissionais nível médio**	Horário funcionamento	População de abrangência
CAPSij A	20	13	7h às 19h	250 mil habitantes
CAPSij B	21	17	24 horas	570 mil habitantes
CAPSij C	17	13	7h às 19h	500 mil habitantes
CAPSij D	18	13	7h às 19h	380 mil habitantes
CAPSij E	13	9	7h às 19h	420 mil habitantes
CAPSij F	9	9	7h às 19h	280 mil habitantes

* Foram consideradas as seguintes categorias profissionais em nível superior: terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, psicólogos, enfermeiros, farmacêuticos, fonoaudiólogos, psicopedagogos, musicoterapeutas, oficineiros, educadores físicos, pediatras, clínicos, psiquiatras e neuropediatras.

** Foram consideradas as seguintes categorias profissionais em nível médio: técnicos de farmácia, auxiliares de enfermagem, técnicos de enfermagem e escriturários administrativos e auxiliares administrativos.

Dos seis CAPSij participantes, três informam até cinco anos de funcionamento, um tem entre cinco a dez anos de funcionamento e 2 com mais de 10 anos de funcionamento. Dois CAPSij são administrados diretamente pela Prefeitura Municipal de São Paulo e quatro CAPSij são administrados por parceiros e/ou Organizações Sociais de Saúde.

3.4. Instrumentos e Materiais

Para a coleta de dados utilizou-se um questionário aplicado junto aos gestores e um roteiro de entrevista semiestruturada aos familiares, que serão apresentados a seguir.

⁴ De acordo com dados do Ministério da Saúde, existe apenas 1 CAPSij III no território nacional localizado na cidade de São Paulo, porém sabe-se da existência de 2 CAPSij III nesta mesma cidade. Essa discordância de informações refere-se ao fato de um dos CAPSij III ainda encontrar-se em processo de habilitação junto ao Ministério da Saúde.

3.4.1. Questionário

O questionário aos gestores (APENDICE A) foi dividido em duas sessões:

A sessão I refere-se aos dados de identificação do gestor, como formação, tempo de atuação na saúde mental infantojuvenil, tempo na função de gestor, entre outros. Além de informações sobre a composição da equipe técnica, funcionamento do serviço, recursos da rede e dados quantitativos sobre atendimentos;

A sessão II aborda, a partir de questões abertas, a compreensão da equipe sobre crise, estratégias de cuidado, dificuldades e potencialidades do CAPSij e sobre a rede ampliada de atenção à saúde mental infantojuvenil.

3.4.2. Roteiro de entrevista semiestruturada

As entrevistas semiestruturadas respondidas pelos familiares de crianças e adolescentes que vivenciaram situações de crise objetivaram compreender, a partir da perspectiva dos familiares, os itinerários, percepções, sentimentos, demandas e cotidiano envolvidos na vivência familiar das situações de crise.

O roteiro foi dividido em cinco sessões que abordaram sobre a condição socioeconômica, a rotina das crianças e adolescentes, o suporte social das famílias, o cuidado prestado pelo CAPSij, as situações de crise e seu impacto no cotidiano das famílias (APENDICE B).

3.4.3. Materiais

Para as entrevistas utilizou-se um gravador de voz a fim de garantir que todas as informações necessárias ficassem registradas e pudessem ser transcritas posteriormente.

3.5. Procedimentos

3.5.1. Procedimentos éticos

Primeiramente foi realizado contato junto a Coordenadoria Regional de Saúde da Cidade de São Paulo, a fim de solicitar autorização para a realização do estudo nos CAPSij da região de sua responsabilidade.

Posteriormente, com a autorização em mãos, o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) para avaliação quanto à pertinência de seus aspectos éticos. O projeto também foi analisado pelo Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo e, somente após o parecer afirmativo de ambos os comitês, é que o estudo começou a ser realizado (APENDICE C e D).

Aos participantes do estudo foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), no qual foram abordados os riscos, os benefícios e os direitos enquanto participante do estudo, assim como a garantia de sigilo e da recusa em participar. Foi elaborado um TCLE para os gestores (APENDICE E) e um TCLE para os familiares (APENDICE F).

Durante a realização das entrevistas, a pesquisadora também realizou escuta qualificada e acolhimento aos familiares que apresentaram durante a entrevista algum sofrimento, seja pela temática, pelo histórico de vida ou por algum sofrimento psíquico. Nesses casos, após consentimento dos participantes, a pesquisadora contatou a equipe técnica, a fim de auxiliarem nos encaminhamentos e/ou cuidados necessários a cada um desses participantes.

Ao término do estudo, a pesquisadora apresentou os resultados de sua pesquisa aos serviços participantes.

3.5.2. Elaboração e Adequação dos instrumentos

As questões dos instrumentos de pesquisa foram construídas a partir da revisão de literatura realizada e do alinhamento aos objetivos desse estudo.

Conforme sugere Manzini (2003) para a adequação do questionário e roteiro de entrevista semiestruturada, foram utilizados dois procedimentos, a apreciação por juízes externos e o piloto.

Dessa forma, foi enviada uma carta convite, por correio eletrônico, contendo os objetivos do estudo e as orientações quanto à participação, para oito juízes externos à pesquisa (APENDICE G), tendo estes profissionais e pesquisadores conhecimento e experiência na área. Após o aceite do convite, os instrumentos foram enviados, juntamente com o prazo para devolução. Dos oito convites enviados, sete juízes responderam afirmativamente em relação à participação e todos os sete juízes reenviaram os instrumentos com sugestões e contribuições.

Procedeu-se os ajustes no roteiro de entrevista e no questionário de acordo com as sugestões recebidas, obtendo-se, assim, uma segunda versão dos instrumentos.

De posse da segunda versão, procedeu-se a aplicação piloto dos instrumentos. O questionário foi enviado a dois gestores de CAPSij não participantes do estudo. Já o roteiro de entrevista semiestruturada foi utilizado junto a dois familiares de adolescentes que vivenciaram situações de crise e que não fizeram parte da amostra de participantes desse estudo.

Após as aplicações, os devidos ajustes foram realizados e se obteve, então, a versão final dos instrumentos.

3.5.3. Localização dos participantes e contato com as unidades

Conforme orientação recebida, após a autorização para o início da pesquisa pela Coordenadoria Regional de Saúde (CRS), a pesquisadora entrou em contato com cada um dos CAPSij da região.

Todos os seis CAPSij dessa CRS participaram do estudo respondendo ao questionário dos gestores. Destes, quatro CAPSij viabilizaram também a realização das entrevistas com os familiares. Vale esclarecer que, para a etapa de entrevistas com os familiares, um CAPSij não aceitou participar, o outro CAPSij foi excluído, uma vez que a pesquisadora desse estudo é também gestora desse equipamento.

A pesquisadora primeiramente entrou em contato com os gestores dos seis CAPSij⁵ solicitando endereço de correio eletrônico para envio do questionário e do TCLE. Para os quatro CAPSij que participaram da etapa de entrevistas com os familiares, a pesquisadora agendou um horário com a equipe técnica para apresentação da pesquisa e dos critérios de participação dos sujeitos de pesquisa.

⁵ Na primeira etapa, foi realizado o envio do questionário aos gestores dos 6 CAPSij. Em um dos CAPSij o questionário foi preenchido por um dos membros do Colegiado de Gestão da unidade, uma vez que a gestora é também a pesquisadora desse estudo.

3.6. Coleta dos dados

3.6.1. Gestores

Todos os serviços participantes já haviam recebido uma cópia do projeto para análise da viabilidade de participação no estudo por correio eletrônico, dessa forma já conheciam a proposta do estudo e a pesquisadora responsável.

Após um primeiro contato, foi enviado o questionário e o TCLE a todos os gestores, contendo todas as orientações referentes ao preenchimento.

Sugeriu-se aos gestores que a sessão II do questionário fosse preenchida conjuntamente com a equipe técnica do serviço.

3.6.2. Familiares

Em relação aos quatro CAPSij que participaram da etapa de entrevista com os familiares, a pesquisadora agendou primeiramente uma reunião com a equipe técnica de cada CAPSij a fim de apresentar a pesquisa. Foi solicitado aos técnicos dos serviços, durante este encontro, que indicassem os familiares que poderiam participar do estudo, conforme os critérios de participação estabelecidos - familiares que tenham vivenciado duas ou mais situações de crise e que tenham vínculo de cuidado com a criança ou o adolescente.

Assim, as indicações dos familiares foram feitas pela própria equipe técnica de cada um dos CAPSij, que também fez o primeiro contato informando sobre a pesquisa e verificando o interesse do familiar em participar.

Após indicar o interesse, a pesquisadora agendou um encontro presencial com os familiares para apresentar os objetivos da pesquisa e o TCLE e, assim, dar seguimento a realização das entrevistas.

Foram realizadas três entrevistas em cada um dos CAPSij, sendo que em um dos serviços foi necessária a realização de quatro entrevistas, pois um dos familiares indicado pela equipe não cumpria o critério de participação relacionado a vivência de mais de duas crises.

Conforme indica Lefvre e Lefevre (2010), a seleção dos sujeitos deve possibilitar que as diferentes opiniões existentes sobre o problema pesquisado surjam do universo das entrevistas. Na composição da população o pesquisador deve considerar diversos fatores, como idade, escolaridade, nível socioeconômico, entre outros.

Ainda que os familiares tenham sido indicados, considerou-se no decorrer das entrevistas, uma amostra de sujeitos que garantisse o surgimento de diferentes ideias sobre o tema. Para tal, foram ponderados os seguintes fatores: participação de familiares de serviços diferentes; grau de parentesco, idade e escolaridade do familiar; condição socioeconômica das famílias; e idade e tempo de acompanhamento da criança ou adolescente no CAPSij. Além dos critérios elencados, salienta-se que para a viabilidade desse estudo, a escolha do número de participantes também respeitou o tempo de duração desse mestrado.

As entrevistas com os familiares foram realizadas nos próprios CAPSij em que as crianças e adolescentes eram atendidos e duraram, em média, uma hora; variando de trinta minutos a duas horas. Todos os familiares indicados pela equipe técnica aceitaram participar da entrevista.

3.7. Análise dos Dados

Os dados obtidos pelos questionários foram analisados por meio da etapa de Categorização da técnica de Análise de Conteúdo (BARDIN, 2016). Foram utilizadas categorias *a posteriori*, elaboradas após a coleta de dados. A Análise de Conteúdo pode ser aplicada em diversos discursos e formas de comunicação e tem o objetivo de sistematizar e descrever os conteúdos das mensagens, permitindo a compreensão das características, estruturas ou modelos que se encontram integrados ao conteúdo manifesto.

Já para os dados obtidos nas entrevistas com os familiares, foi utilizado o Discurso do Sujeito Coletivo - DSC (LEFEVRE; LEFEVRE, 2010). Trata-se de um método de análise no qual são construídos blocos de discursos redigidos na primeira pessoa do singular, compostos por trechos de falas de diferentes sujeitos, que apresentam os mesmos sentidos e significados sobre o tema.

O método DSC fundamenta-se na Teoria das Representações Sociais, que considera as representações sociais como entidades comunitárias internalizadas, incorporadas pelos indivíduos e vividas por eles como suas, considerando que “a sociedade é constituída por um plano simbólico que pode ser configurado como um sistema de crenças compartilhadas que permitem a comunicação ou troca de sentidos entre seus membros conferindo-lhe coesão” (JODELET, 1989 *apud* LEFEVRE; LEFEVRE, 2010, p. 21).

O DSC consiste num conjunto de instrumentos destinados a dar luz às representações sociais. Dessa forma, os DSCs ou depoimentos coletivos são constructos confeccionados com

estratos literais do conteúdo mais significativo dos diferentes depoimentos que apresentam sentidos semelhantes.

O método faz uso dos seguintes operadores: Expressões-chave (ECH), Ideias Centrais (IC), Ancoragem (AC) e Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), que estão descritos a seguir. A título de ilustração, o uso do método, no presente estudo, encontra-se exemplificado no APÊNDICE H.

As Expressões-chave (ECH) são trechos do discurso, que revelam a essência do depoimento e expressam a opinião do sujeito. Já as Ideias Centrais (IC) são nomes ou expressões linguísticas que revelam e descrevem de maneira mais sintética e precisa o sentido das ECH de cada um dos discursos analisados. A Ancoragem (AC) nem sempre está presente no discurso e é uma expressão de uma determinada teoria ou ideologia que se encontra embutida no discurso como se fosse uma afirmação como qualquer outra. O Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) é uma reunião num só discurso-síntese, redigidos na primeira pessoa do singular, das ECHs que possuem a mesma IC ou AC (LEFEVRE; LEFEVRE, 2010).

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e a discussão do presente estudo serão apresentados a partir de quatro dimensões onde se busca viabilizar a interlocução entre os resultados advindos da participação dos gestores dos CAPSij e das entrevistas com os familiares.

Dimensão I – Contextos de inserção e o cotidiano dos adolescentes e familiares;

Dimensão II – A vivência familiar das situações de crise;

Dimensão III – A atenção à crise nos CAPSij;

Dimensão IV – As situações de crises e a Rede Ampliada de Atenção à SMIJ

4.1. Dimensão I - Contextos de inserção e o cotidiano dos adolescentes e familiares

Apresentam-se a seguir a caracterização das famílias participantes do estudo e o reconhecimento do cotidiano de adolescentes que vivenciam situações de crise.

Serão apresentadas informações relativas à composição familiar, condição socioeconômica e condições de trabalho e renda dos familiares, além da rotina, contextos de inserção, relações sociais e inclusão escolar dos adolescentes⁶ focalizados no presente estudo.

4.1.1. Condição socioeconômica das famílias

A seguir, serão apresentados os resultados que caracterizam a condição socioeconômica das famílias participantes do estudo.

O quadro 4 apresenta a renda familiar e o acesso a benefícios governamentais, além de configurar a composição familiar e a condição de moradia.

⁶ Como os usuários focalizados no estudo possuem de 11 a 19 anos, convencionou-se considerá-los adolescentes, baseado nos parâmetros da WHO (2002) que estabelece como adolescentes todas as pessoas com idade entre 10 e 19 anos. Porém, vale ressaltar que a história das crises se iniciou na infância, o que possibilitou que o estudo também apresentasse alguns aspectos que envolvem a vivência das crises nessa faixa etária.

Quadro 4 - Condição socioeconômica das famílias

Participantes	Renda familiar	Benefícios	Composição familiar	Moradia
1	1 a 2 salários mínimos.	BPC/LOAS*	Mãe, 33 anos; avó, 55 anos; marido da avó, 40 anos; tio, 30 anos; adolescente, 14 anos.	Própria
2	Menos de 1 salário mínimo.	Não	Mãe, 40 anos; irmão, 16 anos; irmão, 9 anos; adolescente, 13 anos.	Própria
3	1 salário mínimo.	Não	Pai, 48 anos; irmão, 23 anos; irmã, 22 anos; adolescente, 15 anos**.	Própria
4	2 a 3 salários mínimos.	Não	Mãe, 43 anos; pai, 45 anos; adolescentes 17 anos.	Própria
5	2 a 3 salários mínimos.	Isenção tarifária de transporte	Mãe, 46 anos; pai, 51 anos; irmã, 19 anos; adolescente com 16 anos.	Própria
6	1 salário mínimo.	BPC/LOAS e Isenção tarifária de transporte	Mãe, 47 anos; pai, 50 anos; irmão, 30 anos; irmã, 24 anos; irmão, 19 anos; adolescente, 13 anos.	Própria
7	1 salário mínimo.	BPC/LOAS e Isenção tarifária de transporte	Mãe, 48 anos; adolescente, 12 anos.	Própria
8	1 a 2 salários mínimos.	Não	Mãe, 50 anos; padrasto, 52 anos; irmão, 21 anos; irmão, 10 anos; adolescente, 17 anos.	Própria
9	Mais de 4 salários mínimos.	Isenção tarifária de transporte	Mãe, 54 anos; pai, 54 anos; irmão, 20 anos; irmã, 15 anos; adolescente, 17 anos.	Própria
10	1 salário mínimo.	BPC/LOAS e Isenção tarifária de transporte	Avó 53 anos; avó, 55 anos; tio, 23 anos; adolescente, 11 anos.	Própria
11	2 a 3 salários mínimos.	Não	Mãe 57 anos; pai, 63 anos; irmão, 21 anos; adolescente, 17 anos.	Alugada
12	Mais de 4 salários mínimos.	Não	Avó, 65 anos; Avó, 72 anos; adolescente, 18 anos.	Própria

* Benefício de Prestação Continuada, garantido pela Lei Orgânica da Assistência Social.

**Mãe: participante do estudo, não reside na mesma casa.

A partir das informações apresentadas no quadro 4, observa-se que a renda familiar varia de menos de um salário mínimo a mais de quatro salários mínimos. Dentre as doze famílias participantes, sete declararam receber de um a dois salários mínimos e uma família declarou renda menor que um salário mínimo. Quatro famílias referiram receber o Benefício de Prestação Continuada (BPC/LOAS) e seis, o benefício de isenção tarifária de transporte.

A maioria dos participantes (onze) reside em imóvel próprio. Em relação à composição familiar, seis das doze famílias são compostas por famílias nucleares (mãe, pai e filhos), duas são configuradas apenas pela presença da mãe e filhos, uma pela presença de pai e filhos e três famílias são compostas por integrantes da família extensa (avós e tios).

Os resultados encontrados seguem a mesma direção do estudo realizado por Reis (et al., 2012), no qual foram analisados prontuários de CAPSij do estado de São Paulo, a fim de traçar um perfil sócio demográfico dos usuários. O estudo revelou que 45% dos usuários viviam com a mãe e o pai, 28,7% moravam somente com a mãe, 24,3% com outros e apenas 2% somente com o pai. Apesar de quase metade dos prontuários não apresentarem dados sobre moradia, os dados remanescentes indicaram que 38,6% dos usuários moravam em imóveis próprios.

No quadro 5, a seguir, apresentam-se informações sobre a situação de trabalho dos familiares participantes do estudo.

Quadro 5 - Condições de trabalho dos familiares

Participantes	Grau de parentesco	Trabalha?	Vínculo empregatício	Quanto tempo sem trabalhar?
1	Mãe	Não	_____	12 anos - "desde que descobri que ele é especial"
2	Mãe	Não	_____	8 meses sem trabalho informal, e 15 anos sem trabalho formal.
3	Mãe	Sim	Contrato de trabalho (CLT)	_____
4	Pai	Afastado	_____	1 ano
5	Mãe	Sim	Autônomo	8 anos sem trabalho formal - "desde que minha filha ficou ruim"
6	Mãe	Não	_____	13 anos - "desde que meu filho nasceu"
7	Mãe	Sim	Autônomo	_____
8	Mãe	Sim	Contrato de trabalho (CLT)	_____
9	Mãe	Aposentada	_____	3 anos
10	Avó	Não	_____	12 anos - "desde que comecei a cuidar dele"
11	Mãe	Aposentada	_____	8 anos
12	Avó	Aposentada	_____	5 anos

A partir do quadro 5, observa-se que dos doze participantes do estudo, nove são mães, duas são avós e um é pai. Compreende-se que tal resultado está relacionado ao lugar social de cuidadora que a mulher ocupa nas famílias. Um lugar determinado sócio culturalmente, que é transmitido de geração em geração por legados como tradição, dedicação, abnegação, educação e obrigação moral (NEVES; CABRAL, 2008).

O estudo de Reis (et al., 2012) evidenciou resultado similar ao identificar que os principais cuidadores de crianças e adolescentes usuários de CAPSij eram, em sua maioria, mães, 56,9%, seguidos das avós com 7,8%. Já os pais foram identificados em apenas 2,5% dos casos.

Além de apontar o lugar de cuidadora que a mulher ocupa em famílias que convivem com o sofrimento psíquico, outros estudos evidenciam também as mais variadas sobrecargas a que estão expostas essas mulheres (COLLARES, 2010; PEGORARO; CALDANA, 2006; CAVALHERI, 2010; PEGORARO; CALDANA, 2008b; DOMBI-BARBOSA, 2009).

Os resultados do presente estudo indicam sobre o impacto da função de cuidador nas possibilidades de trabalho dos participantes. Observa-se que apenas quatro dos familiares trabalham, alguns informam que pararam de trabalhar após o nascimento ou descoberta do adoecimento do filho. Esta condição é reforçada por Melman (2001) ao apontar que, frequentemente, um familiar precisa exercer o papel de cuidador da pessoa adoecida, o que impossibilita seu acesso ao trabalho. O DSC, a seguir, exemplifica esse impacto:

“Eu trabalhava, eu era independente, a gente tinha um pequeno comércio e, era eu que tocava. Eu tive que largar tudo. Eu parei com a minha vida para cuidar dele. Então, mudou muita coisa.”

A impossibilidade de o familiar cuidador trabalhar influencia na renda familiar e impacta diretamente nas condições familiares de cuidado dos adolescentes, como evidenciado nos DSC's a seguir:

“Eu gostaria muito de poder estar trabalhando, fazer um “bico”, se eu pudesse fazer os meus bolinhos isso me ajudaria mais ainda, seria uma renda também pra mim e pra ela”.

“Se tivesse um local que a gente pudesse deixar ela de manhã e buscase à tarde isso podia fazer desenrolar mais o serviço. Devido o tempo que a gente fica com ela a gente fica sem conquistar alguns benefícios”.

“O que me ajudaria seria a renda porque a gente não tem tanto dinheiro e, eu tenho mais filhos. Porque eu penso que deve estar faltando alguma coisa que ela queira, eu queria dar, para ela não se sentir excluída, mas eu não posso nesse momento. Vamos supor, se eu por o aparelho ela vai se sentir melhor perante as meninas da idade dela, porque hoje em dia todas elas têm aparelho, todas elas tingem o cabelo e todas elas querem usar aquele short”.

Em consonância aos resultados encontrados, outros estudos também evidenciaram as dificuldades financeiras enfrentadas pelas famílias de pessoas em sofrimento psíquico, representadas pela impossibilidade de vínculo empregatício para familiares que exercem o papel de cuidador (CAVALHERI, 2010), além da presença de sobrecarga financeira em famílias que convivem com essa realidade (PEGORARO; CALDANA, 2006; BORBA; SHWARTZ; KANTORSKI, 2008).

4.1.2. Rotina

Para melhor compreensão sobre a rotina dos adolescentes, apresenta-se o quadro a seguir, construído a partir das informações fornecidas pelos familiares participantes do estudo.

Quadro 6 - Rotina dos adolescentes

Participantes	Rotina	Frequenta a escola?
1	CAPS, escola e casa.	Sim
2	Ele fica em casa sem sair, anda de um lado pra o outro, não fala com ninguém e fica se masturbando. Frequenta o CAPS 2 vezes por semana	Sim
3	Fica na cama deitado, joga vídeo game e vai ao CAPS 1 vez por semana. Tem começado a sair um pouco de casa.	Não, 3 anos sem frequentar.
4	Acorda, toma café, assiste à televisão e brinca com o cachorro. Tem ajudado a lavar a louça. Frequenta o CAPS 2 vezes por semana.	Não, 3 anos sem frequentar.
5	Vai para a escola à tarde. Em casa assiste TV e cozinha. Frequenta o CAPS 3 vezes por semana.	Sim
6	Frequenta 2 escolas, escola regular e SAAI - 2 vezes por semana, frequenta o CAPS 2 vezes por semana, o restante do tempo fica em casa. Tem noites que não dorme devido à presença de alucinações.	Sim
7	Vem ao CAPS 3 vezes por semana, durante 2 horas. 2 vezes por semana vai à escola, mãe acompanha e fica aguardando. Os outros espaços não aceitam o adolescente.	Sim, apenas 2 dias por semana.
8	Acorda tarde. Às vezes, fica o dia inteiro dormindo. Quando a mãe chega do trabalho toma o café da tarde e toma banho. Fica escutando música e olhando no espelho. Não sai de casa.	Não, parou de ir este ano.
9	Acorda, toma banho, mãe leva no ponto de ônibus, vai sozinho para a escola de ônibus. Volta para casa às 14h, almoça. Vai ao CAPS 2 vezes na semana, faz aula de teclado 1 vez por semana, quando fica em casa desce para jogar bola no prédio.	Sim
10	De manhã vai para escola, porém não gosta de ir. A tarde fica em casa no <i>tablet</i> . Frequenta o CAPS 1 vez por semana.	Sim
11	Está trabalhando, é muito independente. Antes de trabalhar fazia teatro, circo e frequentava a Casa de Cultura.	Sim
12	Em casa fica no computador e vídeo game, dorme o dia todo e a noite fica acordado até tarde. Frequenta o CAPS 1 vez por semana.	Não, 2 anos sem frequentar.

Observa-se no quadro 6, que a maioria dos adolescentes tem sua rotina restrita à casa, ao CAPSij e a escola, apontando um empobrecimento do cotidiano vivenciado por esses adolescentes. Observa-se também que quatro dos doze adolescentes encontram-se fora da escola. Devido à importância do contexto escolar para a população infantojuvenil, as questões referentes a esse tema serão apresentadas à frente no item 4.1.4.

O impacto e os prejuízos no cotidiano de adolescentes, que vivenciaram situações de crises, revelado no presente estudo, também foram identificados por Pereira, Sá e Miranda (2017). As autoras apontam que a vivência das situações de crise representou importantes perdas na vida e na rotina dos adolescentes, como a desvinculação com a escola e com os amigos.

Outro ponto a ser destacado é a função que o CAPSij tem na rotina dos adolescentes, sendo, em alguns casos, seu único contexto de inserção. Tal resultado também foi identificado no estudo realizado por Fernandes e Matsukura (2015), o qual aponta que a maior parte dos adolescentes indicaram os profissionais do CAPSij como pertencentes a sua rede de suporte social, reforçando que esse equipamento é um dos raros, senão únicos, contextos de inserção desses jovens.

O estudo de Salles (2011), apesar de estar relacionado à população adulta, também apontou o CAPS como um importante contexto de interação social e ampliação de contatos dos usuários. Já os profissionais do CAPS foram destacados pela sua importância em diversas funções de suas redes sociais, como compreensão, estímulo e apoio emocional, regulação social e compartilhamento de informações.

O cotidiano limitado dos adolescentes, revelado pelo presente estudo, reforça a importância do CAPSij como espaço de convivência e sua potencial função na organização e ampliação desse cotidiano; por meio de oportunidades de trocas, mediação das relações, circulação social e apropriação dos recursos do território.

4.1.3. Contextos de inserção e relações sociais

Abaixo serão apresentadas informações sobre as relações sociais e os contextos de inserção dos adolescentes, para além dos espaços citados anteriormente, que já compõe a sua rotina, como a casa, o CAPSij e a escola.

Quadro 7 - Contextos de inserção e relações sociais

Participantes	Contextos de inserção	Amigos	Sai com amigos ou familiares?
1	Igreja, às vezes shopping e casa de parentes	"No começo não tinha porque as pessoas tem medo de se envolver com ele devido ele ser agressivo. Agora ele já tem amigos, tanto na escola como fora"	"não, eu não confio, ele sai mais comigo"
2	"muito difícil, eu evito sair"	"não"	"não, apenas nas férias de dezembro ele vai à casa da vó"
3	Às vezes casa de parentes	"só os primos"	Apenas com os familiares
4	Às vezes casa de parente e praia 1 vez ao ano	"tem uma amiga que ela conversa mais"	Apenas com os familiares
5	Igreja, casa de parentes e lanchonete	"na escola tem só 2 amigas, e as primas"	Apenas com os familiares
6	Nenhum	"não"	Apenas com os familiares
7	Às vezes casa de parentes	"não tem porque ele não se dá com ninguém"	"com ninguém, porque ninguém quer levar ele"
8	Reuniões do budismo, casa de parentes, shopping, e parque	"não porque ela não se encaixa. Ela é muito tímida, esse ano ela foi com uma menina aqui do CAPS numa balada".	"ela sai só comigo"
9	Igreja, casa de parentes, cinema e parque	"ele falou que na escola tem 2 ou 3, mas é difícil ele fazer amizade"	Apenas com os familiares
10	Igreja	"não, ele brinca só com a irmãzinha dele"	"Às vezes com a mãe dele"
11	Baladas, bibliotecas, livrarias, Casa de Cultura	"tem 2 amigas que frequentam lá em casa"	"Sai. Antes de namorar ela saia muito"
12	Casa de parentes e mercado	"tinha muitos amigos, mas na hora da doença os amigos tudo sai fora, hoje tem só primos que vão lá e o enteado do meu filho que faz companhia pra ele"	"Às vezes ele vai em alguma festinha com a mãe"

Os resultados do quadro 7 revelam uma limitação nos contextos de inserção desses adolescentes, o que acarreta em um empobrecimento de suas relações e possibilidades de trocas. Quase a totalidade dos adolescentes sai apenas com familiares e sete dos doze adolescentes não tem amigos. A maioria dos participantes frequenta casa de parentes e igreja. Apenas uma adolescente apresenta um repertório social mais ampliado, como esperado para essa faixa etária.

Tais resultados informam que esses adolescentes participam, sobretudo, da vida familiar, restringindo seus espaços de convivência e inserção e conseqüentemente suas possibilidades de se desenvolver plenamente. Conforme afirma Vicentin (2006), nenhuma criança ou adolescente pode crescer e se desenvolver sem ter assegurados laços sociais em torno de si.

Complementarmente aos resultados apresentados no Quadro 7, os DSCs a seguir informam sobre os contextos de inserção e relações sociais dos adolescentes e das famílias participantes do estudo.

“A minha vida é assim, eu saio muito pouco. Porque se eu saio e vou para casa de alguém as pessoas já são meio ignorantes, não aceitam. Então, eu prefiro ficar em casa de boa com ele ou às vezes levar pra uma praça onde eu moro, ele brinca um pouquinho ali sozinho e daqui a pouco senta do meu lado. Se eu sou chamada pra algum aniversário ou para uma festa, aí eu não vou, porque eu vou ter que ficar prestando atenção nele, ele vai começar a brigar com alguém, ele pode atacar, ele começa a pegar os restos de comida que as pessoas vão deixando no lixo, ele olha vai e pega e come; então as pessoas olham e as pessoas não entendem. A gente não pode sair pra muito lugar.”

“O que ajudaria é eu conseguir o meu benefício do LOAS. Ajudaria muito. Porque ai daria para pagar um curso para ela, uma academia que ela quer ir. Eu não tenho como.”

“Aqui no CAPS ele se socializa com as pessoas, conversa com as pessoas porque ele gosta muito de conversar, isso ajuda bastante ele. Ele também se distrai com as outras crianças, eu acho que porque são tudo igual a ele, então, ninguém vê com outros olhos. Ele fala: “Eu tenho meus amigos, mas é lá no CAPS e no SAAI [Sala de Apoio e Acompanhamento à Inclusão]”, ele fala que na escola ele não tem amigos”.

Os DSCs expressam que as famílias também possuem seus contextos de inserção reduzidos devido a convivência com o sofrimento psíquico, além de reforçar a importância do CAPSij como espaço de convivência e inserção e apontar a necessidade de garantia aos benefícios governamentais, como forma de possibilitar o acesso a recursos que ampliem o repertório social desses adolescentes.

Observa-se que os resultados encontrados dialogam com Fontes (2007) ao problematizar que pessoas em sofrimento psíquico apresentam uma redução dos campos de sociabilidade primária (amizade, família, vizinhos) e secundária (ONGs, igrejas, associações de apoio) e ao reforçar que a inclusão do campo institucional, no cotidiano dessas pessoas, torna-se significativa.

Tal reflexão pode ser evidenciada pelos resultados apresentados nos DSCs, ao apontar a importância do CAPSij como espaço de convivência, socialização e constituição de relações de amizade.

Esses resultados são reforçados pelo estudo de Fernandes e Matsukura (2015), o qual identificou que os contextos de inserção e as relações sociais de adolescentes em sofrimento psíquico são muito reduzidos e que o CAPSij é um dos únicos espaços onde relacionamentos mais efetivos se concretizam; exemplificado pelo suporte fornecido pelos profissionais e pelas relações de amizade com outros usuários do serviço.

Os DSCs ilustram ainda os prejuízos nas relações sociais vivenciadas pelas famílias participantes da pesquisa, o que também pode ser evidenciado no estudo de Navarini e Hirdes (2008). Em relação a isso, Melman (2001) aponta que a distância entre a família e o corpo social pode ser motivada pela vergonha, cansaço ou frustração, levando a ausência em festas e eventos e a diminuição do número de visitas a amigos e parentes. Situações essas, que podem ser observadas por meio dos resultados apresentados.

As considerações apontadas revelam a fragilidade em que se constituem os contextos de inserção e as relações sociais de adolescentes que vivenciam situações de crise e de suas famílias; apontando a necessidade de avanços no cuidado ofertado a essa população, a fim de equacionar essa cascata de prejuízos.

A esse respeito vale ressaltar, conforme aponta Vicentin (2006), que a rede de danos que trama o sofrimento psíquico de crianças e adolescentes é ampla, dessa forma os contextos e as redes sociais são essenciais na configuração dos destinos dados a essa população (VICENTIN, 2006).

Uma das formas de perceber os avanços da inclusão social das pessoas em sofrimento psíquico é conhecendo como se dão as relações sociais em seus círculos próximos e também na comunidade (SALLES, 2011).

Dessa forma, os resultados do presente estudo apontam uma fragilidade na inclusão social desses adolescentes, revelando a necessidade de investimento no trabalho territorial realizado pelos CAPSij como forma de ampliar a contratualidade, os contextos de inserção e as relações sociais desses indivíduos, revertendo a lógica de exclusão social em que se encontram inseridos.

O território é uma das noções mais importantes no campo de trabalho da saúde mental, pois se configura como o lugar psicossocial do sujeito, tecido por instâncias pessoais e

institucionais que atravessam sua experiência, incluindo sua casa, a escola, a igreja, o clube, a lanchonete, o cinema, a praça, a casa dos colegas e os serviços de saúde (BRASIL, 2005).

Dessa maneira, cabe a todos os atores envolvidos com essa população, assim como os CAPSij, a tarefa de extrapolar os campos institucionais e reconhecer na comunidade os recursos e os apoios que podem ser ativados, a fim de possibilitar o processo de inclusão de crianças e adolescentes e a reconstrução de cotidianos já tão fragilizados pela vivência do sofrimento psíquico.

4.1.4. Escola

Conforme informado anteriormente, quatro dos doze participantes se encontram em situação de abandono escolar, sendo assim, os DSCs apresentados a seguir aprofundam a compreensão sobre o processo de inclusão e exclusão escolar vivenciado pelos adolescentes, complementando os resultados do presente estudo.

“Na verdade, não tem muito proveito. É mais para a socialização. Não aprendeu nada. Ele vai por ir porque ele não sabe nada, nem entende muito. Não aprende nem ler e nem escrever. Aí, ele chega na escola e deixam ele lá no canto e lá ele fica. Eles não dão muita atenção, vai passando de qualquer jeito, é desde o quarto ano assim, e vem passando, passando.”

“A médica falou que tinha que levar pra escola, no começo ele ia muito bem, bem assim, a professora ficava sempre em cima, ensinava, vinha coisa no caderno. Agora, não. Eu perguntei o que você fez hoje? “Nada”!” Eu olho no caderno e vejo risco é tudo riscado. Eu escrevi pra professora e perguntei por que estava daquele jeito? Ele vai pra escola pra fazer o quê? Ela me mandou outro bilhete me falando que ele vai pra escola, mas quando ele não quer fazer as coisas, a gente não insiste. Falou que dava um gibi e alguma coisa e, ele ficava vendo. Eu falei, levanta às seis horas pra ir à escola pra não fazer nada. E agora a doutora falou que tá errado e que ele não é um abajur pra ficar dentro da escola. Foi isso que eu também achei. Eu estou levando a carta pra falar com eles, que ele precisa de uma coordenadora com ele dentro da sala. Amanhã, eu vou ver se resolvo isso.”

“Ele não tem amigos. Ele fala que todo mundo ri, zomba, xinga ele e ninguém quer brincar com ele. Ele tá desinteressado também, ele não quer mais ir. Ele sempre sofreu bullying. Ele sofria bullying e tinha medo de falar, pegavam o material, o lanche dele, aí depois ele foi falando aos pouquinhos. Só nesse ano ele voltou a estudar porque não estava acompanhando, ele estava sofrendo. Ele chegava sempre angustiado, triste... Depois ele foi falando aos poucos. Fulano falou isso, pegou o meu material e, ele não reagia. Na época da crise, ele ficou um tempo sem ir pra escola e o professor perguntou por que ele não estava indo, falei que ele estava sofrendo bullying e ele não queria ir.”

“No ano passado, ela não queria ir mais pra escola, as meninas isolaram ela completamente. Só melhorou depois que a psicóloga do CAPS foi lá e conversou com a coordenadora sobre o problema que ela tem.”

“Ela ia pra escola e ficava isolada, foi até o final do ano assim. Ela diz que não se sente bem na escola, porque ela acha que ela é excluída pelo jeito dela ser. Ela começou a cortar relacionamento com todas as amigas, começou a se isolar. “Ah porque eu não gosto de ir para a escola porque as meninas ficam me olhando de lado, elas querem me excluir””.

“Se ele se adaptasse mais nessa primeira escola iria ser bom pra ele. Porque ele chega nervoso e irritado. Para mim não adianta, o dia fica difícil, ele chuta as coisas ele fala: “Eu não vou mais pra essa escola”! Todo mundo me olha feio, todo mundo não gosta de mim, eu não vou mais! Eu não gosto da professora!” Ele fica o dia inteiro assim, eu não tenho como fazer as coisas dentro de casa porque eu tenho que ficar de olho nele. Porque ele vai e pega a faca, ele mexe em fogo. Se ele se adaptasse, ia dormir, ia descansar, mas nem isso ele consegue fazer de tão irritado que ele chega da escola.”

“Eu tenho duas sobrinhas da idade dela e uma delas estudava na mesma sala que ela e comentou para uma menina que ela tomava remédio, eu falei pra ela “por que você falou que ela toma remédio”? Você magoou ela, porque ela não se chama “Toma remédio” ela tem nome e se ela toma remédio é para melhoria dela”. Depois outras meninas ficaram tirando barato enquanto ela dançava, aí, depois disso, ela entrou em crise. E, eu percebo que ela entrou em crise quando ela não quer levantar da cama, não quer sair para lugar nenhum, não quer comer.”

“Ele não frequenta a escola porque diz que tem coisa na cabeça. “Ai me sinto mal”! Alguma coisa que fica em mim, sabe vó? Fica falando faz isso faz isso! Não! Não faz isso!- Ele diz: - Tem um negócio na minha cabeça que não me deixa quieto!”

“Eu já fico cansada porque a escola dá mais pedrada ainda. Porque fala assim: “A gente não tem condições de ficar com ele aqui, dá muito trabalho, porque a gente quer um acompanhante terapêutico” e, isso nunca aconteceu e nem vai acontecer. Eu que fico com ele na escola, euzinha que fico!”

“É uma historia bem longa. Como nós mudamos e têm cinco anos que nós estamos morando nessa casa agora, aí nós arrumamos uma vaga para ela numa escola e devido aos problemas que ela tem, ela parece que quebrou a escola todinha, bateu no professor, ela causou. Aí pediram para transferi-la de escola para ver se ela melhorava. Ela foi para outra escola, aí chegou lá, causou a mesma coisa e pior ainda. Aí, ela foi convidada a se retirar da escola.”

Os DSCs revelam o sofrimento e a exclusão vivenciados por adolescentes em sofrimento psíquico no contexto escolar. Os resultados evidenciam dificuldades relacionadas ao processo de aprendizagem deficitário, socialização, *bullying*, estigma social e expulsão escolar.

Observa-se que as situações de crise e o agravamento dos sintomas são apontados como os principais motivos que levam os adolescentes ao afastamento escolar. Os resultados encontrados dialogam com o estudo de Fernandes e Matsukura (2015), no qual a maior parte dos adolescentes encontrava-se desvinculada da escola, dos treze adolescentes apenas seis frequentavam a escola e sete já haviam reprovado de ano. Dentre os motivos apontados, encontrava-se desde dificuldades em acompanhar os conteúdos formais até a impossibilidade de permanecer na escola em função do sofrimento psíquico.

Entretanto, os resultados também permitem refletir que a própria permanência na escola é marcada por sofrimento, e que os problemas vivenciados no contexto escolar são anteriores às rupturas ocasionadas pelas situações de crise.

Não obstante o direito à educação esteja preconizado a todas as crianças e adolescentes (BRASIL, 1990), vale ressaltar que é preciso garantir muito além do acesso à

instituição escolar, é preciso viabilizar oportunidades reais de aprendizagem e socialização a todos, inclusive aos que se encontram em condição de sofrimento psíquico.

Acredita-se que um dos dificultadores do processo de inclusão escolar de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico seja a ausência da explicitação desta população nas políticas públicas de educação inclusiva brasileiras, reforçando ainda mais a exclusão vivenciada e reduzindo os recursos de enfrentamento para transformação dessa realidade.

Ainda que o Brasil conte com um conjunto de leis (BRASIL, 2008; BRASIL, 2010) que garantam estratégias de apoio à inclusão para crianças e adolescentes com necessidades educacionais especiais, os transtornos mentais não são explicitamente incluídos nessa categoria, com exceção dos transtornos globais do desenvolvimento. Apesar de a educação trabalhar sob o prisma da educação inclusiva, os documentos norteadores pouco se debruçam sobre a temática do sofrimento psíquico, ampliando ainda mais as barreiras enfrentadas (TAÑO; HAYASHI, 2015).

A escola constitui o lugar social da criança e do adolescente, seu *lócus* de desenvolvimento social, cognitivo e afetivo, de cidadania e participação social. Espaço de potência para articulação de novas formas de sociabilidade, modos de viver, estar e participar do mundo (SOUZA, 2010; REIS et al, 2012).

Considerando a importância da escola para o desenvolvimento pleno de crianças e adolescentes, ressalta-se que qualquer exclusão relacionada a este espaço configura-se como uma grave situação. No presente estudo, quatro dos doze adolescentes encontram-se fora da escola e os que frequentam, evidenciam as fragilidades dessa inclusão.

De acordo com estudo de Reis (et al., 2012), 84,7% dos usuários de CAPSij frequentavam escolas regulares de ensino, contudo, os autores apontam que o fato de estarem inseridos em escolas regulares não implica qualidade ou um processo de inclusão social propriamente dito.

O presente estudo fornece elementos sobre esses aspectos, revelando que as escolas não têm conseguido alcançar os objetivos da inclusão escolar para esta população, tornando-se fonte de sofrimento e exclusão.

O estudo de Taño (2017) reforça esse achado, ao apresentar que os coordenadores de CAPSij, destacaram as escolas como produtoras de mecanismos de exclusão (exigência de laudos e diagnósticos, rigidez institucional, entre outros). Por outro lado, a autora assinala que o trabalho entre educação e saúde mental tem a potência de facilitar o acesso e a sustentação

das crianças e adolescentes no ambiente escolar, reforçando a importância de se criar estratégias que sustentem e ampliem a participação social desses sujeitos.

A partir da perspectiva de Saraceno (2001), o processo de reabilitação ocorre em três eixos, sobre os quais se constrói o aumento do poder contratual das pessoas em sofrimento psíquico: habitat (casa), trocar as identidades (rede social), produzir e trocar as mercadorias e valores (trabalho). Transpondo tais conceitos para a população infantojuvenil, é possível considerar que o eixo trabalho tem correspondência com a escola, que deveria se constituir como espaço de trocas sociais.

Além da fundamental relevância do direito à oportunidade de aprendizado e permanência neste espaço social, acredita-se que a escola deva compor e desempenhar papel central no processo reabilitativo de crianças e adolescentes, visto que potencialmente pode aumentar as oportunidades de troca de recursos e de afetos, possibilitando um efeito “habilitador”. Para Saraceno (2001), é somente no interior da dinâmica das trocas materiais e afetivas que é possível tecer uma rede de negociação que, articulada e flexível, aumenta a participação e a contratualidade real dos sujeitos.

Dessa maneira, é urgente que as políticas públicas sejam efetivadas, de forma a garantir os direitos de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico a frequentar a escola regular, com qualidade de recursos e possibilidades de aprendizado, buscando alternativas que sustentem sua permanência na instituição, envolvendo todos os atores sociais implicados nesse processo. Além disso, é necessário desenvolver estratégias capazes de possibilitar o aumento da participação social e da contratualidade e a redução do sofrimento e da exclusão vivenciados no contexto escolar (FERNANDES; MATSUKURA, 2015; TAÑO, 2017).

4.2. Dimensão II – A vivência familiar das situações de crise

Serão apresentados nesta dimensão os resultados referentes à caracterização das situações de crise dos adolescentes focalizados no estudo, a vivência familiar das situações de crise, abordando os impactos e mudanças, a compreensão sobre a crise, os sentimentos das famílias e a identificação do suporte social referido pelos familiares participantes do estudo.

4.2.1. Caracterizando as situações de crise

O quadro a seguir, apresenta informações referentes aos usuários focalizados no estudo, a idade da primeira crise, os serviços acessados na ocasião da primeira crise, além de informar sobre o número de crises e internações.

Quadro 8 - Informações sobre crises e internações

Participantes/ idade atual/ gênero	Idade da 1ª crise	Serviços em que buscou ajuda na 1ª crise	Caracterização das crises * pelos familiares	Nº de crises	Nº de internações
Participante 1 - 14 anos Gênero masculino	3 anos	Hospital Infantil, CAPS	Agressividade e agitação	Muitas vezes	Nunca foi internado
Participante 2 - 13 anos Gênero masculino	10, 11 anos	SAMU	Agressividade	4 vezes	Nunca foi internado
Participante 3 - 15 anos Gênero masculino	13 anos	Clínico particular	Isolamento	Muitas vezes	Nunca foi internado
Participante 4 - 17 anos Gênero feminino	11 anos	UBS	Evasões de casa	Muitas vezes	2 internações, aos 11 anos e aos 12 anos.
Participante 5 - 16 anos Gênero feminino	8 anos	Convênio e UBS	Tentativas de suicídio	4 vezes	4 internações
Participante 6 - 13 anos Gênero masculino	4 anos	Hospital Geral (Pronto-Socorro)	Psicóticas	Muitas vezes	Nunca foi internado, teve apenas passagens pelo Pronto Socorro.
Participante 7 - 12 anos Gênero masculino	8 anos	Hospital Geral (Pronto-Socorro)	Agressividade	Muitas vezes	4 internações, entre os 6 e 8 anos. Diversas passagens pelo Pronto Socorro
Participante 8 - 17 anos Gênero feminino	12 anos	UBS e CAPS	Agressividade	Muitas vezes	Nunca foi internado
Participante 9 - 17 anos Gênero masculino	15 anos	CAPS	Ansiedade e Psicótica	Ansiedade, muitas vezes e Psicótica, 1 vez.	Nunca foi internado, aos 16 anos teve uma passagem pelo Pronto Socorro.
Participante 10 - 11 anos Gênero masculino	11 meses de idade	UBS e Hospital Geral	Psicóticas com agressividade	5 vezes	2 internações, aos 4 anos e aos 7 anos.
Participante 11 - 17 anos Gênero feminino	13 anos	Hospital Geral (Pronto-Socorro)	Depressão e tentativas de suicídio	Depressão, muitas vezes e tentativas de suicídio, 4 vezes.	1 internação aos 13 anos e passagens Pronto Socorro
Participante 12 - 18 anos Gênero masculino	15 anos	CAPS	Psicóticas	Muitas vezes	1 internação aos 15 anos

*As crises de agressividade aqui relatadas referem-se às crises graves que envolvem risco de vida a si e a outros.

Observa-se, a partir do quadro 8, que sete dos doze familiares participantes não conseguem referir o número de crises dos adolescentes, uma vez que já ocorreram diversas vezes, indicando o grau de intensidade do sofrimento, a gravidade e complexidade dos casos. A repetição ou continuidade das crises também faz refletir sobre eficácia das intervenções

ofertadas assim como a necessidade de ações mais precoces e efetivas que possam conter ou atenuar a cascata de danos e sofrimento que parece impor-se neste percurso.

Em relação às internações, seis dos doze adolescentes já foram internados e tiveram de uma a quatro internações ao longo da vida. Seis adolescentes nunca foram internados e desses, dois tiveram passagens pelo Pronto-Socorro. Entre os serviços mais procurados na primeira crise estão: Hospital Geral, UBS e CAPS.

Outra questão levantada pelos resultados refere-se à precocidade dos casos e a repetição da estratégia de internação ao longo da vida dessas crianças e adolescentes. Observa-se que os dois participantes mais novos (11 e 12 anos) tiveram de duas a quatro internações. O participante 7 já havia vivenciado quatro internações aos 8 anos de idade e o participante 5 já havia vivenciado duas internações aos 7 anos de idade. Os resultados revelam a precocidade com que se apresenta o sofrimento psíquico grave em crianças e adolescentes, reforçando a importância de políticas públicas, recursos e investimentos para essa população (WHO, 2005).

O repetido número de internações em idade tão tenra chama atenção, considerando que um dos principais objetivos do serviço CAPS e de toda a RAPS é reduzir e evitar as internações. Esses resultados permitem refletir a presença de uma possível fragilidade em relação ao cuidado que tem sido ofertado aos usuários que se encontram em situações de crise.

A busca pelas internações também aponta a reflexão sobre a efetividade da rede. Compreender como esse processo de busca de ajuda se dá é uma oportunidade de avaliar as fragilidades da rede e propor estratégias que respondam as necessidades decorrentes das situações de crise.

Reforçando tais considerações, Ramos, Guimarães e Enders (2011) avaliaram o contexto de reinternações psiquiátricas de pessoas em sofrimento psíquico e identificaram que a falta de resolutividade e efetividade da rede de saúde mental estava diretamente relacionada a esse fenômeno, reforçando a necessidade de articulação para a consolidação dos avanços e enfrentamento dos novos desafios produzidos pela Reforma Psiquiátrica.

Vale ressaltar que, não obstante, todas as internações aqui apresentadas tenham se dado em Hospitais Gerais, outros estudos têm apontado que, apesar dos avanços da Reforma Psiquiátrica Brasileira, crianças e adolescentes ainda são internados em Hospitais Psiquiátricos (BLINKSTEIN; VICENTIN, 2016; BRAGA; D'OLIVEIRA, 2015; SCISLESKI; MARASCHIN; SILVA, 2008).

Tais estudos discutem o lugar que essas internações ocupam, visto que, muitas vezes, não são acionadas em situações de crise, mas por baixa cobertura de serviços de saúde em alguns municípios e por processos judiciais ancorados na periculosidade e na “psiquiatrização” de questões sociais.

Para Foucault (2000) a classificação como doença mental encobre processos sociais que discriminam a pobreza e o desinvestimento da sociedade, produzindo uma espécie de não existência desses sujeitos.

Esses estudos, assim como o presente estudo reforçam o quanto ainda há de luta em prol de um cuidado em liberdade e de base territorial e substitutiva para crianças e adolescentes.

Outro resultado relevante apresentado pelo presente estudo refere-se ao lugar que o Hospital Geral ocupa, especialmente na atenção à primeira crise de crianças e adolescentes, configurando-se como um dos principais equipamentos acionados pelas famílias nessas situações. Resultado semelhante foi encontrado por Pereira, Sá e Miranda (2014) que investigaram sobre itinerários terapêuticos de doze adolescentes em situação de crise, revelando que o Hospital Geral teve um papel central nessa atenção.

Com isso problematiza-se a seguinte questão, por mais que a Reforma Psiquiátrica preconize os CAPS como serviços de acolhimento à crise, o hospital ainda assume, no imaginário social, o lugar de cura. Amarante (2007) discute que isso se deve a um processo social complexo que envolve as seguintes dimensões no campo da saúde mental: teórico-conceitual, técnico-assistencial, jurídico-legal e sociocultural.

Para o autor, a Reforma Psiquiátrica propõe uma transformação da dimensão teórico-conceitual ao romper com o saber psiquiátrico e colocar a doença entre parênteses, tornando os sujeitos visíveis assim como os problemas concretos de seu cotidiano. Para responder a essa complexidade que se coloca, faz-se necessário que a dimensão técnico-assistencial seja transformada, através de serviços que possibilitem lugares de acolhimento e cuidado, trocas sociais, sociabilidade e produção de subjetividades.

A dimensão jurídico-política está relacionada à revisão de toda a legislação e a dimensão sociocultural as mudanças de mentalidades, atitudes e relações sociais, a partir do envolvimento de toda sociedade, objetivando provocar o imaginário social a refletir sobre o tema da loucura, da doença mental e dos hospitais psiquiátricos.

A partir do exposto reflete-se sobre a importância dos serviços CAPS protagonizarem ações que possibilitem transformações nesse processo social complexo, que configura a

atenção à crise no território, primeiramente se afirmando como protagonistas desse cuidado, mobilizando ações comunitárias e em rede que problematizem o lugar social da loucura e do hospital e apostando que é possível sustentar esse cuidado com estratégias que respeitem as singularidades, fortaleçam vínculos e preservem de rupturas o cotidiano desses usuários.

4.2.2. Primeira crise

Os DSCs, a seguir, abordam sobre a primeira crise dos adolescentes a partir da perspectiva dos familiares participantes do estudo.

“Na primeira ela estava em casa, na época eu trabalhava e quando eu cheguei ela estava desmaiada lá no chão. Ela disse que começou a chorar depressiva, e que queria relaxar, foi lá e tomou a cartela toda de remédio e foi deitar. A sorte é que o meu marido estava em casa e viu ela com o corpo todo pinicando, espumando, estrebuchando, aí levamos ela para o hospital.”

“Eu nem sei dizer... Foi de repente que ele se isolou mesmo. Foram vários e ficou mais grave. Ele fica em casa na cama enrolado, não olha pra você, quando ele está fora daqui ele não olha no teu olho, fica com um pano coberto direto, se saísse no banheiro tinha que usar a blusa assim cobrindo as mãos, cobrindo o rosto e, de cabeça baixa. Ele quer se esconder, não gosta de estar no meio do povo. Ele ficou assim pelo que as crianças da escola falaram pra ele e, ele botou isso na cabeça. Agora ele se sente feio por mais que ele não seja. E de repente ele se isolou mesmo, não queria ir mais pra escola.”

“No começo, o meu marido falava, eu acho que ele não tem nada. “Não é isso”! Ele não tem isso! Ele vai melhorar, ele vai sarar Ele não tem nada!”. “Quando que eu iria pensar que meu filho iria ter esse problema?”. Foi difícil pra meus filhos também, eles mesmos falavam: “Não é nada ele vai melhorar! É uma fase mãe”. Meu marido só chorava, não acreditava, não queria aceitar quando a médica citou a esquizofrenia.”

“De 8 para 9 anos, começou a escutar vozes, dizia que estava sendo perseguido na rua, todo mundo estava perseguindo até mesmo a gente, ficava bravo comigo, cismava comigo, falava que a gente estava xingando ele, falando mal dele, “Eu estou vendo! Eu estou ouvindo”. Aí não queria comer da minha comida, parou de se alimentar, falou que eu estava

tentando envenenar a comida dele com maldade. Quando ele começou com essas histórias, eu pensei: o negócio é mais sério do que eu pensava!”.

Os resultados apresentados apontam a primeira crise como algo inesperado, sem explicação, que vem de repente e que gera graves rupturas na vida e no cotidiano dos adolescentes.

No estudo de Pereira, Sá e Miranda (2017), as primeiras crises também foram vividas como um susto, uma surpresa pelos familiares. A partir das contribuições de René Kaës, as autoras apontam que embora as crises apareçam de forma imprevisível, suas causas e origens, assim como sua solução estariam desenhadas na história passada, assim como no grupal e no cultural, reforçando o conceito de indissociabilidade entre as dimensões singulares e coletivas da crise.

Tomando como base os resultados de Pereira, Sá e Miranda (2017), é possível identificar no primeiro DSC o que as autoras nomearam de negação da crise, um processo de defesa frente à instabilidade e ao sofrimento que a mesma suscita. O recorte a seguir apresenta uma experiência de negação da crise, observada pela forma como o familiar se refere a uma tentativa de suicídio: *“Ela disse que começou a chorar depressiva, e que queria relaxar, foi lá e tomou a cartela toda de remédio e foi deitar”.*

Na mesma direção, buscando dialogar com o estudo de Pereira, Sá e Miranda (2017), ao qual a crise foi associada a fatores externos sendo justificada por questões espirituais; problemas na escola e medicações, o segundo DSC também parece buscar uma causa externa para a ocorrência da primeira crise, ao apontar que: *“Ele ficou assim pelo que as crianças da escola falaram pra ele”.*

O DSC a seguir, apresenta a primeira crise como algo incompreendido pelos familiares.

“Na primeira, eu nem sabia o que estava acontecendo com ela, a gente não sabia se realmente era uma crise, parecia que ela era outra pessoa, e como era criança não dava pra saber, os médicos internavam faziam tudo que era exame e não achava nada. Mas agora de grande você sabe que é uma crise porque você já tem experiência. Você sabe o que é. Eu consigo perceber quando ela está em crise. Eu percebo que ela tem essa dificuldade e, é difícil para ela também ser assim.”

Além de apresentar a primeira crise como incompreensível, os resultados apontam também a importância do conhecimento como um recurso para lidar com as situações de conflito. Apresenta-se, a seguir, outro DSC que informa sobre a importância do conhecimento e da orientação na qualificação do cuidado ofertado pelos familiares.

“O CAPS ajudou bastante... no começo da crise em como saber lidar, quando ele tá muito agitado a gente corre pra cá ou leva para o hospital, eu não entendia muito essas coisas. Eu não entendia dele esquecer, dele se jogar, querer me bater. Isso daí que eles ajudaram, essas orientações que eles deram de como eu tinha que lidar com ele. Porque no começo era bem difícil. Se eu entrava no ônibus o motorista me fazia descer. Eu não podia pegar o Metrô com ele, eu tinha que descer porque ele não ficava. Eles foram conversando com ele e me orientando como que eu tinha que fazer. Quando ele tivesse assim bem agitado era para conversar com ele, não gritar, procurar entender porque ele estava daquele jeito.”

Observa-se a importância do trabalho de orientação aos familiares, desde a primeira crise, a fim de instrumentalizar as famílias a compreenderem o que são as situações de crise e os possíveis manejos e recursos que podem ser acionados para esse cuidado.

Estes resultados são reforçados por Cabral e Chaves (2005), que, ao focar em familiares de usuários adultos em primeiro episódio psicótico, avaliaram o conhecimento antes e após a intervenção familiar, evidenciando que a maioria dos familiares consideraram ter pouco ou nenhum conhecimento sobre o transtorno e o tratamento e apresentavam como seu maior desejo “saber como agir” ou “como lidar” com o familiar adoecido, provavelmente direcionado à necessidade de gerenciamento da situação de crise diante de uma situação nunca antes vivenciada.

Alguns estudos, ainda que não considerem as situações de crise e que abordem a população adulta, também assinalam a importância do conhecimento e da orientação para as famílias como forma de auxiliar nas dificuldades vivenciadas e na redução do sofrimento (DIMENSTEIN et al., 2010; NAVARINI; HIRDES. 2008).

No estudo de Dimenstein (et al., 2010) ao serem indagados sobre as dificuldades enfrentadas para prestar o cuidado, os familiares apontaram a falta de conhecimento específico sobre o transtorno mental. Já no estudo de Nararini e Hirdes (2008) as famílias demonstraram necessidade de conhecimento sobre a doença, seus sintomas e efeitos, o que possibilitou o enfrentamento das situações com mais segurança e menos consternação.

Os resultados apresentados, tanto pelo presente estudo quanto pelos estudos supracitados, evidenciam a importância e a necessidade de intervenções organizadas às famílias pelos serviços, que foquem na orientação e na informação. Conforme aponta Cavalheri (2010), famílias informadas, orientadas e acolhidas são capazes de aumentar sua capacidade de continência e desenvolver habilidades, tornando a convivência com o sofrimento psíquico menos árdua.

4.2.3. Crise mais marcante

Os DSCs, a seguir, apresentam a crise mais marcante e as razões pelas quais foi elencada dessa maneira pelos familiares.

“Então, foi a primeira crise porque eu não sabia como reagir, eu pensava que iria perder ele. Naquele momento, acabou com o meu chão. Ele ficou escutando vozes, com medo, me agredia muito, me batia, me xingava demais, me humilhava bastante, dizia que ia bater em todo mundo. Um menino de 8 para 9 anos lutando com cinco pessoas derrubando a gente no chão de tanta força e bem magrinho, então, isso eu não esqueço. Essa parte eu não esqueço.”

“Quando ela tentou se matar, foi assim silencioso e me chamou muita atenção por causa da morte, do medo. Tanto a primeira quanto a segunda. Porque a primeira eu ainda chorei, falei, conversei porque eu acreditava que ela não ia mais tentar. Ela pediu desculpa, chorou e chorou, “Mãe, me perdoa, eu nunca mais vou fazer isso! Eu tenho que buscar um tratamento”. Agora na segunda foi a que me chocou. Foi aí que eu falei: Não meu Deus, eu tenho que ir procurar ajuda porque não é possível porque não vai ter uma terceira. Primeira assim, a segunda, a terceira já é fatal. Eu fiquei com medo de perdê-la.”

“A que ele tentou matar o irmão. Ele pegou o menor de 9 anos, a gente não conseguia tirar ele do pescoço, o menino já estava ficando roxo. Eu fiquei desesperada. Porque ele foi direto na garganta do irmão. Não é porque você já tá acostumada, mas é que me chamou muito atenção por causa da morte, do medo. Aí eu vi que eu não podia sair, que eu não podia deixar sozinho. Entendeu?”

“Ah! Já teve tantas que nem dá. Foram muitas. Tem vez que ele pega, se eu deixo coisa lá em casa fácil, muitas vezes, ele quer pegar a faca e correr lá pra fora. Eu moro em prédio é cheio de crianças lá fora. É o maior perigo. Porque tipo assim, se crescer desse jeito... ele é muito perigoso.”

“Quando ela fugiu de casa que a gente não sabia onde ela estava. Ficou quase 20 dias sem notícia. A gente fica em choque. E teve outra vez também que ela saiu do meu prédio de pé no chão. Abriu o portão e saiu para rua e voltou depois de cinco horas. Eu estava pensando que ela estava no quarto. Ela tinha saído, ela saiu de pé no chão e voltou umas sete horas da noite. Eu falei assim: Eu vou fazer só a oração, o que eu posso fazer? Aí, ela voltou e o pé dela cheio de bolha.”

A partir dos DSCs, observa-se que as crises que mais marcaram os familiares envolviam medo, risco de vida, violência e desaparecimento; situações de extrema gravidade que apresentam a realidade sofrida de famílias que convivem com situações de crise.

Apesar de se debruçar sobre a vivência de familiares de adultos, a literatura reforça os achados do presente estudo ao apontar que a convivência da família com a pessoa em sofrimento psíquico é marcada por um sentimento de insegurança e desconforto diante da imprevisibilidade de seu comportamento, em especial nas crises, durante as quais os familiares convivem com a expectativa de que algo súbito possa acontecer a qualquer momento (COLVERO; IDE; ROLIM, 2004; NASI; STUMM; HILDEBRANT, 2004).

Observa-se que um tema bastante presente nos discursos dos familiares, ao se referirem à crise mais marcante é a relação entre risco, agressividade e crise. Esta discussão será apresentada juntamente com outros DSCs, no item 4.2.4, a seguir, que aprofunda sobre a compreensão dessas situações.

4.2.4. Agressividade e risco

Os DSCs, a seguir, apresentam situações de crise que evidenciam a relação entre crise, agressividade e risco.

“Ele quebra tudo, ele joga as coisas na parede, o que ele tiver na mão de perigoso ele joga na gente, se ele tiver com alguma ferramenta, uma faca, qualquer coisa que ele tenha dentro de casa, ele vem pra cima. Ele fica muito agressivo e outra, ele não te obedece, ele

não te escuta, você fala com ele e, ele começa a gritar, “Fica quieto, fica quieto. Cala a boca! Eu não quero ouvir.” As crises dele acontecem sempre que ele é contrariado, esses dias ele queria comer e eu ainda estava fazendo comida, aí ele começou a andar de um lado para o outro, até então, eu não sabia, eu não identificava. Hoje quando eu vejo a pupila dele dilatar eu já faço um gesto para o meu filho mais velho, pra gente já ficar esperto porque ali ele pega o que tá na mão ele joga ou ele bate a cabeça na parede, ele esmurra a parede, ele vai esganar o meu filho mais novo, ele vem com a faca e vai pra cima. Ele começa a chutar a cama, é uma força descomunal. Não é meu filho, aquilo é qualquer coisa, mas não é o meu filho.”

“No começo foi muito difícil. Muito difícil até ele ficar internado. Ele se jogava no chão, queria pegar a faca. Por isso, as facas em casa é tudo escondido para já evitar, né?”

“As primeiras quando ele começou a ter ele não agredia. E agora ele agride. Era um pouco mais fácil. Falava que tinha os bichos, a gente matava e fazia que colocava no saquinho, ele jogava e ficava olhando e se acalmava, mas agora ele agride. Agride fisicamente. Agride de machucar, se ele morder ele arranca um pedaço. E agora tá mais difícil as crises dele do que antigamente. Ele era pequeno dava pra pegar no colo, eu segurava, agora não, eu não consigo mais.”

“Quando dá a crise, ele já acorda irritado, vê gente, ele fala que tem gente andando com ele, ele vê vultos, ele vê coisas que não aconteceu. Se eu saio com ele nas ruas, ele fala que as pessoas tá rindo dele, quer ir pra cima, xinga em voz alta. Já aconteceu de uma mulher me chutar porque ele xingou a mulher dentro do ônibus e a mulher veio pra cima de mim, eu explicando pra ela e ela não quis saber. E se eu bobear ele me agride também, puxa meu cabelo, me dá mordida e soco. Fico com medo, mas não demonstro. Ele é bem agressivo. Eu peguei um cachorro pra ele, no começo ele cuidava, agora ele pisa no cachorro, marretou o rabo do cachorro, quer matar o cachorro, aconteceu a mesma coisa com o passarinho e a tartaruga. Até os cachorros da rua ele não tem medo vai pra cima e chuta.”

“Quando acordava ele estava em cima da gente, a gente acordava assustado e já falando que ia matar a gente que ia matar a família. Ele ficou sem dormir, escutando vozes, a gente estava vendo mudança, ele já estava ficando com o olho fundo, um ar assim estranho

de gente com ódio. Um dia do nada ele estava tomando café, jogou o café no chão e começou a morder a irmã dele, machucou ela, rasgou a roupa dela todinha, ninguém entendeu, depois que passou tudo ele falou, “o homem mandou fazer isso!, ele falou bate nela e joga café nela! Eu fui fazer mãe”. Eu chorei muito, eu falei pra ele: Filho, isso não existe, “Tem sim! Tem porque ele fala comigo.””

“Ele perdeu completamente a mente. Ele não falava coisa com coisa, ele não reconhecia ninguém. Ele foi na caixa de força e queria colocar a mão lá dentro, só deu tempo de eu pegar ele e jogar no sofá, aí, ele começou a ficar agressivo, ele me dava chute, me dava murro e, eu não estava aguentando segurar. Aí, meu marido veio e amarrou ele todinho no lençol, eles explicam que tem que amarrar. E ele fica irreconhecível, não dorme, não come. É difícil.”

Os DSCs apresentam o risco de vida, de violência e de agressividade que as situações de crise envolvem, sendo identificadas, também, pelo estranhamento que comportamentos e sintomas causam nos familiares participantes do estudo.

Estes resultados vão ao encontro do estudo de Pereira, Sá e Miranda (2017) que aponta que as narrativas sobre crise, tanto dos familiares quanto dos adolescentes, são marcadas por momentos difíceis, que envolvem violência, agressividade e estranhamento.

Os resultados do presente estudo também apresentam as estratégias utilizadas pelas famílias para lidar com as situações de crise, como solicitar ajuda de outro familiar, não expressar o medo que sentem, esconder objetos de risco, segurar ou amarrar o adolescente, chamar a ambulância, entre outros.

Observa-se que estas estratégias estão relacionadas a situações que envolvem risco para si e para o outro, dando elementos que contribuem com a discussão sobre o lugar que as emergências psiquiátricas ocupam nas situações de crise.

Considerando a definição de emergências psiquiátricas, verifica-se que muitas das situações informadas pelas famílias relacionam-se ao apontado por Del-Ben (et al., 2017). Para os autores as emergências psiquiátricas são alterações agudas do pensamento, do humor, do comportamento ou das relações sociais que requerem uma intervenção médica imediata, devido à possibilidade de evolução rápida para um resultado deletério como sofrimento psíquico significativo, perda da autonomia, comprometimento do papel social e risco potencial ou evidente à integridade psíquica e física do indivíduo ou de outras pessoas.

Prosseguindo na reflexão sobre o lugar que a agressividade ocupa nas situações de crise relatadas pelos familiares do presente estudo, Scivoletto, Boarati e Turkiewicz (2010) apontam que o comportamento agressivo é a principal causa de atendimento psiquiátrico emergencial na infância e adolescência, sendo apresentado como um sinal pouco específico que pode ser resultado de reagudização de um transtorno pré-existente ou de uma primeira crise.

Não obstante se considere a relação entre emergências psiquiátricas e situações de crise, cabe ressaltar que não são sinônimos e que a forma de compreender cada uma dessas situações influenciará nas estratégias de cuidado ofertadas.

Jansens (et al. 2013) apontam que o conceito de emergência psiquiátrica está relacionado a uma ameaça à vida que exige uma resposta imediata de preservação. Já a crise não se configura como uma ameaça à vida, porém exige um cuidado imediato que envolva todos os atores e apoios pessoais da criança e do adolescente, a fim de evitar maiores prejuízos.

Reflete-se que as emergências psiquiátricas limitam as ações de cuidado ao campo da saúde colocando suas intervenções nos domínios do saber psiquiátrico. Muito diferente do que é proposto no cuidado à crise, no qual as ações não se restringem ao campo da saúde, envolvendo os contextos e as relações dos sujeitos.

Essa diferenciação é importante, pois possibilita refletir em qual campo de ação os CAPSij têm focado suas ações às situações de crise, no campo psiquiátrico ou no campo comunitário. Como um serviço de saúde mental comunitário é fundamental que os CAPSij ampliem o olhar e os recursos de cuidado à crise, propondo, conforme afirma Dimenstein (2007), uma ética de cuidado de atenção urgente da pessoa em crise que subjete a crise e a desloque dos limites diagnósticos.

4.2.5. Compreendendo as crises pela ótica dos familiares

Os DSCs a seguir apresentam a compreensão dos familiares sobre as situações de crise dos adolescentes.

“Eu entendo que é devido o problema que ele já tem. Ele não faz porque ele quer. Eu compreendo que ele ainda está doente, está num tratamento de doença da mente. A gente sabe que tem um problema e que a gente tem que procurar entender e procurar uma ação para a gente poder acalmar ele. A médica explica que quando dá à crise ele escuta alguma

coisa sussurrar no ouvido dele, ele vê alguma coisa e, é onde ele faz o que aquela voz está mandando. Ela explicou que a esquizofrenia é isso. Ele faz o que ele ouve, não é por ele. Ele pode está tranquilo assistindo, mas aquela voz vem no ouvido dele e a primeira pessoa que ele vê vai pra cima. É assim que eu entendo.”

“Eu entendo que ela está presa dentro dela. É uma coisa que é dentro dela e que ela não consegue controlar. Eu olhando para ela, eu sinto que ela não consegue controlar os impulsos dela e que se eu não entender isso, quem vai entender? Então, eu entendendo, eu consigo proteger ela. Proteger dela mesma porque de repente quando ela está em crise, eu tenho que tomar cuidado com uma faca, uma tesoura ou com a chave da porta, porque ela pode fazer alguma coisa com ela mesma.”

“Eu ainda não entendo, às vezes fico perguntando pra mim mesma, mas por que aconteceu tudo isso? Eu gostaria de obter uma resposta e não encontro... Inclusive depois que ele teve essa crise aí, eu não passei ele com o neuro pra fazer uma tomografia, seria bom? Eu não entendo porque dá isso no ser humano, ele estava bom não tinha como acontecer isso. Eu pergunto pra ele: filho o que deu em você que toda vez está se coçando? e ele fala que não lembra. Eu não sei o que ele tem, o processo que ele tá. Porque é do nada que dá. Ele tá bem, daqui a pouco não. Aí a gente não consegue entender nada, mas tem que tentar entender.”

“Antigamente a pessoa tinha um familiar assim e já jogava para lá e se tornava um adulto sem cura, ia para o manicômio, ficava lá a vida inteira e lá morria. Hoje não, hoje a mente tem cura, é como uma doença qualquer... Tudo bem que não há cura, mas tem um acompanhamento e para o resto da vida. Outras pessoas que estão na fase da adolescência, eu acredito que tenha cura quando chega na fase adulta. Eu tenho pesquisado que até os 19, 20 anos o cérebro ainda está em formação, o cérebro do adolescente vai mudando. Ela tendo um tratamento na infância e na adolescência, provavelmente ela vai ser uma adulta saudável. Eu acredito.”

Os DSCs apontam que alguns familiares compreendem a crise como inerente ao sofrimento psíquico, como algo incontrolável que merece ser entendido e aceito pelos familiares, como forma de prestar apoio e proteção. Apresentam também a angústia em não

entender por que as crises ocorrem, além de expressarem a esperança numa possibilidade de cura, de encerramento dessa situação.

Observa-se nos resultados apresentados que os familiares vivem um intenso sofrimento, ao lidarem a todo tempo com um fenômeno inexplicável, incontrolável e imprevisível que é o das crises.

Ainda que não focalizem as situações de crise, outros estudos também apontam como é para os familiares conviver e significar o sofrimento psíquico de seus entes. Colvero, Ide e Rolim (2004) entrevistaram familiares de usuários de um CAPS Adulto e identificaram que, não obstante a doença mental faça parte da vida cotidiana, é ao mesmo tempo um fenômeno pouco compreendido e aceito, não sendo possível explicar ou associar a algo já conhecido ou já vivenciado por esses familiares. Assim como identificado no presente estudo, as falas desses familiares também estavam carregadas de receios, dúvidas e fragilidades.

A esperança de cura abordada em um dos DSCs é uma expectativa compreensível, visto às intensas situações relatadas por esses familiares, que pode ser entendida como uma maneira de lidar com o sofrimento gerado por uma condição tão devastadora como as crises de um filho adolescente.

Tal resultado aponta a importância que o tema da cura seja abordado com as famílias dos serviços, a fim de que seu significado possa ser problematizado.

A esperança de cura foi encontrada e abordada em outros estudos. Collares (2010) identificou que a esperança de cura relatada pelos familiares, de usuários de CAPSij, estava relacionada à dificuldade em aceitar que seu filho sofre de uma patologia que necessita de cuidados por um tempo que não é possível determinar. Já no estudo de Colvero (2002) sentimentos contrastantes como esperança e desesperança em relação à cura estiveram presentes nas falas dos familiares de usuários de CAPS Adulto, indicando a complexidade que é conviver com um familiar em sofrimento psíquico.

Dessa forma, fazem-se necessários espaços de escuta e acolhimento nos serviços, que auxiliem os familiares a ressignificar e compreender essa experiência de sofrimento que a vivência das crises acarreta.

Pereira, Sá e Miranda (2017) apontam a importância de espaços de elaboração das crises, tanto para os adolescentes quanto para os familiares a fim de que essas experiências possam ser incorporadas a suas narrativas de vida e possibilitem novas significações.

4.2.6. Impacto das crises e mudanças na família

A mudança paradigmática ocasionada pela Reforma Psiquiátrica mudou drasticamente o lugar da família no cuidado da pessoa em sofrimento psíquico. No paradigma asilar a família era passiva no tratamento, colocada no lugar de cúmplice do hospital e culpada pela doença de seu familiar. Já no paradigma psicossocial; o entorno social, os contextos de vida e as relações sociais são fatores importantes no processo de atenção, dessa maneira a família passa a desempenhar um papel ativo e participante nesse processo (CAVALHERI, 2010; YASUI; COSTA-ROSA, 2008; SARACENO, 2001).

Ainda que fundamental, importa reconhecer que o imperativo da participação familiar pode trazer sobrecarga aos familiares, que muitas vezes não dispõe dos recursos que necessitam para lidar com as situações que o sofrimento psíquico impõe em seus cotidianos (CAVALHERI, 2010; NAVARIN; HIRDES, 2008; COLVERO; IDE; ROLIM, 2004; PEGORARO; CALDANA, 2008a).

Melman (2001) aponta que o conceito de sobrecarga familiar está relacionado aos encargos econômicos, físicos e emocionais aos quais os familiares estão submetidos e o quanto a convivência com um paciente representa em peso material, subjetivo, organizativo e social.

Os DSCs, a seguir, referem-se ao impacto emocional vivenciado pelas famílias, decorrente da vivência das situações de crise dos adolescentes.

“Não mexe só com ela esse problema mexe com a família inteira. Totalmente. Tem hora que eu penso que estou pior do que minha filha. É verdade. Eu ando chorando muito até que agora, eu aprendi mais a lidar assim com a situação.”

“Ficaram sem saber o que fazer. O meu filho mais velho só chorava. Ele falava: - Mãe, o que a gente vai fazer com ele? Será que vai precisar internar? E se internar ele, mãe? Será que vão maltratar ele lá? - Todo mundo tinha medo de internar, por que dizem que fica um tempão internado e a família nem pode ir.”

“Minha filha ficou quieta, com medo, não soube lidar. O meu filho também ficou com muito medo dele. E como eles dormem no mesmo quarto ele falava: - Tira esse menino daqui porque eu tenho medo dele! - Aí, eu tinha que tirar e colocar no meu quarto.”

Considerando que a crise é caracterizada pela indissociabilidade entre suas dimensões individuais e coletivas (PEREIRA; SÁ; MIRANDA, 2017), observa-se nos resultados apresentados que o sofrimento decorrente das situações de crise se estende a todos os membros da família e trazem impactos em seu cotidiano. Neste estudo, verifica-se que os impactos são representados pelo medo, tristeza, sofrimento e distanciamento.

Os resultados encontrados são reforçados por Melman (2001) ao apontar que a vivência de catástrofe desestrutura as formas habituais de lidar com situações do cotidiano e muitos familiares vivenciam dúvidas e conflitos.

Estes resultados sustentam a compreensão sobre o lugar da família no cuidado em saúde mental: tanto como agente quanto, também, objeto de cuidado.

Os DSCs, a seguir, apresentam as diferentes maneiras, pelas quais as famílias significaram e lidaram com as situações de crise dos adolescentes.

“No comecinho, a irmã não tinha paciência porque achava que era coisa de adolescente, mas depois ela falou: - Mãe, ele precisa de ajuda! - e eu achando que era frescura, a gente foi vendo e ele foi ficando pior, um chorando pra cá e outro pra lá, esse final não foi bom. Meu filho mais velho não consegue acreditar que é uma doença. Para ele é um fingimento, é uma frescura, e se der uma surra nele, isso passa!”

“Eu tenho um irmão que fala que é um espírito que entra dentro dela. Eu falo assim: - Não! Não tem espírito. Isso é uma coisa que tinha que acontecer na vida da minha filha, ninguém pôs isso nela e, como ela não nasceu com isso, um dia, isso vai ter uma calma. - Pode ser que nunca vai ter cura, mas que ela saiba lidar com isso. A gente espera por isso, mas só que sozinha, ela não vai conseguir.”

“A minha mãe tem depressão e com esse negócio do suicídio, ela começou a piorar muito. Meus irmãos também têm essa coisa de suicídio. Então todo mundo ficou muito ‘Ai meu Deus mais um!’.”

“Lida bem, né? Porque A minha irmã tem depressão, então, a minha mãe já cuidava. Então a gente aceitou bem.”

Observa-se, a partir dos DSCs, que a maneira de significar e lidar e com as crises está relacionada ao sistema de crenças, valores e experiências anteriores dos familiares.

Melman (2001) aponta que os aspectos objetivos e subjetivos da vivência familiar são diretamente influenciados pelos valores e representações acerca da doença mental que cada indivíduo possui e que resultam de sua história de vida, seu contexto cultural, social e religioso.

Reforçando os resultados encontrados no presente estudo, Colvero, Ide e Rolim (2004) apontam que os familiares, a partir de seu sistema de valores e de seus critérios culturais, atribuíram diferentes explicações ao comportamento apresentado pelo familiar adoecido, como criança, preguiça, problemas da mente e do espírito. Monteiro (et al., 2006 apud CHAVES, 2007) também identificaram que para lidar e entender o problema de seu parente doente, os familiares elaboraram explicações a partir de seus referenciais culturais.

Considera-se que tão relevante quanto compreender e compartilhar sobre os significados da crise para as famílias, parece ser também a possibilidade de tecer conjuntamente com as mesmas reflexões que possam fornecer elementos para uma significação que também contemple o lugar social da loucura e os parâmetros de norma presentes nessas concepções.

Os DSCs, a seguir, apresentam as mudanças que ocorreram nas famílias, decorrentes das situações de crise dos adolescentes.

“Eu acho que a família ficou mais unida, até o marido, embora tenha umas briguinhas de vez em quando, mas ficou melhor assim. Todo mundo ficou mais unido, até pra sair todos juntos. Que eu me lembre, a gente ia de vez em quando passear todo mundo junto nos parques. Agora, a gente faz com mais frequência.”

“Mudou muito. Pelo menos agora ele vê que está agitado, peço para ele respirar fundo, me ajudar. Aí, ele mesmo vai se controlando.”

“Eu tinha que estar 24 horas com ele, ele não deixava conversar com ninguém. Se chegava alguém na minha casa e começasse a conversar comigo ele começava a bater. Ele batia em mim e batia na pessoa também, gritava e a pessoa tinha que ir embora.”

“Mudou né? Porque a gente tem que ter mais cuidado com as coisas. Faça mesmo, eu não tenho. Eu tenho medo que ela tente fazer alguma coisa com a irmã ou com ela mesma, Eu estou sempre alerta.”

“Ela chorava o dia inteiro, crises diárias. Depois começou a não dormir a noite, toma remédio, querer tentar suicídio, querer fugir de casa... aí a gente também não dorme porque tem que ficar prestando atenção nela à noite inteira...”

Os DSCs apresentam algumas mudanças ocorridas nas famílias após as situações de crise como aumento da união familiar, a busca por estratégias para manejo de alguns comportamentos, restrições das relações sociais e aumento da vigilância a fim de evitar situações que envolvam risco de vida.

Esses resultados indicam que o processo de vivência das situações de crise ao longo do tempo leva a diferentes mudanças na rotina familiar. Dessa forma é importante que os serviços conheçam as diferentes realidades familiares e acompanhem essas mudanças oferecendo o apoio necessário a cada situação.

Esta reflexão é reforçada por Melman (2001) ao apontar que conhecer e reconhecer a realidade das famílias auxilia os profissionais de saúde a sugerirem intervenções que ajudem os familiares na interação e na gestão da vida cotidiana, diminuindo os fatores estressantes desencadeadores de situações de crise e melhorando a qualidade de vida de todas as pessoas envolvidas.

4.2.7. Sentimentos das famílias nas situações de crise

Os DSCs a seguir apresentam os sentimentos dos familiares em relação à vivência das situações de crise.

“Angustiada. Dá uma tristeza muito grande de ver ela desse jeito porque a gente nunca vai imaginar... Então, eu fico muito angustiada. Eu não aguento, machuca muito. Porque se a gente pudesse passar no lugar a gente passaria. Porque é muito angustiante.”

“Na internação, eles também falaram comigo e começaram a falar pra eu sair um pouquinho de perto dela, eu já estava ficando meio abatida. Por que parece assim culpa,

sabe? Por que eu não percebi antes, então... eu me sinto assim... devido eu não ter percebido antes dela tentar o suicídio de tomar remédio. Eu não sabia o que era isso. Eu não sabia.”

“É muito desgastante. A gente não vive a gente vejeta. Trago ela aqui três vezes por semana. É desgastante.”

“Eu me sinto inútil. Eu sinto que eu poderia fazer mais e, eu não tenho condições.”

“Eu fiquei chocada, fiquei uma semana assim lesada, muito pensativa. Eu falava: Meu Deus! Ela tem de tudo, tem amor, tem compreensão, tem eu que sou amiga por que isso? Por que ela tentar isso?”

“Eu fico triste, nenhuma mãe quer viver numa situação dessas. Eu tenho muita dó dele. Eu tento ser muito amiga para poder ajudar, converso tanto com ele... tem dias que eu não consigo fazer nada, eu tenho que passar o dia sentada conversando com ele, chamo ele pra lavar louça comigo, lavar o quintal... Esse dia é um dia bem feliz da vida dele, mas tem dia que ele não consegue fazer nada, mesmo eu convidando ele fala: - Eu não vou! Hoje eu não quero fazer nada com você!”

“É terrível. Eu nunca pensei que eu iria passar por isso. Nossa! quando deu essa última crise nele eu não dormia, eu deixava ele dormir e ficava a noite inteira vigiando, eu tinha medo de dormir e, ele acordar de noite e fazer alguma coisa, de repente se machucar, por que a gente mora no terceiro andar. Eu ficava pensando vai que esse menino pula. Foi terrível esses dias. E de lá para cá, eu não sei o que é mais dormir.”

“Às vezes até eu mesma saio da razão, parece que a minha mente vai dar um bloqueio. Depois que eu comecei a cuidar dele, eu tive vitiligo, eu não tinha. Agora eu até que estou bem mais forte, mas depois que passa tudo aquilo, eu me sinto muito deprimida, bastante. É muito difícil você vê o seu filho naquele estado e você não poder fazer muita coisa por ele. Aí, não dá.”

“Eu tenho vontade de morrer. Eu tenho vontade de matar ele e me matar. Porque eu sei que se eu morrer não vão cuidar dele como eu cuido. Vão internar ele em algum lugar, ele

vai sofrer, vai passar fome, vai ficar todo sujo de fezes, vão jogar água nele, não vão alimentar ele, então, eu penso em matar ele e depois me matar.”

“Você sente... o que a gente pode fazer para mudar isso? Eu que já não tenho nem o meu pai e nem a minha mãe. E, eu sempre fui uma pessoa assim ligada ao meu pai e a minha mãe e nos meus filhos. É difícil falar sobre isso, né? E os meus irmãos também porque na minha casa, só tem eu de mulher. Então, eu sou tipo como se fosse assim, tudo eu que tenho que resolver e, ainda tem a minha filha. No Budismo explica, não é nada por acaso. Ela veio para mudar toda a minha família. Fazer todo mundo se unir um pouco. Isso é o que eu absorvo. Às vezes, as pessoas pensam que tem o poder de mudar as pessoas, mas não podem. Ela é assim e a gente tem que superar e ajudar ela a se encaixar no nosso mundo, não é? Então, eu tenho que superar. Eu e minha família, todo mundo ligado a ela também tem que participar disso.”

“Agora assim, eu falo que estou forte porque se fosse antes, eu chegava e chorava, chorava. Entendeu? Eu chorava muito. Tinha hora que me dava um desespero, E agora eu estou mais assim, mais forte, porque eu vi que ela foi progredindo assim no tratamento.”

“Antes eu não sabia e chorava pra caramba, hoje, eu já sei lidar, e hoje eu falo que sou forte, acredito que tudo isso que estou passando é para me fortalecer, pra me dar força. E eu acho que eu sou forte até demais, viu? Porque não é fácil, não. Tem dia que eu quero esmorecer, mas aí eu peço força: Não! Meu Deus, ela precisa de mim, eu preciso ser forte! Eu vejo que minha filha progrediu, eu estou vendo melhora e é nisso que me apoio, isso me dá força...”

“Eu estou mais calma, porque não adianta, né? querer a risca, porque é o tempo dele, tem que ter paciência porque ele é assim. Ele não vai mudar de uma hora pra outra. Então, eu tenho que ir esperando. Lá em casa todo mundo se limita por causa dele, ninguém briga na frente dele, não se discute, todo mundo poupa um pouco ele, “Vamos ficar mais calmo porque ele está entrando, aí”. Se tem alguém gritando ele já quer ir embora, quando ele está dormindo todo mundo fica mais calmo, ninguém faz bagunça.”

Estes resultados reforçam sobre a dimensão coletiva da crise ao revelar o quanto as situações de crises são vividas e sentidas por todos os membros da família.

A partir dos DSCs é possível revelar essa vivência dos familiares e o elevado grau de sofrimento a que estão expostos, indicado pela presença de cansaço, desgaste, exclusão, stress, insônia, tristeza, angústia, depressão, desejo de morrer, medo, culpa e desespero. Porém, para além, apontam que a vivência familiar das situações de crise proporciona união, força e superação.

Os resultados apresentam um espectro de sentimentos suscitados nos familiares pelas situações de crise dos adolescentes. Observa-se que os familiares encontraram diversas maneiras de lidar com essa difícil vivência, alguns apresentam sinais de um possível sofrimento psíquico, enquanto outros parecem ter buscado apoio e força na família e no tratamento. Vale ressaltar que o potencial transformador da crise, apontado por alguns autores (BLOISE, 1993; FERIGATO; CAMPOS; BALLARIN, 2007; KNOBLOCH, 1998; PEREIRA; SÁ; MIRANDA, 2013) é sugerido apenas por algumas famílias enquanto que para a maioria mostrou-se devastador.

Acredita-se que esse processo só se torna possível com um intenso trabalho de investimento no cuidado, capaz de dispor dos mais variados recursos de apoio, que possibilitem que essa vivência de dor, possa ser sustentada e transformada em potência. Dessa maneira, faz-se necessário que a intensificação do cuidado ofertada pelos serviços aos usuários seja estendida à sua família e rede social, garantindo além do acolhimento e estratégias de cuidado, a ampliação de recursos de fortalecimento e enfrentamento.

Alguns estudos, ainda que não tenham focalizado as situações de crise em adolescentes, revelaram aspectos dos sentimentos suscitados em familiares que convivem com o sofrimento psíquico, como culpa, pena, raiva, medo e tristeza (COLVERO, 2002; NAVARINI; HIRDES, 2008). Acredita-se que a vivência familiar de sofrimento psíquico em crianças e adolescentes seja ainda mais intensa, devido à condição de desenvolvimento em que essa população se encontra, demandando investimentos e adaptações constantes, além da presença de elevado grau de dependência e também da impotência gerada pela presença de um diagnóstico psiquiátrico numa idade tão precoce.

Os resultados apresentados também apontam a sobrecarga emocional a que alguns familiares estão expostos, indicada pelo desgaste e exaustão ocasionados pelo cuidado. Estudos que se debruçaram em compreender a sobrecarga familiar de indivíduos que convivem com o sofrimento psíquico identificaram que essa realidade é permeada por

sentimentos de desespero, ansiedade, preocupação e sofrimento, implicando em conflitos e tensões (BORBA; SCHWARTZ; KANTORSKI, 2008). Evidenciaram também que o sofrimento psíquico mobiliza a família como um todo em seu dia-a-dia e que, buscando dar conta dos comportamentos inesperados do familiar, acabam vivenciando estresse, instabilidade, insegurança e frustração (NAVARINII; HIRDES, 2008). Presença de choro frequente, tensão, preocupação, medo e impotência foram identificados no estudo de Pegoraro e Caldana (2006).

Ainda que não tenham sido perguntados diretamente, quatro dos doze familiares participantes do presente estudo informaram já ter realizado algum tratamento em saúde mental, o que também pode ser observado em algumas falas dos DSCs, como “*eu me sinto muito deprimida*” e “*eu tenho vontade de morrer*”, indicando presença de algum sofrimento psíquico.

O estudo de Pegoraro e Caldana (2008a) também identificou presença de sofrimento psíquico em cuidadores, revelando que, em alguns casos, a sobrecarga do cuidado prestado ao usuário mostrou-se como um desencadeador desse sofrimento.

Alguns DSCs revelam união, força e superação como vivências que sustentam e ressignificam a dolorosa vivência das crises. Navarini e Hirdes (2008) apontam que quando os vínculos familiares se traduzem em união, afeto e solidariedade são combustíveis para enfrentar as dificuldades impostas pela doença.

Os resultados apresentados apontam a intensidade e a diversidade de sentimentos suscitados pelas situações de crise, reforçando a importância da ampliação de ações de cuidado e construção de redes que favoreçam a ressignificação do sofrimento vivenciado por essas famílias.

4.2.8. Suporte social

A presença do suporte social favorece a redução de consequências negativas decorrentes de situações estressoras sobre o bem-estar físico e psicológico, possibilitando com que as pessoas lidem melhor com as adversidades da vida (COHEN; WILLS, 1985).

Segundo Ribeiro (1999) o suporte social pode ser classificado em três níveis: comunitário, redes sociais e relações mais íntimas. O nível comunitário seria responsável pelo sentimento de pertença a um grupo; o nível das redes sociais proporcionaria uma maior aproximação entre as pessoas, favorecendo a formação de vínculos; já os sentimentos de estima, amor e cuidado seriam estabelecidos no nível das relações mais íntimas.

Os familiares, participantes do estudo, informaram sobre quais apoios contam em seu dia-a-dia. Os principais apoios citados foram o apoio familiar e o apoio recebido pela religiosidade e espiritualidade.

A seguir, são apresentados os DSCs que informam sobre o apoio familiar.

“Ele também é um bom pai, graças a Deus! Me ajuda muito. Quando têm as crises ele que me ajuda a tirar.”

“Meu marido tem mais paciência do que eu. Porque ele já percebeu que eu estou muito assim, abalada. Ele ajuda bastante também.”

“Eu sempre fui uma pessoa muito individualista, eu nunca levei problemas meus. Só com uma irmã que eu me abro um pouco mais, mas o meu pai que é muito idoso, eu nunca levei. O meu marido, ele entende porque na família dele tem e, ele acha que tem que procurar mesmo, só que ele deixa nas minhas costas, eu que tenho que tomar as rédeas, ele fica neutro, ele só fica de longe observando. O meu filho fica mais neutro também, ele não dá nenhum tipo de palpite.”

“Eu nem conto com as minhas irmãs, elas querem ficar bem longe do meu filho, elas falam assim: - Eu quero ficar bem longe porque eu não aguento ver as coisas. Ele faz essas coisas com você e você não faz nada. Você leva pra tratamento e cadê o tratamento? O menino tá do mesmo jeito, tá ficando pior. - Então, eu evito até de conversar com as minhas irmãs porque eu escuto tudo isso delas. Eu falo:- Você fala assim porque não é o seu filho que faz isso!”

“Eu e minha esposa já estamos acostumados com a crise. A família não quer nem encostar perto. Porque fala que ele é doido, já não dá mais nem atenção. Quando era pequenininho todo mundo bajulava, quando cresceu e começou a ter crise, todo mundo se afastou. A gente sofre bastante com isso. Não deixam brincar muito com o primo... ele é quase totalmente excluído.”

“Eu quero ter o meu cantinho para não ficar escutando opiniões negativas. Falam que eu não cuido direito, ficam opinando, falam: - Olha coitado dele! Ajuda ele. A culpada é você! Você é que é a culpada dele estar assim! - É só o que eu ouço.”

“É ele que me dá forças, o que me faz viver é ele, porque eu penso muito nele de deixar ele sozinho, e ele sofrer. Ele depende de mim! Eu luto por ele. A mãe ama todos os filhos iguais, mas o que está me fazendo ficar em pé e seguir em frente é meu filho com esse problema. Normalmente quando eu vou cair assim, eu penso que ele vai viver ainda e ele precisa de mim. Ele precisa de mim quando ele está muito em crise, quando ele não está bem pra ficar atrás e sou mais eu... isso me dá forças pra seguir e não cair. Eu fico meio abatida, eu emagreci pra chuchu, mas graças a Deus eu estou firme aqui.”

Os DSCs revelam que a família nuclear apresenta-se como fonte de apoio, em especial na figura do marido. Já a família extensa é pouco identificada como apoio, uma vez que as falas são marcadas pela presença de crítica, culpabilização e distanciamento. Os resultados também apontam que apesar das dificuldades vivenciadas, o próprio filho em sofrimento psíquico é apontado como fonte de suporte para os familiares entrevistados.

Observa-se que o apoio da família nuclear é mais presente que o da família extensa, o que também foi evidenciado no estudo de Collares (2010) o qual identificou que 71% dos familiares de CAPSij informaram completa satisfação com o apoio recebido da família nuclear, já em relação à família extensa apenas 38,9% apontaram essa mesma satisfação. Um significativo apoio em relação à família nuclear também foi encontrado no estudo realizado por Lavall, Olschowsky e Kantorski (2009). A importância da figura do marido enquanto fonte de apoio emocional e de apoio no cuidado com o usuário também foi verificado no estudo de Pegoraro e Caldana (2006).

Dessa forma, os resultados do presente estudo apontam que o apoio familiar tem se mostrado insuficiente frente à complexidade de situações enfrentadas pelas famílias, evidenciando uma fragilidade na rede de suporte social. Sendo assim, compreende-se que o apoio obtido através da religiosidade e da espiritualidade torna-se ainda mais essencial para a significação e enfrentamento do sofrimento vivenciado por essas famílias.

Os DSCs a seguir, revelam a importância desse apoio.

“É Deus, porque se não tivesse Deus era difícil do jeito que eu vi ele ficar foi horrível. É Deus que me fortalece, que me dá força. Eu converso muito com Deus e ele me dá força em tudo até pra aguentar as crises do meu filho. Em momento algum eu me sinto só, tratando do meu filho, eu sei que o Senhor está do meu lado me ajudando... porque não tem ninguém nem mãe, nem filho, nem parente pra gente contar, e se Deus não me der força, o que eu vou fazer? Porque eu não posso baixar a minha cabeça, eu tenho que empurrar o barco pra frente e não deixar que afunde.”

“Eu vou na igreja, a igreja também me ajuda muito, porque a gente busca a palavra e isso dá um conforto pra gente. E a gente nunca está sozinho, a gente vê que não está sozinho.”

“Minha oração e minhas amigas do budismo também me ajudam e me orientam e aí, eu consigo seguir em frente.”

“O que me ajuda bastante são os irmãos da igreja. Eles vão direto na minha casa, eles dão muito apoio para mim.”

“E eu sou uma pessoa de muita fé, todo dia eu faço a minha oração para superar os desafios da vida. A minha fé é inabalável. Muita fé, muita persistência de correr atrás e não deixar a peteca cair. E muita oração. E ela faz comigo porque quando eu faço a oração ela fica comigo ali do lado.”

Os DSCs revelam que religiosidade e espiritualidade se configuram como principal fonte de apoio obtido por esses familiares, possibilitando ressignificar sua experiência de sofrimento, estabelecer redes de relações, sentir que não estão sozinhos e buscar força para seguir em frente.

Resultado similar foi encontrado em estudo realizado por Marques (et al., 2011) no qual familiares cuidadores relataram que a igreja e os grupos de oração são apoios emocionais que aliviam conflitos internos, favorecem a aceitação da situação vivenciada e ajudam a administrar tensões e sofrimentos.

A religião tem um papel potencial na forma de lidar com demandas, perdas e dificuldades internas ou externas, dando sentido ao sofrimento e oferecendo uma variedade de estratégias e métodos de enfrentamento (PARGAMENT, 1997; DALGALARRONDO, 2008).

Baseado nisso, Pargament (1997) apresenta o conceito de *coping* religioso, entendido como um conjunto de procedimentos cognitivos e comportamentais dos quais as pessoas lançam mão perante eventos difíceis ou estressantes da vida.

De acordo com levantamento bibliográfico realizado por Panzini e Bandeira (2007) sobre *coping* religioso, verificou-se que a maioria das pesquisas endossa a associação do envolvimento religioso com maiores níveis de satisfação de vida, bem-estar, senso de propósito e significado da vida, esperança, otimismo, assim como menores índices de ansiedade, depressão e abuso de substâncias.

O *coping* religioso pode ser evidenciado nos resultados do presente estudo, visto que Deus, religião, fé e oração são apresentados pelos familiares como apoios para o enfrentamento e de superação dos desafios da vida, desempenhando papel fundamental na rede de suporte social desses familiares, inclusive em situação de ausência de outros apoios importantes, como é o caso do apoio familiar, além de revelar-se como sustentação às difíceis situações que vivenciam entre elas, as situações de crise dos adolescentes.

4.3. Dimensão III - A atenção à crise nos CAPSij

Nesta dimensão, serão apresentados os resultados referentes à atenção à crise nos CAPSij. Para isso serão expostas informações sobre os atendimentos e encaminhamentos realizados, a compreensão sobre crise, as principais problemáticas, a participação de usuários e familiares, as estratégias de cuidado ofertadas e por fim as potencialidades e dificuldades dos CAPSij para o manejo das situações de crise, que serão complementadas pelos DSCs dos familiares.

A seguir, apresentam-se os resultados que expõe um panorama geral dos atendimentos e encaminhamentos realizados por cada CAPSij participante do estudo.

Quadro 9 - Informações de atendimentos e encaminhamentos dos CAPSij em 2016

Ano 2016	CAPSij A	CAPSij B	CAPSij C	CAPSij D	CAPSij E	CAPSij F
Nº acolhimentos iniciais*/ Nº acolhimentos a usuários egressos de internação	444/ 8	660/ 15	409/ 18	343/ 17	672/ 17	202/ 10
Nº usuários ativos**	390	600	440	484	318	190
Nº encaminhamentos ao Pronto-Socorro	18	2	13	4	0	5
Nº usuários em internação no Hospital Geral***	0	0	15	3	0	0
Nº usuário em acolhimento noturno em CAPSij III	11	74	6	2	0	0
Nº usuários encaminhados a UAij ⁷	0	1	1	0	0	0
Nº procedimentos <i>Atenção às situações de crise</i> ****	451	20.400	360	5	26	0

* Quantidade de usuários que procuraram o serviço.

** Número total de usuários em atendimento no CAPSij no último mês, na ocasião do preenchimento do questionário.

*** Número de usuários encaminhados para internação em leitos de atenção integral à saúde mental no Hospital Geral, via protocolo da Secretaria Municipal de Saúde⁸.

**** Total de procedimentos realizados pelas equipes e registrados no sistema RAAS⁹.

A partir das informações apresentados no Quadro 9, observa-se uma diferença na quantidade de procedimentos, *Atenção às situações de crise*, realizados pelas equipes de CAPSij. Com exceção do CAPSij B, com funcionamento 24 horas, que teria essa diferença justificada, alguns CAPSij apresentaram um número maior desse procedimento, enquanto outros apresentaram esse dado zerado. Tal informação traz o questionamento sobre a não realização dessas ações ou o não lançamento das mesmas no sistema RAAS pelas equipes.

Em complemento a esse questionamento, verifica-se também a ausência de encaminhamentos ao CAPSij III por parte de alguns serviços, apontando reflexões sobre o cuidado que tem sido ofertado, assim como os recursos da RAPS que tem sido

⁷ A Unidade de Acolhimento Infantojuvenil (UAij), instituída pela Portaria nº 121/ 2012 oferece cuidados contínuos de saúde a adolescentes e jovens (de 12 a 18 anos), com funcionamento 24 horas, em ambiente residencial, para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, de ambos os sexos, que apresentem acentuada vulnerabilidade social e/ou familiar e demandem acompanhamento terapêutico e protetivo de caráter transitório por até 6 meses (BRASIL, 2012a).

⁸ De acordo com o *Protocolo que estabelece o fluxo para atenção hospitalar para crianças e adolescentes com sofrimento ou transtornos mentais, incluídas aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo*, o encaminhamento para os leitos de atenção integral à saúde mental (pediatria, clínica médica e obstetrícia), garantidos em alguns hospitais gerais do município, pode ser realizado diretamente pelos CAPSij ao setor de regulação de leitos hospitalares da Secretaria Municipal de Saúde, com tempo de resposta de até 72 horas.

⁹ O Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde (RAAS) é um sistema de registro da produção utilizado pelos CAPS de todo o país. Instituído pela Portaria nº 276/2012, tem o objetivo de incluir as necessidades relacionadas ao monitoramento das ações dos serviços de saúde conformados em Redes de Atenção à Saúde (BRASIL, 2012b).

disponibilizados e/ou acionados aos usuários que se encontram em situações de crise e às suas famílias.

Ainda que não seja o foco desse estudo, a pouca utilização do equipamento UAij levanta a questão se crianças e adolescentes em uso de substâncias psicoativas vem sendo acompanhadas pelos CAPSij, uma vez que é um equipamento residencial temporário destinado a essa população e pouco utilizado pelas equipes.

Como verificado, nas informações apresentadas no quadro 9, apesar da existência de um Protocolo que garante o fluxo de internações de crianças e adolescentes em leitos de hospitais gerais no município de São Paulo, esse recurso parece ser pouco utilizado pelas equipes. Supõe-se que, conforme estabelecido no protocolo, o tempo de resposta de até 72 horas para liberação da vaga possa impactar no uso desse recurso, uma vez que as situações de crises requerem ações e cuidados imediatos.

Tais resultados apresentam a discussão sobre o papel do CAPSij na atenção à crise e o uso que as equipes tem feito dos recursos disponíveis na rede para esse cuidado. O CAPS é um dispositivo intensivo, comunitário, de base territorial que tem a função de acolher as situações de crise e articular a rede ampliada, garantindo o acesso aos recursos necessários ao cuidado dos usuários e seus familiares (BRASIL, 2004a).

A atenção às situações de crise se configura como um dos principais objetivos de um CAPS, além de um dos maiores desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira. A crise é uma experiência complexa, que envolve importante sofrimento psíquico, associado a vivências de estranhamento, desorganização, desorientação e descontrole, entre outras experiências dolorosas de difícil compreensão. O sofrimento inerente à crise também é vivenciado pelos familiares, pessoas próximas e profissionais envolvidos na assistência. O tema da crise torna-se ainda mais relevante quando focalizamos a problemática dos adolescentes que vivem, além de mudanças e conflitos próprios de sua faixa etária, um sofrimento psíquico intenso (PITTA, 2011; BRASIL, 2004a; PEREIRA; SÁ; MIRANDA, 2017, DELL'ACQUA; MEZZINA, 1991).

Considerando a gravidade, intensidade e complexidade que as situações de crise impõem aos usuários e familiares, promover a atenção à crise num serviço de saúde mental comunitário, como o CAPSij, é antes de tudo um compromisso ético em construir um cuidado digno e em liberdade para os que mais sofrem.

4.3.1. Compreendendo a crise pela ótica das equipes

Apresentam-se a seguir, as seis concepções de crise em saúde mental infantojuvenil apontadas pelas equipes dos seis CAPSij participantes do estudo.

“A equipe compreende crise em saúde mental infantojuvenil quando os usuários estão com sintomas mais agudos, sofrimento mais intenso, agitação psicomotora, ideação suicida, abstinência, se colocando em risco, quando oferecem risco a outros e quando não sustentam outros espaços sociais.”

“Desestabilização psíquica, momento de ruptura, sofrimento psíquico.”

“A crise é considerada como inerente às desorganizações comportamentais manifestadas diante as diversidades situacionais na vida psíquica e social dos pacientes e que demanda a intervenção multiprofissional com o intuito de evitar possíveis riscos à vida do paciente e de terceiros. Apesar do intenso sofrimento, contém em si potencial de transformação.”

“Adotamos o conceito de Crise Psicossocial. Considerando que situações de crise vão além dos sintomas patológicos, envolvendo por sua vez todo o contexto no qual a crise acontece.”

“Todo comportamento que sai do basal do usuário, que requer investimento de cuidado ampliado, além do habitual, por parte de um ou mais integrantes da equipe, podendo estar ou não acompanhado por agitação psicomotora.”

“A equipe entende como sendo todas as situações que fujam das atitudes rotineiras do paciente, comportamentos inadequados que saiam do costumeiro, entre elas agressividade, reclusão, introspecção, euforia, atitudes desafiadoras entre outras que podem colocar o paciente ou outras pessoas ao seu redor em risco.”

As concepções de crise apresentadas relacionam-se à agudização da sintomatologia, aos contextos e situações de vida, ao seu potencial de transformação, à necessidade de

ampliação de cuidado, à presença de risco para si mesmo e para os outros e também à quebra de um padrão de normalidade.

Acredita-se que as concepções assumidas pelas equipes refletem nas práticas de cuidado realizadas nos serviços, assim, compreender em quais conceitos estão alicerçadas suas concepções é de vital importância.

Pelos resultados apresentados observa-se que a relação das crises com a agudização de sintomas mostra-se presente nas concepções das equipes. Knobloch (1997) aponta que entender a crise enfatizando um sentido de descompensação está relacionado a uma concepção de tratamento psiquiátrico, tornando a intervenção na crise uma terapêutica de urgência e, por isso, redutora. A concepção psiquiátrica é a mais comum e relaciona sintomas como delírios, alucinações, agressividade e agitação psicomotora como algo negativo que deve ser suprimido o mais rápido possível (FERIGATO; CAMPOS; BALLARIN, 2007).

Entendendo que a atenção psicossocial de crianças e adolescentes se configura a partir de preceitos comunitários, interdisciplinares e intersetoriais, reflete-se o quanto a concepção psiquiátrica é insuficiente para responder a complexidade envolvida nessa atenção.

De acordo com resultados que serão apresentados a seguir, observa-se que as equipes consideram essa complexidade, uma vez que apontam como principais problemáticas envolvidas nas situações de crise, o contexto familiar e a vulnerabilidade social, além de incluir, em suas estratégias de cuidado a família e a rede ampliada. Dessa forma, acredita-se que a presença da concepção psiquiátrica, nas falas das equipes, reflete o processo de transição paradigmática que os serviços se encontram.

Outra concepção apresentada pelas equipes é a da crise psicossocial, relacionada aos contextos e as situações de vida das crianças e adolescentes. Em relação a essa concepção Pereira, Sá e Miranda (2013), contestam a redução da crise a um fenômeno individual, reconhecendo que elementos intersubjetivos, grupais e culturais são inerentes a sua produção e elaboração.

As autoras se referem ao potencial transformador das crises, o que também foi identificado na fala das equipes. Baseadas em René Kaës, apontam que o próprio aparato psíquico é fundado e enriquecido pela crise, por forças de destruição e criação, em um constante processo de transformação (PEREIRA; SÁ; MIRANDA, 2013).

Porém, para que esse potencial transformador se torne possível, a crise requer a garantia de uma sustentação ao sujeito que sofre, de modo a estabelecer um espaço de

transição¹⁰, no qual se construa condições necessárias para que elementos paradoxais sejam elaborados. Assim, o grupal e o cultural, sendo o núcleo básico da identidade, seriam conseqüentemente, a possível sustentação desses momentos de rupturas e de crise (PEREIRA; SÁ; MIRANDA, 2013).

Vale ressaltar que a vivência do sofrimento psíquico intenso traz consigo um conjunto de afetos da ordem do insuportável, que tende a interromper o potencial criativo da crise, dando lugar a um quadro dominado pela desestabilização de diversas dimensões da vida do adolescente, tais como as dimensões subjetiva, familiar e social, configurando, assim, uma crise psicossocial (PEREIRA; SÁ; MIRANDA, 2013).

Portanto, a crise psicossocial apresenta-se como uma concepção alinhada aos princípios da saúde mental comunitária, uma vez que amplia o fenômeno da crise, ao considerar, além da dimensão individual, a inserção das dimensões familiar, social e cultural na complexa sustentação dessa vivência de sofrimento.

Outro aspecto bastante presente nas falas das equipes relaciona-se ao conceito de risco, o que também foi observado nos DSCs dos familiares e discutido anteriormente.

A concepção que se refere a comportamentos que saem do basal, do rotineiro, parece relacionar-se a um conceito de normalidade, o que aponta uma reflexão sobre a presença de resquícios do modelo manicomial na atuação das equipes.

Rezende e Silva (2016), ao analisarem antigos prontuários de crianças e adolescentes internadas em um hospital psiquiátrico, identificaram que os pacientes eram internados por motivos relacionados a questões concernentes a uma conduta que desviava da norma esperada, o que estaria em jogo nessas internações seria, portanto, certo movimento de cerceamento ao perigo, que seria representado pelas crianças e adolescentes “desviantes”, uma vez que carregam a permanência dos mecanismos de exclusão e patologização de modos de vida que não se conformavam às normas da sociedade.

A partir de Foucault, os autores abordam que o poder da normalização é composto por vetores psiquiátricos e judiciários, porém com regras independentes que respondem essencialmente ao perigo. É a aproximação da psiquiatria com a justiça, a partir dos grandes crimes sem explicação racional aparente, que vai se esboçando esse poder comum a ambos os campos. A loucura era percebida como fonte de perigos ao corpo social, dessa forma a

¹⁰Baseado no conceito de Donald Winnicott, o espaço transicional é uma zona situada no campo da intersubjetividade, que suporta os movimentos contínuos de união e separação, desde que apoiado num enquadre firme e, ao mesmo tempo, flexível, garantindo processos de elaboração de rupturas (PEREIRA; SÁ; MIRANDA, 2014).

psiquiatria buscava antecipar o perigo inerente a certas populações, integrando essa virtualidade em categorias psiquiátricas (REZENDE; SILVA, 2016).

A compreensão dessa relação histórica estabelecida entre saber psiquiátrico, loucura e perigo é importante, a fim de que os CAPSij possam refletir sobre o quanto suas ações têm respondido a norma, construindo outras relações com a loucura que possibilitem que todos possam conviver com suas diferenças em um mesmo cenário social.

4.3.2. Principais problemáticas envolvidas nas situações de crise

O quadro a seguir apresenta as categorias identificadas com as principais problemáticas envolvidas nas situações de crise dos usuários, informada pelos gestores de CAPSij e suas equipes, seguida da frequência com que foram citadas e a descrição de cada uma delas.

Quadro 10 - Principais problemáticas que envolvem as situações de crise

Categorias	Frequência	Descrição
Contexto familiar	5	Conflitos familiares, dificuldade de manejo e de compreensão do caso pelas famílias, privação de afeto.
Vulnerabilidade Social	4	Baixa renda, falta de acesso a cultura e lazer, ambiente desfavorável e invisibilidade social.
Risco de suicídio	2	-----
Crises psicóticas	2	-----
Questões comportamentais	2	Problemas de comportamento, opositores e desafiadores.
Uso de substâncias psicoativas	2	-----
Questões escolares	2	Dificuldade de aprendizagem e dificuldade de inclusão escolar.
Violência	2	Violência doméstica e urbana.
Crianças e adolescentes institucionalizados em SAICAs ¹¹	2	Vivência de abandono e maus tratos.

A partir das informações apresentadas no quadro 10, observa-se que as principais problemáticas relacionam-se ao contexto familiar e à vulnerabilidade social.

Estes resultados permitem refletir sobre a complexidade e o desafio colocados para o cuidado, na medida em que se compreende que a própria dimensão familiar vincula-se

¹¹ O Serviço de Acolhimento Institucional para Crianças e Adolescentes (SAICA) tem o objetivo de acolher e garantir a proteção integral à criança e adolescente em situação de risco pessoal e social, em situação de rua, abandono e/ou vítimas de violência.

fortemente à condição social e à realidade dessas famílias, trazendo rebatimentos concretos nas possibilidades de manejo e de alcance na atuação das equipes.

É possível ainda, por meio da observação destes dados, ponderar sobre o impacto que as questões familiares, comunitárias e sociais têm na vivência do sofrimento psíquico. Saraceno (2001) apresenta estudos que apontam que a cronificação e o empobrecimento do psicótico são resultados não necessariamente intrínsecos à doença, mas a uma constelação de variáveis que podem ser modificadas e orientadas no processo de intervenção, estando relacionadas a contextos microssociais, como a família (BROWN et al., 1972; LEFF; VAUGHN, 1985 apud SARACENO 2001) e a comunidade.

A densidade e a homogeneidade da rede social são também elementos que influem no decurso das psicoses (COHEN; SOKOVSKY, 1978; STRAUSS; CARPENTER, 1972; DOHRENWEND et al., 1986 apud SARACENO 2001).

Essas pesquisas apontam que contextos sociais diversos determinam resultados sociais e clínicos diversos, apresentando, assim, o importante impacto dos contextos no sofrimento psíquico.

Considerando os resultados do quadro 10 e a importância dos contextos de vida dos usuários para a ampliação das trocas sociais, afetivas e promoção da inclusão social, apresenta-se a seguinte reflexão: como sair da impotência gerada por uma realidade de extrema vulnerabilidade social e reconhecer a potência dos saberes populares de usuários e familiares e dos recursos comunitários nas equipes de CAPSij?

Acredita-se que isso só seja possível se o território for de fato considerado local de cuidado, através de ações que extrapolem o espaço institucional, que possibilitem apropriação de espaços públicos, busca ativa de recursos comunitários, ampliação de redes, espaços de circulação e relações de trocas além do compartilhamento da responsabilidade com a promoção da saúde mental entre todos os atores sociais e equipamentos intersetoriais.

4.3.3. Participação dos usuários e familiares nos CAPSij

No quadro a seguir são apresentadas a frequência e as atividades realizadas nos CAPSij por cada adolescente e familiar, participante do estudo.

Quadro 11 - Frequência e atividades realizadas no CAPSij

Participantes	Usuário – frequência e atividades realizadas no CAPSij	Familiar – frequência e participação nas atividades do CAPSij
1	1 vez por semana – grupo	Atendimento de família e grupo 1 vez por semana
2	2 vezes por semana - grupo e oficina	Não
3	1 vez por semana - atendimento Individual e grupo	Não
4	2 vezes por semana - grupo e oficina	Não
5	3 vezes por semana - grupo, atendimento individual e atendimento de família	Atendimento de Família e Grupo de Família - 2 vezes por semana
6	2 vezes por semana – grupo	Não
7	3 vezes por semana – oficinas	Grupo de família 1 vez por semana
8	Está previsto grupo - 1 vez por semana, porém não tem frequentado. Não consegue sair de casa, devido período de crise.	Apenas em festas realizadas pelo serviço
9	2 vezes por semana – atendimento individual e grupo	Grupo de família 1 vez por semana
10	1 vez por semana – grupo	Não
11	Começou a trabalhar. Frequentava 2 a 3 vezes por semana – oficinas	Não
12	1 vez por semana – grupo	Não

A partir das informações apresentadas no quadro, observa-se que os adolescentes frequentam o serviço de uma a três vezes por semana. Duas adolescentes não estão frequentando o CAPSij, uma por ter começado a trabalhar e outra por encontrar-se em período de crise e não conseguir sair de casa. A despeito deste último resultado apresenta-se a discussão sobre a essência do serviço CAPSij e sua ação territorial.

O CAPSij é um serviço comunitário, que se diferencia de um ambulatório pela possibilidade de prestar cuidado intensivo nos locais de vida e na rede de relações de pessoas em sofrimento psíquico (DELL'ACQUA; MEZZINA, 1991; BRASIL, 2004a), todavia os resultados apresentados apontam que, mesmo não sendo a condição de todos os participantes, alguns adolescentes frequentam o CAPSij em formato ambulatorial, uma vez por semana. Além disso, o caso da participante 8, que deixou de frequentar o serviço por sua condição psíquica, provoca a reflexão sobre quais ações os CAPSij têm ofertado aos adolescentes em situações de crise, além das oferecidas no próprio serviço, já que ações territoriais como visitas e atendimentos domiciliares são componentes essenciais de cuidado aos usuários em situação de maior gravidade.

Em relação à participação dos familiares nos CAPSij, os resultados do presente estudo apontam que seis familiares não participam de nenhuma atividade no CAPSij, quatro

participam de grupo de família, dois de atendimento nuclear de família e apenas um citou a participação em festas realizadas pelo serviço. Esses resultados refletem a realidade da participação das famílias nos CAPS, também evidenciada em outras pesquisas pela baixa presença dos familiares e pela pouca oferta de atividades por parte dos serviços (DOMBI-BARBOSA et al., 2009; WETZEL et al., 2009; BIELEMAN et al., 2009; SCANDOLARA et al., 2009; CAMATTA et al., 2011; DUARTE; KANTORSKI, 2011; TAÑO; MATSUKURA, 2017), reforçando a urgência no oferecimento e ampliação de ações junto a este grupo.

Como identificado anteriormente, o contexto familiar é indicado pelas equipes como uma das principais problemáticas que envolvem as situações de crise, porém observa-se, aqui, que as famílias pouco participam das atividades dos CAPSij. Essa contradição evidencia um problema vivenciado pelos serviços, que pode estar relacionado à baixa oferta de atividades, baixo investimento das equipes ou baixo envolvimento das famílias, situações estas que apontam resquícios do paradigma asilar.

Vale ressaltar que os CAPSij participantes do estudo estão atendendo acima do prevista na Portaria 336 (BRASIL, 2002a), conforme indicado no quadro 3, pela população de abrangência muito acima do previsto, e também sinalizado no quadro 9, pelo número de usuários ativos bem maior que a capacidade dos serviços. Dessa forma essas situações também podem estar associadas ao excesso da demanda e a limitação de recursos materiais e humanos nesses serviços.

A participação familiar é uma das grandes marcas do modo psicossocial. Atualmente as famílias são protagonistas do cuidado e da inclusão social das pessoas em sofrimento psíquico, cenário diverso do que se manteve durante longos anos nos manicômios, no qual as famílias eram excluídas do contexto de atenção, mantendo-se passivas no tratamento e sendo culpabilizadas ou vitimizadas pela situação de adoecimento mental de seu familiar. Desse modo, compreende-se que não há como garantir que um CAPS alcance seus objetivos sem a participação das famílias nos processos de reinserção social, fortalecimento dos laços familiares e comunitários e construção da cidadania. Ainda mais quando se trata de crianças e adolescentes, no qual a vivência do sofrimento psíquico está intimamente interligada com o contexto familiar em que estão inseridos (COSTA-ROSA, 2000; SARACENO, 2001; DIMENSTEIN et al., 2010; BRASIL, 2004a; MONTEIRO et al., 2012).

4.3.4. Estratégias de cuidado ofertadas pelos CAPSij nas situações de crise

No quadro a seguir, são apresentadas as categorias referentes às estratégias de cuidado ofertadas pelas equipes de CAPSij nas situações de crise, acompanhadas da frequência em que foram citadas e a descrição dos aspectos considerados em cada uma dessas categorias.

Quadro 12 - Estratégias de cuidado dos CAPSij situações de crise

Categorias	Frequência	Descrição
Acolhimento ao usuário	5	Acolhimento imediato; escuta humanizada; postura interessada e disponível; investimento na abordagem verbal; valorização do sujeito considerando seu tempo e sua singularidade; observação e identificação de suas necessidades e apoio para o enfrentamento à crise.
Acolhimento diurno	5	É nomeado também como hospitalidade diurna, sendo oferecido o espaço de convivência/ ambiência do próprio serviço, até que o usuário estabilize.
Encaminhamentos para serviços da rede	4	Acionar a rede de cuidados. Articulação com serviços que possuam Acolhimento Noturno (CAPSij III) e realização de encaminhamentos ao Pronto-Socorro, de acordo com a gravidade do caso.
Acolhimento à família	3	Acolhimento e orientação ao núcleo familiar.
Intensificação do Projeto Terapêutico Singular	3	Intensificação dos atendimentos, através da oferta de diversas possibilidades de atividades.
Avaliação e intervenção da equipe	3	Discussão em equipe, avaliação da equipe multidisciplinar e ação interdisciplinar integrada.
Contenção física	2	Contenção física como último recurso, a fim de evitar que o indivíduo se coloque ou coloque outros em situações de risco.
Medicação	2	Intervenção medicamentosa, em caso de indicação.
Avaliação médica	1	Avaliação com o profissional médico do CAPSij.
Avaliação clínica	1	Atenção aos sintomas clínicos, além das questões psiquiátricas.
Atendimento de Urgência	1	_____
Busca Ativa	1	_____

A partir do quadro 12, observa-se que o acolhimento ao usuário e o acolhimento diurno são as principais estratégias de cuidado ofertadas pelas equipes, seguida de encaminhamentos para rede, acolhimento à família, intensificação do projeto terapêutico singular e avaliação e intervenção da equipe. Contenção física e a medicação foram indicadas pelas equipes apenas duas vezes.

Os resultados revelam que os CAPSij têm pautado suas ações nas diretrizes da atenção psicossocial que prevê o acolhimento imediato ao usuário e sua família, a intensificação do cuidado, o trabalho em equipe e a articulação em rede (BRASIL, 2004a; BRASIL, 2005).

Porém verifica-se que as ações extramuros foram pouco indicadas. Este resultado evidencia o lugar que as ações territoriais e comunitárias ocupam no trabalho das equipes, denunciando uma possível dificuldade em sua realização. Acredita-se que as concepções de crise estão intimamente ligadas as estratégias de cuidado, como visto anteriormente concepções médicas e normatizantes ainda se fazem presentes nas equipes de CAPSij, o que pode levar a intervenções que se distanciam do mandato territorial desses serviços.

Saraceno (2001) reforça a importância das ações territoriais ao apontar que a comunidade é uma fonte inexaurível de recursos e potenciais tanto humanos quanto materiais. Para o autor as redes de relações, lugares, recursos e oportunidades são infinitas, sendo também infinitas as possibilidades de articulações capazes de produzir sentido, contratualidade e bem-estar aos usuários.

Dentre as estratégias de cuidado apresentadas, as equipes e os gestores também foram questionados sobre quais as estratégias de atenção à crise consideram mais efetivas, sendo elencadas o acolhimento, a escuta, o acolhimento diurno, o acolhimento à crise e o atendimento de urgência. Esses resultados reforçam o quanto as situações de crise exigem ações imediatas de cuidado e apontam a importância do investimento no vínculo e na relação terapêutica, como principais ferramentas de trabalho nesse campo. Conforme afirma Saraceno (2001), os recursos humanos e seus instrumentos não padronizáveis como o acolhimento, a escuta, a solidariedade, a afetividade e a negociação são os recursos mais úteis nesse trabalho. Essa questão também será evidenciada mais a frente nos DSCs dos familiares.

O acolhimento é compreendido como o conceito-ferramenta mais potente da atenção psicossocial, operando um deslocamento fundamental no modo de cuidar de pessoas em sofrimento psíquico. O acolhimento atravessa os processos relacionais em saúde, rompe com a supremacia das técnicas, cria atendimentos mais humanizados e promove espaços de escuta qualificada, possibilitando a vinculação com usuário e a responsabilização pelo cuidado (SILVEIRA; VIEIRA, 2005). O acolhimento é apontado no presente estudo como a ferramenta mais efetiva, o que confirma sua relevância.

Ainda sobre a importância do acolhimento Mangia (et al., 2002) referem que um serviço acolhedor reflete em maior permeabilidade, disponibilidade, responsabilidade e compromisso ético. Acolher significa abandonar respostas pré-moldadas que simplificam as complexidades existenciais, buscando construir respostas ágeis, flexíveis e plásticas, capazes de se adaptarem a dinamicidade das subjetividades, das histórias de vida, dos contextos e de todas as questões que envolvem o adoecer.

Acolhimento, escuta qualificada, vinculação e responsabilização são conceitos capazes de favorecer um reordenamento da lógica de recepção em saúde, propondo que a organização do serviço seja centrada no usuário, sendo estas, as principais ferramentas para superação de um modelo assistencial fundamentado na lógica manicomial (SILVEIRA; VIEIRA, 2005; MANGIA et al., 2002). Conceitos, estes, que devem estar presentes na atenção à crise.

Merhy e Franco (2003) nomeiam essas tecnologias relacionais como tecnologias leves, as quais se colocam na produção do cuidado como formas de agir entre sujeitos, trabalhadores e usuários, individuais e coletivos. As tecnologias leves operam dentro da ideia de que o trabalho em saúde é sempre relacional e dependente do trabalho vivo em ato e que a produção da saúde só pode ser protagonizada a partir do encontro desses sujeitos.

A segunda estratégia mais citada pelas equipes é o acolhimento diurno (ou hospitalidade diurna), representado pela ambiência/ convivência, um dispositivo essencial na atenção à crise e pouco discutido no cenário da saúde mental infantojuvenil. De acordo com Dell'Acqua e Mezzina (1991) a hospitalidade tem condição de mobilizar uma maior quantidade de energia humana e recursos institucionais, uma vez que a atenção de toda a organização é focalizada no usuário, deste modo são afirmadas as valências terapêuticas que a estrutura da instituição possui.

Pimentel e Moura (2016) discutem sobre o dispositivo ambiência/ convivência nos CAPSij, compreendendo-os como um espaço terapêutico de absorção imediata e acolhimento à crise, baseado na postura de acolhimento e suporte e na disponibilidade para o encontro.

Reforçando a importância desse dispositivo de cuidado, Thornicroft e Tansella (2010) apontam que estudos científicos evidenciam que serviços que oferecem um tratamento diário a pessoas em sofrimento psíquico intenso, como uma alternativa para admissão em unidades de internação, oferecem vantagens em termos de melhora rápida e menores custos.

Outra discussão que se apresenta, a partir dos resultados do quadro 12, refere-se ao lugar que a medicação ocupa no cuidado aos usuários. Apesar das equipes terem indicado a medicação apenas duas vezes como estratégia de cuidado, observa-se, conforme os DSCs a seguir, que para os familiares a medicação ocupa um lugar central no cuidado de adolescentes que vivenciam situações de crise.

“Eu achei muito bom e, melhor ainda, quando ele começou a tomar as medicações. Porque eu não vi a melhora, eu vi a leveza. Não vou dizer pra você que quando ele toma a medicação ele vai parar porque ele não para. Ele não para! Só que é mais leve. As coisas

bizarras que ele faz é bem mais leve, ele não fica muito bruto, ele não dá muito medo no meu filho mais novo.”

“A primeira crise sempre é a mais pesada porque não estava tomando os medicamentos. Aí, através dos medicamentos, ele foi tendo uma melhora. A última crise foi melhor, porque com o tratamento ele está mais light, mais sensível, mais alegre, expansivo. Eu acho que o tratamento ajudou bastante ele a não querer mais agredir a gente. Ele falou assim “Eu não quero ficar mais ruim! Eu não quero ficar como antes”, e antes ele nem queria tomar os remédios.”

“Foi um pouco difícil. Difícil porque ele estava em crise. Ele chegou bem debilitado, bem nervoso vendo bicho, ele dizia que tinha bicho na garganta, ele babava, ele chorava, falava que eu não era a mãe dele, não conseguia sair com ele, controlar ele, no ônibus ele queria descer. Esse tipo de coisa assim, até então, ele não tomava remédio e nem nada. Aí foi onde ele começou a tomar os remédios, mas até chegar no certo todos faziam mal.”

“A médica passou um remédio pra ele dormir e isso atrapalhou ele demais. Porque ele tomava e ele dormia pra caramba, e ele não gosta disso. Depois ela passou o remédio e, era pra ele acalmar mais, ele ficou tonto e não tomou o remédio de jeito nenhum. Aí ele ficou agressivo e começou a falar as mesmas coisas de antes, da comida, que a gente colocava coisa ruim pra ele comer.”

Observa-se, a partir dos DSCs, que as famílias atribuem à medicação a melhora e a piora das crises, além de apresentarem o difícil processo de adaptação e aceitação deste tipo de tratamento pelos adolescentes.

No estudo de Pereira, Sá e Miranda (2017), as narrativas de adolescentes, familiares e profissionais indicam que a medicação também encontra centralidade nas representações sobre as crises. As autoras ressaltam que na medida em que o remédio é colocado no lugar de causa ou solução da crise, vários conflitos podem ser negados e escamoteados, assim como a capacidade dos adolescentes em criar estratégias para superação da crise em seu cotidiano.

Apesar de outros estudos também apontarem que os familiares associam o uso da medicação ao controle das crises (SEVERO et al, 2007; SADISGURSKY, 1997), vale ressaltar que a própria psiquiatria reconhece que as medicações contribuem para a

recuperação sintomática, porém não tem um papel fundamental para o retorno do funcionamento social, sendo indicada as intervenções psicossociais para este objetivo (COENTRE; FIGUEIRA, 2011), o que pode ser observado no primeiro DSC ao relatar que a medicação não resolve, porém ajuda a minimizar os sintomas.

Por conseguinte, atribuir somente à medicação a solução das crises é reduzir a complexidade do sofrimento a sintomas. Dell’Acqua e Mezzina (1991) apontam que a condição da crise corresponde uma complexa situação existencial que deve ser encarada com instrumentos e recursos complexos. Recursos são todos os instrumentos, serviços, locais e oportunidades de agregação e socialização, frutos de um trabalho de desinstitucionalização. Para os autores o programa terapêutico é configurado a partir da combinação de tais recursos com os atos do campo médico, como por exemplo, o uso de psicofármacos.

4.3.5. Estratégias de cuidado ofertadas aos familiares

O quadro a seguir, apresenta as estratégias de cuidado oferecidas aos familiares nos CAPSij participantes do estudo.

Quadro 13 - Estratégias de cuidado dos CAPSij aos familiares

Categorias	Frequência	Descrição
Encaminhamentos para serviços da rede	4	São oferecidos encaminhamentos para outros serviços de acordo com a demanda apresentada.
Atendimentos nucleares e grupos de família	4	Orientações, quanto às estratégias de cuidado, além de trabalhar as relações familiares e a importância do vínculo e do respeito às singularidades dos usuários.
Espaços terapêuticos para os familiares no serviço	4	Espaço de escuta qualificada e acolhimento para o familiar; inclusão em grupos terapêuticos, oficinas, ou atendimentos individuais para apoio emocional, enfrentamento das dificuldades e fortalecimento.
Ações domiciliares	1	Visita e atendimento domiciliar

As estratégias de cuidado aos familiares mais indicadas pelas equipes referem-se aos encaminhamentos para a rede de saúde e oferta de acolhimento e atendimentos no próprio serviço, tanto individuais quanto grupais. Já as ações domiciliares foram indicadas apenas uma vez.

Observa-se nos resultados apresentados que tanto os espaços terapêuticos aos familiares quanto os de orientação e apoio ao papel de cuidador aparecem na mesma proporção, o que parece apontar um equilíbrio na oferta de ações que considerem a família como cuidadora, mas também como núcleo que necessita de cuidado.

As famílias desempenham um papel essencial na atenção psicossocial, sendo consideradas parceiras no tratamento e na reinserção social de pessoas em sofrimento psíquico. Entretanto é importante reconhecer, como já revelado no presente estudo, que as famílias que convivem com o transtorno mental, em especial na infância e adolescência, são atravessadas por uma intensa dor e sofrimento, necessitando também de cuidado. Dessa forma o papel do CAPS não deve se restringir apenas a orientação e a capacitação das famílias para seu papel de cuidador, mas também garantir a oferta de espaços de cuidado capazes de dar suporte e acolhimento para o enfrentamento das dificuldades advindas dessa condição (BRASIL, 2004a; MELMAN, 2001; SANTIN; KLAFKE, 2011).

Embora gestores e equipes apontem uma diversidade de estratégias de cuidado oferecidas às famílias; observa-se, como já apresentado no item 4.3.3, a baixa indicação, por parte dos familiares, de participação nas propostas de atenção às famílias aqui citadas. Conforme identificado, dos doze familiares participantes do estudo apenas seis participam das atividades oferecidas pelo serviço, quatro participam de grupos de família e dois de atendimentos nucleares de família. Outras pesquisas também encontraram resultados semelhantes ao identificaram que os grupos de famílias são os espaços em que há maior participação dos familiares no CAPS (TAÑO; MATSUKURA, 2017; CAMATTA; et al., 2011; DOMBI-BARBOSA et al., 2009; WETZEL, et al., 2009; BIELEMANN et al., 2009).

Segundo Melman (2001) os grupos de família tem a função de oferecer sustentação, vinculação, acolhimento, confiança e apoio a fim de que as experiências de vida de cada participante possam emergir. Fundados numa ética de participação, na qual o cuidado é entendido como resultante de um esforço coletivo, que implica trocas de experiências, possibilitando que cada um expresse suas questões e conflitos e que acolha o sofrimento do outro, percebendo vivências semelhantes as suas próprias narrativas. Esse processo de identificação possibilita ver o reflexo de sua própria realidade, aliviando a sensação de isolamento e solidão, comum entre os familiares.

Outro resultado observado refere-se a indicação de apenas uma vez de ações domiciliares como estratégias de cuidado pelas equipes, trazendo a reflexão sobre o quanto as ações de cuidado focam dentro do serviço, o que também já havia sido identificado nos resultados apresentados no item 4.3.4, apontado pelo baixo investimento das equipes nas ações territoriais. Este resultado também foi evidenciado por outros estudos (FERNANDES; MATSUKURA, 2015; DOMBI-BARBOSA et al., 2009). Já em relação a pouca utilização, pelas equipes, das ações domiciliares, o estudo Camatta (et al., 2011) também encontrou

resultado semelhante, refletindo se tal situação refere-se à precariedade dos recursos dos serviços ou a não priorização destas ações pelas equipes.

Os resultados encontrados no presente estudo são preocupantes, visto que as situações de crise exigem ações de intensificação de cuidado, devendo estar incluído nestas ações o contexto do território e não apenas o contexto institucional. As ações domiciliares são estratégias essenciais da atenção psicossocial, pois possibilitam conhecer a realidade da família *in loco*, fortalecer os vínculos entre serviço, usuário e família e demonstrar a capacidade de suporte do serviço (DUARTE; KANTORSKI, 2011). Outros estudos também reforçam a importância das ações domiciliares no cuidado às pessoas em sofrimento psíquico (DUARTE; KANTORSKI, 2011; BIELEMANN, et al., 2009; SCHRANK; OLSCHOWSKY, 2008).

4.3.6. Potencialidades dos CAPSij pelas equipes e familiares

No quadro a seguir, serão apresentados os resultados referentes às principais potencialidades dos CAPSij para o manejo das crises, na perspectiva de gestores e equipes.

Quadro 14 - Potencialidades dos CAPSij para o manejo das situações de crise

Categories	Frequência	Descrição
Trabalho em equipe	5	Profissionais qualificados, equipe comprometida, proativa, adaptável às situações. Apoio da equipe para a cobertura de todas as atividades que ocorrem no CAPS concomitante à crise. Atendimento humanizado. União e alinhamento da equipe. Trabalho interdisciplinar. Adequação dos PTS e oferta de atividades de acordo com as crises apresentadas. Discussão constante sobre manejos em situação de crise. Treinamento para situações de agitação psicomotora.
Apoio da rede de serviços	2	_____
Espaço físico e estrutura adequada	2	
Confiança das famílias no trabalho da equipe	1	Familiares procurarem o CAPS nos primeiros sinais de crise.

Observa-se que o trabalho em equipe é a principal potencialidade identificada pelos CAPSij. Compreende-se que este resultado reforça a essencialidade do componente humano e técnico nesse trabalho, por meio da relação estabelecida entre os membros da equipe, da

clínica construída coletivamente e de seu consequente reflexo no cuidado ofertado aos usuários e familiares.

De acordo com as diretrizes estabelecidas (BRASIL, 2004a; BRASIL, 2005) as equipes técnicas devem atuar sempre de forma interdisciplinar, permitindo um enfoque ampliado dos problemas a partir da discussão entre os diferentes membros da equipe, estando sempre referenciada aos princípios coletivamente estabelecidos pela política pública de saúde mental para a constituição de um campo de cuidados.

Observa-se nos resultados apresentados que a descrição do trabalho em equipe engloba aspectos essenciais para a construção de um trabalho coletivo, tais como a flexibilidade, disponibilidade, adaptabilidade, proatividade, reciprocidade, interdisciplinaridade e integração, apresentando-se alinhadas as características de um bom serviço de saúde mental descritas por Saraceno (2001).

Vale um destaque na discussão sobre a interdisciplinaridade, pela sua importância na sustentação e elaboração de um projeto assistencial coletivo que integre a equipe, constituindo-se como um eixo, em torno do qual, organiza-se a dinâmica cotidiana de trabalho. A partir da pluralidade de enfoques e trocas constantes entre os diferentes membros da equipe, a visão simplista do adoecer psíquico vai sendo substituída pela compreensão de uma complexa teia de eventos biológicos, sociais, emocionais, psicológicos, culturais e políticos, contribuindo de forma veemente para superação de lógica manicomial (PEDUZZI, 2009; MILHOMEM; OLIVEIRA, 2007).

Os familiares também foram solicitados a falar sobre as potencialidades do cuidado ofertado pelos CAPSij, que são apresentadas nos DSCs a seguir.

“Ah! Eu achei muito bom. Nossa! Fomos muito bem recebidos. Ele foi bem recebido, foi bem assistido, eles foram muito prestativos comigo, eu me senti muito bem acolhida, deixaram falar, eu contei a história desde o início. Então aqui, graças a Deus, o pessoal recebeu profissionalmente com carinho. Foi melhor que o convênio e que o particular nessa parte, eu cheguei aqui não era nem sete horas direito e, ela já estava me esperando, no particular você chega e fica lá esperando, aqui você chega e já é atendido... A gente foi bem acolhido, o doutor foi logo procurando saber o que ela tinha, ainda mais porque a gente estava muito abalado, a gente não imaginava passar por isso. Foi muito bom. Tinha dia que a gente ficava o dia inteiro com eles e eles observando ela. Eles acolheram a gente muito bem!”

Este DSC aponta que as famílias avaliam positivamente sua chegada ao CAPSij, referindo um bom acolhimento, disponibilidade, escuta e valorização de suas experiências por parte dos profissionais, o que evidencia um alinhamento as diretrizes preconizadas pelos documentos norteadores (BRASIL, 2004a; BRASIL, 2004b). Resultados semelhantes também foram encontrados em outros estudos (DUARTE; KANTORSKI, 2011; DELFINI; BASTOS; REIS, 2017). Vale reforçar que essas mesmas ferramentas também foram apontadas pelas equipes como essenciais para a efetividade do cuidado ofertado.

“Ah! Eu acho que ele vindo pra cá é um meio dele sair de casa, ele vem e vê pessoas diferentes. Conversa, faz coisas diferentes. Coisas que ele não faz em casa. Aqui ele quer fazer porque tem as outras pessoas fazendo.”

“As terapias que ele faz, os caderninhos, as caixinhas que ele pinta, ele gosta muito, muito mesmo. Então eu acho que ajuda e muito, às vezes ele sai daqui e fala: - Ela conversou bastante comigo.”

“Ah! No acompanhamento com a Psiquiatra porque você conseguir um Psiquiatra pelo SUS é muito difícil.”

“Porque a gente sempre quer falar e nem todo mundo quer ouvir. Esse é o problema, ninguém quer ouvir. Então, a Terapia de Família é esse momento pra falar o que a gente sente e pedir ideias pra elas.”

“As meninas me passam que a pessoa tem que conversar, quando começa a ficar nessa agitação. Elas me ajudaram porque eu tinha que conversar muito com ele. Eu não podia me exaltar. Eu fui aprendendo a lidar com ele porque até aí, eu não sabia. Eu só chorava. É aí, eu comecei a me sentir mais forte graças a Deus! Agora quando precisa falar com ele eu sento e converso mesmo que ele não ouve, mas eu tento.”

“Eu fiquei sabendo aqui que ele poderia ter direito ao LOAS, a passagem. Então o CAPS me ajudou a isso. O CAPS me informou coisas que eu não sabia que ele poderia ter direito, eu poderia correr atrás, aonde ir: -Olha. esse papel aqui você vai em tal lugar, ó esse

aqui é em tal lugar, esse aqui é no INSS, esse aqui é Defensoria Pública. - então aqui eles te informam.”

Os DSCs apontam a relevância das atividades ofertadas pelo serviço, como consultas médicas, grupos de família, orientações, convivência e atendimentos terapêuticos, revelando a importância do cumprimento da dupla missão do CAPS que é a de oferecer cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial (BRASIL, 2004a).

Apesar de alguns familiares não participarem das atividades do CAPSij, conforme informado no item 4.3.3, observa-se que, os que participam, valorizam esses espaços, reforçando a importância de serem acolhidos, escutados e orientados.

“Se não tivesse o CAPS como que a gente ia entender a situação dela, o problema dela? As fases que ela passou. Ela chegou a surtar na rua e a gente ter que amarrar ou só conversar, não tinha como dar o remédio. Eles falam o que é bom o que não é, eles explicam, estar aqui já orienta os meus filhos também, porque dá um medo assim de deixar ela... e se um dia eu não estiver mais aqui? Como vai ser? Ninguém vai ter paciência com ela.”

“O CAPS conversando com a gente, ajudou bastante, falou pra ter calma, me deram apoio. Ele começou a passar aqui, fez os exames, tudo direitinho, começou a tomar os medicamentos, aí foi fazendo efeito e ele foi melhorando. Eu estou vendo resultado depois que eu vim pra cá, esse pessoal aqui é muito profissional. Sempre quando ele tem crise a gente traz ele aqui, já passa no médico, ele já dá um diagnóstico, passa remédio para ele e, ele acalma.”

“Principalmente de quando ele teve crises. Eles me ajudaram muito. Eu vinha três vezes por semana, toda semana e, ele ficava aqui, elas ficavam com ele e davam a maior atenção. Então, eles me ajudaram bastante.”

“Ah! Quando ele está meio assim, ou se acontecer algo em casa e, ele ficar muito alterado, eu posso trazer ele aqui. Eu levava nos outros hospitais que não era referencia, mas agora eu entendi que se não tiver bem é pra procurar o CAPS ou procurar Hospital que trabalha junto. Uma vez ele quebrou um vidro com as mãos e ficou muito nervoso, eles levaram ele pra uma sala e seguraram, a técnica falou: - Pode ir embora ele vai ficar bem,

nós vamos conversar com ele! - Eu fui embora, mas do outro lado da rua eu escutava os gritos dele. Naquele dia eu fui embora muito deprimida. Aí, eu liguei e ela falou: - Não. Ele já está bem! Já está bem, está brincando já comeu! Não está mais em crise não. ele está bem. - Quando ele tá em crise eles pedem para ficar trazendo aqui, três vezes por semana, às vezes a semana inteira. Quando deu a crise nele, ele ficou vindo à semana toda. Eles subiam com ele e, eu ficava lá embaixo esperando. Então, eu não sei o que eles faziam. Mas ajudou porque ele voltou rapidinho. O médico disse que era de 30 a 45 dias para a mente dele voltar, e ele voltou com 15 dias, então voltou rapidinho.”

“Na terceira crise dela, ela foi removida daqui mesmo pro Hospital. Então ajuda bastante nessa parte.”

Os DSCs revelam o quanto os CAPSij tem sido apoio às famílias nas situações de crise. Dentre os pontos abordados pelas famílias estão: as orientações para o manejo das situações de crise; apoio à família; intensificação das ações de cuidado no serviço; disponibilidade de recursos; acolhimento imediato às situações de crise e articulação com outros serviços da rede.

Considerando que a atenção às situações crise é um dos principais objetivos do serviço CAPS e também um conceito analisador da disponibilidade e abertura dos serviços às necessidades dos usuários (BRASIL, 2004a, MOEBUS, 2014), os resultados revelam que os CAPSij têm conseguido ofertar ações imediatas de cuidado e acolhimento à crise, garantindo processos de trabalho que priorizem o usuário e seu sofrimento, ainda que com limites conforme os resultados apresentados neste estudo.

Os resultados reforçam que é possível acolher a crise em serviços comunitários de saúde mental, evitando rupturas e garantindo a continuidade histórica e existencial dos usuários. O serviço é capaz de perceber, conhecer, entrar em contato e elaborar a rede de relações e de conflitos que constituem os limites da crise, dando significados e organizando diferentes tipos de modalidades de contato capazes de intervir precocemente nessas situações. As formas de tutela e controle, como é o caso das internações e das contenções, são indicadas apenas em situações que expressem um alto risco capaz de prejudicar a contratualidade nos contextos de vida ou destruir o terreno das relações (DELL'ACQUA; MEZZINA, 1991).

4.3.7. Dificuldades dos CAPSij pelas equipes e familiares

No quadro, a seguir, serão apresentados os resultados referentes às principais dificuldades dos CAPSij para o manejo das situações de crises, na ótica de gestores e equipes,

Quadro 15 - Dificuldades dos CAPSij para o manejo das situações de crise

Categorias	Frequência	Descrição
Insuficiência do Poder Público – falta de recursos adequados para os CAPSij	5	Falta de transporte Falta de recursos humanos Espaço físico inadequado Insuficiente disponibilidade de educação permanente na área da saúde mental
Insuficiência do Poder Público – falta de investimento nos serviços da RAPS	5	Rede assistencial de saúde pouco estruturada e insuficiente para atender à demanda, falta de vaga, falta de escuta humanizada, quantidade insuficiente de Equipes de Saúde Mental nas UBS e pouco apoio do SAMU. Territórios de abrangência populosos com grande demanda para os CAPSij. A distância entre o CAPSij III e os CAPSij II do município, acabam comprometendo o cuidado, pois geram problemas logísticos, dificultando o acesso das equipes de referência e da família.
Equipe	2	Medo pode paralisar alguns profissionais, deixando os que estão na linha de frente vulneráveis. Profissionais da equipe não compreender o motivo que levou à crise.
Outros	1	Avanço lento e/ou retrocesso nas políticas públicas de saúde mental.

A partir dos resultados observa-se que as ações insuficientes do Poder Público são apontadas como dificuldades centrais, seja pela falta de recursos no próprio serviço, ou pelo insuficiente investimento na ampliação e fortalecimento da rede de atenção psicossocial, explicitando o impacto de tais questões na oferta de cuidado adequado a crianças e adolescentes em intenso sofrimento psíquico.

Outras pesquisas também apontam para as condições precárias de trabalho. A falta de recursos humanos e materiais e o baixo investimento em qualificação profissional exercem uma influência central nas possibilidades de trabalho das equipes, colocando obstáculos para a efetivação da missão institucional dos CAPS (MILHOMEN; OLIVEIRA, 2007; ANJOS FILHO; SOUZA, 2017; FILIZOLA; MILIONI; PAVARINI, 2008; ALVES; DOURADO; CORTÊS, 2013).

Observa-se também que a equipe aparece como dificuldade, mesmo havendo sido mencionada como a principal potencialidade dos serviços, reforçando o desafio que se constitui o trabalho em equipe nos CAPSij. Este mesmo resultado também pôde ser evidenciado em outros estudos que focalizaram CAPS Adulto (ABUHAB et al, 2005; MILHOMEN; OLIVEIRA, 2007; ANJOS FILHO; SOUZA, 2017; FILIZOLA; MILIONI; PAVARINI, 2008).

Os resultados apresentados também apontam uma contradição no trabalho realizado pelas equipes de CAPSij, apesar das equipes identificarem a falta de investimento na RAPS como uma dificuldade, observa-se, conforme apresentado no item 4.3.4., que as ações do CAPSij são, em sua maioria, restritas a ações institucionais, revelando o baixo investimento das equipes nas ações externas, tanto na rede quanto no território.

Estes resultados reforçam uma discussão importante apresentada por Couto e Delgado (2015) sobre o exercício do duplo mandato dos CAPSij, clínico e gestor, no qual são incorporadas ações terapêuticas e gestoras das demandas territoriais, implicando de modo indissociável o território, a intersetorialidade e a rede como montagens articuladas e colaborativas, na busca da ampliação do acesso e qualificação do cuidado.

Os resultados apresentados parecem apontar uma fragilidade na execução do mandato gestor dos CAPSij participantes do estudo.

Os DSCs, a seguir, revelam as dificuldades dos CAPSij de acordo com a perspectiva dos familiares.

“O que poderia me ajudar é que se é certo que meu filho não tem uma capacidade de ficar na escola sozinho, se o tratamento é só no CAPS, eu achava melhor que ele ficasse aqui mais tempo, fazer uma tentativa, de vir todos os dias, um mês direto, dois meses direto pra vê como ele ia. Os profissionais iam estudar meu filho esse tempo todo.”

“O que me cansa é trazer ele aqui a semana toda e, não ver retorno.”

“Os grupos, assim, colocar mais grupos assim com a família o adolescente. Eu acho que isso daí ajudaria. Mais grupos. Eu acho importante, ainda mais pra eles. Se eu fosse eles, eu colocaria mais, assim para estimular mais, sei lá. E também a falta de médico, é muita troca de médico e isso bagunça também. Aí, tem que ficar começando de novo e isso aí, eu acho que é a pior coisa.”

“Pelo que eu vejo o CAPS já tem muito trabalho, né? E o recurso que eu percebo é pouco para o CAPS. Então não tem o que eles fazerem mais nada. O tanto que eles fazem já é muito. Se o CAPS tivesse aquele trabalho que a pessoa vem na semana. Eu sei que não tem nem lógica, a gente trazer o filho nosso para deixar aqui e buscar a noite ou de tarde, no caso. Aí teria que aumentar toda a estrutura.”

“Não, porque sempre quando dá essas crises, eu já estou longe, quase nunca dá aqui. Quando vem dá, é na minha casa ou no meio da rua. Sempre é mais a noite e tá fechado também. A gente vai conseguir em casa mesmo ou já procuro recurso em outros hospitais. Aí os médicos já conversam e comunica aqui, eles respondem pra mim: - Aqui não é serviço da gente é serviço do CAPS. - Ai eu passo pro CAPS o que aconteceu com ele e começa tudo de novo.”

“Assim, quando a criança tivesse em crise que eles tivessem um acolhimento melhor. Porque eles não têm um acolhimento. Aí, você fica perdida porque você não sabe aonde leva a criança e outra, você não acha socorro de lado nenhum. Igual o meu neto, ele teve uma crise muito forte, a moça ficou correndo com ele em vários hospitais e ninguém aceitava, entendeu? Aí foi umas três horas da manhã um único hospital que ficou com dó ainda, segurou ele lá, mas depois mandaram ele vir para o CAPS porque o CAPS é que tinha que dar assistência para ele, mas eles não têm como dar assistência. Porque se uma criança ficar ruim aqui, eles não têm como, não tem ambulância, não tem nada, não tem um medico de plantão 24 horas para atender. Então, fica difícil por causa disso. Também, se você vai para o hospital a maioria que tem aí é tudo adulto. Eles não atendem crianças. Aí fica difícil. Ele ficou indo em vários hospitais e tudo longe, lugares longe assim. E a criança vai ficando mais agitada ainda. Se tivesse um médico aqui a criança poderia ser trazida para cá. E aqui eles faziam tudo, dava medicação, acalmava a criança e, não precisava estar levando para esses hospitais aí que eu acho que é pior para a criança. É terrível. Eles jogam tudo misturado. Eu acho que o CAPS tinha que ter um lugar próprio para receber essas crianças.”

Os DSCs revelam fragilidades no cuidado oferecido pelos CAPSij e pela rede nas situações de crise, questionando a eficácia do cuidado ofertado. Os familiares também apontam a necessidade de ampliação do tempo do usuário e da oferta de atividades nos CAPSij, além da necessidade de melhora na estrutura do serviço, apontando déficits relativos a investimentos do Poder Público, o que também foi evidenciado pelos gestores e equipes.

Os dois últimos DSCs aprofundam as dimensões que envolvem a complexidade da atenção à crise, apontando uma reflexão sobre os aspectos essenciais que garantiriam sua efetividade.

Um primeiro aspecto levantado refere-se à necessidade de que alguns recursos internos e externos estejam disponíveis as equipes de CAPSij, a fim de garantir uma melhor estrutura para que este equipamento acolha de forma resolutiva as situações de crise de crianças e adolescentes de seu território, aspecto este, exemplificado no DSC pela presença do médico na equipe, acesso a medicações e ambulância. Outro aspecto de extrema relevância refere-se ao horário de funcionamento do serviço, que limita o acolhimento à crise de seus usuários ao horário em que se encontra aberto, apontando a importância da ampliação dos CAPSij III, que apresentam funcionamento 24 horas, assim como a necessidade de uma retaguarda hospitalar na rede que seja referência pra o atendimento de crianças e adolescentes e que considere as especificidades de cuidado a essa população.

Outro resultado importante apresentado pelos DSCs relaciona-se aos contatos entre hospital geral e CAPSij, em ocasiões que a família procura diretamente os hospitais, assim como a fala dos profissionais dos hospitais ao reforçarem que o cuidado à crise dos adolescentes deve ser realizado no CAPSij.

Esses apontamentos revelam o exercício realizado pelos CAPSij de seu mandato gestor, ao responsabilizar-se pelas demandas dos adolescentes em sofrimento psíquico intenso de seu território e por mobilizar a rede para a compreensão de seu papel.

As dificuldades apresentadas pelas famílias são legítimas e apontam relevantes lacunas de cuidado que devem ser consideradas no sentido de aprimorar o que tem sido ofertado e reforçar a necessidade de ampliação de investimentos, a fim de que novos avanços possam surgir nesse campo.

Os resultados deste estudo apontam que as fragilidades apresentadas pelos CAPSij na atenção às situações de crise de crianças e adolescentes não invalidam o papel fundamental que os CAPSij vêm desempenhando nessa atenção. O que pôde ser evidenciado tanto nas falas das famílias quanto nos apontamentos realizados pelos gestores e equipes.

4.3.8. Sentimentos das equipes nas situações de crise

Sobre os resultados referentes aos sentimentos das equipes em relação às situações de crise, os mesmos foram agrupados em três categorias: universo das emoções, universo do corpo e aspectos positivos.

A seguir é apresentada cada uma das categorias, a frequência com que são indicadas pelos participantes e sua descrição.

Quadro 16 - Sentimentos da equipe nas situações de crise

Categorias	Frequência	Descrição
Universo das emoções	6	Angústia Impotência Tristeza Frustração Preocupação Raiva Medo Insegurança Compadecimento Tranquilidade Confusão de pensamentos “vontade de sumir”
Aspectos positivos	5	Satisfação Potência Comprometimento Cooperação da equipe Compreensão de que situações de crise são comuns ao CAPS e que fazem parte do processo de cuidado de pessoas em intenso sofrimento psíquico.
Universo do corpo	4	Tensão Desgaste Cansaço “suga a energia” “Adrenalina”, falta de ar, taquicardia, sudorese

A partir dos resultados apresentados, observa-se a intensidade de sensações e sentimentos que as situações de crise geram nos profissionais, assim como o grau de sofrimento a que estão expostos. Por outro lado, verificou-se que o manejo das situações de crise leva a sentimentos de satisfação e potência no trabalho realizado.

Saraceno (2001) aponta que as pessoas são os recursos mais importantes de um serviço de saúde mental. Para o autor, os recursos humanos podem ser multiplicados ou reduzidos por numerosos fatores expressos, como motivação, expectativas, senso de pertença a um projeto coletivo e qualidade das relações no campo de trabalho.

Além disso, aponta que a capacidade de integração interna de um serviço está relacionada à adoção de um estilo de trabalho com alto consumo afetivo, intelectual e organizativo. Já serviços que consomem o mínimo de afetividade, conhecimento e não se arriscam, acabam apresentando respostas estereotipadas que adaptam a singularidade e a complexidade do sofrimento a sua organização pré-estabelecida (SARACENO, 2001).

Sendo assim, os resultados apresentados revelam equipes que vivenciam e sentem intensamente o cuidado ofertado aos adolescentes em situações de crise, o que pode se traduzir em potência ou sofrimento conforme aponta Uchida (et al., 2011). Para os autores o principal instrumento de um trabalhador de saúde mental é seu aparelho psíquico, sendo

assim, ter que lidar com o sofrimento do usuário e com o seu próprio, evitando um processo de sofrimento patológico, é um grande desafio.

Outros estudos apontam como é para os trabalhadores de CAPS conviver com o sofrimento psíquico intenso dos usuários e apesar de não focalizarem o fenômeno das crises em crianças e adolescentes, revelam vivências muito parecidas com as apresentadas no presente estudo (UCHIDA et al., 2011; ATHAYDE; HENNINGTON, 2012; GLANZNER; OLSCHOWSKY; KANTORSKI, 2011).

Em estudo de Uchida (et al., 2011) os profissionais relataram angústia, medo, impotência, fadiga e por vezes, sensação de estar extenuado, dada a exigência contínua de atenção, de prontidão. Outro aspecto apontado pelos profissionais, e que está relacionado às situações de crise focalizadas no presente estudo, refere-se à contínua vigilância em que precisavam se manter para evitar problemas maiores, devido condutas inesperadas e, em alguns casos, até mesmo agressivas dos usuários. Essas situações acabavam despendendo muito energia, levando os profissionais ao cansaço e a exaustão.

Já no estudo de Athayde e Hennington (2012) foi encontrado que a maior causa de sofrimento da equipe referia-se à impossibilidade de realização de um bom trabalho devido à falta de condições, causando raiva, inconformismo, desmotivação, frustração, tristeza, sensação de cansaço e exaustão.

Apesar do presente estudo não aprofundar as razões que levam as equipes a apresentarem esses sentimentos, acredita-se que a intensidade das vivências de situações de crise no serviço aliada à alta demanda e à baixa disponibilidade de recursos para a execução do trabalho podem acarretar em sofrimento aos profissionais.

Em relação aos resultados que apresentam os sentimentos de satisfação e potência no trabalho, o estudo de Glanzner, Olschowsky e Kantorski (2012) realizado em um CAPS, focalizou os aspectos positivos encontrados nesta equipe, como prazer, satisfação e reconhecimento pelo trabalho realizado, sendo apontados como favorecedores para relações de confiança e responsabilidade entre trabalhadores e usuários e de produção de saúde em meio às tantas tensões decorrentes do ato de cuidar.

Athayde e Hennington (2012) também encontraram que a possibilidade do coletivo de trabalho influenciar na melhora das pessoas em crise, por meio de um projeto terapêutico exitoso e dos vínculos com a equipe, foi referida como profundamente gratificante.

Esses estudos, somados aos resultados da presente pesquisa, levam a reflexão sobre quais estratégias poderiam favorecer uma vivência de menos sofrimento a esses profissionais.

Acredita-se que a principal via de potência desse trabalho e enfrentamento das dificuldades advindas do cuidar de pessoas em intenso sofrimento psíquico é a construção de um trabalho coletivo, discussão esta que será apresentada no item 4.3.9, a seguir.

4.3.9. Estratégias para acolhimento das equipes

O quadro a seguir apresenta as estratégias utilizadas pelos CAPSij, participantes do estudo, para acolhimento de suas equipes.

Quadro 17 - Estratégias para acolher a equipe

Categories	Frequência	Descrição
Reuniões de equipe	6	Discussões de casos, levantamento das dificuldades encontradas, trocas e reflexões sobre o cuidado e o posicionamento de cada profissional diante das situações vividas.
Acolhimento e apoio da equipe	3	Nos ambientes formais de trabalho e também nos ambientes informais.
Acolhimento e escuta do gestor	3	
Supervisão clínico-institucional	3	
Educação permanente e participação em cursos e palestras	2	
Fóruns e encontros com outros CAPSij	1	
Encaminhamento dos profissionais para atendimento psiquiátrico e psicológico	1	

A partir do quadro 17, observa-se que as principais estratégias citadas são as reuniões de equipe, apoio e acolhimento da equipe, acolhimento e escuta do gestor e supervisão clínico-institucional. Verifica-se que a maior parte das estratégias de cuidado é ofertada pelas próprias equipes, apontando a potência desse coletivo e ao mesmo tempo a sobrecarga a que estão expostas, pois se veem responsáveis pelo acolhimento de seus membros, além do próprio acolhimento ofertado aos usuários e famílias.

Lancman e Snelwar (2008) apontam que o coletivo de trabalho é uma formação social bastante frágil e que não se dá naturalmente. Assim, faz-se necessário que espaços coletivos sejam criados a fim de possibilitar e sustentar essa construção, como reuniões de equipe, supervições clínico-institucionais, colegiados de gestão, educações permanente, fóruns, entre outros.

As reuniões de equipe foram citadas por todos os CAPSij, enfatizando sua importância e potência, sendo apontadas como espaço de discussões de casos, levantamento de

dificuldades encontradas, trocas e reflexões sobre o cuidado e também sobre o posicionamento de cada profissional diante das situações vivenciadas.

Outros estudos também apresentam a importância das reuniões para as equipes de CAPS. Abuhad (et al., 2008) apontam que as reuniões auxiliam a reflexão da equipe sobre si e sobre o trabalho, além de contribuir para a reflexão pessoal de seus componentes. Já Santos, Coimbra e Kantorski (2017); identificaram que os espaços das reuniões de equipe possibilitam um processo de interação e de compartilhamento de saberes e informações, favorecendo a tomada de decisões de forma democrática, corresponsável e mais segura.

Outro aspecto evidenciado no estudo de Athayde, Hennington, (2012), que também reforça a potência de espaços coletivos, tais como as reuniões de equipe, refere-se à possibilidade de construção de um conhecimento clínico, valorizado e disseminado no coletivo, capaz de auxiliar a equipe a ampliar sua capacidade de prevenir crises, principalmente com presença de agressividade e elaborar estratégias que proporcionem alívio à tensão cotidiana que tal situação ocasiona.

Observa-se, a partir dos resultados apresentados no presente estudo, que as equipes se acolhem e se protegem, reforçando a potência coletiva e sua essência de sustentação e estruturação desse trabalho.

Os resultados de Uchida (et al., 2011) reforçam essa reflexão ao identificar que características como integração, cooperação e solidariedade, são fundamentais para ajudar os trabalhadores do CAPS a se protegerem dos sentimentos de impotência gerados pelas dificuldades cotidianas, criando uma teia de relações capaz de dar continência e suporte as vivências individuais e coletivas da equipe.

Isso posto, entende-se que a equipe é o recurso mais potente nesse trabalho e ao mesmo tempo o mais frágil, tornando-se necessário o massivo investimento para construção de espaços democráticos de negociação e decisão que garantam a horizontalidade das relações, o reconhecimento das potencialidades, o compartilhamento de afetos e saberes e a sustentação conjunta das estratégias de cuidado. Além disso, vale ressaltar a importância da ampliação do cuidado ofertado as equipes de CAPSij, como a garantia de supervisão clínico-institucional a todos os equipamentos, a fim de que as equipes se fortaleçam no desafio coletivo que se configura a atenção à crise de crianças e adolescentes.

4.4. Dimensão IV - Situações de crise e a Rede Ampliada de Atenção à SMIJ

Nesta dimensão serão apresentados quais serviços da rede ampliada de atenção as equipes dos CAPSij, participantes do estudo, acionam nas situações de crise, considerando os serviços da Rede de Atenção Psicossocial e da Rede Intersetorial.

4.4.1. Rede de Atenção Psicossocial

O quadro a seguir, apresenta quais os serviços da RAPS são acionados pelas equipes de CAPSij nas situações de crise e em quais momentos, assim como a frequência com que tais serviços são indicados pelos participantes do estudo e a descrição das ações realizadas com cada um.

Quadro 18 - Serviços da RAPS acionados pelos CAPSij em situações de crise

Categorias	Frequência	Descrição
CAPSij III	5	Indicado para usuários com necessidade de acolhimento noturno. Dificuldade para acessar o CAPSij III pois, mesmo quando a vaga é disponibilizada, permanece a dificuldade de acesso. Como é de responsabilidade do CAPSij II de referência o transporte dos usuários, a falta do recurso do carro para esses serviços, impossibilita que o usuário mantenha seu PTS durante o dia no CAPSij de referência e seja acolhido no CAPSij III apenas no período noturno.
Hospitais Gerais	5	Articulação com os hospitais gerais e sua porta de entrada, pronto-socorro, diante da necessidade de avaliações e intervenções de ordem clínica e em situações de urgência e emergência. Fácil acesso aos leitos de atenção integral ofertados pelo Hospital Geral, o que facilita o acompanhando dos usuários quando são internados. Incluindo reuniões semanais com equipe do Hospital e visitas técnicas aos usuários para acompanhamento do caso e estreitamento de vínculo, nos casos que ainda não iniciaram o acompanhamento no CAPSij.
SAMU	3	Como os casos de saúde mental não estão entre as prioridades desse serviço, raramente somos atendidos.
UBS	3	Acessadas nos momentos pós-crise quando detectamos que o paciente não utiliza os recursos da Unidade Básica de Saúde.
CAPS AD	2	
UAij	1	
Consultórios de rua	1	Para usuários em situação de rua.
Outros CAPSij	1	São acionados em situações nas quais os usuários se encontram em territórios que não são do CAPSij de sua referência.

A partir das informações apresentadas no quadro 18, observa-se que os serviços mais acionados pelas equipes de CAPSij nas situações de crise são o CAPSij III e os Hospitais Gerais, seguidos do SAMU e das UBS.

Dentre os equipamentos mais citados pelas equipes, observa-se que o único equipamento específico para infância e adolescência é o CAPSij III, apresentando-se como

um potente recurso no cuidado às situações de crise dessa população. Sabe-se, que na região estudada, é pactuado que o acesso ao CAPSij III dar-se-á prioritariamente por encaminhamento do CAPSij II de referência, este serviço ligará solicitando a vaga e discutirá as condições psicossociais e clínicas que fazem com que aquele usuário necessite do recurso do acolhimento noturno.

No caso da existência de vaga o usuário é acompanhado até o CAPSij III pelo CAPSij II, responsável pelo transporte do usuário assim como pelas pactuações realizadas com aquele equipamento no acolhimento inicial do usuário. Espera-se que o usuário em acolhimento noturno no CAPSij III possa manter seu Projeto Terapêutico Singular no CAPSij II de referência, garantindo assim a manutenção dos vínculos com o serviço, o território e suas atividades cotidianas. Não obstante este recurso esteja alinhado aos princípios da saúde mental comunitária, observa-se nos resultados deste estudo que muitas vezes seu uso pelas equipes é impossibilitado pela limitação de vagas e dificuldades no acesso, devido à indisponibilidade de carros nos serviços para a realização do transporte dos usuários. Estes resultados são reforçados pelos apresentados no item 4.3.5., no qual as equipes assinalam que a falta de recursos adequados aos CAPSij é um dos maiores dificultadores para a atenção à crise nos serviços.

Observa-se nos resultados apresentados que o Hospital Geral é indicado pelas equipes na mesma frequência que os CAPSij III. Ainda que as equipes encaminhem usuários para a internação, os resultados apontam que as internações são feitas em leitos de atenção integral e que a relação entre CAPSij e Hospital Geral é positiva, incluindo reuniões semanais entre os serviços e visitas técnicas aos usuários. Não obstante as equipes apontem uma boa relação com esses equipamentos, vale ressaltar que, conforme evidenciado no item 4.3.5, as famílias evidenciam importantes fragilidades no cuidado ofertado pelos Hospitais Gerais a crianças e adolescentes em situações de crise.

É inegável a importância dos Hospitais Gerais na rede de cuidados a pessoas em sofrimento psíquico intenso. Conforme afirmam Thornicroft e Tansella (2010), não há evidências que um sistema equilibrado de saúde mental possa ser oferecido sem contar com leitos para pacientes agudos. Uma vez que, algumas condições e comorbidades médicas e psiquiátricas exigem suporte imediato de alta intensidade em unidades de internação hospitalar, sendo indicados, como uma boa alternativa para esses casos, os leitos em Hospitais Gerais.

Além desses aspectos, os autores também reforçam que o cuidado prestado pelo Hospital deve ser limitado e que a parte mais importante do cuidado seja prestada em nível comunitário, já que é na comunidade que as possibilidades de ampliação do poder, envolvimento e participação dos usuários se estabelecem, tornando os cenários dos serviços comunitários negociáveis, dinâmicos e interativos (THORNICROFT; TANSELLA, 2010).

A destarte é fundamental que os CAPSij busquem esgotar os recursos em nível comunitário antes de acionarem os recursos hospitalares. Muito embora o presente estudo não forneça dados suficientes sobre essa questão, o estudo de Pereira, Sá e Miranda (2014) revelou que a equipe do CAPSij pesquisado utilizava como primeira opção nas situações de crise dos adolescentes o encaminhamento ao Hospital Geral, evidenciando fragilidades no trabalho realizado e na implementação do cuidado ofertado pelos CAPSij.

Complementando essa reflexão, Merhy e Franco (2003) apontam que, para além dos recursos acionados, é importante que o trabalho de uma equipe de saúde esteja baseado no trabalho vivo, vincular, relacional. Nessa perspectiva, para além da tecnologia acionada, importa que responda as necessidades reais do usuário e que o acesso à mesma seja sustentado pelo encaminhamento e trânsito seguro do usuário na rede, marcando um lastro de cuidado, que sustente todos os atos assistenciais e garantam a integralidade da atenção. Dessa forma o serviço comunitário de referência seria um fio condutor do cuidado, garantindo a continuidade da atenção e o acesso aos recursos da rede.

Uma discussão importante, levantada pelos resultados do presente estudo, refere-se à função do CAPSij III na atenção à crise de crianças e adolescentes.

O CAPS III atende prioritariamente pessoas em intenso sofrimento psíquico e proporcionam atenção contínua, com funcionamento 24 horas, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental do território (BRASIL, 2002a; BRASIL, 2011).

Os resultados a seguir reforçam a potência deste equipamento, focalizando o CAPSij III e sua importância na atenção à crise de crianças e adolescentes, conforme apontado por gestores e equipes participantes do estudo.

“Ter um CAPSij III na região, é importante pois subsidia os momentos de crise mais graves, possibilitando atendimento mais humanizado.”

“Trata-se de um poderoso recurso para lidar com situações de crise, prevenindo internações hospitalares, possibilitando intervenções mais humanizadas, uma vez que o acolhimento à demanda de sofrimento apresentada pelo sujeito pode ocorrer fora do período comum aos CAPSij II que são das 07:00 as 19:00 de segunda a sexta-feira.”

Presentes unicamente na cidade de São Paulo, os CAPSij III não são citados nas portarias ou nos documentos ministeriais, porém a partir dos resultados do presente estudo, é possível revelar sua importância no acolhimento à crise de crianças e adolescentes, mostrando-se uma potente estratégia que possibilita intervenções mais humanizadas e evita as internações.

Como já apresentado no item 4.2.1., as internações são uma realidade na vida de adolescentes em intenso sofrimento psíquico, o que também pôde ser evidenciado por outros estudos (PEREIRA; SÁ; MIRANDA, 2014; BRAGA; D’OLIVEIRA, 2015; BLINKSTEIN; VICENTIN, 2016).

Sendo assim, a presença de um serviço que garanta de forma efetiva o acolhimento à crise é da maior importância para os avanços conjecturados aos cuidados a essa população.

“O CAPSij III apresenta-se como mais um valioso recurso para o enfrentamento do sofrimento psíquico e na luta pela garantia dos direitos de crianças e adolescentes. Um ponto muito importante na compreensão deste dispositivo é a distinção entre acolhimento noturno e o processo de internação. Na internação o sujeito é apartado do convívio social com o objetivo da atenuação dos sintomas. Já no acolhimento noturno, os pressupostos da clínica comunitária levam em consideração a permanência do sujeito o mais próximo possível de seu território e das pessoas de sua convivência, mantendo a autonomia do sujeito, respeitando seus desejos e fragilidades e construindo seu projeto terapêutico singular com corresponsabilidade.”

Observa-se que as equipes refletem sobre a diferença de cuidado proporcionada por um acolhimento noturno e por uma internação hospitalar. Este resultado é reforçado por Dell’Acqua e Mezzina (1991) ao apontarem que a internação furta a pessoa do seu contexto e a subordina a regras institucionais baseadas em uma abordagem medicalizante, incompatível com a vida integral do paciente.

Sendo assim, os resultados apresentam que o acolhimento noturno é apontado pelas equipes como uma excelente estratégia de cuidado que preserva as redes de relações e os vínculos do usuário com seu território.

De acordo com Dell'Acqua e Mezzina (1991) quando a intervenção à crise se desenvolve em um serviço comunitário, por meio da hospitalidade 24 horas, o usuário continua a manter contato com seus familiares, amigos e com seu território, constatando, deste modo, que não perdeu sua autonomia e liberdade. Assim o serviço assume uma conotação simbólica de lugar de relações e não de rupturas e segregação.

Não obstante o SAMU faça parte da rede de atenção psicossocial, como um dos pontos de atenção de urgência e emergência, e seja responsável pelo acolhimento, classificação de risco e cuidado as pessoas em fase aguda do transtorno mental (BRASIL, 2011), evidencia-se pela fala dos participantes que os casos de saúde mental não estão entre as prioridades desse serviço e raramente são atendidos.

Dificuldades vivenciadas com o SAMU também foram apontadas pelas famílias, conforme apresentam os DSCs a seguir.

“Na primeira crise ele ficou nervoso e já saiu batendo nas coisas. Aí ficou andando pra lá e pra cá, pra lá e pra cá. E daí a pouco foi quando ele veio pra cima de mim. Eu estava de costas, ele veio pra cima de mim com tudo, aí foi quando eu comecei a gritar pelo meu outro menino. Ele veio tentou tirar ele de mim, pois ele estava me sufocando, e ele não conseguia tirar o irmão de mim, ele falou: - Eu vou dar um murro nele! - Eu falei: - Não bate! - Porque eu lembrei do médico falando: - Leva ele pro hospital, chama o SAMU, tenta amarrar, tenta fazer com que ele não se machuque e nem vocês machuquem ele! - Aí, o meu filho pegou ele e saiu arrastando ele lá pra trás, eu ajudando, e ele se debatendo e xingando a gente. A gente empurrou ele pra dentro do quarto e fechamos a porta. Aí ele ficou batendo na porta, batendo em tudo, jogando tudo, acabando com tudo. Aí, eu corri e liguei para o SAMU fiquei esperando o SAMU chegar, aí nisso foi quase 1 hora e uns 20 minutos de crise. Ele quebrou tudo lá no quarto. Tudo! E o SAMU não chegava! e eu desesperada. Aí daqui a pouco a gente começou a escutar o silêncio. Quando a gente escutou o silêncio, estava ele sentado, tudo quebrado, um pouco machucado, porque ele batia a cabeça, esmurrava, a mão toda vermelha assim, o pé com o dedinho sangrando porque ele chutava as coisas também, uma das camas estava rachada.”

“Na última crise que deu nele, ele perdeu completamente a mente. Ele não falava coisa com coisa, ele não reconhecia ninguém, ele queria se matar. Eu liguei para o Resgate e, o Resgate não foi, mandou levar no carro e no carro corria muito risco porque ele abria a porta do carro toda à hora e, ele queria se jogar na avenida. Aí o meu marido travou as portas, mas mesmo assim ele queria quebrar os vidros. Foi muito difícil até que eu cheguei num hospital e expliquei a situação.”

Os DSCs a seguir também revelam situações vivenciadas em outros pontos de atenção de urgência e emergência, como é o caso dos Prontos-Socorros, acionados pelos familiares nos momentos de crise.

“Ele tinha 4 para 5 anos, ele acordou e disse que tinha um monte de bicho no corpo, ele rolava no chão, arrancou a roupa todinha e a gente não podia tocar nele que ele gritava. E dava ânsia e ele falava que estava cheio de bicho na garganta dele, ele entrou em pânico. A primeira coisa que eu me lembrei foi de enrolar ele e levar para o hospital. O médico disse que ele estava tendo uma crise de esquizofrenia, eles deram uma injeção de calmante que não fez efeito e, ele ficou a noite inteira gritando. Aí deram mais um medicamento foi aí que ele ficou grogue e ele conseguiu dormir. Eu trouxe ele embora pra casa dormindo. No outro dia foi tudo a mesma coisa.”

“Na primeira crise eu levei para o hospital, quando cheguei lá até a médica falou assim: - Mãe, eu já vi crises, mas em gente adulta! Eu estou meio comovida porque eu nunca vi isso, mãe! Eu tenho muitos anos na Psiquiatria, mas eu nunca vi uma coisa dessas! Em uma criança de 4 anos!- eu falei: - Doutora se está sendo difícil pra senhora imagine para mim?”

“O que mais me marcou foi quando ele ficou internado. É porque eu nunca tinha visto ele daquele jeito. Ele não conhecia ninguém, ficava tendo visões, ele ficava conversando com pessoas de outro mundo. E aquilo me marcou muito. Não só eu, mas até a equipe médica que estava cuidando dele. Os médicos choravam, as enfermeiras choravam. Porque foi muito forte. Ele cismou que a médica era um anjo que tinha vindo para curar ele e agarrava na médica e não soltava mais. O médico garantiu que a mente dele não iria voltar mais. Aí, eu

fiquei com aquilo na cabeça. Eu ia cuidar de uma pessoa que não ia saber mais quem era. Então essa marcou bastante.”

“Eu, simplesmente quando ele começa a ficar agitado, eu corro para o Pronto Socorro. Eu chego lá e, eles dão a medicação, quando dá um pouco de tempo já mandam embora e, é isso. Acabou o efeito do remédio, começa tudo de novo.”

Observa-se que embora os familiares busquem os serviços que compõe os pontos de atenção de urgência e emergência, nem sempre recebem o cuidado esperado, exemplificado pelo SAMU que não atende ao chamado e pelo Pronto-Socorro que apenas medica e na sequência os usuários voltam para casa.

Os serviços de urgência e emergência compõem a RAPS e apresentam uma importância substancial na Reforma Psiquiátrica. Serviços de emergências psiquiátricas, bem estruturados, são capazes de promover a estabilização clínica, oferecer suporte psicossocial e encaminhar para a internação em leitos de hospitais gerais, os casos que dela necessitam (BARROS; TUNG; MARI, 2010). Já os serviços de urgência móvel, como o SAMU, apresentam como preceitos de sua prática assistencial a agilidade, a funcionalidade e a objetividade, ocupando uma posição estratégica como articuladores de serviços assistenciais, além de propiciar uma acessibilidade geográfica e assistencial, a fim de que as pessoas sejam atendidas nos territórios onde vivem e com as pessoas que convivem (HIRDES, 2009; BRITO; BONFADA; GUIMARÃES, 2015).

Apesar do reconhecido valor que os serviços de urgência e emergência têm para a atenção em saúde mental, os DSCs revelam uma realidade de desassistência e negligência desses serviços nas situações de crise dos adolescentes. Expõe, também, que quando acessados, esses serviços utilizam apenas o recurso da medicação, o que é apontado pelas famílias como insuficiente para responder as demandas apresentadas.

O uso da medicação, como principal recurso ofertado pelos serviços de urgência e emergências psiquiátricas, também foi apontado por outros estudos (JARDIM; DIMENSTEIN, 2008; ALMEIDA et al., 2014; PEREIRA; SÁ; MIRANDA, 2017).

Mesmo que não tenha sido revelado nas falas dos gestores e equipes, fica evidente na fala das famílias à falta de preparo dos profissionais ao se depararem com as crises dos adolescentes nos serviços de emergências dos hospitais gerais, sendo relatados espanto, desconhecimento e choro, o que impacta diretamente no cuidado ofertado.

Paulon (et al., 2012), em estudo realizado com profissionais de emergências hospitalares, identificou que a dificuldade dos profissionais em acolher adequadamente os usuários de saúde mental, são justificadas pela dinâmica do trabalho, alta demanda, falta de preparo e estrutura.

Ainda que não tenham se debruçado sobre profissionais de hospital geral, outros estudos que focalizaram os profissionais do SAMU encontraram em seus achados que o tempo exigido nas intervenções a pacientes psiquiátricos, aliado a falta de preparo dos profissionais e a ausência de capacitações na área, são dificultadores para um atendimento efetivo nas urgências psiquiátricas (ALMEIDA et al., 2014; BRITO; BONFADA; GUIMARÃES, 2015; JARDIM; DIMENSTEIN, 2008).

Retomando a relação entre risco, agressividade e crise, observa-se que essa é uma das razões pelas quais as famílias acionem os serviços de urgência e emergência. Estudos também apontam uma estreita associação entre agressividade e periculosidade e o conceito de urgências psiquiátricas (JARDIM; DIMENSTEIN, 2008; ALMEIDA et al., 2014; SILVA; DIMENSTEIN, 2014).

Dimenstein, (2007) problematiza que é exatamente essa relação que mantém justificada o uso de ações médico-repressivas, como a contenção química e mecânica, fora dos manicômios.

Os resultados apresentados reforçam a necessidade de investimento em todos os pontos da RAPS, a fim de garantir melhorias na atenção à crise de crianças e adolescentes, sendo de extrema urgência a problematização dessas questões nas políticas públicas de saúde mental a essa população.

A fim de complementar a discussão referente à Rede de Atenção Psicossocial, apresenta-se, a seguir, o quadro 19 que informa quais foram os serviços acessados pelos familiares antes de chegarem ao CAPSij.

Quadro 19 - Locais de tratamento antes de chegar ao CAPSij

Participantes	Locais de tratamento que esteve antes de chegar ao CAPSij	Encaminhamento ao CAPSij
1	Diversos hospitais	Hospital Infantil
2	UBS e Escola	Escola
3	Serviço para Proteção a Vítimas de Violência (SPVV)	SPVV
4	UBS	UBS
5	Convênio e UBS	UBS
6	UBS	UBS
7	Hospital Universitário	Hospital Universitário
8	UBS	UBS
9	Hospital para servidores públicos e UBS	UBS
10	UBS	UBS
11	Hospital Geral	Hospital Geral
12	UBS	UBS

A partir do quadro 19, observa-se que dentre os serviços mais acessados pelas famílias antes de chegar ao CAPSij são as UBS e os hospitais.

Apesar de serem pouco citadas pelas equipes de CAPSij, observa-se que as UBS são apoio às famílias em situações de crise, revelando sua importância no cuidado em saúde mental de crianças e adolescentes e a necessidade de ampliação de investimentos nesses equipamentos.

De acordo com os resultados apresentados compreende-se que as UBS são os serviços que mais encaminham os adolescentes em crise aos CAPSij. Este resultado parece responder a função da atenção básica como porta de entrada do sistema de saúde, conforme preconizado nas políticas públicas de saúde (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2006).

No entanto, cabe a reflexão se as equipes das UBS estão apropriadas da função do CAPSij na rede ou se têm realizado os encaminhamentos a este equipamento de forma indiscriminada, sem correponsabilização.

Em estudo realizado por Silva (2016) verificou-se, dentre os profissionais das UBS, uma constante prática de encaminhamentos aos CAPSij e uma ausência de práticas específicas de cuidado aos adolescentes em sofrimento psíquico nessas unidades. Tal reflexão aponta a importância das ações de apoio matricial em saúde mental às equipes de atenção básica, incluindo como tema dessas ações, as situações de crise de crianças e adolescentes.

Em relação a esse tema, o estudo realizado por Minozzo e Costa (2013) apresentou a importância das ações de apoio matricial para o fortalecimento do modo psicossocial na atenção às situações de crise pelos profissionais da saúde da família, possibilitando a problematização do encaminhamento à internação, o foco no saber médico e o uso de medicações. Os profissionais também apontaram que o apoio matricial foi fundamental para a compreensão do papel das equipes de saúde da família no acolhimento e escuta aos usuários em situações de crise, além de reforçar o CAPS como lugar de acolhimento à crise e a necessidade do encaminhamento responsável.

O estudo de Lima e Dimenstein (2016) apontou que os profissionais do CAPS consideram o apoio matricial uma ferramenta apoiadora da atenção à crise no território, sendo capaz, em alguns casos, de evitar situações de crise ou abordá-las antes que se tornem mais graves, evitando, também, outras formas de intervenção invasivas, tais como: a utilização da polícia, o uso da força física, as conduções involuntárias para a emergência, internação hospitalar ou, mesmo, para o CAPS, além de vincular o CAPS, em alguma medida, como um serviço de referência à crise dentro do território.

Ainda que os estudos dos autores Silva (2016), Minozzo e Costa (2013), Lima e Dimenstein (2016), focalizem CAPS Adultos, compreende-se que a importância da estratégia de apoio matricial, também se mantém no campo da saúde mental infantojuvenil, como ferramenta essencial para promover o envolvimento das equipes de atenção básica no acolhimento e encaminhamento adequado às situações de crise de crianças e adolescentes.

4.4.2. Rede Intersetorial

Em relação aos serviços da rede intersetorial acionados pelos CAPSij nas situações de crise, apresenta-se no quadro a seguir, os equipamentos identificados em categorias, a frequência com que cada um é citado pelas equipes e sua descrição.

Quadro 20 - Equipamentos intersetoriais acionados pelos CAPSij em situações de crise

Categorias	Frequência	Descrição
Conselhos Tutelares	6	No caso dos usuários que entram em crise e não podem contar com o apoio familiar para retorno ao lar, no mesmo dia, entre outras situações. Porém, existem muitas dificuldades para acessar esse serviço.
Serviços da Assistência Social: CREAS/NPJ CRAS SAICAs SPVV* SASF** CCA*** SMSE****	5	Acionados quando detectada necessidade de intervenção em situações de vulnerabilidade social.
Educação	3	Escolas
Poder Judiciário	2	Vara da Infância e Juventude
Cultura e Lazer	2	
Segurança Pública	1	
Habitação	1	

* Serviço de Proteção a Vítimas de Violência

** Serviço de Assistência Social à família

*** Centro para Crianças e Adolescentes

**** Serviço de Medida socioeducativa

A partir dos resultados apresentados pelo quadro 20, observa-se que os principais equipamentos intersetoriais acionados pelas equipes de CAPSij nas situações de crise são os Conselhos Tutelares, os serviços da Assistência Social e as Escolas.

Estes resultados revelam e reforçam que as situações de crise ultrapassam o campo da saúde mental, sendo indispensável que todos os equipamentos da rede estejam envolvidos nesse cuidado, o que reforça a relevância da intersectorialidade nesse campo.

Documentos nacionais e internacionais apontam veementemente a importância da prática do trabalho intersectorial no cuidado à saúde mental infantojuvenil (BRASIL, 2005; WHO, 2005).

O trabalho dos serviços destinados a essa população, como é o caso dos CAPSij, deve incluir intervenções em equipamentos que estejam envolvidos na vida das crianças e dos adolescentes como escola, igreja, órgãos da justiça e da infância e adolescência, conselho tutelar, instituições de esporte, lazer, cultura, dentre outros. O profissional desses serviços deve conhecer o território e os recursos disponíveis, sejam eles formais ou não, a fim de compor o projeto terapêutico singular de cada sujeito. (AMSTALDEN; HOFFMANN; MONTEIRO, 2010; BRASIL, 2005).

A intersectorialidade se impôs, desde o início, como princípio fundante da política nacional de saúde mental infantojuvenil, considerando que não há como fazer crescer e desenvolver crianças e adolescentes sem a necessária rede de proteção, sem a garantia de

direitos e sem o envolvimento de todos os setores de nossa sociedade (BRASIL; 2005; VICENTIN, 2006; COUTO; DELGADO, 2010).

Observa-se nos resultados apresentados que os equipamentos intersetoriais são acionados em situações de crise que envolvem questões sociais como a vulnerabilidade, a violência e fragilização de vínculos familiares.

Tal resultado é reforçado por estudos epidemiológicos brasileiros que evidenciam forte impacto de questões sociais no desenvolvimento de transtornos mentais e apontam que condições socioeconômicas desfavoráveis, vivência de violência, conflitos familiares e mães com problemas de saúde mental, configuram-se como os principais fatores de risco para problemas de saúde mental em crianças e adolescentes (PAULA; MIRANDA; BORDINI, 2010).

Ainda que não tenham se debruçado sobre a temática das situações de crise, estudos, que focalizaram a intersectorialidade na saúde mental infantojuvenil, identificaram que os setores/ equipamentos mais acionados pelas equipes de CAPSij são a educação, a atenção básica, a assistência social e os conselhos tutelares (TAÑO, 2017; KANTORSKI et al.; 2014; OLIVEIRA; REIS, 2012).

O estudo de Taño (2017) revelou que dentre os benefícios do trabalho intersectorial, as equipes de CAPSij destacam a corresponsabilização, a garantia da integralidade do cuidado e a qualificação do trabalho. Já como principais dificuldades elencaram a rigidez de alguns equipamentos, a fragilidade no comprometimento para a execução das pactuações realizadas e a cultura de medicalização/ patologização presentes na sociedade e em especial no contexto escolar.

Considerando o impacto que a intersectorialidade exerce nos avanços da atenção psicossocial infantojuvenil se faz necessária a inclusão do tema da atenção às situações de crise em espaços intersetoriais, a fim de que uma lógica medicalizante, manicomial e excludente não seja reforçada pelos setores envolvidos no cuidado de crianças e adolescentes.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo objetivou compreender a atenção à crise de crianças e adolescentes vinculados aos CAPSij sob a ótica dos familiares e gestores dos serviços. Objetivou também identificar quais estratégias de cuidado de atenção as situações de crise são oferecidas pelas equipes dos CAPSij. Além de compreender as demandas e o cotidiano das famílias e dos adolescentes que vivenciaram situações de crise.

Os resultados permitiram identificar um empobrecimento no cotidiano dos adolescentes focalizados no estudo. Observa-se que maioria dos adolescentes apresentam uma rotina restrita a casa, ao CAPSij e a escola e uma limitação nos contextos de inserção e nas relações sociais. Em relação à escola, os resultados revelaram a desvinculação de quatro adolescentes deste espaço, além de evidenciar uma realidade de sofrimento e exclusão aos que se encontravam inseridos.

Este estudo também evidenciou uma vivência familiar marcada por intenso sofrimento, por lidarem a todo tempo com um fenômeno incompreensível, imprevisível e incontrolável que é o das crises. Observa-se que o sofrimento decorrente das situações de crise se estende a todos os membros da família, trazendo importantes impactos em seu cotidiano como, por exemplo, na rotina familiar, na diminuição da rede social, no distanciamento da família extensa e na vivência de intensos sentimentos.

O elevado número de crises e internações dos adolescentes identificados neste estudo permitiu refletir sobre uma fragilidade na efetividade do cuidado que tem sido ofertado aos usuários que se encontram em situações de crise, apontando a necessidade de avanços em favor de um cuidado em liberdade, de base territorial e substitutiva para crianças e adolescentes.

Em relação às concepções de crise apresentadas pelas equipes dos CAPSij, observa-se uma tendência a uma concepção psicossocial que busca ampliar a compreensão da crise, reconhecendo a indissociabilidade entre suas dimensões singulares e coletivas. Porém, aspectos da concepção médica psiquiátrica ainda se faz muito presente nos discursos das equipes, relacionando a crise à agudização da sintomatologia e à quebra de um padrão de normalidade. Discute-se que a coexistência de concepções tão conflitantes informa sobre o processo de transição paradigmática em que os serviços se encontram.

As equipes apontam que as principais estratégias de cuidado ofertadas para atenção às situações de crise são: o acolhimento imediato ao usuário; acolhimento diurno; acolhimento à

família; encaminhamentos para rede; intensificação do projeto terapêutico singular e avaliação e intervenção da equipe. As ações territoriais foram pouco indicadas pelas equipes, o que revela uma fragilidade nessa atenção.

Apesar de as estratégias de cuidado ofertadas aos familiares apontarem um equilíbrio entre oferta de ações que considerem a família como cuidadora, mas também como núcleo que necessita de cuidado, observa-se que apenas metade dos familiares participa dessas atividades. Neste estudo, aponta-se a urgência de intervenções e sugere-se a realização e ampliação da atenção às famílias como parte fundamental do percurso de atenção às crises.

Não obstante aos resultados relativos às lacunas de atenção às famílias, complementarmente, o presente estudo revelou que para as famílias os CAPSij tem sido de importante apoio nas situações de crise. Dentre os pontos abordados por elas estão: as orientações para o manejo das situações de crise; apoio à família; intensificação das ações de cuidado no serviço; acolhimento imediato às situações de crise e articulação com outros serviços da rede.

O trabalho em equipe foi a principal potencialidade identificada pelos CAPSij para a efetivação da atenção às crises. Compreende-se que este resultado reforça a essencialidade do componente humano e técnico nesse trabalho, por meio da relação estabelecida entre os membros da equipe, da clínica construída coletivamente e de seu consequente reflexo no cuidado ofertado aos usuários e familiares.

Os resultados apresentados revelam equipes que vivenciam e sentem intensamente o cuidado ofertado aos usuários em situações de crise, o que pode se traduzir em sofrimento ou potência. Verifica-se que a maior parte das estratégias de acolhimento às equipes é realizada pelas próprias equipes, o que reforça a potência coletiva desse trabalho e ao mesmo tempo a importância de investimentos que garantam espaços coletivos, como o da supervisão clínico-institucional, a todos os CAPSij.

Apesar das equipes de CAPSij vivenciarem sofrimento e sinalizarem insuficiente investimento do Poder Público no serviço e na rede, as mesmas têm se organizado para ofertar estratégias de cuidado que respondam às necessidades decorrentes das situações de crise.

Os familiares também apontaram sobre as fragilidades no cuidado oferecido pelos CAPSij e pela RAPS, revelando a necessidade de que alguns recursos internos e externos estejam disponíveis as equipes de CAPSij, a fim de garantir uma melhor estrutura para que este equipamento acolha de forma resolutiva as situações de crise de crianças e adolescentes de seu território. O horário de funcionamentos dos CAPSij II e a ausência de uma retaguarda

hospitalar na rede, que seja referência pra o atendimento de crianças e adolescentes, também foram apontados pelas famílias como dificultadores de um cuidado efetivo às situações de crise.

Já em relação aos pontos de urgência e emergência, como o SAMU e os Prontos-socorros, as famílias informam uma realidade de desassistência e negligência desses serviços nas situações de crise de crianças e adolescentes. Aponta-se que estudos futuros poderiam aprofundar a compreensão sobre o envolvimento destes dispositivos no campo da saúde mental infantojuvenil.

Outro importante aspecto levantado por este estudo refere-se ao lugar que o Hospital Geral ocupa na atenção à crise de crianças e adolescentes, tanto para as famílias quanto para as equipes. Ainda que as equipes encaminhem usuários para internações em leitos de atenção integral, vale ressaltar que os recursos hospitalares só devem ser acionados quando os recursos em nível comunitário encontrarem-se esgotados. Os resultados do presente estudo não permitiram aprofundar essa questão.

Considera-se que outra relevante contribuição deste trabalho refere-se à participação do equipamento CAPSij III e sua importância no acolhimento à crise de crianças e adolescentes, mostrando-se uma potente estratégia que possibilita, dentre outros aspectos, intervenções mais humanizadas que ofereçam alternativas concretas para o cuidado, evitando internações. Pela relevância deste dispositivo no cuidado à crise pautado nas premissas da atenção psicossocial indica-se a necessidade de outros estudos futuros que possam se debruçar mais sobre este equipamento.

Conforme evidencia este estudo, as internações são uma realidade na vida de adolescentes em intenso sofrimento psíquico. Sendo assim, a presença de um serviço que garanta de forma efetiva o acolhimento à crise é da maior importância para os avanços conjecturados aos cuidados a essa população.

Os resultados apresentados reforçam a necessidade de investimento nos CAPSij e em todos os pontos da RAPS, a fim de garantir melhorias na atenção à crise de crianças e adolescentes, sendo de extrema urgência a problematização dessas questões nas políticas públicas de saúde mental a essa população.

Acredita-se que este estudo oferece um aprofundamento no conhecimento deste campo e indica importantes elementos para que discussões e reflexões sobre a atenção à crise de crianças e adolescentes possam ser feitas pelas equipes de CAPSij em seus cotidianos de

trabalho, além de contribuir para que avanços nas políticas públicas de saúde mental infantojuvenil sejam realizados.

Sugere-se a continuidade de estudos considerando, além da perspectiva dos profissionais e familiares, o protagonismo das próprias crianças e adolescentes, usuárias dos CAPSij.

Aponta-se também a necessidade de estudos futuros que busquem desenvolver estratégias de cuidado na comunidade que ofereçam suporte as famílias que convivem com o sofrimento psíquico, buscando responder à realidade aqui observada de extrema solidão e exclusão.

Por fim, a atenção à crise sob a perspectiva psicossocial reconhece a vivência da crise como um momento complexo inscrito num contexto histórico e social, que expressa não só a crise do sujeito que sofre, mas de sua família, comunidade, escola, rede de saúde e do próprio CAPSij, colocando todos os atores desse processo numa crise, que precisa ser compreendida, acolhida e transformada. Dessa forma, acredita-se que não há outra via de enfrentamento se não pela via do coletivo, por meio de uma construção conjunta que se dedique a equacionar os sofrimentos e rupturas ocasionados por essa experiência.

6. REFERÊNCIAS

ABUHAD, D.; SANTOS, A.B.A.P.; MESSENERG, B. B.; FONSECA, R.M.G.S.; SILVA, A. L. A. **O trabalho em equipe multiprofissional no CAPS III: um desafio.** Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre, v. 26, n. 3, p. 369-80, 2005.

ALMEIDA, A. B.; NASCIMENTO, E. P.; RODRIGUES, J.; SCHWEITZER, G. **Intervenção nas situações de crise psíquica: dificuldades e sugestões de uma equipe de atenção pré-hospitalar.** Revista Brasileira de Enfermagem, Rio de Janeiro, v. 67, n. 5, p. 708-14, 2014.

ALVES, H. M. C.; DOURADO, L. B. R.; CÔRTEZ, V. N. Q. **A influência dos vínculos organizacionais na consolidação dos Centros de Atenção Psicossociais.** Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 18, n. 10, p. 2965-2975, 2013.

AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

_____. **Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da Reforma Psiquiátrica.** Cadernos de Saúde Pública, v. 11, n.3, p. 491-494, 1995.

AMSTALDEN, A. L. F.; HOFFMANN, M.C.C.L.; MONTEIRO, T.P.M. A política de saúde mental infanto-juvenil: seus percursos e desafios. In: LAURIDSEN-RIBEIRO, E.; TANAKA, O.Y. (Orgs.). **Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS.** São Paulo: Hucitec, 2010, p.33-45.

ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C.; BEZERRA, R. C. Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. In: **Tratado de Saúde Coletiva.** São Paulo: Hucitec, 2006.

ANJOS FILHO, N.C.; SOUZA, A.M.P. **The workers' perceptions about the multiprofessional team work at a Psychosocial Care Center in Salvador, Bahia, Brazil.** Interface - Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v. 21, n. 60, p. 63-76. 2017.

ATHAYDE, V.; HENNINGTON, E. A. **A saúde mental dos profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial.** Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, 2012.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo.** São Paulo: Edições 70, 2016.

BARROS, R. E.; TUNG, T. C.; MARI, J. J. **Serviços de emergência psiquiátrica e suas relações com a rede de saúde mental brasileira.** Revista Brasileira de Psiquiatria, São Paulo, v. 32, Supl 2, 2010.

BIELEMANN, V. L. M.; KANTORSKI, L. P.; BORGES, L. R.; CHIAVAGATTI, F. G.; WILLRICH, J. Q.; SOUZA, A. S.; HECH, R. M. **A inserção da família no Centro de Atenção Psicossocial sob a ótica de seus atores sociais.** Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis, v. 18, n. 1, p. 131-9, 2009.

BLOISE, P. V. **Crise e Multidisciplinaridade.** Boletim de Psiquiatria. vol. 26, São Paulo: 1993.

BLIKSTEIN, F.; VICENTIN, M. C. G. De volta ao manicômio: *reflexões sobre internações psiquiátricas de crianças e adolescentes*. In: **O CAPSij e o desafio da Gestão em Rede**. Ribeiro, E. L.; Lykouropoulos, C. B. São Paulo: Hucitec, 2016.

BOARINI, M. L.; YAMAMOTO, O. H. **Higienismo e Eugenia: discursos que não envelhecem**. *Psicologia em Revista*, Belo Horizonte, v. 13, n. 1, p. 59-72, 2004.

BORBA, L.O.; SCHWARTZ, E.; KANTORSKI, L. P. **A sobrecarga da família que convive com a realidade do transtorno mental**. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 21, n. 4, p. 588-94, 2008.

BRAGA, C. P.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L. **A continuidade das internações psiquiátricas de crianças e adolescentes no cenário da Reforma Psiquiátrica Brasileira**. *Interface – Comunicação, Saúde e Educação*, Botucatu, v. 19, n. 52, p. 33-44, 2015.

BRASIL, Ministério da Educação, Secretaria de Educação Especial. **Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva**. Brasília, 2008.

_____. **Marcos político-legais da Educação Especial na perspectiva da educação inclusiva**. Brasília, 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde e Conselho Nacional do Ministério Público. **Atenção Psicossocial a crianças e adolescentes no SUS tecendo redes para garantir direitos**. Brasília: 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil: recomendações: de 2005 a 2012**. Brasília, 2014.

_____. **Portaria nº 121**. Institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas (Unidade de Acolhimento), no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial. Brasília, 2012a.

_____. **Portaria nº 276**. Institui o sistema de Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde (RAAS). Brasília, 2012b.

_____. **Portaria nº 148**. Define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial, e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio. Brasília, 2012.

_____. **Portaria nº 3088**. 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, 2011.

_____. **Caminhos para uma política de saúde mental infantojuvenil**. Brasília, 2005.

_____. **Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília, 2004a.

_____. **HumanizaSUS - Política Nacional de Humanização. A Humanização como Eixo Norteador das Práticas de Atenção e Gestão em Todas as Instâncias do SUS.** Brasília, 2004b.

_____. **Portaria nº 1608.** Constitui Fórum Nacional sobre a Saúde Mental de crianças e adolescentes. Brasília, 2004c.

_____. **Portaria nº 336.** Regulamenta as modalidades de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e estabelece normas de funcionamento e composição de equipe. Brasília, 2002a.

_____. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental.** Brasília, 2002b.

_____. **Lei nº 10.216.** Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, 2001.

_____. **Lei nº 8.080.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990.

BRASIL. **Lei Federal nº 8069.** Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, 1990.

_____. **Código de Menores.** Lei nº 6.697, de 10 de Outubro de 1979. Brasília, 1979.

_____. **Lei 4.513.** Cria a Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor. Brasília, 1964.

_____. **Código Mello Matos.** Decreto nº 17.943-A de 12 de Outubro de 1927. Rio de Janeiro, 1927.

BRITO, A. A. C.; BONFADA. D.; GUIMARÃES, J. **Onde a reforma ainda não chegou: ecos da assistência às urgências psiquiátricas.** Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1293-1312, 2015.

CABRAL, R. R. F.; CHAVES, A. C. **Conhecimento sobre a doença e expectativas do tratamento em familiares de pacientes no primeiro episódio psicótico: um estudo transversal.** Rev Psiquiatr RS; n. 27, v. 1, p.32-38, jan/abr 2005.

CAMATTA, M. W.; NASI, C.; ADAMOLI, A. N.; KANTORSKI, L. P.; SCHEIDER, J. F. **Avaliação de um Centro de Atenção Psicossocial: o olhar da família.** Ciência e Saúde Coletiva, v. 16, n. 11, p. 4405-4414, 2011.

CAPLAN, G. **Princípios de psiquiatria preventiva.** Rio de Janeiro: Zahar. 1980.

CAVALHERI, S. C. **Transformações do modelo assistencial em saúde mental e seu impacto na família.** Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 63, n. 1, p. 51-7. 2010.

COENTRE, R.; LEVY, P.; FIGUEIRA, M. L. **Intervenção Precoce na Psicose, Primeiro Episódio Psicótico e Período Crítico.** Acta Medica Portuguesa, Portugal, v. 24, p. 117-126, 2011.

COHEN, S; WILLS, T. A. **Stress, social support, and the buffering hypothesis.** Psychol. Bull, v. 98, p. 310-57, 1985.

COLLARES, P. M. C. **Análise da Rede Assistencial em Saúde Mental: o exemplo de inserção social promovida pelo CAPSi em Fortaleza-CE.** Dissertação de Mestrado. Universidade de Fortaleza, Fortaleza, 2010.

COLVERO, L. A.; COSTARDI, C. A.; ROLIM, M. A. **Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença.** Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v. 38, n. 2, p. 197-205, 2004.

COLVERO, L. A. **Desafios da família na convivência com o doente mental: cotidiano conturbado.** Tese de doutorado. Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2002.

COSTA, M. S. **Construções em torno da crise. Saberes e práticas na atenção em saúde mental e produção de subjetividades.** Arquivos Brasileiros de Psicologia, Rio de Janeiro, v. 59, n. 1, p. 94-108, 2007.

COSTA, M. S. **Reforma Psiquiátrica, transformações e limites nos modos de lidar com as situações de crise: uma análise a partir das experiências de dois serviços de atenção psicossocial do Rio de Janeiro.** Dissertação de mestrado. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2006.

COSTA-ROSA, A. **O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar.** In: AMARANTE, P., org. **Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000.

COUTO, M. C.; DELGADO, P. G. G. **Crianças e adolescentes na agenda política da saúde mental brasileira: inclusão tardia, desafios atuais.** Psicologia Clínica, Rio de Janeiro, vol. 27, n.1, p. 17-40, 2015.

_____. **Intersetorialidade: exigência da clínica na atenção psicossocial.** In: LAURIDSEN-RIBEIRO, E.; TANAKA, O.Y. (Orgs.). **Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS.** São Paulo: Hucitec, 2010, p. 217-279.

DALGALARRONDO, P. **Religião, psicopatologia e saúde mental.** Porto Alegre: Artmed, 2008.

DEL-BEN, C. M.; SPONHOLZ-JUNIOR, A.; MANTOVANI, C.; FALEIROS, M. C. M.; OLIVEIRA, G. E. C.; GUAPO, V.G.; MARQUES, J. M. A. **Emergências psiquiátricas: manejo de agitação psicomotora e avaliação de risco suicida.** Revista Medicina - Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, v. 50 (supl. 1), p. 98-112, 2017.

DELFINI, P. S. S.; BASTOS, I. T.; REIS, A. O. A. **Peregrinação familiar: a busca por cuidado em saúde mental infantil.** Cad. Saúde Pública, n. 33, v. 12, 2017.

DELL'ACQUA, G.; MEZZINA, R. **Resposta à crise.** In: DELGADO, J. **A loucura na sala de jantar.** São Paulo: Ed. Autor, 1991. p. 53-79.

DIMENSTEIN, M.; SALES, A. L.; GALVÃO, E.; SEVERO, A. K. **Estratégia da Atenção Psicossocial e participação da família no cuidado em saúde mental.** Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p.1209-1226, 2010.

DOMBI-BARBOSA, C.; BERTOLINO NETO, M. M.; FONSECA, F. L.; TAVARES, C. M.; REIS, A. O. A. **Condutas terapêuticas de atenção às famílias da população infanto-juvenil atendida nos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis (CAPSi) do estado de São Paulo.** Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano, v. 19, n. 2, p. 262-268, 2009.

DUARTE, M. L. C.; KANTORSKI, L. P. **Avaliação da atenção prestada aos familiares em um centro de atenção psicossocial.** Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 64, v. 1, p. 47-52. 2011.

ERIKSON, E. H. **Identidade, Juventude e Crise.** Rio de Janeiro: Zahar editores, 1976.

FERIGATO, S. H., CAMPOS, R. T. O., BALLARIN, M. L. G. S. **O atendimento à crise em saúde mental: ampliando conceitos.** Revista de Psicologia da UNESP, 6(1), p. 31-44, 2007.

FERNANDES, A. D. S. A.; MATSUKURA, T. S. **Adolescentes no CAPSi: relações sociais e contextos de inserção.** Revista de Terapia Ocupacional Universidade de São Paulo. V. 26, n. 2, p. 216-24, 2015.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Dicionário da língua portuguesa.** 5. ed. Curitiba: Positivo, 2010.

FIALHO, M. B. Contextos históricos e concepções teóricas da crise e urgência em saúde mental. In: ZEFERINO, M. T.; RODRIGUES, J.; ASSIS, J. T. (org.) **Crise e Urgência em Saúde Mental: fundamentos da atenção à crise e urgência em saúde mental.** Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2014.

FILIZOLA, C. L. A.; MILIONI, D. B.; PAVARINI, S. C. I. **A vivência dos trabalhadores de um CAPS diante da nova organização do trabalho em equipe.** Revista Eletrônica de Enfermagem, Goiânia, v. 10, n. 2, p. 491-503. 2008.

FONTANELLE, A. **Sujeitos em crise: estratégias de intervenção de profissionais em Centro de Atenção Psicossocial.** Dissertação (Mestrado em Psicologia). Universidade Federal do Espírito Santo. Espírito Santo, 2010.

FONTES, B. A. S. M. **Redes Sociais e Saúde: Sobre a formação de redes de apoio social no cotidiano de portadores de transtorno mental.** Revista de Ciências Sociais, Fortaleza, n. 26, p. 87-104, 2007.

FOUCAULT, M. **História da loucura na idade clássica.** São Paulo: Editora Perspectiva, 2000.

_____. **O Poder Psiquiátrico.** Martins Fontes, São Paulo. 2006.

FROSCH, E.; REIS, S.; MALONEY, K.; **Connections to outpatient mental health care of youths with repeat emergency department visits for psychiatric crises.** Psychiatric Services, v. 62, n. 6, p. 646-649, 2011.

GIL, A. C. **Como elaborar Projetos de Pesquisa.** 4ª edição. São Paulo: Atlas, 2002.

GLANZNER, C. H.; OLSCHOWSKY, A.; KANTORSKI, L. P. **O trabalho como fonte de prazer: avaliação da equipe de um Centro de Atenção Psicossocial.** Rev Esc Enferm USP, n. 45, v. 3, p. 716-21, 2011.

HIRDES, A. **A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re)visão.** Ciênc. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 297-395, jan./fev. 2009.

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. v. 29, n. 9, p. 1041–1050, 2013.

JARDIM, K; DIMENSTEIN, M. **A crise na rede: o SAMU no contexto da Reforma Psiquiátrica.** Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 32, n. 78-79-80, p. 150-160, 2008.

KANTORSKI, L. P.; NUNES, C. K.; SPERB, L. C. S.; PAVANI, F. M.; JARDIM, V. M. R.; COIMBRA, V. C. C. **A intersectorialidade na atenção psicossocial nfantojuvenil.** Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental online, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 651-662, 2014.

KNOBLOCH, F. **O tempo do traumático.** São Paulo: Educ. 1998.

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

LANCMAN , S.; SNELWAR, L.I. (Org.). **Christophe Dejours: da psicopatologia àpsicodinâmica do trabalho.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 360.

LAPLANCHE, J. **Vocabulário da psicanálise: Laplanche e Pontalis.** 4. Ed., São Paulo: Martins Fontes, 2001.

LAURIDSEN-RIBEIRO, E.; TANAKA, O.Y. Organização de serviços no Sistema único de Saúde para o cuidado de crianças e adolescentes com problemas de saúde mental. In: LAURIDSEN-RIBEIRO, E.; TANAKA, O.Y. (Orgs.). **Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS.** São Paulo: Hucitec, 2010, p. 147-169.

LAVALL, E.; OLSCHOWSKY, A.; KANTORSKI, L.P. **Avaliação de família: rede de apoio social na atenção em saúde mental.** Revista Gaúcha Enfermagem, Porto Alegre, v. 30, n. 2, p. 198-205, 2009.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. C. **Pesquisa de representação social: a metodologia do Discurso do Sujeito Coletivo.** Brasília: Líber Livro Editora, 2010.

LIMA, M.; DIMENSTEIN, M. **Matrix support in mental health: a tool for support in care in crisis situations.** Interface - Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v. 20, n. 58, p. 625-35, 2016.

LIMA, M.; JUCÁ, V. J. S.; NUNES, M. O.; OTTONI, V. E. **Significados, signos e práticas de manejo da crise em Centros de Atenção Psicossocial.** Interface – Comunicação, Saúde e Educação, Botucatu, v. 16, n. 41, p. 423-434, 2012.

MACHADO, Roberto; LOUREIRO, Ângela; LUZ, Rogério; MURICY, Kátia. **Danação da norma: a medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.

MANGIA, E. F.; SOUZA, D. C.; MATTOS, M. F.; HIDALGO, V. C. **Acolhimento: uma postura, uma estratégia**. Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo, v. 13, n. 1, p. 15-21, jan./abr. 2002.

MANZINI, E.J. Considerações sobre a elaboração de roteiro para entrevista semiestruturada. In: MARQUEZINE, M.C.; ALMEIDA, M.A.; OMOTE, S. (Org.). **Colóquios sobre pesquisa em educação especial**. 1 ed. Londrina. v.1, p. 11-25, 2003.

MARQUES, A. K. M. C.; LANDIM, F. L. P.; COLLARES, P. M.; MESQUITA, R. B. **Apoio social na experiência do familiar cuidador**. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 16 (Supl. 1), p. 945-955, 2011.

MELMAN, J. **Família e doença mental. Repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares**. São Paulo: Escrituras; 2001.

MERHY, E.E.; FRANCO, T.B. **Por uma Composição Técnica do Trabalho Centrada nas Tecnologias Leves e no Campo Relacional**. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v.27, n. 65, 2003.

MILHOMEM, M. A. G. C.; OLIVEIRA, A. G. B. **O trabalho em equipe nos Centros de Atenção Psicossocial**. Cogitare Enfermagem, Curitiba, v. 12, n.1, p. 101-8, 2007.

MINAYO, M. C. S; GOMES, S. F. D. R. **Pesquisa Social Teoria Método e Criatividade**. . 28 ed. Petrópolis: Vozes, 2009.

MINOZZO, F.; COSTA, I. I. **Apoio matricial em saúde mental: fortalecendo a saúde da família na clínica da crise**. Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 438-450, 2013.

MOEBUS, R. Crise – Um conceito constitutivo para a saúde mental. In: GOMES, M. P. C.; MERHY, E. E. (org.). **Pesquisadores In-Mundo Um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental**. 1ª Ed., Porto Alegre: Editora Rede UNIDA, 2014.

MONTEIRO, A. R. M. M.; TEIXEIRA, L. A.; SILVA, R. S. M.; RABELO, K. P. S.; TAVARES, S. F. V.; TÁVORA, R. C. O. **Sofrimento psíquico em crianças e adolescentes – a busca pelo tratamento**. Escola Anna Nery, v. 16, n. 3, p. 523-529, 2012.

NASI, C.; STUMM, L.K.; HILDEBRANDT. **Convivendo com o doente mental psicótico na ótica do familiar**. Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 6, n. 1, p. 59-67. 2004.

NAVARINI, V.; HIRDES, A. **A família do portador de transtorno mental: identificando recursos adaptativos**. Texto & Contexto – Enfermagem, Florianópolis, v. 17, n. 4, 2008.

NEVES, E.T.; CABRAL, I.E. **Empoderamento da mulher cuidadora de crianças com necessidades especiais de saúde**. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, n. 17, v. 3, p. 552-60, Jul-Set 2008.

OLIVEIRA, M. F. A. B.; REIS, A. O. A. O trabalho oculto na rede de atenção psicossocial de crianças e jovens em sofrimento psíquico. In: REIS, A. O. A.; FONSECA, F. L.; ROLIM NETO, M. L.; DELFINI, P. S. S. (Orgs.). **As crianças e os adolescentes dos centros de atenção psicossocial infantojuvenil**. São Paulo: Schoba, 2012, p. 193-215.

PANZINI, R. G.; BANDEIRA, D. R. **Coping (enfrentamento) religioso/espiritual**. Revista de Psiquiatria Clínica, São Paulo, v. 34 supl. 1, p. 126-135, 2007.

PARGAMENT, K. I. **The psychology of religion and coping: theory, research, practice**. New York: The Guildford Press, 1997.

PAULA, C.S.; MIRANDA, C. T.; BORDINI, I.A. S. Saúde Mental na Infância e Adolescência: Revisão de estudos epidemiológicos brasileiros. In: LAURIDSEN-RIBEIRO, E.; TANAKA, O.Y. (Orgs.). **Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS**. São Paulo: Hucitec, 2010, p. 75-92.

PAULON, S. M.; CHAVES, A. G. C. R.; LEITE, A. L. S.; NOGUEIRA, C. S.; CASTRO, D. D.; PEREIRA, L. C. D. V.; LONDERO, M. F. P.; TREPTE, R. F. **O foco míope: apontamentos sobre o cuidado à crise em saúde mental em emergências de hospitais gerais**. Polis e Psique, Porto Alegre, v. 2, 2012.

PEDUZZI M. Trabalho em equipe. In: LIMA, J.C.F., PEREIRA, I.B. (org.). **Dicionário de educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009.

PEGORARO, R. F.; CALDANA, R. H. L. **Psychological stress among relatives of users of a Psychosocial Care Center**. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v.12, n.25, p.295-307, 2008a.

_____. **Mulheres, loucura e cuidado: a condição da mulher na provisão e demanda por cuidados em saúde mental**. Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 82-94, 2008b.

_____. **Sobrecarga de familiares de usuários de familiares de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial**. Psicologia em Estudo, Maringá, v. 11, n. 3, p. 569-577, 2006.

PEREIRA, M. O.; SÁ, M. C.; MIRANDA, L. **Uma onda que vem e dá um caixote: representações e destinos da crise em adolescentes usuários de um CAPSi**. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 3733-3742, 2017.

_____. **Um olhar da atenção psicossocial à adolescentes em crise a partir de seus itinerários terapêuticos**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 30, n. 10, p. 2145-2154, 2014.

_____. **Adolescência, crise e atenção psicossocial: perspectivas a partir da obra de René Kaës**. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 37, n. 99, p. 664-671, 2013.

PIMENTEL, F. A.; MOURA, B. R. Do caos a corresponsabilização: o espaço de ambiência no CAPSi. In: LAURIDSEN-RIBEIRO, E.; LYKOUROPOULOS, C. B. **O CAPSi e o desafio da gestão em Rede**. São Paulo: Hucitec, 2016, p. 116-129.

- PITTA, A. M. F. **Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas.** *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4579-4589, 2011.
- RAMOS, D.K.R.; GUIMARÃES, J.; ENDERS, B, C. **Contextual analysis of frequent hospital readmissions of the individual with mental disorder.** *Interface - Comunic., Saude, Educ.*, v.15, n.37, p.519-27, abr./jun. 2011.
- REIS, A. O. A.; FONSECA, F. L.; ROLIM NETO, M. L.; DELFINI, P. S. S. **As crianças e os adolescentes dos Centros de Atenção Psicossocial infanto-juvenil.** São Paulo, Schoba, 2012.
- REIS, A. O. A.; DELFINI, P. S. S.; DOMBI-BARBOSA, C.; NETO; M. M. B. Breve história da saúde mental infantojuvenil. In: **Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS.** Ribeiro, E. L. e Tanaka, O.Y (org.). São Paulo: Hucitec, 2010.
- REZENDE, G. L.; SILVA, R. A. N. **O poder de normalização e a produção do indivíduo perigoso.** *Fractal: Revista de Psicologia*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 324-332, 2016.
- RIBEIRO, P. R. M. **História da saúde mental infantil: a criança brasileira da Colônia à República Velha.** *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 11, n. 1, p. 29-38, 2006.
- RIBEIRO, J. **Escala de satisfação com o suporte social (ESSS).** *Análise Psicológica*, v. 3, p. 547-548, 1999.
- RIZZINI, I. Abordagem crítica da institucionalização infantojuvenil no Brasil. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Caminhos para uma política de saúde mental infantojuvenil.** Brasília, 2005. p. 31-36.
- SADISGURSKY, D. **Desinstitucionalização do doente mental: expectativas da família.** Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1997.
- SALLES, M. M. **Vida cotidiana de usuários de CAPS: (in)visibilidade no território.** Tese de Doutorado. Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.
- SANTIN, G.; KLAFKE, T. E. **Família e o cuidado em Saúde Mental.** *Revista Barbarói.* Santa Cruz do Sul, n. 34, jan/jul. 2011.
- SANTOS, E. O.; COIMBRA, V. C. C.; KANTORSKI, L. P. **Reunião de equipe: proposta de organização do processo de trabalho.** *Revista Cuidado é Fundamental Online*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 606-613, 2017.
- SARACENO, B. **Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidade possível.** 2ª. ed. Rio de Janeiro: Editora Te Cora, 2001.
- SCISLESKI, A. C. C.; MARASCHIN, C.; SILVA, R. N. **Manicômio em circuito: os percursos dos jovens e a internação psiquiátrica.** *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 342-352, fev, 2008.
- SCANDOLARA, A.S.; ROCKENBACH, A.; SGARBOSSA, E. A.; LINKE, L. R.; TONINI, N. S. **Avaliação do Centro de Atenção Psicossocial Infantil de Cascavel – PR.** *Psicologia e Sociedade*, Belo Horizonte, v. 21, n. 3, p. 334-342, 2009.

SCIVOLETTO, S.; BOARATI, M. A.; TURKIEWICZ, G. **Emergências psiquiátricas na infância e adolescência** *Psychiatric emergencies in childhood and adolescence*. Revista Brasileira de Psiquiatria, v. 32, Supl II, out 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, 2007.

SEIXAS, A. A. A.; MOTA, A.; ZILBREMAN, M. L. **A origem da Liga Brasileira de Higiene Mental e seu contexto histórico**. *Carta aos Editores*. Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, v. 31, n. 1, p. 82, 2009.

SILVA, J. F. **Atenção Psicossocial de adolescentes: a percepção de profissionais da atenção básica e estratégica em saúde mental**. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2016.

SILVA, M. B.; DIMENSTEIN, M. B. D. **Manejo da crise: encaminhamento e internação psiquiátrica em questão**. Arquivos Brasileiros de Psicologia, Rio de Janeiro, v. 66, n. 3, p. 31-46, 2014.

SILVEIRA, D. P.; VIEIRA, A. L. V. **Reflexões sobre a ética do cuidado em saúde: desafios para a atenção psicossocial no Brasil**. Estudos e Pesquisas em Psicologia, Rio de Janeiro, a. 5, n. 1, p. 92-101, 2005.

SOUZA, C.Z. Avanço à ação intersetorial: produção de saúde mental na escola. IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial, 27 de junho a 01 de julho de 2010, Brasília. **Textos de Apoio**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2010.

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. Author manuscript; available in PMC 2014.

TAÑO, B. L. **A constituição de ações intersetoriais de atenção às crianças e adolescentes em sofrimento psíquico**. Tese de Doutorado, 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.

_____. **Saúde mental infantojuvenil e desafios do campo: reflexões a partir do percurso histórico**. Cadernos de Terapia Ocupacional UFSCar, São Carlos, v. 23, n. 2, p. 439-447, 2015.

TAÑO, B.L.; HAYASHI, M.C.P.I. **Saúde mental infantojuvenil e educação: análise bibliométrica da produção cinetífica nacional e internacional (1968-2014)**. RECIIS, v.9, n.3, p. 1-26, Rio de Janeiro, 2015.

TELLES, H. P. R. S. A criança nos discursos da saúde mental: um percurso histórico a partir de recomendações para políticas públicas. In: LAURIDSEN-RIBEIRO, E.; TANAKA, O.Y.

(Orgs.). **Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS**. São Paulo: Hucitec, 2010, p. 131-143.

THORNICROFT, G.; TANSELLA, M. **Boas práticas em saúde mental comunitária**. Barueri, SP: Manole, 2010.

UCHIDA, S.; SZNELWAR, L. I.; BARROS, J.O.; LANCMAN, S. **O trabalhar em serviços de saúde mental: entre o sofrimento e a cooperação**. Laboreal, v. 7, v. 1, p. 28-41, 2011.

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

WETZEL, C.; SCHWARTZ, E.; LANGE, C.; PINHO, L. B.; ZILMER, J. G. V.; KANTORSKI, L. P. **Inserção da família no cuidado de um Centro de Atenção Psicossocial**. Ciência, Cuidado e Saúde, Maringá, v. 8 (suplemento), p. 40-46, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Atlas: child and adolescent mental health Resources: global concerns, implications for the future**. Genebra, 2005.

_____. **Adolescent Friendly Health Services: An agenda for change**. Genebra: WHO, 2002.

WILLRICH, J.Q.; KANTORSKI, L. P.; CHIAVAGATTI, F. G.; CORTES, J. M.; PINHEIRO, G. W. **Periculosidade versus cidadania: os sentidos da atenção à crise nas práticas discursivas de um Centro de Atenção Psicossocial**. Physis Revista de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 47-63, 2011.

YASUI, S.; COSTA-ROSA, A. **A Estratégia Atenção Psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de Saúde Mental**. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 32, p. 27-37, 2008.

APÊNDICES

APENDICE A – QUESTIONÁRIO AOS GESTORES



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

Título da Pesquisa: **A ATENÇÃO À CRISE NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTOJUVENIS**

Pesquisadora: BEATRIZ ROCHA MOURA

Contatos: rochamoura.beatriz@gmail.com; (11) 98907-2343

Caro gestor, solicitamos que preencha o **questionário** a seguir, a fim de que possamos coletar informações sobre as estratégias de cuidado de Atenção à Crise oferecidos pelos Centros Atenção Psicossocial Infantojuvenis (CAPSij). Assinalamos que a **Parte I** do questionário poderá ser preenchida apenas pelo **gestor**, uma vez que se trata de dados e informações mais gerais, já na **Parte II** orienta-se que o questionário seja preenchido conjuntamente com a **equipe** do serviço, pois se refere a opiniões e percepções coletivas. Ressaltamos que os serviços não serão identificados durante a pesquisa, e tampouco nos relatórios a respeito. Caso tenha outras dúvidas em relação ao preenchimento do questionário, por favor, entre em contato com a pesquisadora Beatriz Rocha Moura.

Esperamos que esse estudo possa contribuir para um aprofundamento da temática, como também contribuir com reflexões que possam auxiliar no delineamento de políticas públicas de saúde mental condizentes com as necessidades da população infantojuvenil. O tempo aproximado de preenchimento deste questionário é de 45 minutos. .

Aproveitamos para agradecer a sua participação e contribuição!

SESSÃO I

Nome do serviço:

1. Sobre o gestor

1.1 Nome do gestor:

1.2 Idade:

1.3 Qual sua formação? (ensino superior e pós-graduação)

1.4 Está há quanto tempo na função de gestor?

1.5 Tempo de atuação na saúde mental infantojuvenil (como técnico ou gestor).

1.6 Esteve na assistência direto aos usuários - na área de saúde mental - antes de ser gestor? Em qual função? Por quanto tempo?

2. Sobre a equipe técnica

2.1 Quantos profissionais de nível superior sua equipe possui? Qual a quantidade de profissionais por categoria profissional?

2.2 Quantos profissionais de nível médio sua equipe possui? Qual a quantidade de profissionais por categoria profissional?

2.3 Qual a forma de contratação dos profissionais? A contratação dos profissionais é feita pela Administração direta da Prefeitura (concursos públicos) ou de forma indireta por Parceiros (Contratos CLT)?

2.4 A equipe realiza reuniões periódicas?

De quais tipos?

Qual o objetivo, frequência e duração de cada uma dessas reuniões?

3. Sobre o serviço

3.2 Tempo de funcionamento:

3.3 Horário de funcionamento:

3.4 Território de abrangência:

3.5 População de abrangência:

3.6 Quantos Acolhimentos Iniciais foram realizados em 2016?

3.7 Desse total de acolhimentos qual o número aproximado de egressos de internação psiquiátrica em 2016?

3.8 Qual nº de usuários em acompanhamento CAPS (ou total de prontuários ativos) no último mês?

3.9 Quantos usuários do serviço foram encaminhados ao Pronto Socorro do Hospital Geral no ano de 2016?

3.10 Para quantos usuários foi proposto o recurso Acolhimento Noturno em CAPSij III no ano de 2016?

3.11 Para quantos usuários foi proposto o recurso de internação em hospitais gerais (via Regulação) no ano de 2016?

3.12- Para quantos usuários foi proposto o recurso da Unidade de Acolhimento infantojuvenil no ano de 2016?

3.13 Qual o nº procedimentos RAAS *Atenção as situações de crise* realizados pela equipe do CAPSij no ano de 2016?

3.14 Em qual faixa etária estiveram mais presentes as situações de crise? Enumere em 1, 2 e 3, sendo 1 a faixa etária com a maior frequência.

0-6 anos () 7-11 anos () 12-18 anos ()

SESSÃO II – Orienta-se que as perguntas a seguir sejam respondidas conjuntamente com a equipe do serviço.

4. Sobre a atenção à crise

4.1 Qual compreensão de crise em saúde mental infantojuvenil adotada por essa equipe? Fale sobre isso.

- 4.2 Em sua opinião quais as principais problemáticas que envolvem as situações de crise vivenciadas pelos usuários desse serviço? Aponte até 5 em ordem decrescente.
- 4.3 De acordo com a experiência desse serviço, quais manejos e estratégias de cuidado são oferecidos para os usuários nas situações de crise? Dentre esses, quais você considera mais efetivos?
- 4.4 De acordo com a experiência desse serviço, quais estratégias de cuidado são oferecidas para os familiares nas situações de crise dos usuários?
- 4.5 Como é para sua equipe lidar com as situações de crises dos usuários? Quais sentimentos são suscitados?
- 4.6 Quais são as estratégias utilizadas para apoiar e acolher a equipe? Fale sobre isso
- 4.7 Quais as principais potencialidades desse CAPSij para o manejo das crises?
- 4.8 Quais as principais dificuldades desse CAPSij para o manejo das crises?
- 4.9 Qual a sua opinião sobre ter um CAPSij III na sua região?
- 4.10 Nas situações de crise, a equipe aciona outros pontos da rede de atenção psicossocial? Quais e em quais momentos?

4.11 Nas situações de crise, a equipe utiliza os recursos intersetoriais? Fale sobre isso.

4.12 Há algo que não foi abordado e que você gostaria de abordar em relação a essa temática?
Fique a vontade.

APENDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA FAMILIARES

ROTEIRO DE ENTREVISTA FAMILIARES

Nome do serviço:

1. Identificação e caracterização socioeconômica

- 1.1 Nome da criança/adolescente acompanhado pelo CAPS:
- 1.2 Idade:
- 1.3 Desde quando ele (a) é acompanhado pelo CAPS?
- 1.4 Nome do familiar:
- 1.5 Parentesco:
- 1.6 Idade:
- 1.7 Escolaridade:
- 1.8 Está trabalhando atualmente? Se não está trabalhando, desde quando?
- 1.9 Trabalha ou já trabalhou com carteira assinada? Quando?
- 1.10 Renda familiar:
() 1 a 2 salários mínimos () 2 a 3 salários mínimos () mais de 4 salários mínimos ()
- 1.11 Recebe benefícios/auxílios? Quais?
- 1.12 Tipo de Moradia: () casa própria () alugada () outras
- 1.13 Composição familiar (idade e grau de parentesco com a criança/ adolescente)

2. Sobre a rotina da criança/adolescente

- 2.1 Como é o dia-a-dia do seu filho (a)?
- 2.2 Frequenta a escola? Como é frequentar a escola?
- 2.3 Se não, por quê? Desde quando não frequenta?
- 2.4 Quais outros lugares seu filho frequenta? (igreja, casa de parentes, etc.)
- 2.5 Ele (a) tem amigos? Sai com amigos, familiares ou conhecidos?

3. Sobre o suporte social

- 3.1 Com quem você pode contar no cuidado com seu filho (a)? (familiares, conhecidos)
- 3.2 O que ajuda a 'seguir em frente' no dia-a-dia?
- 3.3 Há algo mais que poderia auxiliar no seu dia-a-dia?

4. Sobre o CAPSij

- 4.1 Antes de chegar aqui, que outros locais de tratamento você esteve com seu filho? Fale sobre isso.
- 4.2 Como foi a chegada ao CAPS?
- 4.3 Quais são as atividades que seu filho realiza no CAPS? Com qual frequência?
- 4.4 O que você aprendeu aqui que ajudou em casa? Me fale sobre as informações que recebeu.
- 4.5 Estar no CAPS ajuda seu filho? Em que?
- 4.6 Estar no CAPS ajuda sua família? Em que?
- 4.7 Você ou algum familiar participa das atividades oferecidas aos familiares no CAPS? Quais e com qual frequência? Como é participar dessa atividade?
- 4.8 Você tem alguma sugestão para o CAPS que ajudaria seu filho (a) e sua família? O que você gostaria que fosse oferecido pelo CAPS a vocês?

5. Sobre as situações de crise

- 5.1 Fale sobre as crises do seu filho (a) . Quantas foram?
- 5.2 Sobre a primeira crise do seu filho (a) , quando, como e onde ocorreu?
- 5.3 Em quais serviços você buscou ajuda?
- 5.4 E a última crise do seu filho(a)? Quando, como e onde ocorreu?
- 5.5 Qual foi a crise mais marcante? Por quê?
- 5.6 O que você sente durante as crises de seu filho (a)? (sentimentos)

- 5.7 O que mais te ajudou nesse período? (No geral e nos serviços)
- 5.8 Como sua família lidou com a crise de seu filho (a)?
- 5.9 O CAPS auxilia nas situações de crise do seu filho (a)? De que maneira?
- 5.10 Quando você compara a 1ª e a última crise o que você acha que mudou? E o que não mudou?
- 5.11 O que mudou na sua vida e de sua família após a crise do seu filho (a)?
- 5.12 Como você entende/compreende a crise de seu filho?
- 5.13 Atualmente, como você se sente com todas essas lutas?

Você gostaria de falar sobre mais algum assunto? Fique a vontade.

APENDICE C – PARECER CONSUBSTANCIADO EMITIDO PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

UFSCAR - UNIVERSIDADE
FEDERAL DE SÃO CARLOS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A Atenção à crise nos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis

Pesquisador: BEATRIZ ROCHA MOURA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 61243816.0.0000.5504

Instituição Proponente: Centro de Ciências Biológicas e da Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.884.614

Apresentação do Projeto:

Desenho:

Trata-se de um estudo de caráter exploratório e de natureza qualitativa. Será realizado questionário com os gestores dos 6 CAPS Infantojuvenis (CAPSi) da Coordenadoria Regional de Saúde [REDACTED] da cidade de São Paulo. 3 CAPSi serão selecionados para a realização das entrevistas com os profissionais e familiares. Em relação aos critérios de inclusão, os CAPSi serão escolhidos de acordo com o interesse e disponibilidade em participar da pesquisa. Considerando serviços que apresentem uma diversidade nos modos de gestão (Direta e por Parceiros) e a inclusão do CAPSi 24 horas, pela sua importância na atenção as situações de crise do território. Serão realizadas entrevistas semi-estruturadas com profissionais que apresentem pelo menos 1 ano de experiência no serviço. Serão realizadas também entrevistas semi-estruturadas com os familiares de crianças e adolescentes que passaram por situações de crise. Instrumentos: o questionário e os roteiros para as entrevistas semiestruturadas serão submetidos à validação externa por juízes com experiência na temática. O questionário com os gestores versará compreender a composição das equipes, as características do serviço e da rede e o fluxo utilizado nas situações de crise. O roteiro para as entrevistas com os profissionais terão o objetivo de apreender suas percepções, valores, crenças, atitudes e representações sociais a cerca da atenção à crise nos

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-9683

E-mail: cephumanos@ufscar.br

Continuação do Parecer: 1.884.614

CAPSi e na Rede de Atenção Psicossocial. O roteiro para as entrevistas com os familiares tratará de questões referentes a seus itinerários, suas percepções, seus sentimentos, suas demandas e seu cotidiano. Procedimentos: submissão do projeto de pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa

e Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). Identificação e localização dos CAPSi da CRS [REDACTED] Contato com os gestores

dos CAPSi. Para todos os serviços e participantes serão apresentados o Projeto de Pesquisa e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Após aceite dos gestores dos CAPSi, será enviado por e-mail o questionário para preenchimento e posterior devolução à pesquisadora. As entrevistas com profissionais e e familiares serão realizados em 3 CAPSi e serão selecionados a partir da disponibilidade e interesse em participar da pesquisa. Coleta de Dados: As entrevistas serão previamente agendadas de acordo com a disponibilidade dos participantes. Análise dos Dados:

os questionários trarão os dados objetivos da pesquisa como composição da equipe, recursos da rede e dados, já as informações geradas pelas entrevistas serão gravadas, transcritas, analisadas e categorizadas a partir da técnica do Discurso do Sujeito Coletivo.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Compreender, sob a ótica dos profissionais e dos familiares, os alcances, potenciais, limites e dificuldades da atenção à crise de crianças e adolescentes nos CAPSi.

Objetivo Secundário:

Identificar quais estratégias de cuidado de atenção a crise são oferecidas pelos profissionais de CAPSi, considerando os recursos internos do

serviço e os recursos externos da rede e da comunidade. Compreender, sob a ótica dos familiares, as demandas e o cotidiano das famílias de

crianças e adolescentes em situações de crise. Levantar quais dispositivos de cuidado dos CAPSi são oferecidos pelos profissionais para o manejo

das situações de crise, como ambiência, acolhimento, atendimentos familiares, atendimentos individuais, grupos, oficinas, entre outros. Identificar em quais momentos os profissionais de CAPSi avaliam a necessidade de acionar outros pontos de atenção da RAPS a fim de responder as situações de crise, como CAPSi 24 horas, serviços de urgência e emergência e atenção hospitalar.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-9683

E-mail: cephumanos@ufscar.br

Continuação do Parecer: 1.884.614

Por se tratar de relatos de experiências, emoções podem vir a tona nas narrativas dos sujeitos de pesquisa, podendo trazer algum desconforto emocional. Entretanto trata-se de risco pequeno que não tem como intenção expor os participantes a qualquer situação vexatória no prosseguimento de sua ocupação ou mesmo na sua relação com outras instituições. Salientamos que a qualquer momento os participantes poderão desistir da participação na pesquisa. Serão seguidas com seriedade as condutas éticas em pesquisa, entre estas as prerrogativas mencionadas na resolução 196/96 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), preservando entre outras coisas o anonimato dos participantes, o rigor com o tratamento dos dados e o compromisso ético quando da realização das entrevistas e dos grupos focais. A pesquisadora se manterá disponível para a qualquer momento da pesquisa, prestar informações e outros esclarecimentos aos participantes.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Benefícios:

A compreensão de como a atenção à crise tem se dado nos CAPSi reforça a importância de se constituírem ações que tenham como foco principal a melhoria das condições de vida de crianças e adolescentes. A garantia do cuidado às situações de crise nos CAPSi evitam internações desnecessárias, reduzindo as rupturas de vínculos causadas pelas internações e possibilitando que se mantenham os vínculos com a equipe, a família e a comunidade mesmo num período de crise. Embora a Política Pública de Saúde Mental preconize a atenção à crise nos CAPS muitas são as dificuldades que atravessam a consolidação desse cuidado. Dessa forma, compreender de que forma vem se constituindo a atenção à crise nos CAPSi possibilita a ampliação da discussão sobre o tema considerando seus limites e potencialidades. Por meio das narrativas e contribuições dos diferentes atores presentes nessa temática – gestores, profissionais e familiares – objetiva-se criar um panorama mais explícito de como esse cuidado é tecido. Acredita-se que as informações e reflexões obtidas por meio dos questionários e entrevistas, possam auxiliar no delineamento de políticas públicas condizentes com as necessidades da população infantojuvenil e ofereçam novos aportes para o trabalho clínico e institucional. Após elaboração do relatório final da pesquisa, o mesmo será disponibilizado para os serviços em que as entrevistas e os grupos focais foram realizados.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Estão presentes todos os Termos de apresentação obrigatória

Recomendações:

Aprovação

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235
 Bairro: JARDIM GUANABARA CEP: 13.565-905
 UF: SP Município: SAO CARLOS
 Telefone: (16)3351-9683 E-mail: cephumanos@ufscar.br

Continuação do Parecer: 1.884.614

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há nenhuma pendência ou inadequação

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_790639.pdf	05/12/2016 15:43:30		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AUTORIZACAO [REDACTED].pdf	05/12/2016 15:43:04	BEATRIZ ROCHA MOURA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	05/12/2016 15:40:44	BEATRIZ ROCHA MOURA	Aceito
Orçamento	Orcamento.docx	05/12/2016 15:36:57	BEATRIZ ROCHA MOURA	Aceito
Outros	Controle_Projeto.doc	05/12/2016 15:32:09	BEATRIZ ROCHA MOURA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_Consentimento_Livre_e_Esclarecido_Familiares.docx	05/12/2016 15:24:26	BEATRIZ ROCHA MOURA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_Consentimento_Livre_e_Esclarecido_Profissionais.docx	05/12/2016 15:24:07	BEATRIZ ROCHA MOURA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_Consentimento_Livre_e_Esclarecido_Gestores.docx	05/12/2016 15:23:52	BEATRIZ ROCHA MOURA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DETALHADO.docx	08/10/2016 14:28:22	BEATRIZ ROCHA MOURA	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto_Assinada.pdf	08/10/2016 14:08:18	BEATRIZ ROCHA MOURA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-9683

E-mail: cephumanos@ufscar.br

UFSCAR - UNIVERSIDADE
FEDERAL DE SÃO CARLOS

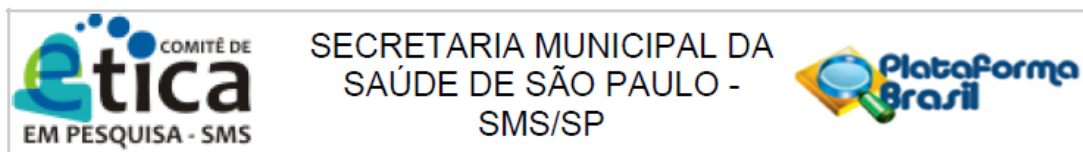


Continuação do Parecer: 1.884.614

SAO CARLOS, 21 de Dezembro de 2016

Assinado por:
Priscilla Hortense
(Coordenador)

APENDICE D – PARECER CONSUBSTANCIADO EMITIDO PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SÃO PAULO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A Atenção à crise nos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis

Pesquisador: BEATRIZ ROCHA MOURA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 61243816.0.3001.0086

Instituição Proponente: Centro de Ciências Biológicas e da Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.897.807

Apresentação do Projeto:

Projeto de Pesquisa apresentado a este CEP como exigência parcial para a obtenção do título de mestre pela Universidade Federal de São Carlos, Programa de Pós Graduação em Terapia Ocupacional.

Trata-se de um estudo de caráter exploratório e de natureza qualitativa.

Será realizado questionário com os gestores dos 6 CAPS Infantojuvenis (CAPSi) da Coordenadoria Regional de Saúde [REDACTED] da cidade de São Paulo.

Serão realizadas também entrevistas semi-estruturadas com os familiares de crianças e adolescentes que passaram por situações de crise. O questionário com os gestores versará compreender a composição das equipes, as características do serviço e da rede e o fluxo utilizado nas situações de crise. Com a previsão de 45 participantes de pesquisa. O roteiro para as entrevistas com os profissionais terão o objetivo de apreender suas percepções, valores, crenças, atitudes e representações sociais a cerca da atenção à crise nos CAPSi e na Rede de Atenção Psicossocial. O roteiro para as entrevistas com os familiares tratará de questões referentes a seus itinerários, suas percepções, seus sentimentos, suas demandas e seu cotidiano. Análise dos Dados: as informações geradas pelas entrevistas serão analisadas e categorizadas a partir da técnica do Discurso do Sujeito Coletivo.

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 1º andar

Bairro: CENTRO

UF: SP

Telefone: (11)3397-2464

Município: SAO PAULO

CEP: 01.223-010

E-mail: smscep@gmail.com

Continuação do Parecer: 1.897.807

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Compreender, sob a ótica dos profissionais e dos familiares, os alcances, potenciais, limites e dificuldades da atenção à crise de crianças e adolescentes nos CAPSi.

Objetivo Secundário: Identificar quais estratégias de cuidado de atenção a crise são oferecidas pelos profissionais de CAPSi, considerando os recursos internos do serviço e os recursos externos da rede e da comunidade. Compreender, sob a ótica dos familiares, as demandas e o cotidiano das famílias de crianças e adolescentes em situações de crise. Levantar quais dispositivos de cuidado dos CAPSi são oferecidos pelos profissionais para o manejo das situações de crise, como ambiência, acolhimento, atendimentos familiares, atendimentos individuais, grupos, oficinas, entre outros. Identificar em quais momentos os profissionais de CAPSi avaliam a necessidade de acionar outros pontos de atenção da RAPS a fim de responder as situações de crise, como CAPSi 24 horas, serviços de urgência e emergência e atenção hospitalar.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Conforme descrito pela pesquisadora:

Riscos: Por se tratar de relatos de experiências, emoções podem vir a tona nas narrativas dos sujeitos de pesquisa, podendo trazer algum incômodo emocional. Entretanto, trata-se de risco pequeno que não tem como intenção expor os participantes a qualquer situação vexatória no prosseguimento de sua ocupação ou mesmo na sua relação com outras instituições. Salientamos que a qualquer momento os participantes poderão desistir da participação na pesquisa.

Benefícios: A compreensão de como a atenção à crise tem se dado nos CAPSi reforça a importância de se constituírem ações que tenham como foco principal a melhoria das condições de vida de crianças e adolescentes. Acredita-se que as informações e reflexões obtidas por meio dos questionários e entrevistas, possam auxiliar no delineamento de políticas públicas condizentes com as necessidades da população infantojuvenil e ofereçam novos aportes para o trabalho clínico e institucional. Após elaboração do relatório final da pesquisa, o mesmo será disponibilizado para os serviços em que as entrevistas e os grupos focais foram realizados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A metodologia esta de acordo com a proposta da pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A Folha de Rosto está corretamente preenchida, foram identificadas instituição proponente e

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 1º andar
Bairro: CENTRO CEP: 01.223-010
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)3397-2464 E-mail: smscep@gmail.com

Continuação do Parecer: 1.897.807

coparticipante, autorização para realização da pesquisa foi adequadamente apresentada. Orçamento detalhado, fonte financiadora, TCLE e Cronograma estão adequados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências ou inadequações.

Considerações Finais a critério do CEP:

Para início da coleta dos dados, o pesquisador deverá se apresentar na mesma instância que autorizou a realização do estudo (Coordenadoria, Supervisão, SMS/Gab, etc).

Se o projeto prever aplicação de TCLE, todas as páginas do documento deverão ser rubricadas pelo pesquisador e pelo voluntário e a última página assinada por ambos, conforme Carta Circular no 003/2011 da CONEP/CNS.

Salientamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Lembramos que esta modificação necessitará de aprovação ética do CEP antes de ser implementada.

De acordo com a Res. CNS 466/12, o pesquisador deve apresentar os relatórios parciais e final através da Plataforma Brasil, ícone Notificação. Uma cópia digital (CD/DVD) do projeto finalizado deverá ser enviada à instância que autorizou a realização do estudo, via correio ou entregue pessoalmente, logo que o mesmo estiver concluído.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_Consentimento_Livre_e_Esclarecido_Gestores.docx	05/12/2016 15:23:52	BEATRIZ ROCHA MOURA	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_790639.pdf	08/10/2016 14:30:02		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DETALHADO.docx	08/10/2016 14:28:22	BEATRIZ ROCHA MOURA	Aceito

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 1º andar
Bairro: CENTRO
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)3397-2464

CEP: 01.223-010

E-mail: smscep@gmail.com

Continuação do Parecer: 1.897.807

Cronograma	CRONOGRAMA.docx	08/10/2016 14:23:53	BEATRIZ ROCHA MOURA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_Consentimento_Livre_e_Esclarecido.docx	08/10/2016 14:17:44	BEATRIZ ROCHA MOURA	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto_Assinada.pdf	08/10/2016 14:08:18	BEATRIZ ROCHA MOURA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 25 de Janeiro de 2017

Assinado por:
SIMONE MONGELLI DE FANTINI
(Coordenador)

APENDICE E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO GESTORES



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)

Você está sendo convidado a participar da pesquisa A ATENÇÃO À CRISE NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTOJUVENIS de responsabilidade da pesquisadora Beatriz Rocha Moura, terapeuta ocupacional, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional pela Universidade Federal de São Carlos sob orientação da Prof.^a Dr.^a. Thelma Simões Matsukura.

O objetivo desse estudo é compreender, sob a ótica de gestores, profissionais e familiares, os limites e os potenciais da atenção à crise de crianças e adolescentes nos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis (CAPSij).

Os dados serão coletados por meio do preenchimento de questionários a serem preenchidos diretamente pelos gestores dos CAPSij. A duração prevista para o preenchimento dos questionários é de 45 minutos. O questionário será enviado por e-mail aos gestores pela mestranda Beatriz Rocha Moura.

Gostaríamos de convidá-lo a participar desta pesquisa preenchendo o questionário enviado. Sua identidade será mantida em sigilo e os dados serão informados de modo a não revelar sua identidade. Todos os procedimentos adotados no estudo obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução 466/2012 do Ministério da Saúde, com aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos com parecer número 1.884.614, bem como pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo- SP número 1.897.807.

Ressaltamos que sua participação neste estudo não é obrigatória e que a qualquer momento você poderá desistir de participar. Salientamos que possíveis riscos deste estudo, no que concerne a vossa participação, estão relacionados com algum desconforto emocional decorrentes das perguntas contidas no questionário. Caso isto ocorra, a pesquisadora estará disponível para o atendimento de suas necessidades decorrentes desta situação, ainda, salientamos que o estudo buscou não incidir sobre questões de foro pessoal de modo a causar constrangimentos.

Sobre os benefícios, esperamos que esse estudo possa contribuir para um aprofundamento da temática por meio da narrativa de diferentes atores - gestores, profissionais e familiares – como também contribuir com reflexões que possam auxiliar no delineamento de políticas públicas de saúde mental condizentes com as necessidades da população infantojuvenil.

Com relação aos seus direitos enquanto participante convidado para este estudo elencamos:

- Recusar a participação neste estudo, bem como a retirar seu consentimento em qualquer etapa desta pesquisa, sem penalização alguma para você ou para o andamento de sua prática profissional;

- Manutenção do sigilo quanto à sua identidade e privacidade de seus dados durante todas as fases da pesquisa e de situações dela provenientes;

- Não haverá ressarcimento financeiro por parte do pesquisador principal em caso de despesas provenientes da participação na pesquisa;

- Cópia deste Termo de Consentimento.

Estamos à disposição para esclarecê-lo, há qualquer momento, sobre outras dúvidas em relação ao presente estudo. O principal pesquisador é Beatriz Rocha Moura, que poderá ser encontrada no seguinte telefone 11 98907-2343 ou no seguinte e-mail: rochamoura.beatriz@gmail.com


Assinatura

Beatriz Rocha Moura

() Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e **CONCORDO** em participar.

() Declaro que li este Termo de Consentimento e **NÃO** desejo participar desta pesquisa.

- Caso deseje realizar alguma denúncia ou buscar mais informações sobre o processo de avaliação ética desta pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, por meio do telefone (11) 3397-2464, ou do e-mail: smscep@gmail.com ou então pelo endereço: Rua General Jardim, n. 36, 1º andar. Centro, SP e/ou com o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pós-Graduação e 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) 3351-8110. Endereço eletrônico: cephumanos@power.ufscar.br

Local e data: _____

Assinatura: _____

APENDICE F – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO FAMILIARES



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

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (RESOLUÇÃO 466/2012)

Você está sendo convidado a participar da pesquisa A ATENÇÃO À CRISE NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAIS INFANTOJUVENIS de responsabilidade da pesquisadora Beatriz Rocha Moura, terapeuta ocupacional, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional pela Universidade Federal de São Carlos sob orientação da Prof.^a Dr.^a. Thelma Simões Matsukura.

O objetivo desse estudo é compreender como se dá a atenção à crise de crianças e adolescentes nos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis (CAPSi).

Para isso serão realizadas entrevistas com os familiares de crianças e adolescentes que passaram por situações de crise. A previsão de duração da entrevista é de uma hora. As entrevistas serão realizadas pela mestranda Beatriz Rocha Moura.

Gostaríamos de convidá-lo a participar desta pesquisa participando de uma entrevista presencial, que será realizada de acordo com sua disponibilidade. Sua identidade será mantida em sigilo e os dados serão informados de modo a não revelar sua identidade. Todos os procedimentos adotados no estudo obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução 466/2012 do Ministério da Saúde, com aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos com parecer número 1.884.614, bem como pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo- SP.

Sua participação neste estudo não é obrigatória e a qualquer momento você poderá desistir de participar. Os riscos relacionados à sua participação nesse estudo estão relacionados a possível desconforto emocional e pessoal decorrentes das perguntas contidas no roteiro de entrevista. Caso isto ocorra, a pesquisadora estará disponível para o atendimento de suas necessidades decorrentes desta situação, porém informamos que o estudo buscou não incluir questões que pudessem causar algum constrangimento.

Sobre os benefícios, esperamos que esse estudo possa contribuir com reflexões que auxiliem numa melhora dos serviços prestados a crianças, adolescentes que se encontram em situações de crise, bem como suas famílias.

Com relação aos seus direitos enquanto participante convidado para este estudo:

- Recusar a participação neste estudo, bem como a retirar seu consentimento em qualquer etapa desta pesquisa, sem penalização alguma para você ou para o andamento do tratamento de seu familiar no CAPSi;

- Manutenção do sigilo quanto à sua identidade e privacidade de seus dados durante todas as fases da pesquisa e de situações dela decorrentes;

- Não haverá reembolso de despesas geradas pela participação na pesquisa por parte do pesquisador.

- Cópia deste Termo de Consentimento.

Estamos à disposição para esclarecê-lo, há qualquer momento, sobre outras dúvidas em relação a esse estudo. O principal pesquisador é Beatriz Rocha Moura, que poderá ser encontrada no seguinte telefone 11 98907-2343 ou no seguinte e-mail: rochamoura.beatriz@gmail.com


Assinatura

Beatriz Rocha Moura

() Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e **CONCORDO** em participar.

() Declaro que li este Termo de Consentimento e **NÃO** desejo participar desta pesquisa.

- Caso deseje realizar alguma denúncia ou buscar mais informações sobre o processo de avaliação ética desta pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, por meio do telefone (11) 3397-2464, ou do e-mail: smscep@gmail.com ou então pelo endereço: Rua General Jardim, n. 36, 1º andar. Centro, SP e/ou com o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pós-Graduação e 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) 3351-8110. Endereço eletrônico: cephumanos@power.ufscar.br

Local e data: _____

Assinatura: _____

APENDICE G – CARTA CONVITE AOS JUÍZES EXTERNOS



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

Título da Pesquisa: **A ATENÇÃO À CRISE NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTOJUVENIS**

São Paulo, 11 de novembro de 2016.

Cara Colega,

Vimos através dessa, convidá-la a contribuir para a adequação do questionário e do roteiro de entrevista que será aplicado pela pesquisadora Beatriz Rocha Moura em sua pesquisa de mestrado previamente intitulada "*A Atenção à crise nos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis*", sob orientação da Profa. Dra. Thelma Simões Matsukura e desenvolvida no Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos.

O convite é para que você, como especialista na área, julgue a pertinência das perguntas que compõem o questionário que será apresentado aos gestores dos CAPSi, assim como o roteiro de entrevista que será realizado com os familiares de usuários dos CAPSi. A pertinência deverá ser julgada tanto no que se refere ao conteúdo e abordagem quanto à forma de apresentação (redação, ordem, etc.).

O estudo no qual este questionário se insere, tem o objetivo de compreender, sob a ótica dos gestores e dos familiares, os alcances, potenciais, limites e dificuldades da atenção à crise de crianças e adolescentes nos CAPSi.

Entendemos que essa pesquisa poderá contribuir para um aprofundamento da temática por meio da narrativa dos diferentes atores – gestores e familiares – como também contribuir com reflexões que possam auxiliar no delineamento de políticas públicas de saúde mental condizentes com as necessidades da população infantojuvenil.

Os dados serão coletados nos 6 CAPSi da Coordenadoria Regional de Saúde Leste da cidade de São Paulo, por meio de questionários a serem preenchidos pelos gestores dos CAPSi, preferencialmente junto com suas equipes, e terá o objetivo de compreender a composição da equipe, dados e características do serviço, o fluxo e as estratégias de cuidado utilizados nas situações de crise, além de identificar as representações sociais sobre o tema, sentimentos, dificuldades e potencialidades do manejo da crise nos CAPSi.

Posteriormente serão realizadas entrevistas semiestruturadas com os familiares de crianças e adolescentes que passaram por situações de crise nos CAPSi, a fim de compreender a partir da perspectiva dos familiares, seus itinerários, suas percepções, seus sentimentos, suas demandas e seu cotidiano.

Informamos que essa pesquisa está em processo de aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos, submetido em 08 de outubro de 2016, comprovante nº 109847/2016.

Sobre a avaliação:

Fique à vontade para acrescentar questões e/ou sugerir temas para serem abordados, caso observe que os mesmos não se encontram no rol de perguntas do questionário. Fique à vontade ainda para modificar ou sugerir termos, assim como acrescentar e/ou modificar palavras. Solicito que se possível, as alterações propostas sejam realizadas em cor diferente do presente no texto, de modo a destacar as contribuições. Uma vez que o estudo se encontra em fase de elaboração, pedimos a gentileza de não compartilharem esses arquivos com outras pessoas, o que poderia comprometer o andamento dessa pesquisa.

Solicito também que você indique o tempo gasto nessa atividade e quanto tempo julga que o participante (que não estará avaliando a adequação do instrumento) aproximadamente levará para preencher o questionário.

Peço, por gentileza, para que o retorne até **30 de novembro de 2016**, via correspondência eletrônica (e-mail). Comprometo-me a lembrá-la deste prazo no dia **23 de novembro de 2016**.

Coloco-me à disposição para esclarecimento de quaisquer dúvidas, pelo e-mail rochamoura.beatriz@gmail.com e no telefone (11) 98907-2343.

Grata pela atenção e participação.


Assinatura

Beatriz Rocha Moura

APÊNDICE H – EXEMPLO DO MÉTODO DSC

5.12. COMO VOCÊ ENTENDE/ COMPREENDE AS CRISES DO SEU FILHO (A)?

DSC1: Eu entendo que é devido o problema que ele já tem. Ele não faz porque ele quer. Eu compreendo que ele ainda está doente, está num tratamento de doença da mente, agora que está muito em evidência, antigamente, não. A gente sabe que tem um problema, e que a gente tem que procurar entender e procurar uma ação para a gente poder acalmar ele. A médica explica que quando dá à crise ele escuta alguma coisa sussurrar no ouvido dele, ele vê alguma coisa e, é onde ele faz o que aquela voz está mandando. Ela explicou que a Esquizofrenia é isso. Ele faz o que ele ouve, não é por ele. Ele pode está tranquilo assistindo, mas aquela voz vem no ouvido dele e a primeira pessoa que ele vê vai pra cima. É assim que eu entendo.

1 - Eu entendo que é devido o problema que ele já tem. Então, no começo foi muito complicado porque fui mãe pela primeira vez, eu não sabia como cuidar de um especial. Já ia ser difícil cuidar de uma pessoa normal. Imagine você mudar toda uma rotina e ter que cuidar de uma criança especial que você nunca cuidou.

IC1: PROBLEMA/ DOENÇA

3. - Eu entendo por causa da que eu sei que é do problema dele. Não é porque ele faz porque ele quer. Eu entendo porque eu sei que não é porque ele quer, né? Se fosse assim, se não fosse, se fosse normal o meu filho não estaria aqui. Não estava com esse...

IC1: PROBLEMA/ DOENÇA

6. - Eu compreendo que ela está ainda doente. Ela está num tratamento que a doença da mente agora que está muito em evidencia, antigamente, não, não é?

IC1: PROBLEMA/ DOENÇA

9. - É a gente sabe que ela tem um problema. Aí, a gente tem que procurar entender e procurar uma ação para a gente poder acalmar ela.

IC1: PROBLEMA/ DOENÇA

12-A médica explica que quando dá à crise ele escuta alguma coisa sussurrar no ouvido dele, ele vê alguma coisa e, é onde ele vai fazer o que aquela voz tá mandando. Ela explicou a Esquizofrenia é isso. Ele faz o que ele ouve, não é por ele. Ele pode tá tranquilo assistindo, mas aquela voz veio no ouvido dele, ele olha, a primeira que ele vê vai em cima. É assim que eu entendo. Ele falou pra ela agora que é a voz que fala com ele. O homem xinga e briga com ele. É assim as crises dele.

IC1: PROBLEMA/ DOENÇA

DSC2: Eu ainda não entendo Às vezes, eu fico perguntando pra mim mesmo, mas por que aconteceu tudo isso? Se eu sempre tratei ele bem, eu gostaria de obter uma resposta e não encontro... Inclusive depois que ele teve essa crise aí, eu não passei ele com o Neuro pra fazer uma tomografia, seria bom? Eu não entendo porque dá isso no ser humano, ele estava bom não tinha como acontecer isso. Eu pergunto pra ele: filho o que deu em você que toda vez tá se coçando? e ele fala que não lembra. Eu não sei o que ele tem, o processo que ele tá. Porque é do nada que dá. Ele tá bem e assistindo daqui a pouco ele olha pra cara da pessoa e já avança. Aí a gente não consegue entender nada, mas tem que tentar entender.

2 - Eu ainda não entendo.

- Não. Inclusive depois que ele teve essa crise aí, eu não passei ele com o Neuro pra fazer uma Tomografia. Eu to até pensando, seria bom?

- É o que eu não tenho até hoje. Eu às vezes falo: F. o que deu em você que toda vez tá se coçando? Ele diz: "Nada, mãe! Eu nem me lembro disso!" Ele fala que não lembra.

IC2: NÃO ENTENDO

4. - Não. Eu não entendo.

- Não ela não entende. Tipo assim, ela não entende porque acontece isso com o geral não é só com ele. Porque dá isso no ser humano, sabe? Por coisas pequenas. Ele tava bom não tinha como acontecer isso.

IC2: NÃO ENTENDO

10- Eu entendo bem assim. Eu não sei o que a T. tem o processo que ela tá. Aí a gente não consegue entender nada, mas tem que tentar entender. É meio difícil de explicar. Eu não soube me expressar.

IC2: NÃO ENTENDO

11. - Às vezes, eu fico perguntando pra mim mesmo. Mas por que aconteceu tudo isso? Eu gostaria assim de obter uma resposta e não encontro.

- Não porque eu sempre tratei ele bem. Eu sempre fui paciente com ele. E sempre eu pegava no pé do vô: Calma, não é assim que se faz! É assim! O meu filho às vezes não tinha muita paciência com ele e eu falava: Calma! Não é assim! Sabe, eu tava sempre dialogando. Ele estava indo pra igreja uns tempo com o tio dele. Foi para um retiro junto com a igreja que o tio ia. É desse jeito.

IC2: NÃO ENTENDO

12- Eu não entendo. Eu não sei. Porque é do nada que dá. Ele tá bem e assistindo daqui a pouco ele olha pra cara da pessoa e já avança.

IC2: NÃO ENTENDO

DSC3: Eu acho que antigamente eu entendia mais. Agora eu não estou tendo muita paciência, não. Agora se ele dá um grito, eu grito também. Se ele vem para cima para tentar me bater, eu não vou deixar ele me bater, eu enfrento ele porque ele já está com 11 anos. Você viu o tamanho dele? Eu falo: vai bater? Então, vamos apanhar nós dois. Nós dois se enrola no chão, mas você não vai me bater mais! Aí ele fica meio assim, depois passa e às vezes, ele vai lá e pede desculpa. Então, eu não estou mais assim igual eu era não. É bem complicada a situação, porque é do nada, às vezes ele quer uma coisa que você não tem e ele já começa, já é uma razão para ele ficar nervoso. Às vezes ele sai e me deixa sozinho dentro do mercado e some. Aí, eu tenho que largar tudo e ir atrás dele. É uma luta.

5. - Olha, eu acho que antigamente eu entendia mais. Agora eu não estou tendo muita paciência, não. Agora se ele dá um grito, eu grito também. Se ele vem para cima para tentar me bater, eu não vou deixar ele me bater. Se ele vem para cima para tentar me bater, eu enfrento ele porque ele já está com 11 anos. Você viu o tamanho dele? Então se ele vem para bater, eu vou para cima também. Vai bater? Então, vamos apanhar nós dois. Nós dois se enrola no chão, mas você não vai me bater mais. Eu falo para ele, aí ele fica meio assim, depois passa e às vezes, ele vai lá e pede desculpa. Entendeu? Então, eu não estou mais assim igual eu era não.

- É do nada. Às vezes ele quer uma coisa que você não tem e, ele já começa. Entendeu? Se você leva ele no mercado ele quer pegar um carrinho e encher com coisa só para ele. E não tem condições né? Com a crise que nós estamos não tem condições de encher um carrinho só com as coisas que ele quer. Aí ele não entende. Você fala: Não dá, não dá G.! Ele fala: “Dá sim, o dinheiro é meu!” Ele fala: “Dá sim, o dinheiro é meu! A senhora vai comprar tudo!” Não dá G., se eu comprar tudo que você quer você vai comer o que depois? Aí, se eu pego as coisas para dentro de casa, ele fala que eu estou pegando muita coisa para mim e pouca coisa para ele.

- É uma luta filha.

- Já é uma razão para ele ficar nervoso. Às vezes ele sai e me deixa sozinho dentro do mercado e some. Aí, eu tenho que largar tudo e ir atrás dele. É bem complicado a situação.

IC3: ENTENDIA, AGORA NÃO TENHO MAIS PACIÊNCIA.

DSC4: Antigamente a pessoa tinha um familiar assim e já jogava para lá e se tornava um adulto sem cura, ia para o Juqueri e ficava lá a vida inteira e lá morria. Hoje não, hoje a mente tem cura, é como uma doença qualquer... Tudo bem que não há cura, mas tem um acompanhamento e para o resto da vida. Outras pessoas, que estão na fase da adolescência, eu acredito que tenha cura quando chega na fase adulta. Eu tenho pesquisado que até os 19, 20 anos o cérebro ainda está em formação, o cérebro do adolescente vai mudando. Ele tendo um tratamento na infância e na adolescência, provavelmente ele vai ser um adulto saudável. Eu acredito.

6- A pessoa tinha um familiar assim e já jogava para lá e se tornava um adulto sem cura.

- Exatamente. Ali ia para o Juqueri. Tinha muito isso do Juqueri, né?

- Ficava lá a vida inteira e lá morria.

Hoje não. Hoje a mente tem cura. É uma doença como se fosse um Câncer, como se fosse um... É uma doença qualquer que tem cura.

- Tudo bem que não há cura. Porque muitas vezes, eu acredito que uma pessoa que tem, ele não tem cura. Ele tem um acompanhamento e para o resto da vida ele vai ter aquele acompanhamento. Outras pessoas que eu acredito na fase da adolescência, quando chega na fase adulta, eu acredito que tenha cura. Porque o cérebro do adolescente ele vai mudando.

- Está em desenvolvimento. É o que eu tenho pesquisado até os 19, 20 anos o cérebro ainda está em formação.

- Ele tendo um tratamento na infância e na adolescência, provavelmente ele vai ser um adulto saudável. Eu acredito.

IC4: ESPERANÇA NA CURA

DSC5: Eu fico pensando que é ele querer as coisas tudo na hora. Se não for na hora dele, aí vem a violência.

7. - Eu fico pensando que é ele querer as coisas tudo na hora. Ele quer tudo na hora. Se não for na hora pra ele, aí vem a violência. Você tá entendendo? Eu não criei meus filhos batendo porque eu apanhei muito. Então, eu prometi pra mim mesma que quando eu tivesse filho, eu ia pôr de castigo. Então, eles foram criados assim: Não. Você não vai fazer isso! Ah não! Senta aqui que você vai pensar no que você fez. Então, tipo assim, não houve violência. Eu graças a Deus o pai dele nunca levantou a mão pra mim e, ele nem seria louco porque eu estaria numa cadeia e ele estaria morto porque eu mataria ele. Então, ele nunca teve histórico de dizer: “Não, porque eu sempre vi meu pai bater na minha mãe!” Então, você tá entendendo? O médico perguntou se ele via televisão de terror. Eu não deixo, eu nunca deixei desde pequeno. Você tá entendendo? Agora que eles vêm uma coisinha que eu deixo escapar assim, por causa do mais velho que quer assistir e só tem uma televisão e, ele acaba assistindo. Você tá entendendo? Mas a coisa dele é pra violência. Ele falou assim pra mim uma vez. Isso as raras vezes que ele fala. Porque ele fala e eu pergunto: “Everton você tomou banho, meu filho? Vem pra cá não sei o quê. E.! E.! Ele fica apático, ele não responde. Aí, as raras vezes ele fala: “É. Se eu receber o meu dinheiro, eu vou fazer uma tatuagem de duas metralhadoras aqui nas costas!” E vai fazer num sei o quê de uma caveira e não sei o quê. Vai fazer um palhaço e não sei o quê. Eu falei Meu Deus do céu! Sabe? Eu fico pensando.

IC5: QUERER AS COISAS NA HORA QUE ELE DESEJA

DSC6: Eu entendo que ela está presa dentro dela. É uma coisa que é dentro dela e que ela não consegue controlar. Eu olhando para ela, eu sinto que ela não consegue controlar os impulsos dela, e que se eu não entender isso, quem vai entender? Então, eu entendendo, eu consigo proteger ela. Proteger dela mesmo porque de repente quando ela está em crise, eu tenho que tomar cuidado com uma faca, uma tesoura ou com a chave da porta, porque ela pode fazer alguma coisa com ela mesma.

8. - Tipo assim, eu entendo que ela está presa dentro dela assim, entendeu? É uma coisa que é dentro dela e que ela não consegue controlar. Eu olhando para ela, eu sinto que ela mesmo não consegue controlar os impulsos dela, entendeu? E que se eu não entender isso, quem vai entender? Então, eu entendendo, eu consigo proteger ela. Porque se você não entende como que você vai proteger. É dela mesmo porque de repente quando ela está

em crise, eu tenho que tomar cuidado com alguma coisa, com uma faca, uma tesoura ou com a porta porque tipo assim, eu tenho que tirar a chave da porta quando ela está em crise porque se não ou ela se tranca igual aconteceu isso também. Ela se trancou dentro de casa e meu filho teve que ficar lá fora, esperando alguém chegar porque ela se tranca, sabe tipo esses cuidados? Então, quando ela está em crise tem que tirar a chave da porta, tem que tirar as facas de perto dela, alguma coisa porque ela pode fazer alguma coisa com ela mesma. É isso que eu acho.

IC6: ELA NÃO CONSEGUE CONTROLAR OS IMPULSOS

DSC7: Eu acho que machuca muito ela. Ela fica bem triste. Eu acho que tudo que ela tá passando não é fácil. Muita tristeza de não saber, ter muita vontade de saber, de aprender matemática, ser uma pessoa esperta, inteligente que nem as outras meninas. Ela entender que ela não é assim, não é diferente de ninguém. Fazer ela entender que o jeito dela viver vai ser diferente de uma pessoa, ela vai ter limitações.

10. - Machuca muito. Eu acho que machuca muito ela. Ela fica bem machucadinha, bem triste. Eu acho que não é fácil! Eu acho que tudo que ela tá passando não é fácil.

- Tristeza. Muita tristeza de não saber. Eu tenho muita vontade de saber.

De aprender. Matemática, ser uma pessoa esperta. Inteligente que nem as outras meninas. Ela entender que ela não é assim. Não é diferente de ninguém. Não é porque ela passa num psicólogo... Fazer ela entender que o jeito dela viver vai ser diferente de uma pessoa, ela vai ter limitações. Isso é para o tratamento entender.

IC7: TRISTEZA POR NÃO CONSEGUIR APRENDER

DSC8: Mas é sempre assim a mãe sempre se culpa. Porque no tempo que ele era bebê, ele era um menino muito ativo, ele era um menino diferente. Ele brincava e queria ser jogador de bola, dançava como ninguém, ele fazia todo mundo rir. Aonde ele chegava ele começa a dançar e chamava a atenção de todo mundo. Então, eu me culpo porque o quanto que eu procurei ajudar... Mas se eu tivesse procurado. Eu só me culpo porque eu comecei a trabalhar e não vi os dois crescer.

4- Mas é sempre assim a mãe sempre se culpa.

- É que nem eu falo pra ele: “M., se você ficar pensando numa coisa muito tempo aquilo vai te fazer mal, não vai te fazer bem!” Porque sempre o que é muito, o que é demais não faz bem. Eu penso assim. Se eu to pensando uma coisa ruim, eu foco em pensar em outra coisa. Porque eu sei que vai dar merda.

- Porque no tempo que ele era bebê, ele era um menino muito ativo, ele era um menino diferente. Ele brincava e queria ser jogador de bola, dançava como ninguém, ele fazia todo mundo rir e dançava. Aonde ele chegava ele começa a dançar e chamava a atenção de todo mundo. Então, eu me culpo porque o quanto eu procurei ajudar. Eu só me culpo.

- Mas se eu tivesse procurado...

- É. Eu tenho o meu de 23, entendeu? O meu filho tem um problema, eu cuidei, eu sofri filha. Eu sofri tanto.

- Eu comecei a trabalhar e não vi os dois crescer.

- Quem cuidou do M. desde pequeno foi minha filha.

- Eu tive o M. sem planejar. Eu já vivia padecendo, eu vivia sofrendo.

IC8: MÃE SE CULPA