

Adolescências, saúde mental e crise: a história contada por familiares¹

Lívia Martins Rossi , Maria Fernanda Barboza Cid 

Departamento de Terapia Ocupacional, Universidade Federal de São Carlos – UFSCar, São Carlos, SP, Brasil.

Resumo: Introdução: Estudos apontam que adolescentes têm apresentado maior vulnerabilidade para o desenvolvimento de problemas relacionados à saúde mental. Observa-se, no entanto, uma escassez de pesquisas que tratam da experiência do sofrimento psíquico nessa população, bem como da atenção à saúde mental direcionada aos adolescentes e seus familiares, incluindo a vivência da crise. Objetivo: O objetivo do estudo foi identificar a compreensão de familiares de adolescentes usuários de um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSij) sobre as situações de crise vivenciadas pelos adolescentes e sobre a trajetória percorrida em busca de cuidados. Método: Participaram cinco familiares de adolescentes vinculados a um CAPSij, que concederam entrevistas abertas com base no método de história oral, cujos produtos foram posteriormente trabalhados por meio de análise temática. Resultados: Os resultados indicam que a vivência da crise do adolescente faz emergir sentimentos de medo, perplexidade e culpa nos familiares. Entretanto, tal experiência também é apontada como motivo de maior vínculo entre ambos. Observou-se relatos que relacionam a crise do adolescente à vivência de adversidades familiares e, além disso, embora indiquem a ausência de internações psiquiátricas no processo de cuidado, revelam dificuldades nas trocas com os profissionais e serviços, que facilitem a compreensão da situação, ainda que reconheçam como positivo o apoio dos mesmos nos momentos críticos. Conclusão: O estudo contribui apresentando a compreensão da crise pela voz dos familiares de adolescentes e identifica as percepções da experiência de cuidado nos serviços, reforçando a importância do lugar da família na atenção à saúde mental de adolescentes.

Palavras-Chave: *Saúde Mental, Adolescência, Família.*

Adolescents, mental health and crisis: the story told by relatives

Abstract: Introduction: Several studies indicate that adolescents are more vulnerable to the development of mental health problems. However, there is a lack of researches on the experience of psychic suffering and attention to mental health for adolescents and their families, including the experience of the mental health crisis. Objective: The objective of this study was to identify the understanding of family members of adolescents of a Center for Psychosocial Child and Adolescent Care (CAPSij) about the crisis situations experienced by adolescents and the trajectory covered in the search for care. Method: Five family members of adolescents linked to a CAPSij interviewed gave open interviews based on oral history, whose products were later worked through thematic analysis. Results: The results indicate that the experience of the adolescent crisis causes feelings of fear, perplexity and guilt to the family. However, this experience is also pointed out as a reason for greater bonding between them. There were reports that relate the adolescent's crisis to the experience of family adversities and, besides, although they indicate the absence of psychiatric hospitalizations in the care process, they reveal difficulties in the exchanges with professionals and services, which could facilitate the understanding of the situation, even though they recognize their support in critical moments as positive. Conclusion: The study contributes presenting the crisis understanding by the voice of the relatives of adolescents, and it also identifies the perceptions of care experience in the services, reinforcing the family importance in the attention to the mental health of adolescents.

Keywords: *Mental Health, Adolescent, Family.*

Autor para correspondência: Maria Fernanda Barboza Cid, Departamento de Terapia Ocupacional, Universidade Federal de São Carlos, Rodovia Washington Luis, Km 235, CEP 13565-905, São Carlos, SP, Brasil, e-mail: mariafernandacid@gmail.com

Recebido em Out. 22, 2018; 1ª Revisão em Nov. 29, 2018; Aceito em Jan. 7, 2019.



1 Introdução

A Organização Mundial da Saúde/OMS (WORLD, 2014) divide o período da adolescência em fase inicial, dos 10 aos 14 anos e fase final, dos 15 aos 19 anos. No entanto, na intenção de analisar esse período para além das idades correspondidas pelas transformações biológicas presentes, autores como Freitas (2005) e Moreira et al. (2011) defendem que o conceito de adolescência se modifica, acompanhando as transformações da sociedade, a partir de uma interação entre o amadurecimento na estrutura do pensamento e nas formas como a pessoa compreende seu contexto social e as pressões e expectativas advindas desse mesmo contexto. Assim, os entendimentos, expectativas e significados atribuídos pela sociedade às diversas realidades possíveis dão suporte à constituição dos sujeitos, tornando diversas as possibilidades de vivência das adolescências, no plural (MOREIRA et al., 2011).

Tendo em vista a complexidade do adolecer, alguns estudos têm sinalizado que se trata de um período vulnerável para o desenvolvimento de problemas relacionados à saúde mental (SILVA et al., 2018; MOREIRA et al., 2011). Os dados publicados no relatório *Prevención de la Conducta Suicida* (ORGANIZACIÓN, 2016) pela Organização Pan-Americana da Saúde/OPAS em parceria com a OMS, reforçam essa compreensão, na medida em que indicam o suicídio como a segunda causa de morte entre jovens de 15 a 19 anos a nível mundial, chamando a atenção para o crescimento desse índice ao longo dos últimos anos e apontando o suicídio como consequência da vivência de sofrimento psíquico intenso, especialmente de depressão.

Assim, compreende-se que o desenvolvimento de estratégias de promoção e cuidado à saúde mental nas adolescências é relevante e urgente (FERNANDES; MATSUKURA, 2015; GALHARDI; MATSUKURA, 2018). No entanto, o interesse pelo aprofundamento de questões relacionadas à saúde mental infantojuvenil é relativamente recente, de forma que, estudos que abordem a vivência do sofrimento psíquico nessa população, embora tenham tido um crescimento após a instituição do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e dos Centros de Atenção Psicossociais Infantojuvenis (CAPSij), ainda são incipientes, especialmente considerando a população adolescente (GALHARDI; MATSUKURA, 2018).

Além disso, vale observar que os estudos relacionados à temática da saúde mental, envolvendo adolescentes, podem tender a se pautar na sintomatologia psiquiátrica e nas estratégias de cuidado individualizantes, sem levar em conta a complexidade dos fenômenos

sociais que configuram as diferentes expressões da adolescência na contemporaneidade (TAÑO, 2017; VICENTIN; GRAMKOV, 2010).

Nesse sentido, a possibilidade da vivência da crise como uma complexa situação existencial (DELL'ACQUA; MEZZINA, 2005; FERIGATO et al., 2007), que pode ser desencadeada pela experiência do sofrimento psíquico na adolescência, constitui uma demanda para as políticas e serviços direcionados ao público infantojuvenil, no sentido do desenvolvimento de estratégias que possam expandir as possibilidades de aproximação com essa população e tornar as intervenções mais precoces (DELL'ACQUA; MEZZINA, 2005).

Ferigato et al. (2007), refletindo sobre a crise no contexto da saúde mental, sinalizam que esta vivência está relacionada às intercorrências cotidianas e à forma como cada indivíduo lida com elas, afetando a rotina e a participação social dos que se encontram em sofrimento psíquico, bem como das pessoas de seu convívio.

Para Jardim e Dimenstein (2007), a crise é vista enquanto urgência no momento em que afeta diretamente a rotina de quem a vivencia e da família, logo, cultura e valores morais entram em jogo na configuração de uma emergência psiquiátrica, e o momento de crise torna-se determinante das demandas e intervenções em serviços de saúde mental.

Alguns estudos nacionais e internacionais se debruçaram nos processos de vivência e atenção à crise em saúde mental de adolescentes constatando a prevalência de internações psiquiátricas como intervenção prioritária nesses contextos, bem como dificuldades na implementação de alternativas comunitárias e territoriais. Além disso, tais estudos apontam para a escassez de investigações que focalizem a vivência da crise no período da adolescência, considerando suas próprias vozes e especificidades (LAMB, 2009; PEREIRA, 2013; BRAGA; D'OLIVEIRA, 2015).

Outro ponto levantado se refere ao impacto, muitas vezes devastador, que a vivência da crise relacionada à experiência do sofrimento psíquico na adolescência gera no contexto familiar o que, por sua vez, demanda ações dos serviços de cuidado. No entanto, observam-se, também, lacunas que apontam a necessidade de mais estudos e produções que considerem a participação das famílias na produção de dados sobre a saúde mental de adolescentes, incluindo a compreensão desses atores sobre a experiência do sofrimento psíquico e da crise, bem como sobre o processo de cuidado oferecido nos serviços de saúde mental (TANSKANEN et al., 2011; BRAGA; D'OLIVEIRA, 2015).

Nessa perspectiva, a terapia ocupacional, enquanto profissão e campo de conhecimento, tendo como um de seus contextos de intervenção e estudo a saúde mental, tem o potencial de mediar a reinvenção do cotidiano da pessoa em sofrimento psíquico intenso, incluindo a vivência da crise, compreendendo o indivíduo por meio de sua história, subjetividade, contexto social, expressividade e comunicabilidade, ampliando as possibilidades de intervenção, na medida em que o “fazer humano” torna-se o potencializador dos processos de reabilitação, contribuindo, portanto, com o processo de cuidado, bem como produzindo novas formas de pensar e exercer a profissão neste contexto (COSTA; ALMEIDA; ASSIS, 2015; CONSTANTINIDES; CUNHA, 2016).

Além disso, focalizando a situação de crise, Kawashima (2013) aponta que a terapia ocupacional pode desenvolver estratégias que auxiliem a equipe interdisciplinar junto às demandas dos sujeitos que estão vivenciando a crise no contexto da saúde mental, favorecendo o cuidado no entendimento da complexidade, da singularidade e do cotidiano, inclusive, da família.

Dessa forma, ainda que a terapia ocupacional não seja o foco do presente manuscrito, acredita-se que estudos advindos deste campo, que busquem compreender realidades atravessadas pela crise no âmbito da saúde mental, sob a ótica dos próprios atores que vivenciam o processo, podem, além de contribuir com elementos que impliquem em formas mais efetivas de cuidado, ampliar e produzir novas formas de olhar e lidar com esta realidade.

Diante do exposto, o presente estudo objetivou identificar a compreensão de familiares de adolescentes usuários de um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSij) sobre as situações de crise vivenciadas pelos adolescentes e sobre a trajetória percorrida em busca de cuidados.

2 Método

O presente estudo trata-se de uma pesquisa qualitativa, que adotou a metodologia da história oral para responder aos objetivos propostos.

O planejamento para o acesso às histórias considerou elementos da história oral temática (MEIHY; HOLANDA, 2015), na medida em que focalizou a apreensão de uma vivência específica dos participantes e características da história oral de vida (MEIHY; HOLANDA, 2015), ao serem favorecidas narrativas que trouxeram dados das histórias pessoais envolvidas, como experiências que culminaram com o evento em questão e com a chegada dos adolescentes ao CAPSij.

Observa-se que o projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pela Secretaria Municipal de Saúde do município envolvido e pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos, cujo processo é o de número 2.030.75. Todos os participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e uma Carta de Cessão, para validação e autorização do uso e publicação dos textos produzidos.

Participaram do estudo cinco familiares indicados como responsáveis por adolescentes vinculados ao CAPSij de uma cidade de médio porte do interior do Estado de São Paulo, que vivenciaram ao menos uma situação de crise relacionada à vivência de sofrimento psíquico. Observa-se que a seleção dos participantes deu-se a partir de sugestões feitas pelos profissionais do serviço em questão, considerando seu conhecimento a respeito das possibilidades de participação de cada um.

Na Tabela 1 apresentam-se as características gerais dos participantes. Observa-se que, por questões éticas, foram adotados nomes fictícios.

Tabela 1. Características dos participantes.

Participante	Grau de parentesco com o adolescente	Idade	Escolaridade	Idade do adolescente foco	Tempo de vínculo com o CAPSij	Há quanto tempo adolescente vivenciou a última crise
Karen	Mãe	32	Ensino médio completo	17	4 anos	1 mês
Keila	Mãe	35	Superior incompleto	17	3 meses	3 meses
Alessandra	Mãe	43	Ensino médio completo	17	3 meses	4 meses
Donato	Avô	56	Fundamental incompleto	16	1 ano	1 ano
Joana	Avó	59	Superior incompleto	17	4 anos	1 mês

Verifica-se, a partir da Tabela, que o grupo de participantes é composto por três mães, um avô e uma avó. Os adolescentes apresentavam 16 e 17 anos, sendo que, dois deles apresentaram períodos de crise coincidentes com o início do tratamento no CAPSij, outros dois estavam em tratamento ao vivenciarem a última crise, e uma menina iniciou o tratamento um mês após a crise.

A coleta das histórias aconteceu durante os meses de abril e maio de 2017, por meio de um encontro com cada participante na residência dos mesmos ou no espaço do CAPSij. As entrevistas foram conduzidas a partir de um roteiro aberto, desenvolvido com base nos objetivos do presente estudo.

As entrevistas foram gravadas, transcritas na íntegra, textualizadas e trabalhadas em um processo chamado de transcrição, utilizado para transmitir de forma mais fidedigna os significados e intenções das falas a partir das percepções do entrevistador (MEIHY; HOLANDA, 2015). Os textos produzidos foram posteriormente apresentados a cada participante para que pudessem ler, propor alterações e autorizar o uso das histórias.

A análise dos dados foi feita a partir da leitura atenta e exaustiva das textualizações pelas pesquisadoras envolvidas, no sentido de buscar nos discursos temáticas comuns que pudessem emergir das histórias contadas (BARDIN, 2009).

3 Resultados e Discussão

O processo de análise dos conteúdos abordados nas histórias contadas pelos familiares permitiu a identificação de três temáticas principais: a) A crise como potencial transformador na relação com o adolescente; b) A família e seus contextos relacionais na compreensão da crise; c) O cuidado à crise.

3.1 A crise como potencial transformador na relação com o adolescente

Os familiares, ao contarem sobre as situações de crise vivenciadas pelos adolescentes, relataram que os mesmos protagonizaram episódios intensos de auto e heteroagressão, tentativas de suicídio e manifestações dos sentimentos de desvalia, desmotivação, pânico, além de pensamentos delirantes e alucinações. Situações que culminaram em busca por ajuda em serviços de saúde.

Frente a tais acontecimentos, os participantes do presente estudo revelam que experimentaram sentimentos de surpresa, perplexidade, tristeza,

culpa, preocupação, medo, dúvida e destacam as transformações produzidas nas relações com os adolescentes após tal situação, na medida em que se percebem mais próximos afetivamente deles. A seguir, apresentam-se trechos de duas histórias que ilustram alguns desses resultados:

A primeira crise dele foi uma surpresa, pegou a gente no susto! Quando percebemos já tinha acontecido [...] cheguei em casa e ele havia tomado um monte de remédios. Estava sonolento, dormindo muito. Ele não falou nada, mas eu vi a saliva azul na pia do banheiro, devido a um remédio para infecção de urina que eu tinha. Corremos para o hospital [...] Ai, depois disso que ele começou a falar que queria morrer, que tinha vontade de morrer [...] Porque até então eu não tinha percebido nada [...] Depois passou, e ele ficou bom um tempo. Mas agora, no começo do ano, teve uma nova crise. [...] cheguei em casa e encontrei um vidro de veneno de rato embaixo do criado mudo da cama dele. Ele não estava em casa, então fuzei nas coisas dele e encontrei uma carta de despedida. Daí eu liguei pra ele, mas ele não atendia. Fiquei nervosa, comecei a chorar. Mais tarde ele telefonou, dizendo que estava na casa de um amigo. Quando ele chegou foi para o quarto. Ele só chorou. Puxei ele pra deitar no meu colo, ele não queria, tentou resistir, porque a gente não é assim muito de contato [...] Mas ele acabou deitando [...] Agora estou sempre em observação! (Karen, mãe).

Um dia ele chegou na instituição profissionalizante que frequenta muito transtornado falando que tinha ficado na frente dos carros na avenida. Eles me chamaram com urgência e falaram que estavam encaminhando-o para ir pro CAPS. Eu tinha percebido que ele estava mesmo mais agressivo e explosivo. Teve um episódio que ele começou a me agredir, com palavras mesmo, falou coisas que eu nem imaginava. Foi muito pesado. Ele ficou de um jeito tão absurdo que eu fiquei chocada. Eu passei um tempo ruim por causa dessa situação. Ele define esse episódio como um surto. [...] ai nessa mesma semana ele entrou na frente dos carros na avenida. Junto com essa questão ele começou a falar que estava ouvindo coisas na cabeça dele, e que às vezes ele fazia coisas sem entender o motivo. [...] Uma vez ele ficou tão nervoso que quebrou a própria mão socando um poste. [...] Hoje em dia, depois dessas situações, conversamos sobre tudo. Agora ele está me colocando como se eu fosse um pilar, então estamos conversando muito mais do que antes. Ele liga quando está na escola, me cobra se eu não busco, se eu não dou atenção (Keila, mãe).

Dentre os resultados apresentados nesta temática, destaca-se o suicídio, que se encontra em evidência nas histórias contadas e também na discussão atual sobre políticas públicas direcionadas à população jovem, considerando que, mundialmente, o suicídio de jovens de 15 a 29 anos é a segunda causa de morte entre essa população. Nesse contexto, sabe-se que para cada suicídio cometido, há inúmeras tentativas não registradas nas pesquisas epidemiológicas (ORGANIZACIÓN, 2016).

A literatura em torno da adolescência vem sinalizando a depressão como condição clínica mais comumente vinculada ao suicídio, apontando, como fatores de risco relacionados à sua causalidade: a vivência de violência, suporte familiar precário, expressões contemporâneas da cultura e mudanças psíquicas próprias dessa fase da vida (BRAGA; DELL'AGLIO, 2013; BENETTI et al., 2007).

Tais apontamentos, e os resultados do presente estudo agregados a eles, reforçam a necessidade urgente de implementação de políticas públicas efetivas de promoção à saúde mental e prevenção ao suicídio junto à população de adolescentes.

Levando-se em conta que a vivência da crise afeta os âmbitos individual e coletivo (FERIGATO et al., 2007), a partir dos resultados é possível verificar, também, a extensão do sofrimento vivenciado pelo adolescente para a vida dos familiares participantes. Este achado se assemelha ao que foi encontrado por Moura (2018) ao investigar as demandas e o cotidiano das famílias de adolescentes que vivenciam situações de crise.

Por outro lado, as histórias abordam, também, o momento da crise como tendo a potência de proporcionar uma oportunidade de modificação das relações entre adolescentes e familiares e de como essas se estabelecem, de reconstrução (DELL'ACQUA; MEZZINA, 2005; FERIGATO et al., 2007), reveladas pelos discursos que discorrem sobre o aumento do diálogo, do afeto e da atenção dispensada aos adolescentes.

Tais achados fortalecem o entendimento sobre o lugar essencial da família no processo de atenção em saúde mental de adolescentes, tanto como participante ativa quanto como foco de ações de cuidado, buscando, com elas, desenvolver estratégias que, além do acolhimento, possam ampliar as ferramentas de fortalecimento e enfrentamento da situação (MOURA, 2018), concordando com os apontamentos advindos de alguns estudos que têm focalizado os processos de cuidado da terapia ocupacional no campo da saúde mental (CONSTANTINIDES; CUNHA, 2016; COSTA; ALMEIDA; ASSIS, 2015).

3.2 A família e seus contextos relacionais na compreensão da crise

As narrativas dos familiares apresentaram elementos relacionados às histórias de vida dos adolescentes e de suas famílias, destacando características e eventos que poderiam estar relacionados com o sofrimento psíquico do adolescente e, consequentemente, contribuído para a manifestação das crises.

Foram abordadas situações de violência vividas pelos adolescentes, constantes rupturas nas relações destes com os familiares ao longo da vida e situações de adoecimento psíquico de familiares, conforme ilustrado nos trechos de duas histórias apresentados a seguir:

Ele morava com a avó dele antes de vir pra cá, em outra cidade. Um dia ela foi embora e ele acabou ficando sozinho lá, porque a mãe também tinha viajado. Daí ele ligou aqui para a avó, e ela passou o problema pra mim. Então eu arranjei o dinheiro das passagens pra ela ir lá buscá-lo e trazê-lo para morar aqui comigo. Eu sou pai da mãe dele [...] No começo do ano passado que ele veio pra cá. Antes disso eu não sei, porque ele morava mais com a avó dele, e ficava com a mãe. Acho que por isso começou a ter problema, ora ficava com uma, ora com outra, então não dava pra acompanhar direito. Éramos meio distantes. Minha ex-esposa me falou que a mãe dele também teve esses problemas na mente [...] Hoje eu poderia falar que é complicada essa doença [...] E se os pais deixam pra lá, se deixam os filhos à vontade, é complicado poder acompanhar [...] Não saber o que está acontecendo, se estão tomando o medicamento [...] Isso também é complicado. Esses tempos atrás, ele chegou a falar pra mim que às vezes tem vontade de morar com o pai dele, e eu fiquei preocupado por causa disso, porque o pai dele até hoje nunca se preocupou em dar as coisas pra ele, nunca foi um pai presente (Donato, avô).

O quadro dele eu vejo que foi causado por vários motivos. A gestação dele que foi totalmente perturbada, a minha imaturidade quando ele nasceu, depois veio o divórcio, ele ficou com o pai dos seis aos quatorze anos, a experiência dele com a madrasta e a minha distância, o fato de morarmos longe. Na cabeça dele soou como um abandono [...] E tem o pai dele que também era jovem quando ele nasceu. Sempre foi muito rígido com ele. Se fazia alguma birra normal, ele o espancava [...] Ele não falava pra ninguém que estava sofrendo algumas coisas na casa do pai [...] Ele passava todas as férias do ano comigo. Em uma das vezes, quando chegou em um ponto complicado, ele disse que não queria voltar, que

não dava mais para permanecer com o pai, e me falou algumas coisas. Foi onde eu entrei com o pedido de reversão da guarda (Keila, mãe).

Vivências de violência intrafamiliar, rupturas constantes nas relações familiares durante os processos de desenvolvimento e problemas relacionados à saúde mental dos responsáveis são considerados fatores de risco para a saúde mental de crianças e adolescentes (SILVA; CID; MATSUKURA, 2018), o que parece ser reconhecido pelos participantes do presente estudo.

No entanto, de acordo com Carvalho e Costa (2008), diante da experiência de intenso sofrimento psíquico de um de seus membros adolescentes, frequentemente as famílias se deparam com sentimentos de impotência e culpa. Soma-se, a isso, o fato de os familiares nem sempre serem acolhidos em suas demandas e angústias com relação à vivência do sofrimento e/ou crise em saúde mental (CARVALHO; COSTA, 2008), o que torna a situação potencialmente geradora de mais sofrimento.

Por outro lado, observou-se que a possibilidade de olhar para a própria história e para o processo do adolescente no sistema familiar, embora possa ter feito emergir sentimentos difíceis, parece, também, ter possibilitado aos familiares, reflexões sobre a história passada e sobre o que é possível, a partir de então, em um processo de corresponsabilização pelo sofrimento de si e do adolescente.

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

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

3.3 O cuidado à crise

Os familiares contam sobre a trajetória percorrida nos serviços de saúde, nos momentos de crise dos adolescentes, que obedece, no relato de quatro dos participantes, o circuito UPA – CAPS III – CAPSij. Um deles foi orientado a procurar o CAPSij na Unidade Básica de Saúde.

Sobre isso, cabe uma consideração sobre o fato de que nenhum dos cinco adolescentes foram internados em hospitais psiquiátricos, o que pode indicar que, neste município de médio porte no interior do Estado de São Paulo, há oferta de diferentes pontos da Rede de Atenção Psicossocial e alguma articulação em termos do fluxo das demandas para atenção estratégica. Esse dado contraria o que tem sido encontrado em alguns estudos que se debruçaram sobre a atenção à crise de adolescentes (JARDIM; DIMENSTEIN, 2007; LAMB, 2009; PEREIRA, 2013; BRAGA; D'OLIVEIRA, 2015), os quais apontaram a prática da internação em hospitais psiquiátricos como predominante, sinalizando um desafio para o cuidado integral em saúde mental ao adolescente e demandando investigações sobre boas práticas.

Os participantes relataram, também, os processos de cuidado experimentados por eles e pelos adolescentes. Através das textualizações, é possível verificar o número reduzido de consultas médicas e a ausência de trocas entre familiares e profissionais para solução dos questionamentos a respeito do diagnóstico e tratamento, bem como aspectos percebidos como positivos, como a disponibilidade das profissionais enquanto suporte em momentos de maiores dificuldades.

Eu queria que ele passasse com um psicólogo. Daí, no CAPS III, perguntei e eles indicaram que ele teria que fazer triagem aqui no CAPSij primeiro. Daí ele não ficou muito aqui, eu não sei dizer quanto tempo ele ficou [...] Ele passou só uma ou duas vezes com a psiquiatra, ela chegou a dar medicação também, antidepressivo. Nos preocupamos com o tempo que ele ficaria tomando remédios. Eu, como mãe, entendia que ele era muito novo pra isso. Mas ele não tomou muito tempo, porque ele mesmo não queria e também não gosta de vir no CAPSij [...] Então, teve uma vez que, preocupada, eu vim sozinha conversar, e elas disseram que se ele não viesse, elas poderiam ir até lá em casa, porque entenderam que ele estava precisando [...] (Karen, mãe).

Depois da UPA, o levamos para o CAPS III, pra ele ser medicado. Depois fomos direto pro CAPSij, que é esse aqui e começamos a fazer esse tratamento

com ele. Desde então ele frequenta só aqui, toma várias medicações. E se você me perguntar o que ele tem, eu não vou saber falar, porque não fechou um diagnóstico. No começo ele fez um tratamento pra aquele tipo de problema [...] Esquizofrenia! Pra mim o Vinicius não tem isso, eu não consigo aceitar. Me explicaram que, na verdade, todo mundo tem, dependendo do impacto isso vem à tona. E se foi isso que virou o Vinicius, virou de uma vez, que ele não volta mais. Eu acho que ele não volta mais. Mas eu não vejo o Vinicius um esquizofrênico [...] Apesar de tudo, eu só tenho a agradecer o amparo que a gente tem aqui. Sobre o tratamento eu não tenho o que falar. Porque na hora do aperto eu corro pra cá (CAPSij) sim! (Joana, avó).

A política de saúde mental infantojuvenil brasileira aponta que o sucesso das intervenções depende de que o trabalho feito pela equipe de saúde mental nas situações de crise não se restrinja ao indivíduo e ao CAPS, mas sim, extrapole essa instituição, alcançando a família e toda a rede intersetorial envolvida (BRASIL, 2014).

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

Dessa forma, o aumento da rede de apoio também se constitui enquanto elemento enriquecedor das possibilidades de intervenção com a família, bem como as interações entre esta, os serviços de saúde e a comunidade tornam-se essenciais para o alcance de bons resultados das ações em saúde, o que depende da qualidade da escuta e do acolhimento, além do incentivo à participação ativa dos familiares no tratamento (BRASIL, 2014).

Nota-se que, nas histórias contadas pelos participantes do presente estudo, não aparece o acompanhamento voltado especificamente à família, que apenas recebe orientação ou leva o adolescente para ser atendido. Taño e Matsukura (2014), que em seu estudo buscaram compreender a participação dos familiares nos CAPSij, concluíram que eles não se sentem inseridos nas práticas dos serviços. De acordo com as autoras, os apontamentos feitos

pelos profissionais indicam que as trocas entre as famílias e os profissionais não constituem uma prática frequente no cotidiano dos serviços. As autoras indicam (e o presente estudo reforça essa consideração), a importância da participação ativa dos familiares na construção do cuidado, considerando, inclusive questões éticas com relação aos cuidados em saúde, especialmente no que se refere à saúde mental de crianças e adolescentes (TAÑO; MATSUKURA, 2014).

4 Considerações Finais

O presente estudo adotou a metodologia da história oral para identificar a compreensão de familiares de adolescentes usuários de um CAPSij sobre as situações de crise vivenciadas pelos adolescentes e sobre a trajetória percorrida em busca de cuidados. Os resultados obtidos revelam que a manifestação da crise dos adolescentes se configura por meio de episódios de intenso sofrimento psíquico, os quais fazem emergir nos participantes do presente estudo a experimentação dos sentimentos de surpresa, perplexidade, tristeza, culpa, preocupação, medo e dúvidas.

Por outro lado, foi possível verificar, também, que as situações de crise favoreceram o aumento do diálogo e do afeto entre os familiares e os adolescentes. Além disso, as narrativas apresentaram elementos relacionados às histórias de vida dos adolescentes, marcadas por situações estressoras, tais como: vivência de violência intrafamiliar e rupturas nas relações que, na visão dos participantes, poderiam estar relacionados com o sofrimento psíquico do adolescente e, conseqüentemente, contribuído para a manifestação das crises.

Sobre os processos de cuidado experimentados nos momentos de crise, foi possível verificar que não houve episódios de internações psiquiátricas, indicando potencialidade da rede na identificação de situações que demandam ações estratégicas. No entanto, as histórias contadas também revelaram a ausência de trocas entre familiares e profissionais para solução dos questionamentos a respeito do diagnóstico e tratamento dos adolescentes, bem como foi possível verificar a inexistência de relatos sobre acompanhamento voltado especificamente à família. Um ponto positivo identificado pelos familiares se refere a disponibilidade das profissionais do CAPSij enquanto suporte e acolhimento em momentos considerados críticos.

Diante do exposto, considera-se que o presente estudo atingiu seus objetivos e, a partir da metodologia

utilizada, evidenciou a potência presente nos espaços de escuta e participação dos envolvidos. Assim, acredita-se que, ainda que apresente limitações importantes como o número reduzido de participantes e o recorte ocasionado pelo local de estudo, a presente investigação apresenta apontamentos que poderão contribuir com as futuras reflexões sobre os processos de atenção em saúde mental de adolescentes nos diferentes âmbitos de atenção, além de ter levantado outras questões de pesquisa a serem exploradas em estudos futuros que busquem ampliar o olhar e assistência à adolescência atravessada pelo sofrimento psíquico, tais como: Na visão das famílias, quais aspectos estão presentes em boas práticas de cuidado em saúde mental a adolescentes? Qual é a compreensão de profissionais, familiares e adolescentes sobre a participação ativa e a corresponsabilização do cuidado à saúde mental de adolescentes?

Vale apontar, também, a relevância do desenvolvimento de processos investigativos de natureza participativa que reconheçam e valorizem a voz dos próprios adolescentes e familiares, compreendendo-os enquanto possuidores do conhecimento sobre suas vivências de sofrimento psíquico e do direito de participar da construção das ações coletivas que visem seu próprio cuidado, o que corresponde com estratégias da terapia ocupacional na atenção em saúde mental e, portanto, podendo se configurar, inclusive, como uma potência no âmbito da produção de um conhecimento mais democrático, emancipador e coerente com a profissão.

Agradecimentos

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

Referências

- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70 Lda, 2009.
- BENETTI, S. P. C. et al. Adolescência e saúde mental: revisão de artigos brasileiros publicados em periódicos nacionais. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1273-1282, 2007.
- BRAGA, C. P.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L. A continuidade da internação psiquiátrica de crianças e adolescentes no cenário da Reforma Psiquiátrica brasileira. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 19, n. 52, p. 33-44, 2015.
- BRAGA, L. L.; DELL'AGLIO, D. D. Suicídio na adolescência: fatores de risco depressão e gênero. *Contextos Clínicos*, São Leopoldo, v. 6, n. 1, p. 2-14, 2013.
- BRASIL. *Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos*. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada e Temática, Coordenação-Geral de Saúde Mental Álcool e Outras Drogas, 2014. Disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_psicossocial_crianças_adolescentes_sus.pdf>. Acesso em: 01 set. 2017.
- CARVALHO, N. R.; COSTA, I. I. Primeiras crises psicóticas: identificação de pródromos por pacientes e familiares. *Psicologia Clínica*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 153-164, 2008.
- CONSTANTINIDES, T. C.; CUNHA, A. C. Desinstitucionalizando conceitos: a terapia ocupacional em busca de um (novo) lugar no cenário da saúde mental. In: MATSUKURA, T. S.; SALLES, M. M. (Org.). *Cotidiano, atividade humana e ocupação: perspectivas da terapia ocupacional no campo da saúde mental*. São Carlos: EDUFSCar, 2016. p. 37-59.
- COSTA, L. A.; ALMEIDA, S. C.; ASSIS, M. G. Reflexões epistêmicas sobre a Terapia Ocupacional no campo da Saúde Mental. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar*, São Carlos, v. 23, n. 1, p. 189-196, 2015.
- DELL'ACQUA, G.; MEZZINA, R. Resposta à crise: estratégia e intensionalidade da intervenção no serviço psiquiátrico territorial. In: AMARANTE, P. D. (Org.). *Arquivos de saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Nau, 2005. p. 161-194.
- FERIGATO, S. H.; CAMPOS, R. O.; BALLARIN, M. L. O atendimento à crise em saúde mental: ampliando conceitos. *Revista de Psicologia da UNESP*, Assis, v. 6, n. 1, p. 31-44, 2007.
- FERNANDES, A. D. S. A.; MATSUKURA, T. S. Adolescentes no CAPSi: relações sociais e contextos de inserção. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 216-224, 2015.
- FREITAS M. V. (Org.) *Juventude e adolescência no Brasil: referências conceituais*. São Paulo: Ação Educativa, 2005.
- GALHARDI, C. C.; MATSUKURA, T. S. O cotidiano de adolescentes em um Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras drogas: realidades e desafios. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 34, n. 3, p. 1-12, 2018.
- JARDIM, K.; DIMENSTEIN, M. Risco e crise: pensando os pilares da urgência psiquiátrica. *Psicologia em Revista*, Belo Horizonte, v. 3, n. 1, p. 169-190, 2007.
- KAWASHIMA, J. K. G. *Possibilidades da Terapia Ocupacional no cuidado das primeiras crises do tipo psicóticas*. 2013. 65 f. Monografia (Graduação em Terapia Ocupacional) – Universidade de Brasília, Brasília, 2013.
- LAMB, C. E. Alternatives to admission for children and adolescents: providing intensive mental health care services at home and in communities: what works? *Current Opinion in Psychiatry*, Philadelphia, v. 22, n. 4, p. 345-359, 2009.
- MEIHY, J. C. S. B.; HOLANDA, F. *História oral: como fazer como pensar*. São Paulo: Contexto, 2015.

- MOREIRA, J. O.; ROSÁRIO, A. B.; SANTOS, A. P. Juventude e adolescência: considerações preliminares. *Psico*, Belo Horizonte, v. 42, n. 4, p. 457-464, 2011.
- MOURA B. R. *A atenção à crise nos centros de atenção psicossocial infantojuvenis*. 2018. 163 f. Dissertação (Mestrado em Terapia Ocupacional) – Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2018.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SAÚDE – OMS. *Prevención de la conducta suicida*. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 2016. Disponível em: <<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/31167/9789275319192-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 01 set. 2017.
- PEREIRA M. O. *Um olhar sobre a atenção psicossocial a partir do itinerário terapêutico de adolescentes em crise*. 2013. 201 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013.
- SILVA, J. F.; CID, M. F. B.; MATSUKURA, T. S. Atenção psicossocial de adolescentes: a percepção de profissionais de um CAPSij. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, São Carlos, v. 26, n. 2, p. 329-343, 2018.
- TANO, B. L. *A constituição de ações intersetoriais de atenção as crianças e adolescentes em sofrimento psíquico*. 2017. 260 f. Tese (Doutorado em Educação Especial) – Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2017.
- TANO, B. L.; MATSUKURA, T. S. Os centros de atenção psicossocial infantojuvenis: características organizacionais e oferta de cuidados. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 208-216, 2014.
- TANSKANEN, S. et al. Service user and carer experiences of seeking help for a first episode of psychosis: a UK qualitative study. *BMC Psychiatry*, London, v. 11, p. 1-11, 2011.
- VICENTIN, M. C. G. Infância e adolescência: uma clínica necessariamente ampliada. *Rev Ter Ocup Univ São Paulo*, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 10-17, 2006.
- VICENTIN, M. C. G.; GRAMKOV, G. Que desafios os adolescentes autores de ato infracional colocam ao SUS? Algumas notas para pensar as relações entre saúde mental justiça e juventude. In: LAURIDSEN-RIBEIRO, E.; TANAKA, O. Y. (Org.). *Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS*. São Paulo: HUCITEC, 2010. p. 337-351.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. *Saúde para os adolescentes do mundo*. Uma segunda chance na segunda década. 2014. Disponível em: <<http://apps.who.int/adolescent/second-decade/>>. Acesso em: 01 jan. 2018.

Contribuição dos Autores

Ambas as autoras colaboraram com a concepção redação e revisão do texto bem como com a organização das fontes e aprovaram a sua versão final.

Fonte de Financiamento

O estudo contou com auxílio financeiro da CAPES.

Nota

¹ O estudo é parte da dissertação de mestrado da primeira autora realizado sob a orientação da segunda autora junto ao Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos; e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar expresso pelo CAAE: 61242116.3.0000.5504/ Parecer: 2.030.751 e autorizada pela Fundação Municipal de Saúde da cidade em questão. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e uma Carta de Cessão autorizando o uso e a publicação dos conteúdos.