



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO CUIDADOS CLÍNICOS
EM ENFERMAGEM E SAÚDE
MESTRADO EM CUIDADOS CLÍNICOS EM ENFERMAGEM E SAÚDE

NATANA ABREU DE MOURA

SIGNIFICADOS DE PRÁTICAS VIOLENTAS NO MUNDO DA VIDA DE
ADOLESCENTES EM SOFRIMENTO PSÍQUICO: *MOTIVAÇÕES PARA O*
CUIDADO CLÍNICO DE ENFERMAGEM

FORTALEZA-CEARÁ

2016

NATANA ABREU DE MOURA

SIGNIFICADOS DE PRÁTICAS VIOLENTAS NO MUNDO DA VIDA DE
ADOLESCENTES EM SOFRIMENTO PSÍQUICO: *MOTIVAÇÕES PARA O CUIDADO*
CLÍNICO DE ENFERMAGEM

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde.

Área de Concentração: Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Ana Ruth Macêdo Monteiro.

FORTALEZA-CEARÁ

2016

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Estadual do Ceará

Sistema de Bibliotecas

Moura, Natana Abreu de.

Significados de práticas violentas no mundo da vida de adolescentes em sofrimento psíquico: motivações para o cuidado clínico de enfermagem [recurso eletrônico] / Natana Abreu de Moura. - 2016.
1 CD-ROM: 4 ¼ pol.

CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do trabalho acadêmico com 102 folhas, acondicionado em caixa de DVD Slim (19 x 14 cm x 7 mm).

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, Fortaleza, 2016.

Área de concentração: Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde.

Orientação: Prof.ª Dra. Ana Ruth Macêdo Monteiro.

1. Saúde do adolescente. 2. Violência. 3. Enfermagem. 4. Saúde Mental. I. Título.



Governo do Estado do Ceará
Secretaria da Ciência Tecnologia e Educação Superior
Universidade Estadual do Ceará – UECE
Centro de Ciências da Saúde – CCS

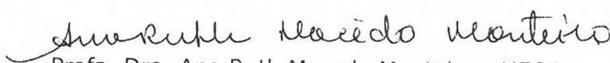


Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde

Ata de Defesa da Dissertação de Mestrado
de **Natana Abreu de Moura**
realizada no dia 03 de março de 2016.

Ao terceiro dia do mês de março do ano dois mil e dezesseis, na Universidade Estadual do Ceará, reuniu-se a Banca Examinadora para defesa de dissertação, composta pelos seguintes Professores Doutores: Ana Ruth Macedo Monteiro, João Carlos Holanda Cardoso e Lúcia de Fátima da Silva sob a presidência da primeira, perante o qual, a Mestranda, **Natana Abreu de Moura** regularmente matriculada no Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, da Universidade Estadual do Ceará, defendeu, para preenchimento dos requisitos de Mestre, a Dissertação intitulada: "*Significado de Práticas Violentas no Mundo da Vida de Adolescentes em Sofrimento Psíquico*". A defesa da referida Dissertação ocorreu das 14:30 as 16:00, tendo sido a Mestranda submetida à arguição, dispondo cada membro da Banca Examinadora de tempo para realizá-la. Em seguida, a Banca Examinadora reuniu-se, em separado, e concluiu por considerar a Mestranda APROVADA, por sua Dissertação e defesa pública.

Eu, Ana Ruth Macedo Monteiro que presidi a Banca Examinadora de Dissertação do Mestrado, assino a presente ata, juntamente com os demais membros, e dou fé.


Profa. Dra. Ana Ruth Macedo Monteiro - UECE

(Orientadora e Presidente)


Prof. Dr. João Carlos Holanda Cardoso - UECE

(1º membro)


Profa. Dra. Lúcia de Fátima da Silva - UECE

(2º membro)

Às três mulheres que são para mim símbolos de força e dignas de admiração: Tuany Moura (irmã), Terezinha Abreu (avó) e Rozélia Moura (avó, *in memoriam*).

Aos sujeitos da pesquisa, que possibilitaram a realização do trabalho, colaborando com a concretização de um sonho.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pois é a fé que tenho em ti que me faz querer prosseguir, mesmo em dias difíceis.

À Prof.^a Dr.^a Ana Ruth Macêdo Monteiro, pela orientação, confiança, parceria, compreensão, aprendizado, enfim, por sempre acreditar em mim e que, mesmo sem saber, me confortava, no momento certo, dizendo exatamente o que eu precisava ouvir.

Aos membros da banca, Prof.^a Dr.^a Lúcia de Fátima da Silva, Prof. Dr. João Carlos Holanda Cardoso, Prof.^a Dr.^a Lia Carneiro Silveira, pelas valiosas observações, apontamentos e por contribuírem com a realização de um sonho.

Ao meu pai (*in memoriam*), Aldir Inácio de Moura Filho, que foi um dos motivos de eu nunca desistir, influenciando as minhas escolhas de forma positiva.

À minha irmã, Tuany Moura, pela convivência de uma vida inteira, pela fácil sintonia, pelo apoio, confiança e pelo pragmatismo, necessário, diante de meus desesperos e devaneios.

Aos familiares, em especial à minha mãe Vera Moura, meus irmãos Nathalia e Natanael, que sempre torceram por mim e acreditaram no meu potencial. Também aos meus sobrinhos, Matheus, Maria Julia, João Miguel e Laylah Maryah, que alimentam a minha esperança na vida e me fazem querer ser uma pessoa melhor.

Aos colegas do Grupo de Pesquisa em Enfermagem, Cuidado e Saúde Mental, pelos momentos de aprendizado e alegria, pelas discussões engrandecedoras e pelo carinho.

Aos colegas da turma X do Mestrado do Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, pela troca de experiências e aprendizados.

Aos amigos, Camila Carrilho, Glória Yanne, Nayara Mesquita e Rodrigo Jacob, que estiveram mais próximos a mim nessa empreitada, sempre me fornecendo palavras de apoio, de esperança, me aconselhando, juntos compartilhamos gargalhadas e desalentos.

Aos amigos, em especial à Karoline Oliveira, Crislene Kelly e Heitor Lemos, que mesmo distantes me fortalecem pela sua amizade e afeto.

Aos professores e funcionários do Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde.

Aos profissionais do Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil, que permitiram a minha entrada nesse serviço e apoiaram a realização da pesquisa.

Aos sujeitos da pesquisa, que cederam as suas histórias de vida, contribuindo para o avanço da ciência e também para o meu desenvolvimento enquanto pesquisadora e pessoa.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, pelo apoio financeiro.

A todos que de alguma forma colaboraram com a minha caminhada até aqui, muito obrigada!

“No ar que se respira, nos gestos mais banais/
Em regras, mandamentos, julgamentos,
tribunais/Na vitória do mais forte, na derrota
dos iguais/A violência travestida faz seu
trottoir/Na procura doentia de qualquer
prazer/Na arquitetura metafísica das
catedrais/Nas arquibancadas, nas cadeiras, nas
gerais/A violência travestida faz seu
trottoir/Na maioria silenciosa, orgulhosa de
não ter/Vontade de gritar, nada pra dizer/A
violência travestida faz seu trottoir/Nos
anúncios de cigarro que avisam que fumar faz
mal/A violência travestida faz seu trottoir/Em
anúncios luminosos, lâminas de
barbear/Armas de brinquedo, medo de
brincar/A violência travestida faz seu
trottoir/No vídeo, idiotice intergaláctica/Na
mídia, na moda, nas farmácias/No quarto de
dormir, na sala de jantar/A morte anda tão
viva, a vida anda pra trás/É a livre iniciativa,
igualdade aos desiguais/Na hora de dormir, na
sala de estar/A violência travestida faz seu
trottoir (...).”

(A violência travestida faz seu trottoir -
Engenheiros do Hawaii)

RESUMO

Objetivou-se conhecer os significados que adolescentes em sofrimento psíquico atribuem às práticas violentas por eles vivenciadas. Trata-se de um estudo qualitativo, tendo como referencial a fenomenologia social de Alfred Schutz. Realizou-se em um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil do município de Fortaleza-CE, envolvendo seis adolescentes e três familiares. A coleta de dados se deu entre agosto e dezembro de 2015, por meio de entrevista semiestruturada e em profundidade. Para a análise dos dados lançou-se mão da *Epoché* da atitude natural, suspendendo a dúvida sobre os relatos colhidos, após a transcrição do material, as entrevistas foram lidas, relidas e desconstruídas. Seguindo-se com a codificação e agrupamento das categorias individuais, comparando-se os “casos”, e formulando categorias temáticas. Construiu-se uma história de vida a fim de demonstrar as diferentes relações do sofrimento psíquico com a violência na vida do adolescente. As categorias produzidas e a história de vida foram interpretadas à luz da fenomenologia social. Como categorias temáticas surgiram cinco, sendo elas: significados da violência; práticas de violência no mundo da vida de adolescentes; violência e família; adolescentes, violência, tipificações; sofrimento psíquico e violência. Os significados da violência relatados pelos adolescentes foram vários, dando-se destaque para a agressão física, percebendo-se a tipificação da violência na sua forma mais fácil de ser detectada por deixar marcas e vítimas. Na vivência familiar, apareceram violências como o abuso sexual, a agressão física, a falta de manejo em relação ao sofrimento psíquico, a desatenção/negligência ao adolescente, as brigas dos pais ou responsáveis, o abandono, a falta de orientação necessária para atitudes conscientes e menos agressivas, estigma e preconceito. O ambiente escolar foi associado à vivência de *bullying*, fato que desencadeou sentimentos negativos nos adolescentes, bem como atitudes de agressões físicas e verbais com colegas. Sendo assim, as práticas violentas vivenciadas pelos adolescentes compuseram a sua situação biográfica e seu acervo de conhecimento, estas experiências foram tipificadas, influenciando as *motivações porque* para ações no mundo da vida. Essas *motivações porque* podem se transformar em *motivações para* o cuidado clínico de enfermagem, mediante o emprego de práticas terapêuticas que valorizem uma clínica que tenha como foco o sujeito, as relações face a face, promovendo experiências e ações que modifiquem as atitudes violentas dos adolescentes e de seus familiares, além de estabelecer o diálogo com diversos outros setores, favorecendo a garantia dos direitos dos adolescentes.

Palavras-chave: Saúde do Adolescente. Violência. Enfermagem. Saúde Mental.

ABSTRACT

It was aimed to know the meanings that adolescents in psychic suffering attributed to the violent practices they experienced. This is a qualitative study, taking as reference the social phenomenology of Alfred Schutz. Performed in a Children's Psychosocial Care Center in the city of Fortaleza-CE, involving six adolescents and three relatives. The data collection took place between August and December 2015 through semi-structured interviews and in depth. To analyze the data it employed the *Epoché* of the natural attitude, suspending doubt on lessons reports, after the transcription of the material, the interviews were read, reread and deconstructed. Following up with coding and grouping of individual categories, comparing yourself "cases" and formulating themes. It was built the life story seeking to understand the speech as a whole and then separate the sections of showing the different relationships of psychic suffering and violence in adolescent life. The categories produced and the history of life were interpreted in the light of social phenomenology. As thematic categories emerged five: meanings of violence; violence practices in the world of life of adolescents; violence and family; adolescents, violence and typifications; psychic suffering and violence. The meanings of violence reported by adolescents were several, giving emphasis on physical aggression, perceiving the characterization of violence in its most easily be detected by leaving marks and victims. In family life, appeared violence such as sexual abuse, physical abuse, lack of management in relation to psychic suffering, inattention/neglect to the adolescents, the fights of their parents or relatives, abandonment, lack of guidance necessary for conscious attitudes and less aggressive, stigma and prejudice. The school environment was associated with bullying experience, a fact that triggered negative sentiments and the same attitudes of physical and verbal aggression with peers. Therefore, practices of violence experienced by adolescents composed their biographical situation and their body of knowledge, these experiences are typified, influencing the *reasons why* for actions in the world of life. These *reasons why* they can turn into *reasons for* clinical care in nursing through the use of therapeutic practices that enhance a clinic that focuses on the subject, the relationship face to face, promoting experiences and actions that modify the violent attitudes of adolescents and their families, and to establish dialogue with many other sectors, favoring the guarantee of the rights of adolescents.

Keywords: Adolescent Health. Violence. Nursing. Mental Health.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	REVISÃO DA LITERATURA	19
2.1	ADOLESCÊNCIA E SOFRIMENTO PSÍQUICO.....	19
2.2	ENLACES ENTRE VIOLÊNCIA, ADOLESCÊNCIA E SAÚDE MENTAL.....	23
2.3	CUIDADO CLÍNICO DE ENFERMAGEM, ADOLESCÊNCIA E VIOLÊNCIA	27
3	EIXO TEÓRICO E METODOLÓGICO	31
3.1	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	31
3.2	TRAJETÓRIA DO ESTUDO	35
3.2.1	Natureza e Tipo de pesquisa	35
3.2.2	Campo da pesquisa	36
3.2.3	Sujeitos da pesquisa e Coleta de dados	36
3.2.4	Análise e interpretação dos resultados	38
3.2.5	Aspectos éticos e legais da pesquisa	40
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	41
4.1	CARACTERIZAÇÃO DOS ADOLESCENTES	41
4.2	CATEGÓRIAS TEMÁTICAS	45
4.2.1	Significados da violência	45
4.2.2	Práticas de violência no mundo da vida de adolescentes	51
4.2.2.1	<i>Motivações porque</i> de condutas agressivas	51
4.2.2.2	Violência interpessoal sofrida e violência autoinfligida.....	56
4.2.3	Violência e família	61
4.2.4	Adolescência, violência e tipificações	65
4.2.5	Sufrimento psíquico e violência	70
4.3	HISTÓRIA DE ARES: INTERFACES ENTRE SOFRIMENTO PSÍQUICO E VIOLÊNCIA.....	74
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	89
	REFERÊNCIAS	93
	APÊNDICES	101
	APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	101
	APÊNDICE B – TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	102

1 INTRODUÇÃO

A violência é um fenômeno que se expressa no vivido, no cotidiano, é pesquisada por diferentes áreas, por ser um objeto de estudo que permite diversas interpretações, sendo considerada em seus múltiplos significados. Para o setor saúde é tida como um problema de saúde pública, pois gera consequências aos seres humanos que afetam a sua saúde física e psicológica, além de ser responsável por um grande número de mortes.

A OMS, na tentativa de nortear esse fenômeno no campo da saúde, classifica a violência em autoinfligida, direcionada a outros (interpessoal) e coletiva. Na violência interpessoal estão como grandes protagonistas a família e a comunidade/sociedade. Os tipos de violência praticados por esses dois grupos podem ser: física, sexual, psicológica e de negligência ou privações (KRUG, 2002).

A vantagem de classificar a violência é poder quantificar os gastos em saúde necessários tanto para a sua prevenção, quanto para o tratamento dos danos causados. Por exemplo, através do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) identificou-se que os casos de maior atendimento no SUS foram os de violência física (40,5%), principalmente na faixa etária de 15 a 19 anos, seguido pela violência sexual (20%), se concentrando na faixa etária de 5 a 14 anos (WAISELFISZ, 2012).

Outros dados, também recentes, mostraram que já os adolescentes entre 10 e 14 anos sofreram mais com a violência física, ficando a violência sexual também em segundo lugar; e na faixa etária de 15 a 19 anos as notificações foram principalmente de agressão física, psicológica e violência sexual, respectivamente. Importante destacar que a família foi apontada como a principal autora das agressões (BRASIL, 2013).

No presente trabalho compreendeu-se a violência em seus diferentes sentidos, estando ora o sujeito como vítima, ora como autor, entendendo que a mesma é enraizada em ações que se desenvolvem no mundo da vida. Podendo ser geradora de sofrimento psíquico, além de poder aparecer no contexto da saúde mental através de práticas comuns nas relações intersubjetivas tecidas por profissionais, pacientes e familiares.

Uma vez que, o cuidado em saúde mental e o trato a loucura são marcados por práticas violentas que incidiam diretamente sobre o corpo, hoje se pode pensar em um caráter violento mais sutil, por meio da medicalização sem escuta, sem acolhimento ao sofrimento, na utilização inadequada das internações psiquiátricas, que ainda ultrajam os direitos humanos, no preconceito e discriminação, na falta de acesso e tratamento adequado nos serviços de saúde mental (PEREIRA; SÁ; MIRANDA, 2014).

Assim, o escopo da pesquisa foi delineado no intento de se aproximar da violência vivida por adolescentes em sofrimento psíquico atendidos em um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil-CAPSi, visto que o campo da Saúde Mental é marcado historicamente pela violência, onde todos os tipos de maus-tratos foram justificados para se conseguir a “cura” da “loucura” e o tratamento dos doentes mentais.

Consequentemente, para falar de violência em saúde mental é preciso reconhecer que esse fenômeno não pode ser tomado ou classificado apenas pelo ato em si, porque perpassa pelo significado que cada sujeito atribui a essa vivência, “cujas manifestações provocam ou são provocados por uma forte carga emocional de quem a comete, de quem a sofre e de quem a presencia” (MINAYO, 2006, p. 14).

Quando essa violência faz parte da vivência de adolescentes em sofrimento psíquico ela acaba se particularizando, pois a adolescência por si só é tida como uma idade de crise, e também, por ser bastante relacionada com a convivência familiar. Ainda, por ser demarcada por intensas mudanças corporais, procura das próprias experiências e escolhas, identidade de grupo, busca incessante por prazer, enfim, pela necessidade de se afirmar enquanto sujeito, onde, em geral, os adolescentes tentam abandonar o passado infantil e caracterizarem-se como adultos (CALLIGARIS, 2000; FERRÃO, POLI, 2014; LIMA, DIAS 2014).

No Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) foi o marco legal para que esse público fosse reconhecido enquanto cidadãos. Para o ECA (1990) os adolescentes são aqueles que estão na faixa etária de 12 a 18 anos. Entretanto, para a Organização Mundial da Saúde (OMS) e para o Ministério da Saúde-MS (BRASIL, 2007) a adolescência é compreendida entre 10 e 19 anos. Como esta pesquisa se desenvolveu em um serviço de saúde, entendeu-se a adolescência circunscrita na faixa etária adotada pelo MS.

Para o contexto da saúde, a identificação desse ser facilitou para a implantação de programas, serviços e políticas públicas. Por fim, culminando em uma série de atividades de promoção, prevenção e recuperação em saúde, situando esse grupo como importante alvo de cuidados para o Sistema Único de Saúde-SUS.

Essa caracterização do adolescente foi importante, pois o movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira, que propunha a modificação no modelo de assistência em saúde mental, revelou uma desassistência em relação à saúde mental desses sujeitos, porque a preocupação era o tratamento ao adulto, e quando os adolescentes eram diagnosticados como “loucos” ou doentes mentais, eram abandonados em manicômios e, provavelmente, ali permaneciam o resto da vida.

Nesse cenário, adolescentes moradores de rua, de classe social baixa, com quadros de demência/retardo mental, deficiências, comportamentos considerados “anormais”, ou que cometiam atos ilícitos, foram institucionalizados, e submetidos a sistemas corretivos e disciplinares, que pouco ou nada tinham a ver com a questão da saúde mental desse público, onde o objetivo era devolver para a sociedade indivíduos produtivos (FERREIRA; BONTEMPO, 2012; COUTO; DELGADO, 2015).

Diante dessa conjuntura, enxergou-se a necessidade da criação de um serviço em saúde mental para o atendimento da população infantojuvenil. Assim, com a criação do CAPSi, tenta-se romper com a lógica higienista, propondo-se a mudança do paradigma que segregava, aprisionava e punia, para o de reabilitação psicossocial, de responsabilização dos sujeitos diante de seu sofrimento psíquico e de seu tratamento, e de papel ativo e participativo da família no cuidado a esse público (BRASIL, 2005; PEREIRA; COSTA-ROSA, 2012; MACHINESKI, SCHNEIDER; CAMATTA, 2013).

Até o momento, fica claro de que a clínica com o adolescente não pode ser a mesma do adulto, embora o paradigma da Atenção Psicossocial traga em sua construção ideias, como a clínica ampliada e projeto terapêutico singular (BRASIL, 2009a), que individualizam o cuidado, o adoecimento mental dos adolescentes nem sempre é marcado por transtornos mentais bem delimitados, entrando-se mais na categoria de sofrimento psíquico, inclusive devido à intensidade com que as experiências no mundo da vida são vivenciadas e significadas por esses sujeitos.

Dessa maneira, é primordial que se faça a diferenciação entre o que é o sofrimento psíquico, adoecimento mental, transtorno mental e loucura. Entendendo-se que adoecimento mental e transtorno mental são termos relativos às classificações psiquiátricas, onde “o campo da psicopatologia inclui um grande número de fenômenos humanos especiais, associados ao que se denomina historicamente de doença mental” (DALGALARRONDO, 2008, p. 27).

A loucura passou a ser entendida enquanto doença mental, e na verdade, há uma preocupação em retirá-la da posição de algo que precisa ser tratado enquanto “anormal”, dado que as fronteiras entre “normal” e “patológico”, no que concerne a saúde mental, tem se mostrado cada vez mais tênue e de difícil distinção, apesar de haver uma tendência da psiquiatria em patologizar o “normal” (CAPONI, 2012).

Vale salientar, que como os transtornos mentais, mesmos os mais graves, ainda não tem etiologia bem definida. Portanto causa orgânica incerta, a psicopatologia não pode ser inteiramente delimitada, abrindo espaço para o termo sofrimento psíquico, que abarcaria o

sofrimento humano, não necessariamente estando esse sofrimento caracterizado como doença mental (DALGALARRONDO, 2008, PINHEIRO; AGUIAR; MENDES, 2008).

O sofrimento psíquico, termo que ganha destaque a partir da abordagem psicanalítica, não é fruto de algo exterior, estando na origem do psiquismo, dessa forma é carregado pelas gerações e subjetivado por cada ser humano, tendo aparato não de doença, mas de ser organizador, de proporcionar que a partir de uma vivência mais intensa de sofrimento psíquico o sujeito possa falar sobre a sua “dor” (psíquica) a fim de aprender com ela (CECCARELLI, 2005).

O sofrimento psíquico, então, não pode ser limitado a denominação de doença mental, pois se trata daquilo que afeta, que incomoda, que causa mal-estar e dor, sem necessariamente ter uma relação lógica entre os sintomas, ou que o sujeito consiga explicá-los, é algo sentido (SILVEIRA; FEITOSA; PALÁCIO, 2014), que às vezes se manifestará no corpo físico, mas que pode também permanecer só no campo do psíquico.

Esta pesquisa, apesar de não seguir o viés da psicanálise, compreenderá o sofrimento psíquico como os autores citados, Ceccarelli (2005), Pinheiro, Aguiar e Mendes (2008), Silveira, Feitosa e Palácio (2014), como algo que pode se demonstrar de inúmeras formas e tem haver com a “dor” psíquica, com a subjetividade e não somente com as classificações médicas dos transtornos mentais.

O sofrimento psíquico encontra-se, portanto, nas experiências vividas, nas relações com o outro, ou seja, na intersubjetividade, dessa maneira também põe sua marca na consciência, nas formas em que os sujeitos reagem diante das adversidades da vida e da convivência social, sendo semelhante ao fenômeno da violência que, por sua vez, tem um alicerce sócio-histórico, mas que se revela na atitude natural humana.

Em atitude natural as pessoas enxergam o mundo cotidiano como algo dado, previamente experimentado e testado por seus antecessores, as vivências são desse modo típicas, não havendo dúvida de que determinadas ações possam ser repetidas e obtenham sucesso. A violência se expressa, assim, nas experiências sedimentadas, tipificadas, visto que condutas violentas, desde que estejam dentro do pacto moral de determinada época e cultura, são permitidas e repetidas como comum, transmitidas de pais para filhos, de professores para alunos, ou seja, no processo comunicativo das relações face a face (SCHUTZ; LUCKMANN, 2009).

A intersubjetividade possibilita que os seres humanos possam compreender seus semelhantes motivando uns aos outros, alterando suas tipificações e acervo de conhecimento, pois cada um possui uma situação biográfica particular. Por mais que esta seja repleta de

experiências de outrem, nesse ensejo, vale destacar que a vivência da violência, então, vai compor a situação biográfica dos adolescentes, podendo influenciar seus *motivos para*, que são motivos para ações futuras, e *motivos porque*, que são os motivos que levaram a pessoa a agir de determinada maneira. No entanto, como o mundo da vida é prolífero de incertezas o típico pode ser alterado de acordo com novas experiências (SCHUTZ; LUCKMANN, 2009; SCHUTZ, 2012a).

Por sua vez, o sofrimento psíquico e o transtorno mental, que durante séculos, estiveram tipificados sob a alcunha da “loucura”, ainda não sofreram alteração real em seu sentido no senso comum. O tipo dado ao sujeito em adoecimento mental ainda está ligado a palavras como periculosidade, insanidade, descontrole, doidice, entre outras, que taxam esses sujeitos de forma negativa, herança de experiências que foram depositadas de gerações para gerações, repassadas principalmente pelas práticas de hospitalização e institucionalização.

Nesse entremeio, encontram-se adolescentes que vivenciam situações de violência em seus contextos familiares, escolar e comunitário, sofrendo danos físicos, mas especialmente impactos psicológicos inimagináveis e adolescentes que estão em sofrimento psíquico e por isso são estigmatizados, são agressivos e assim não conseguem estabelecer laços sociais.

Diante do exposto, percebe-se o quanto são necessárias pesquisas que revelem como e quais são os tipos de violência em que adolescentes vivenciam em seu mundo da vida, pois geralmente os estudos estão voltados para a elucidação da violência apenas como fator causal do sofrimento psíquico (HAYNIE et al., 2013; ALBUQUERQUE; WILLIAMS; D’AFFONSECA, 2013; HOHENDORFF; KOLLER; HABIGZANG, 2015), ressaltando que a violência sofrida na infância pode ocasionar adoecimento mental no adolescente (GARBIN et al., 2012; MILLS et al., 2013).

Apesar de a temática ser bastante pertinente, e atual, no âmbito da saúde mental brasileira não recebeu tanta atenção dos pesquisadores (NUNES, 2012) em comparação a como têm sido abordada na Estratégia Saúde da Família, em que estudos são realizados, principalmente, procurando saber/conhecer como se dá o atendimento à vítimas de violência, evidenciada em pesquisas como os de Aragão (2013), Bezerra e Monteiro (2012), Moreira (2014) e Thomazine, Oliveira e Vieira (2009).

No caso da Enfermagem, em estudo realizado com profissionais de uma unidade pré-hospitalar, confirma-se o desconhecimento do enfermeiro em lidar com situações em que se sabe ou se tem suspeita que a criança ou adolescente sofreu violência intrafamiliar, o enfermeiro às vezes até encaminha para o conselho tutelar o caso, mas não o acompanha,

muitas vezes não notifica e não consegue prestar um cuidado indicado para a situação (THOMAZINE; OLIVEIRA; VIEIRA, 2009).

Sendo a violência um fenômeno que extrapola os muros dos serviços de saúde, surge uma dificuldade de o enfermeiro visualizar, dentro da sua formação acadêmica, quais intervenções ele poderia traçar diante da situação. Tendo em consideração que o tratamento/encaminhamento de casos de violência não depende só de um profissional e precisa de estratégias que envolvam vários campos do conhecimento e setores, visto que afeta o sujeito violentado ou agressor em diferentes contextos da sua vida.

No aspecto do cuidado de enfermagem em saúde mental a profissão passa por um processo de rearranjo teórico-prático, situada no contexto da Reforma Psiquiátrica a enfermagem desloca-se de um cuidado biomédico para se lançar em um cuidado que dê atenção ao sujeito, a subjetividade, a escuta, a intervenções que não se destinam somente ao físico (SILVEIRA et al., 2011).

Sendo assim, compreende-se o cuidado clínico de enfermagem como aquele pautado no saber científico, no qual o enfermeiro seja capaz de com as suas próprias produções (teorias) e “ferramentas” embasar a sua prática cotidiana, em diferentes espaços, não abandonando a dimensão do humano e da ética, permitindo a expressão dos sujeitos envolvidos no processo de cuidar e ampliando o sentido da clínica.

No que concerne ao campo da saúde mental, o cuidado clínico de enfermagem, busca alternativas para se retirar da clínica que tinha como enfoque principal a doença, utilizando de meios que permitam um trabalho de enfermagem fundamentado cientificamente, organizado e autônomo, a exemplo da Sistematização da Assistência de Enfermagem-SAE, Consulta de Enfermagem-CE e Processo de Enfermagem-PE (MONTEIRO et al., 2015).

No propósito de dá um embasamento científico para o trabalho em enfermagem, ressalta-se a fenomenologia como um referencial que vem sendo utilizado pelas pesquisas desenvolvidas no campo de prática da profissão, demonstrando um reconhecimento natural da área com esse tipo de arcabouço teórico (ALMEIDA et al., 2009).

Destaca-se, contudo, a fenomenologia social de Alfred Schutz como possibilidade de o enfermeiro apoiar o seu cuidado clínico, interpretando este como um novo modelo de clínica que rompe com a biomédica, pois aplicando no processo de trabalho os conceitos de situação biográfica, acervo de conhecimento, tipo vivido e motivações conseguirá ofertar um cuidado individualizado, traçando as melhores intervenções para cada caso, a fim de auxiliar nas mudanças de condutas dos sujeitos.

Além disso, essa teoria valoriza as relações face a face, entendendo que elas promovem a troca de experiências estabelecendo relações-do-Nós, que só nesse contato direto, em que se compartilha o mesmo ambiente e o mesmo tempo, é que pode se dá a intersubjetividade (SCHUTZ, 2012a), dessa forma incentivando uma clínica de enfermagem que contemple a fala do sujeito, tão importante para o contexto da saúde mental, onde as intervenções encontram-se, em sua maioria, no processo comunicativo.

Ainda, é na relação-do-Nós que o enfermeiro pode compreender os significados que o paciente atribui as suas experiências no mundo da vida e o seu sistema interpretativo a respeito da realidade que o cerca. Apenas na relação face a face que as pessoas conseguem estabelecer um fluxo de consciência comum, aprofundando cada vez mais o conhecimento sobre o outro, permitindo uma verdadeira troca de experiências e até alterações nos acervos de conhecimento (SCHUTZ, 2012a), demonstrando o quanto é relevante esse tipo de relação para que o Processo de Enfermagem atenda as necessidades reais do paciente e seja eficaz.

Ante o que foi posto, visualizou-se a importância de dar voz àqueles que vivenciam situações de violência, tanto como agressores, quanto como vítimas, para que a prática em enfermagem em saúde mental possa atender as demandas reais dos sujeitos em sofrimento psíquico. Essa pesquisa, então, orienta-se pela seguinte questão: Como os adolescentes em sofrimento psíquico significam as práticas violentas por eles vivenciadas?

Essa investigação se justifica pelo fato de a violência ser um fenômeno que adentra ao campo da saúde de múltiplas formas, gerando inúmeras mortes, e gastos com tratamento e reabilitação, sem contar com os danos não quantificáveis, como é o caso do sofrimento psíquico.

Para o campo da saúde mental, a justificativa se dá pelo fato de o fazer clínico estar atravessado por várias formas de violência, como na falta de acolhimento ideal ao sofrimento psíquico infantojuvenil, na preferência da medicalização ao invés de escuta, na sobreposição do saber médico em detrimento dos outros saberes, na falta de superação do estigma da loucura que marca as relações sociais do sujeito em sofrimento psíquico, delimitando seus espaços de convivência e suas capacidades de exercer sua cidadania.

Nesse sentido, a relevância desse trabalho ancora-se na escassez de estudos na área da enfermagem em saúde mental que evidenciem as relações atuais entre violência e sofrimento psíquico, voltando-se para a contribuição com o saber e a prática clínica da enfermagem. Intenta-se auxiliar o desenvolvimento de políticas públicas que tenham em vista melhorar e/ou solucionar as situações de violências que adolescentes em sofrimento psíquico são submetidos.

A importância dessa pesquisa dá-se também para os profissionais que trabalham em CAPSi ou mesmo em outros serviços de saúde, para que tenham uma literatura a consultar diante do quadro de adolescentes em sofrimento psíquico e práticas de violência. E por último, para os próprios sujeitos da pesquisa que tiveram a oportunidade de se expressarem, de serem ouvidos atentamente e ressignificarem sua vivência de violência.

A aproximação da autora com a temática se deu por meio de sua vivência no “Grupo de Pesquisa em Enfermagem, Cuidado e Saúde Mental”, o qual proporcionou o contato da pesquisadora com a realidade de um CAPSi, onde a mesma pode observar as atividades desenvolvidas pelos profissionais do serviço e realizar grupo com os familiares dos pacientes, sendo possível perceber as diversas situações de violências vivenciadas pelas crianças e adolescentes atendidas nesse serviço e que são, em sua maioria, tidas como algo que não diz respeito ao cuidado prestado nesse espaço, não recebendo o devido encaminhamento ou resolução.

Além disso, a ideia de fazer uma pesquisa apenas com adolescentes surgiu de um projeto de pesquisa proposto pela Profa. Dra. Ana Ruth Macêdo Monteiro, orientadora deste trabalho, em parceria com o Prof. Dr. Cesar Barreira, intitulado “Crianças e adolescentes em sofrimento psíquico - trajetória de práticas violentas”, visto que são poucas as pesquisas em enfermagem e em saúde mental que tratam somente desse grupo, pois quando se fala em adolescência os estudos preocupam-se mais com os comportamentos de risco, como gravidez e doenças sexualmente transmissíveis.

Desse modo, o **objetivo** desse trabalho consistiu em conhecer os significados que adolescentes em sofrimento psíquico atribuem as práticas violentas por eles vivenciadas.

2 REVISÃO DA LITERATURA

Por a violência ser um fenômeno que permeia o campo da saúde mental, ela tem aparecido na literatura em diversos tipos de estudo, inclusive em pesquisas que não foram realizadas dentro de serviços como o CAPS, mas que acabam proporcionando conhecimento de como a violência tem se relacionado com o sofrimento psíquico de adolescentes.

No que tange ao cuidado clínico de enfermagem, este por ser ainda um conceito em construção, tem pouca promoção e execução entre os pesquisadores e profissionais da área. Contudo, é preciso ressaltar que o cuidado clínico de enfermagem pode contribuir para uma assistência humanizada e para o estabelecimento de comunicação e relacionamento terapêutico.

Nesse sentido, apresenta-se uma revisão da literatura, tentando-se estabelecer as relações já existentes por outros estudos, sobre adolescência, violência, cuidado clínico de enfermagem, sofrimento psíquico e saúde mental. Assim, estruturou-se a revisão em três subtópicos: **adolescência e sofrimento psíquico; enlacs entre violência, adolescência e saúde mental; cuidado clínico de enfermagem, adolescência e violência.**

2.1 ADOLESCÊNCIA E SOFRIMENTO PSÍQUICO

O início da adolescência é marcado, principalmente, pelas mudanças físicas, as quais correspondem à puberdade, no entanto essas alterações de caráter estritamente fisiológico nem sempre são acompanhadas por mudanças de comportamento, mesmo que no imaginário social o típico do adolescente seja o de rebelde/revoltado, “chato”, irresponsável e outros tantos adjetivos negativos.

Essas concepções, que não se pode dizer que são certas ou erradas, limitam o viver desses sujeitos, transformando, muitas vezes, a adolescência em um momento de grande sofrimento, de traumas, de experiências de violência, fazendo-os parecer “entre a criança que se foi e o adulto que ainda não chega, o espelho do adolescente é frequentemente vazio. Podemos entender então como essa época da vida possa ser campeã em fragilidade de auto- .. estima, depressão e tentativas de suicídio” (CALLIGARIS, 2000, p. 25).

A adolescência, por si só, pode trazer “dor”, sofrimento, angústia, pois é um momento de crise, a vida deixa de ser vista pela ótica da fantasia, como na infância, e entra-se rapidamente em contato com o “real” do mundo dos adultos, sem poder nele adentrar de verdade. Além disso, o adolescente é influenciado pelas experiências significativas de quando

era criança, onde a referência maior foi a família e a escola, e agora tem que sair em busca de sua autonomia e independência.

Vale ressaltar, que a “invenção” dessa idade é recente, dado que ela não chegava a ser uma fase distinta no desenvolvimento humano, de fato ela nem existia, pois os jovens já podiam trabalhar, casar, inclusive o casamento costumava acontecer bem cedo, principalmente para as mulheres, o estágio da adolescência é realmente reconhecido apenas a partir do século XX (ARIÉS, 1981).

Durante todo esse século, essa categoria em ascensão, começa a ser alvo de estudos, de descrições, tanto no campo Sociológico, quanto no da Saúde, mas recebendo mesma atenção e intervenções pelas áreas da Educação e do Sistema Judicial. O que culminou em uma série de ações de institucionalização, sustentando uma ideia de adolescência que tinha a ver com delinquência, desordem e rebeldia.

Sendo assim, a falta de clareza quanto o que seria a categoria adolescente não impediu a existência de uma série de medidas judiciais, Código de Menores, que regulavam a assistência do Estado a esse público, mas no que concerne a sua saúde mental ela não era uma preocupação, podendo-se dizer que ela torna-se alvo de cuidados apenas com a criação do CAPSi, ou seja, a partir do século XXI, antes os adolescentes em sofrimento psíquico eram desassistidos (COUTO; DELGADO, 2015).

Por isso quando se fala em sofrimento psíquico juvenil é preciso resgatar a sua historicidade, já que até este momento é um assunto que gera grandes debates e opiniões divergentes, como a respeito da patologização de muitos comportamentos que podem ser enxergados como próprios da adolescência. Assim, Ferrão e Poli (2014) colocam que é necessário que o adolescente possa passar pelo “luto”, sendo este uma perda simbólica, dos pais que eram tidos como onipotentes, entendendo a adolescência como um tempo de elaborações do sujeito.

Quando se compreende que a vivência da adolescência pode ser “naturalmente” de algum sofrimento psíquico, orienta-se o tratamento no sentido de conduzir uma experiência que gera sofrimento para uma experiência de aprendizagem, pois se considera nesse processo a subjetividade, antes de simplesmente classificar determinado comportamento, de isolamento ou tristeza, por exemplo, imediatamente como uma depressão.

Dessa forma, é provável que não se erre tanto como nas primeiras décadas do século XX, onde pode-se perceber a ausência de reconhecimento do sofrimento psíquico da adolescência, pois os diagnósticos em saúde mental sustentavam-se menos em características psíquicas e mais em atributos morais, físicos e classe social, onde o pedido de internação era,

principalmente, pelo dispositivo Jurídico-Policial, e as justificativas eram “imbecilidade”, “erros de conduta”, “intenção de prática do mal”, “pai paupérrimo”, “infelicidade”, “abobado e alegre”, “desobediência” e tantos outros desse gênero (SILVA, 2008).

Logicamente, que esses diagnósticos apoiavam-se no que a Psiquiatria produzia na época, que eram ideias “ligadas ao alienismo francês, que colocavam a loucura como uma desorganização tanto “das paixões”, quanto orgânica.” (SILVA, 2008, p. 451). Entretanto, o problema se situava no fato de as internações serem motivadas pela exclusão do seio social dos “indesejáveis”, dos desviantes, daqueles que não contribuía para a manutenção da moral e dos “bons costumes”.

Esse contexto, contudo, vai se modificando e já no final do mesmo século o lugar da adolescência é transportado para o de ideal, o de sucesso, a juventude torna-se valorizada (FERRÃO; POLI, 2014), como consequência o adolescente tem a obrigação de ser feliz, porque ocupa o lugar invejado pelos adultos, visto como aquele que não tem preocupações na vida e que goza da liberdade (CALLIGARIS, 2000), logo, mesmo hoje, se tem uma dificuldade de reconhecer o sofrimento psíquico juvenil como uma demanda de tratamento e atenção em saúde.

Dessa forma, a problemática do sofrimento psíquico do adolescente é enraizada em práticas biomédicas e hospitalocêntricas, resultando em proporções significativas e preocupantes de internações, e uso exacerbado de psicofármacos, impedindo a subjetivação do processo de adolecer, fugindo da proposta da Reabilitação Psicossocial que demanda trabalhar com os sujeitos em suas singularidades e não adequá-los, adaptá-los ou treiná-los para o viver em sociedade (BRAGA; d’OLIVEIRA, 2015).

Havendo, talvez, dissonância entre a proposta de desinstitucionalização, pautada pela Reforma Psiquiátrica, e o funcionamento dos serviços de saúde mental que atendem os adolescentes, visto que a ideia é de promover espaços, atividades e diálogos no seio comunitário, para que os sujeitos em sofrimento psíquico possam viver livres de enquadramentos e tentativas de cura, no intuito de, inclusive, dar outros significados no senso comum sobre o lugar da “loucura”.

Ademais, o entendimento da loucura enquanto doença mental suscitou o interesse de estudos com adolescentes, e o sofrimento psíquico juvenil foi categorizado, tanto que os CAPSi são guiados pelo manual de Classificação Internacional das Doenças-CID, o que faz esses serviços voltarem-se exclusivamente para atender adolescentes com transtornos mentais graves, pouco se voltando para o trabalho de prevenção de transtornos mentais e promoção da saúde mental (BRASIL, 2005; RIBEIRO et al., 2010).

Criando-se uma necessidade de que o sofrimento psíquico do adolescente seja classificado enquanto doença para poder ser tratado, gerando uma complexa contradição dentro do paradigma de Atenção Psicossocial, pois na prática clínica há uma dificuldade de se chegar a um diagnóstico, posto que os quadros de adoecimento nessa idade da vida se manifestam como sintomas clínicos heterogêneos (GAUY; ROCHA, 2014), o que facilita “erro” de diagnósticos, rótulos/estereótipos que podem causar mais sofrimento ao indivíduo e cuidados focados na doença e não no sujeito.

Outro manual que orienta a prática em saúde mental é o Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM)¹, que se encontra em sua quinta edição, a qual foi alvo de duras críticas, em virtude de ser ampliado alguns critérios diagnósticos, implicando no favorecimento a indústria farmacêutica, que lucraria com o aumento de pessoas com doenças mentais, além da possibilidade de se incorporar mais aspectos culturais/ambientais e a experiência clínica do pesquisador no processo diagnóstico, o que poderia diminuir o caráter científico desse sistema de classificação e reduzir sua generalização (GAUY, ROCHA, 2014).

É importante ressaltar que a incorporação desses manuais na prática em saúde mental foi importante para impulsionar as pesquisas na área e identificar os quadros de adoecimento mental que mais acometem os adolescentes, entre os quais os estudos publicados se remetem a depressão e o suicídio, transtornos de conduta, transtornos alimentares e transtornos de ansiedade (BENETTI, 2007).

O que não se pode, é retroceder a ponto de tratar qualquer “sintoma”, como doença mental e usar de medicamentos para aplacar uma dor que pode ser existencial. Nesse sentido, emprega-se bem a denominação de sofrimento psíquico para abrir espaço de escuta e acolhimento nos serviços de saúde, para que as demandas tratadas sejam as que realmente o adolescente e seus familiares apresentem.

Assim, o foco dos serviços de saúde deve ser também para a promoção da saúde mental, que pode ser mais eficaz quando se reconhece os fatores de risco e proteção associados ao sofrimento psíquico juvenil. Logo, entre os fatores de proteção têm-se as particularidades do indivíduo, como a capacidade de resiliência, boa relação familiar, disponibilidade de aparatos culturais e sociais, e como fatores de risco estão a pobreza,

¹ O Instituto Nacional de Saúde Mental-NIMH, dos Estados Unidos da América, que é o maior financiador de pesquisas em saúde mental do mundo, abandonou o DSM-5 antes do seu lançamento, por não se sentir mais satisfeito com esse sistema de classificação. Alegando, inclusive, que os pacientes mereciam ser mais bem tratados. Para tanto, o NIMH defende um novo projeto, em que as pesquisas devem caminhar no sentido de englobar vários aspectos biológicos para o diagnóstico de uma doença mental. A matéria completa está disponível na página do NIMH na internet: <http://www.nimh.nih.gov/about/director/2013/transforming-diagnosis.shtml>

sentimentos negativos, baixa autoestima, insatisfação com o corpo e/ou com a vida, vivência de situações de violência (violência doméstica e psicológica, abuso sexual, *bullying*) e uso/abuso de substâncias psicoativas (GAUY; ROCHA, 2014; PINTO et al., 2014)

Compreende-se, então, que a vivência do sofrimento psíquico do adolescente é atravessada por inúmeras questões, não podendo ser simplificado ou desconsiderado, e que por ser uma temática recente ainda carece de esclarecimentos, discussões, de outras formas de pensar a saúde mental desses sujeitos e cuidados que valorizem a dimensão da subjetividade.

2.2 ENLACES ENTRE VIOLÊNCIA, ADOLESCÊNCIA E SAÚDE MENTAL

A história da loucura é marcada por práticas violentas, não só pelo confinamento dos “loucos” em manicômios/hospícios, mas principalmente pelas agressões sofridas em seus corpos, pelo tratamento que retirava e negava a subjetividade, por serem incompreendidos e impedidos de expressar o seu sofrimento.

Esse método de lidar com o sofrimento psíquico humano contribuiu para a criação do estereótipo de que a pessoa “louca” é perigosa, agressiva, degenerada, desgovernada, incapaz de se relacionar socialmente e de gerir a sua própria vida, entre outras coisas que se ouve, ainda hoje, no senso comum e por profissionais da saúde.

Para entender como a violência se enraizou no cuidado em saúde mental é preciso voltar no tempo, porque nem sempre a loucura foi desprezada pela sociedade, houve um período em que os loucos vagavam soltos pelas cidades, embora ela causasse medo, temor, por outro lado, também admiração, foi assim apreendida e explicada de diferentes formas por cada época, sendo uma temática que sempre despertou interesse e teorias (FIGUEIREDO; DELEVATI; TAVARES, 2014)

Contudo, foi na era da razão, Renascimento/Iluminismo, que a loucura foi silenciada, vista como desrazão não podia habitar livre entre os sãos. A loucura veio, então, a ocupar na idade clássica o lugar que a “lepra” ocupava na sociedade medieval, e como esta, foi considerada como algo que precisava ser banido das cidades para viver em locais próprios de “loucos”, assim como os “leprosos” viviam em hospitais e comunidades de “leprosos” (FOUCAULT, 2013).

Somente a partir do século XVIII, com a tentativa de Philippe Pinel em classificar a loucura, a partir dos seus sinais e sintomas, tornando-a assim um objeto de estudo para a medicina. A mesma pode iniciar o seu processo de transição para a doença mental, e ao ser

considerada como doença, exigia verificação, observação, acompanhamento, monitorização, tratamento e até a tentativa de cura (GABBAY; VILHENA, 2010).

Todavia, ao ser trancado, afastado e esquecido da vida em sociedade o “louco” é violentado por ser limitado a sua loucura, não é mais homem ou cidadão, a sua objetificação é iminente. Seus sonhos, seus planos, não mais lhe pertencem, outros lhe dirão a hora de comer, de dormir, de vestir, e entre outros aspectos da sua vida institucionalizada (BASAGLIA, 2010). Desse modo, inúmeras pessoas pelo mundo foram afastadas do convívio familiar e em sociedade e entregues aos manicômios, que por sua vez cumpriam a sua função de evitar que os “indesejáveis” atormentassem a ordem social.

Na tentativa de fazer da loucura objeto de dominação médica o manicômio foi substancial, dado que as manifestações da loucura podiam ser quantificadas adentrando na lógica da razão cartesiana e positivista, que tanto influencia o fazer científico, sendo este o lócus principal de atuação da psiquiatria. A fim de superar essa realidade, a Reforma Psiquiátrica brasileira procurou romper com o ideal biomédico/psiquiátrico de hospitalização e conseqüente maus tratos dos internados.

Portanto, primou-se pela formulação de uma política de saúde mental que agregasse valores humanos ao tratamento da doença mental. Isso foi possível a partir do paradigma da Atenção Psicossocial, além da reestruturação do modelo de atenção em saúde mental, que visou o fortalecimento da convivência e manutenção dos sujeitos com transtornos mentais em sociedade, onde os mesmos podem retomar/ocupar o exercício de sua cidadania (AMARANTE, 2007).

Entretanto, mesmo com todas essas alterações na forma de enxergar e tratar a doença mental, a violência como um fenômeno do vivido, e compondo as ações dos sujeitos no mundo da vida, continua imbricada no cuidado em saúde mental e na realidade de pessoas em sofrimento psíquico, no caso desse estudo, dos adolescentes, estes estão expostos a violência na escola, em casa, na rua, nos serviços de saúde e como vítimas do seu próprio sofrimento, além de estarem sobre o julgamento do estigma da loucura.

A condição de estigmatizado pode trazer para esses sujeitos a sua autoexclusão dos espaços sociais, conquanto que a sua identidade social de “louco” não condiz com o que ele pensa de si mesmo, ou mesmo com a sua identidade real. Há também o risco de que o estigma imputado à pessoa faça-o agir como tal, ou se apropriar da condição para interagir socialmente, a fim de conseguir benefícios nas suas relações sociais (GOFFMAN, 1988).

Apesar do estigma da loucura estar presente na vida de adolescentes em sofrimento psíquico sabe-se que grande parte da violência sofrida por esses sujeitos encontra-

se no seio familiar. Um estudo revelou a forte presença de violência psicológica em adolescentes, onde os mesmos relataram sofrer agressão verbal por parte, principalmente, da mãe. Outra indicação do trabalho foi à associação entre violência física e psicológica, sendo reforçado esse tipo de acontecimento devido a naturalização da violência na criação de crianças e adolescentes (ABRANCHES; ASSIS; PIRES, 2013) subestimando as consequências disso para a saúde mental desses sujeitos.

Percebe-se, que apesar das modificações no modo de pensar a adolescência, isso não impede que esses sujeitos sejam tratados com violência, ou associados com a delinquência, principalmente nos grandes centros urbanos. Mesmo com os avanços trazidos pelo ECA, ainda hoje escuta-se discursos em que os adolescentes devem ser “educados” através de agressão física, ou a convivência com violências, como o abuso sexual, dentro do ambiente familiar, problemas esses que podem gerar sofrimento psíquico.

Como aponta um estudo, o abuso sexual é uma categoria de violência bastante vinculada com o sofrimento psíquico, visto que existe uma peculiaridade nesse tipo de violência, posto que é comprovadamente perpetrada por membros da família, ou pessoas próximas, e por na maioria das vezes a vitimização ocorrer ainda na infância, com frequência de revitimização até a adolescência, que é em geral quando a vítima consegue denunciar (LEYTON M.; QUEZADA R.; MOLINA G., 2013).

Mais estudos revelam a falta de atendimento adequado às vítimas de violência sexual, que não chegam, na maior parte dos casos, nos serviços de saúde mental, visto que é uma situação em que os sujeitos necessitam de acompanhamento psicossocial e psicoterápico, uma vez que é um acontecimento que pode gerar sintomas que correspondem a transtornos mentais como os de ansiedade, humor e alimentares (HOHENDORFF; KOLLER; HABIGZANG, 2015), ademais o abuso sexual foi identificado como um evento diretamente ligado ao Transtorno do estresse pós-traumático (TEPT) (FROUNFELKER, 2013).

Nota-se, que a violência tem inúmeras formas de se fazer presente no contexto da saúde mental, sendo grande responsável por muitos casos de sofrimento psíquico na adolescência. Contudo, o adolescente nem sempre é a vítima, às vezes, é o agressor, ou as duas coisas, pois como a violência não é um fenômeno estático e se desvela nas ações humanas é possível que a mesma pessoa ora aja como vítima, ora como agressor.

Logo, há ainda que se examinar a respeito da delinquência na adolescência associada com problemas de saúde mental, pois foi constatado que adolescentes com transtorno do estresse pós-traumático tem mais chance de se envolverem em situações que os levem a entrada no sistema de justiça (FROUNFELKER et al., 2013).

Rosa e Vicentin (2010) colocam a possibilidade da Justiça, com apoio de profissionais da saúde, que trabalham avaliando adolescentes que cometeram ato infracional, estarem “patologizando” esses sujeitos com transtorno de personalidade, para que estes sejam retirados do convívio social por mais tempo, tratados como se o problema “psiquiátrico” fosse a única coisa que os aproxima da criminalidade, conseqüentemente, colocando sobre eles toda a responsabilidade da mazela social a qual eles estão obrigados a conviver.

Aqui, encontra-se, um recorte de classe tanto para a violência, quanto para a doença mental, onde os mais diagnosticados acabam sendo os das classes econômicas mais desfavorecidas e os moradores das grandes periferias. Entrando, na velha tradição de institucionalizar os que “incomodam”, os que revelam a parte “feia” das cidades, os que são os “restos” produzidos por um sistema que tem na sua gênese a desigualdade social.

Outro tipo de violência que “ameaça” a saúde mental de adolescentes, ressaltando seu papel tanto como vítima, quanto como autor, é o *bullying*. Considerado como uma violência entre pares, o *bullying* manifesta-se como um fenômeno social relevante, pois pode causar danos irreparáveis para a vida das vítimas. Em investigação realizada por Wang et al., conseguiu-se obter o resultado de que “em geral, todos os tipos de vítimas reportaram maior depressão, mais prejuízos, e mais uso de remédios para problemas de dormir e nervosismo (...)” (WANG et al., 2010, p. 1109, tradução nossa).

O abuso de substâncias psicoativas por adolescentes também pode vir a ser relacionado com a violência sofrida ou praticada e com sofrimento psíquico (PIEROBON et al., 2012), dificilmente dando para identificar qual a ordem que um acontecimento levou a outro. Apontando para a necessidade de se conhecer e trabalhar o uso/abuso de substâncias psicoativas entre adolescentes, a fim de prevenir comportamentos violentos e piora do estado mental.

Com essa breve revisão da literatura, percebeu-se que a violência está associada a diversos fatores que atravessam a vida dos adolescentes, como classe social, vivência escolar, uso/abuso de substâncias psicoativas, relações familiares, tendo o sujeito a possibilidade de ser vitimizado por inúmeros atores, bem como de se colocar enquanto agressor.

Dessa forma, visto que a violência emerge da atitude natural humana no mundo da vida ela não pode ser vista como um fenômeno isolado e pontual na vivência da adolescência que está em situação de sofrimento psíquico. É preciso que o adolescente possa falar sobre como a violência está arraigada em sua situação biográfica e que essa questão faça parte da Agenda de cuidado em saúde mental, suscitando estratégias de tratamento e enfrentamento.

2.3 CUIDADO CLÍNICO DE ENFERMAGEM, ADOLESCÊNCIA E VIOLÊNCIA

O cuidado clínico de enfermagem se dá em diferentes contextos de assistência, mas dentro do campo da saúde mental deve primar por uma clínica do sujeito, pelo estabelecimento do relacionamento terapêutico, onde o enfermeiro se coloca enquanto auxiliar no processo de tratamento do sofrimento psíquico e recuperação da saúde mental.

Em relação ao cuidado clínico de enfermagem a sujeitos em sofrimento psíquico e práticas de violência, a situação é incipiente. O que pode orientar o trabalho de enfermagem ainda sob a ótica do estigma da loucura, repercutindo em um cuidado que causa afastamento e até medo de lidar com o sofrimento psíquico alheio, impedindo assim a aproximação necessária para se estabelecer o relacionamento terapêutico (FABRI; LOYOLA, 2014).

No caso inverso, de sujeitos em sofrimento psíquico que sofreram alguma situação de violência, é difícil dizer como é o atendimento dentro dos CAPS, e principalmente no que concerne a enfermagem, precisando de pesquisas que investiguem tal ocorrência. Visto que, vê-se com mais frequência a notificação de casos de violência contra crianças e adolescentes em unidades de urgência/emergência, que acabam servindo de porta de entrada para o atendimento em saúde (SOUZA et al., 2015).

Tem-se, então, uma lacuna no conhecimento a respeito da prática de enfermagem em saúde mental diante da violência. Isso pode acontecer pelo fato de esse tema exigir novas posturas dos profissionais, no sentido de que as situações de violência vividas por adolescentes, em geral, estão associadas ao ambiente familiar, e ainda há uma resistência social que impede a intervenção no campo do privado. Como se a família pudesse sempre resolver os seus problemas sozinha, mesmo quando essa vivência ameaça a integridade física e psicológica dos seus membros.

Contudo, lembra-se de que a estruturação de um cuidado clínico de enfermagem em saúde mental, ainda é recente, embora as primeiras teorias de enfermagem psiquiátrica datem da segunda metade do século XX. Assim, atualmente, o enfermeiro tem a oportunidade de construir, dentro dos serviços de saúde mental, o seu lugar enquanto terapeuta.

Para tanto, é preciso dizer que o saber em enfermagem é perpassado por outras disciplinas, como também marcado pelas ações cotidianas dos enfermeiros em atitude natural, e inclusive subjetiva, onde a técnica e a prática, mesmo que baseadas em evidência, precisam passar pela experiência e reflexão de quem as realiza, colocando o enfermeiro não somente como executor, mas como transformador e criador dessa ciência, produzindo a autonomia da profissão (QUEIRÓS, 2014).

Uma das disciplinas que influenciou, profundamente, o fazer e o saber em enfermagem foi a medicina. A clínica em enfermagem aproxima-se muito do que os médicos fizeram e fazem: utilizam a clínica para introduzir a doença no contexto da saúde, apesar de permitir a fala do doente não a tomam como verdade, mas como viés de observação, de confirmar o que se vê, de quantificação de sinais e sintomas, de estruturação, de compartimentalização dos sujeitos (FOUCAULT, 1994).

Por isso, talvez, a dificuldade do enfermeiro que trabalha em saúde mental de estruturar o seu cuidado clínico, pois, na maioria das vezes, diante do sofrimento psíquico não há muito que observar, a fala do sujeito ganha supremacia. Além disso, a práxis atual da enfermagem psiquiátrica está ancorada nas suas ações do período manicomial, onde o enfermeiro era aquele profissional da contenção, da medicação, da vigilância e fiscalização (SILVEIRA et al., 2011), sobretudo aquele que respondia as ordens do médico, este que era o detentor do saber.

Vale salientar, que a atuação do enfermeiro como “zelador” dos pacientes, se restringiu na maior parte do tempo aos adultos, visto que esses sujeitos correspondiam a grande parcela dos “moradores” das instituições psiquiátricas. Entretanto, é dentro do contexto da Reforma Psiquiátrica que o enfermeiro foi colocado para lidar de forma mais direta com outros sujeitos, entre eles o adolescente.

Portanto, pode-se dizer que o cuidado de enfermagem em saúde mental voltado para esse público veio a se concretizar dentro do contexto da desinstitucionalização, já no CAPSi, dessa forma, inicia-se um rearranjo tentando-se estabelecer uma prática que supere a do modelo manicomial. Além do mais, o enfermeiro tem também o desafio de estruturar uma abordagem diferencial para lidar com sujeitos que tem características distintas dos adultos.

Nesse sentido, pensando o cuidado como algo que tende a ser o objetivo principal dessa profissão, e que compreende o cuidado que é próprio do ser humano e o cuidado que difere do primeiro, o cuidado científico, é que se aponta a SAE e o PE como meios de se prestar um cuidado individualizado e de acordo com as necessidades reais de saúde dos adolescentes e de suas famílias (MONTEIRO et al., 2015).

Tendo-se, que tanto a SAE como o PE devem ser orientados por uma teoria de enfermagem, visto que esta irá marcar a forma como o enfermeiro organizará o seu trabalho com os adolescentes, bem como facilitará a interação e as intervenções (MONTEIRO et al., 2015). Essas ferramentas servem, igualmente, para subsidiar o Projeto Terapêutico de enfermagem, possibilitando um olhar integral sobre o adolescente, que ultrapassa o da doença,

colocando a enfermeiro como atuante dentro da equipe interdisciplinar do CAPS (MUNIZ et al., 2014).

Ao lançar mão de teorias, abordagens e tendo um método científico próprio, o enfermeiro pode praticar o cuidado clínico, apresentando este como uma forma de melhorar o saber-fazer da profissão em saúde mental. Dessa maneira, o enfermeiro aparecerá como profissional de relevância dentro desse cenário de cuidado e poderá colaborar para o desenvolvimento de pesquisas, que visem transformações positivas na assistência a adolescentes em situação de violência.

Salienta-se, portanto, que não há “receita de bolo” para lidar com os adolescentes, no entanto, é imprescindível que no cuidado em saúde seja sempre considerado as suas características psicossociais, a sua dignidade, a sua pluralidade e a sua singularidade, garantido que eles tenham o direito de expressar seus sentimentos/sofrimentos, serem respeitados e devidamente tratados (BRASIL, 2014).

Outros autores, consideram que para trabalhar com a adolescência tem-se que reconhecer as suas características atuais como a vivência em “tribos”, o presenteísmo/imediatismo, o culto ao corpo, a importância dada às relações virtuais, além de reconhecer no adolescente a sua vulnerabilidade, que é demarcada pelas características econômicas, culturais e políticas (NÓBREGA et al., 2013).

Assim, o cuidado clínico de enfermagem voltado para o adolescente trabalha tentando ponderar todas essas implicações, agindo não por meio de imposições, mas de fazer com que o jovem sinta que é oportuno modificar algumas condutas, a fim de melhorar ou manter a sua saúde, posto que, em geral, eles se considerem como sadios e que por isso podem se expor a todos os tipos de situações (NÓBREGA et al., 2013).

Nesse sentido, ressalta-se, que para se trabalhar com a adolescência é necessário que o enfermeiro conheça as diversas discussões em volta dessa temática, para que não se limite a enquadrar esses sujeitos em estereótipos, o que pode dificultar a comunicação terapêutica, deixando espaço para se chegar a conclusão de tipos, ou tipo vivido, a partir do estabelecimento de uma relação-do-Nós.

Reconhecendo-se que os adolescentes são seres vulneráveis, portanto, devendo sempre incluir a família no tratamento em saúde mental. Tendo em vista, que a vivência da violência encontra-se como uma das questões que evidenciam essa vulnerabilidade, que, na maioria das vezes, faz parte do cotidiano familiar. O despreparo do enfermeiro em traçar medidas/intervenções efetivas diante de quadros de violência, revela a emergência de esse

conteúdo ser estudado e aprofundado durante a graduação (BRASIL, 2014; NÓBREGA et al., 2013; SILVA; FERRIANI; SILVA, 2011).

Ademais, a violência é um fenômeno polissêmico assume diferentes significados para os sujeitos, o adolescente pode se sentir violentado de diferentes formas, havendo dificuldade de o enfermeiro intervir se não conseguir compreender ou detectar esse acontecimento. Tendo o enfermeiro, que traçar ações conjuntas com outros profissionais e outros órgãos para lidar com a situação.

Como uma das estratégias para lidar com um assunto tão complexo, aponta-se a Educação em Saúde como forte instrumento de ação do enfermeiro para promover a redução da violência e a cultura de paz nos territórios, constatando que a enfermagem tem um importante papel de multiplicador e de argumentador sobre a violência com o restante da equipe (CARLOS et al., 2014).

Nesse ensejo, pode-se citar que a Escuta, tanto como intervenção ou como forma de obter informações, demonstra-se bastante útil para o cuidado de enfermagem em saúde mental, por proporcionar que o enfermeiro deixe emergir a subjetividade do sujeito, sendo essa ação, por si só, já terapêutica, e também por abrir o caminho para o diálogo e a relação intersubjetiva (CAMILO; MAIORINO, 2012; LIMA; SILVEIRA; VIEIRA, 2012), visto que uma das dificuldades da clínica com adolescentes pode ser a de estabelecer vínculo, sendo a Escuta um meio para isso.

Percebe-se, com o exposto, que a enfermagem tem produzido timidamente sobre a adolescência. Não conseguindo, ainda, elaborar sobre essa categoria, ou discutindo pouco sobre a mesma, situando sempre a temática da juventude vinculada a assuntos como gravidez e sexualidade, sendo que existe uma amplitude de temas que podem ser abordados com esse público, apesar da importância desses citados.

Ressalta-se, que em uma atitude de cuidado clínico o enfermeiro se coloca ao lado do paciente, não sobrepondo o seu saber sobre a vontade do outro, traçando um plano terapêutico que atenda as demandas do sujeito. Em se tratando da violência, o emprego desse tipo de cuidado pode facilitar intervenções efetivas, evitando a revitimização, por poder trazer a família para o foco da atenção e identificar as ameaças à segurança, à saúde e a vida do adolescente.

3 EIXO TEÓRICO E METOLÓGICO

3.1 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Alfred Schutz (1899-1959), nasceu em Viena, falecendo em Nova York. Serviu no exército Austro-Húngaro durante a Primeira Guerra Mundial. Formou-se em direito e ciências sociais na sua cidade natal. Em 1939, fugindo da dominação nazista, muda-se para Nova York, dividindo seu tempo entre a Academia e um emprego em tempo integral no campo dos negócios. Devido a sua morte, que foi prematura, não conseguiu apresentar de forma sistemática e definitiva as estruturas do mundo da vida cotidiana. Seus estudos são, na maioria, obras póstumas (SCHUTZ, 2012a).

A fenomenologia social de Schutz tem como embasamento a fenomenologia filosófica de Edmund Husserl e a sociologia compreensiva da ação de Max Weber. Na filosofia de Husserl, Schutz encontra as bases para se distanciar do pensamento positivista, que era incisivo nas pesquisas das ciências sociais daquela época, como também para se apoiar na intencionalidade da consciência, na subjetividade e na intersubjetividade (SCHUTZ, 2012a).

Assim, Schutz, em sua obra, explicita conceitos que foram utilizados por Husserl, como a consciência, experiência, significado, conduta, “atenção à vida”, “ação no mundo exterior” e “atitude natural”. Schutz também trabalhou intensamente a ideia de “mundo da vida”, onde, segundo Husserl, todas as experiências humanas se dão.

Mundo do sentido comum, mundo da vida diária, mundo cotidiano, são diversas as expressões que indicam o mundo intersubjetivo experimentado pelo homem, dentro do qual Husserl denomina a “atitude natural”. Acreditamos que este mundo existia antes de nós nascermos, que tem sua história e que nos é dado de maneira organizada. É, principalmente, o cenário de nossas ações dentro do mundo, e também sobre ele. E nosso propósito inicial não é tanto interpretá-lo, ou compreendê-lo, mas efetuar mudanças dentro dele; tentamos dominar antes de procurar compreender (...) (SCHUTZ, 2008, p. 16, tradução nossa).

Dada a importância do “**mundo da vida**” para a Fenomenologia de Schutz ele explora esse conceito pelo menos de três formas: analisando a atitude natural do homem no mundo da vida; analisando quais seriam os principais fatores que delimitariam ou determinariam a conduta particular humana no mundo da vida; e que todo ser humano contaria com um estoque de “experiências/conhecimento” que poderia consultar para agir no mundo da vida (SCHUTZ, 2012a).

Na sociologia de Weber, Schutz toma para aprofundar e confrontar com a fenomenologia de Husserl a ação social. Esta, por sua vez, dentro da sociologia de Weber, é entendida como sendo uma conduta no mundo social, quando é significativa para o sujeito que a pratica. Dessa forma, Weber concebe o “significado subjetivo como critério da ação humana” (SCHUTZ, 2012, p. 18).

Contudo, a sociologia de Weber pretendia, a partir dessa compreensão da ação social, poder encontrar a tipicidade da mesma, dando alguma previsibilidade as ações humanas. Além do mais, o teórico considerava que o observador, no caso o cientista social, através da compreensão racional, poderia atribuir significado a ação estudada.

Portanto, Schutz não tem o objetivo de prever a ação humana, nem de dá sentido a ela, ele buscou compreender o significado atribuído pelo sujeito a sua própria ação, tendo como base a intencionalidade da consciência, a intersubjetividade, a tipicidade e as motivações, que podem explicar a ação humana em atitude natural (SCHUTZ, 2012a).

Para tanto, no sentido de compreender o significado da ação humana ele desenvolveu ao longo da sua obra alguns conceitos centrais, preocupando-se em explicar a relação entre eles, são os principais: atitude natural; situação biograficamente determinada; estoque de conhecimento à mão; relação face a face; tipicidade e sistemas de relevância; ação, motivação e conduta social.

A **atitude natural** consiste no pragmatismo que opera no mundo da vida, no pré-científico, onde o agir está relacionado a intersubjetividade, as experiências vivenciadas pelo homem e seus antepassados, agindo no e sobre o mundo. A atitude natural, do senso comum, não põe em dúvida e nem questiona as suas atitudes, ou as de seus contemporâneos e antepassados, tudo é como parece ser (SCHUTZ, 2008).

A **situação biograficamente determinada**, trata-se de que cada pessoa age no mundo de acordo com as suas experiências vividas, as quais possuem significado único e exclusivo para cada ser humano. Mesmo que ao nascer o sujeito se depare com um mundo já dado, repleto de experiências de antepassados, estas experiências terão também significado único, assim ele interpretará e lidará com as situações no mundo da vida de acordo com o conhecimento que tem sedimentado (SCHUTZ, 2008, 2012a).

O **estoque de conhecimento a mão**, diz respeito às informações que o sujeito tem armazenado no âmbito da consciência. Tais informações são tanto sobre objetos inanimados, como sobre situações no mundo da vida. Permite, portanto, que o sujeito tenha um sistema de relevância, com informações típicas, que vão se alterando de acordo com a sua necessidade ou interesse (SCHUTZ, 2008).

A **relação face a face** permite que em uma orientação-pelo-Tu, as pessoas possam alcançar as experiências do Outro, tratando-se de uma experiência pré-predicativa. Na relação face a face o fluxo de consciência se torna comum aos participantes. Dessa maneira, para refletir sobre as experiências vivenciadas por eles, é necessário um afastamento, para que os pensamentos do Outro possam se tornar objetos para a consciência (SCHUTZ, 2012a).

As palavras dos “meus semelhantes” são, antes de tudo, signos em um contexto objetivo de significação, sendo também indicações do sentido subjetivo que tem para ele todas as suas experiências, inclusive as do presente (SCHUTZ; LUCKMANN, 2009). Para a compreensão do que é dito pelo outro, é necessário que se conheça o seu sistema interpretativo a respeito do mundo da vida, pois cada um tece o seu olhar sobre os objetos e acontecimentos do cotidiano, particularizando a sua vivência.

“É somente a partir das relações face a face, da experiência de viver em comum o mundo no Nós, que o mundo intersubjetivo pode ser construído. Esse é o ponto a partir do qual esse mundo pode ser deduzido” (SCHUTZ, 2012a, p. 210). Assumindo que o mundo da vida é vivenciado de forma subjetiva, e que por isso cada um possui uma consciência, é possível considerar que é apenas em um interação do “Nós” que se acessa o fluxo de consciência do outro, e que essa experiência se dá em um presente vívido. Enquanto, a reflexão, sobre o que foi dito ou vivido, só é exequível quando se retomar a experiência em tempo pretérito, onde o que foi dito pelo outro pode ser tomado como objeto.

A intersubjetividade, que pode se dá através de relações-do-Nós em presente vívido, ou não, está na base de sustentação do mundo da vida. Porque é a partir do compartilhamento de experiências de seus semelhantes que os seres humanos aprendem a viver, criam tipificações para os objetos e ações, favorecendo a continuidade da vida, das tradições, da cultura, e conseqüentemente, da sociedade.

Todas as experiências e atitudes no mundo da vida estão alicerçadas no âmbito da consciência em um sistema de “**significatividades**” ou **relevância**. Desse modo, todo o conhecimento é organizado em zonas de relevância e utilizado de acordo com o interesse do ator social em determinado momento, ou seja, a partir do seu “interesse imediato” (SCHUTZ; LUCKMANN, 2009; SCHUTZ, 2012a).

O **sistema de relevância** está na base do acervo de conhecimento e dos tipos, de tal forma que “um sistema de relevâncias e tipificações que existe em qualquer momento histórico é, em sim mesmo, parte da herança social e, como tal, é transmitido aos membros do grupo pelo processo educacional” (SCHUTZ, 2012a, p. 133).

A **tipicidade** na obra de Schutz não tem o intuito de ser estendida a grandes grupos, mas sim de compreender que o significado da ação humana em pequenos grupos pode se mostrar como um tipo vivido. No geral, quando uma pessoa nasce ela encontra um mundo cheio de tipificações, tanto de objetos inanimados, quanto de atitudes e papéis no mundo social, percebendo e lidando esse mundo a partir dessas tipificações.

A **tipificação** está presente nas ações dos sujeitos no mundo da vida. É importante para conceber objetos e mesmo situações do cotidiano. Funciona como uma espécie de receita, servindo de guia para utilizar em atitude natural, onde as informações e as experiências passadas ajudam os seres humanos a captarem o mundo a sua volta. Podendo o sujeito tomar as suas próprias ações como referência e repeti-las, possibilitando, assim, uma autotipificação (SCHUTZ, 2012a).

Desse modo, o contexto de significatividades ao orientar a atenção no mundo do ator social, ancora as suas *motivações porque* e as suas *motivações para*. Visto que, a ação motivada é aquela que tem significado para o sujeito, portanto compõe ou dispõe do sistema de relevâncias. Além do mais, um grupo social também pode exigir determinadas condutas que devem ser motivadas no sistema de significatividade estabelecido.

A motivação pode ser tanto para ação futura, quanto em relação a uma ação que aconteceu no passado, sendo assim, respectivamente, *motivos com-a-finalidade (motivos para)* e *motivos porque*. Os *motivos para*, por se referirem ao futuro, vão depender da vontade do autor e de outros fatores para se concretizarem enquanto ações no mundo da vida. No entanto, os *motivos porque*, por se tratarem de experiências passadas, tendem a influenciar o autor em suas ações futuras, pois compõem sua situação biográfica e estoque de conhecimento (SHUTZ, 2012a).

A **conduta humana** trata das experiências subjetivamente significativas e, conseqüentemente, já vivenciadas, visto que a reflexão sobre determinada ação só pode acontecer em tempo pretérito. A **conduta humana** está relacionada tanto as experiências no mundo interno, quanto no mundo exterior, Contudo, a ação como um tipo de conduta, para Shutz, se torna autoconsciente; portanto para o autor a ação é planejada e dotada de propósito (SCHUTZ, 2008).

A compreensão na fenomenologia de Schutz está relacionada às ações no mundo da vida, onde se pode compreender apenas de forma aproximada o significado das ações dos semelhantes. Contudo, compreender alguém não é tarefa fácil, pode-se tentar compreendê-lo ao observar suas ações, mas o significado subjetivo dessa ação continuaria obscuro, portanto

inacessível, a melhor forma seria conhecer as motivações (*para e porque*) do ator social, mediante seu sistema de signos em um processo comunicativo (SCHUTZ, 2012a).

Ainda, para a compreensão fenomenológica, é necessário o uso da *Epoché* da atitude natural, que, para Schutz, se trata da suspensão da dúvida sobre o mundo exterior e seus objetos, acreditando que os mesmos possam ser como se apresentam, a fim de alcançar, ou se aproximar, da essência do fenômeno vivido (SCHUTZ, 2008, 2012a).

Ao se trabalhar o fenômeno da violência com a Fenomenologia Social espera-se desvelar, utilizando, dos conceitos explicitados, a forma como a violência se desenvolve no social e como adentra a experiência subjetiva. Problematizando as situações de violência vivenciadas pelos adolescentes, a partir das suas situações biográficas, das suas tipificações, do acervo de conhecimento e sistema de relevâncias e das suas motivações.

3.2 TRAJETÓRIA DO ESTUDO

3.2.1 Natureza e Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa qualitativa com referencial teórico na fenomenologia social de Alfred Schutz. Entendendo-se que a pesquisa qualitativa proporciona um maior aprofundamento sobre determinado fenômeno, onde as narrativas dos pesquisados são matéria-prima do trabalho do pesquisador, assim como as subjetividades dos envolvidos (pesquisador e pesquisado) são consideradas durante o processo de análise dos dados (FLICK, 2009).

De tal modo que a pesquisa qualitativa permite a aproximação e a compreensão da difícil teia das relações sociais, sendo importante para a construção de uma ciência que não detém a verdade absoluta, mas sim que condiz com a pluralidade das esferas da vida cotidiana (FLICK, 2009).

Optou-se por trabalhar com a fenomenologia social de Schutz, pois a mesma oportuniza a visão qualitativa da vivência subjetiva da violência, por considerar os significados que os sujeitos atribuem a essa experiência. Ao mesmo tempo em que permite uma discussão a respeito da violência, enquanto fenômeno e ação consciente, que se expressa nas relações intersubjetivas no mundo da vida.

3.2.2 Campo da pesquisa

A pesquisa aconteceu no Centro de Atenção Psicossocial Infante-Juvenil (CAPSi) da Secretaria Regional IV do município de Fortaleza-CE, este serviço, no entanto atende a três regionais: II, IV e VI. O CAPSi atende crianças e adolescentes, sendo referência para uma população de até 200.000 habitantes, ou de acordo com outro parâmetro populacional definido pelo gestor local (BRASIL, 2005).

O CAPSi é um serviço voltado para o tratamento de crianças e adolescentes com transtorno mentais graves e também para aqueles que fazem uso/abuso de álcool e outras drogas, dispondo de uma equipe multiprofissional, contando com no mínimo um médico psiquiatra, ou neurologista, ou pediatra com formação em saúde mental; um enfermeiro; quatro profissionais de nível superior que podem ser tanto psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, pedagogo, entre outros; além de cinco profissionais de ensino médio (BRASIL, 2005).

Entre as atividades realizadas no CAPSi estão: atendimento individual e medicamentoso; atendimento em grupos; oficinas terapêuticas; visita domiciliar; atendimento à família; desenvolvimento de ações intersetoriais; atividades comunitárias. Quanto as modalidades de atendimento, o serviço classifica os usuários de três formas, dependendo da avaliação profissional e do projeto terapêutico singular determinado pela equipe: intensivo, semi-intensivo e não-intensivo (BRASIL, 2004; 2005).

O atendimento ao paciente intensivo é realizado diariamente (podendo ser domiciliar), para sujeitos que estejam em alguma situação considerada de grave sofrimento psíquico, crises, dificuldades no convívio familiar e comunitário, precisando de atenção contínua; atendimento semi-intensivo, que acontece em até 12 dias por mês, em domicílio ou no serviço, pelo sujeito ainda necessitar de intervenções da equipe para se estruturar em seu território; não-intensivo é quando a pessoa está conseguindo conviver bem com seus familiares e na comunidade, comparecendo ao serviço ou atendida em casa, até 3 vezes por mês (BRASIL, 2004).

3.2.3 Sujeitos da pesquisa e Coleta de dados

Os sujeitos da pesquisa foram seis adolescentes que viveram situações de violência tanto familiar, na escola ou na comunidade, sendo considerado, nesse contexto, o adolescente ser vítima e/ou agressor. Houve necessidade, também, de realizar entrevista com

três familiares de três dos adolescentes, no intuito de obter informações mais detalhadas. Então foram entrevistadas duas mães e uma tia, além dos seis adolescentes.

Foram incluídos os adolescentes que relataram alguma situação de violência, estar com prontuário ativo no serviço, ter tido pelo menos três consultas ou atividades no serviço e que tivessem capacidade de expressar-se através da fala, após concordarem em participar da pesquisa. Excluíram-se os adolescentes, que após aceitaram participar da pesquisa, não compareceram ao serviço para a entrevista. Dois dos adolescentes incluídos no estudo foram indicações dos profissionais do serviço, e os outros quatro foram convidados pela pesquisadora na sala de espera.

A coleta de dados ocorreu no período de agosto a dezembro de 2015, no CAPSi, mediante entrevista semiestruturada, por meio das seguintes perguntas: O que é violência para você? Você poderia dá algum exemplo de violência? Você já viveu ou está vivendo alguma situação de violência? A pergunta dirigida aos responsáveis foi: O que é violência para você? E a partir da resposta pedia-se para que ele falasse um pouco sobre seu filho/sobrinho.

Como bem coloca Flick (2009) a entrevista semiestruturada permite a expressão dos pesquisados de suas teorias subjetivas, o que eles pensam/formulam sobre determinado assunto, que nesse caso o interesse era saber o que os adolescentes pensavam/sabiam sobre a violência e como esse fenômeno se manifestou na sua vida. Além de “ser interessante para o planejamento de outras formas de entrevistas” (FLICK, 2009, p. 149).

Para Schutz, é somente em uma interação que posso endereçar uma pergunta a alguém, pois somente estando em uma relação face a face que compartilharei com o Outro a mesma comunidade espacial e temporal, o mesmo ambiente, proporcionando que eu possa acessar as experiências desse Outro e estabelecer relações-do-Nós, onde o entrevistador poderá compreender o significado objetivo e subjetivo da fala do entrevistado (SCHUTZ, 2012a).

Após a realização das entrevistas, escolheu-se um adolescente para elaborar a sua história de vida. A escolha por retratar a história de vida de apenas um dos adolescentes, dentre os outros do estudo, se deu por algumas questões particulares da biografia desse sujeito: por ele conviver com o sofrimento psíquico desde a infância, e por esse motivo já frequentar o CAPSi há muitos anos, pelo seu contexto familiar ser bastante complicado, marcado por violência e pelo adoecimento mental de seus membros. Além do mais, ele é tido no serviço como um adolescente muito “difícil de lidar”, muito agressivo, despertado na pesquisadora a curiosidade de saber mais a seu respeito e sobre a sua história. Considera-se,

que a entrevista para a construção da história de vida se deu em profundidade, pediu-se para que o adolescente contasse sobre a sua vida.

A construção da história de vida, que se trata de um método de pesquisa, permitiu uma análise aprofundada do vivido dos sujeitos em relação ao fenômeno da violência. Assinala-se que a história de vida, como metodologia de estudos qualitativos, traz grandes contribuições para a abordagem fenomenológica, pois permite a descrição do próprio entrevistado sobre as suas ações no mundo da vida, a sua visão subjetiva sobre estas ações, suas redes de apoio e convivência cotidiana e seu sistema de significações (CORDERO, 2012).

Para a construção da história de vida realizou-se dois encontros com o adolescente escolhido e três encontros com a mãe do mesmo, no intuito de aprofundar, sempre mais, o relatado pelos dois, a fim de compreender as diferentes nuances de como o sofrimento psíquico e a violência atravessam a vida dele e de sua família.

3.2.4 Análise e interpretação dos resultados

Para a análise das entrevistas semiestruturadas, a priori, foi preciso sair da atitude natural e assumir uma atitude de *Époché*, a fim de suspender a dúvida sobre os relatos coletados. A seguir os passos adotados:

- As entrevistas foram transcritas, lidas e relidas, minuciosamente;
- Identificou-se no texto, utilizando marcação com um sistema de cores o que se tratava de violências realizadas pelos adolescentes e/ou de violências sofridas e o que se referia a sentimentos em relação às violências vividas.
- Após essa classificação prévia as entrevistas foram desconstruídas, os trechos marcados foram colocados em quadros e cada trecho recebeu um, ou mais, “código”;
- Após essa codificação, efetuou-se o agrupamento, por meio dos códigos, em categorias individuais;
- Posteriormente, compararam-se os “casos”, a fim de unir as categorias por temática, transformando-as ou excluindo-as.

Esse procedimento resultou na elaboração de cinco categorias: **Significados da violência; Práticas de violência no mundo da vida de adolescentes, esta foi dividida em duas subcategorias** – Motivações por de condutas agressivas e Violência interpessoal sofrida e violência autoinfligida; **Violência e família; Adolescência, violência e tipificações; Sofrimento psíquico e violência.**

Para a construção da história de vida, procurou-se na transcrição da sua entrevista e de sua mãe, partes que correspondessem e que demonstrassem os significados dados por esses sujeitos a vivência de sofrimento psíquico e violência. Desse modo, as entrevistas foram lidas, relidas e desconstruídas, tentou-se captar a dinâmica da linguagem utilizada pelos sujeitos, visto que para se compreender determinado autor é imprescindível reconhecer o seu sistema de signos, seguindo pela codificação, interpretação e captação dos significados. A busca, portanto não foi de formular categorias, mas sim de compreender um texto como um todo, para depois expor as múltiplas análises (CORDERO, 2012; FLICK, 2009; SCHUTZ, 2012a).

Por conseguinte, a história de vida foi organizada juntando-se as falas produzidas pelas entrevistas as reflexões da autora, as comparações e discussões com a literatura científica atual, a fenomenologia social, além de obras tidas como clássicas, tendo como escopo o de aprofundar certas questões, e não de promover esgotamento a respeito de uma temática tão complexa.

Todos os resultados produzidos foram interpretados à luz do referencial teórico da Fenomenologia Social de Alfred Schutz, que possibilitou a apreensão dos significados essenciais do fenômeno, a situação biográfica e o conhecimento a mão de cada sujeito, chegando a um tipo vivido, bem como permitiu a elaboração de categorias concretas que foram discutidas a partir dos conceitos dessa teoria. Como a ação humana no mundo da vida é dotada de significado, foi esse significado que se buscou nas falas de adolescentes que vivenciaram práticas violentas, visto que só o autor é quem pode dizer qual o sentido que a sua ação tem para ele (SCHUTZ, 2008).

Para a elaboração dos resultados também foram utilizadas algumas informações colhidas nos prontuários dos pacientes, bem como algumas anotações da pesquisadora durante o período da coleta, para complementar as informações referentes às entrevistas realizadas.

3.2.5 Aspectos éticos e legais da pesquisa

O projeto foi submetido à avaliação e aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará-UECE, com número de aprovação 696.813 e CAAE 27056814.0.0000.5534. Foi garantida a privacidade dos pesquisados e todos assinaram o Termo de consentimento livre e esclarecido, no caso dos responsáveis legais, e os adolescentes assinaram um Termo de assentimento livre e esclarecido de acordo com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2013b).

Tanto adolescentes, como os seus responsáveis receberam orientações acerca do estudo, da garantia do anonimato, da liberdade de decidirem se participavam ou não do mesmo, sabendo que poderiam optar por não participarem e que não sofreriam nenhum prejuízo por isso.

Em se tratando de aspectos éticos em pesquisa envolvendo seres humanos, consta na Resolução 466/2012 que “toda pesquisa envolvendo seres humanos envolve risco. O dano eventual poderá ser imediato ou tardio, comprometendo o indivíduo ou a coletividade” (BRASIL, 2013b).

Entendeu-se que falar sobre violência com adolescentes poderia ser uma situação difícil, por evocar, em alguns casos, vivências traumáticas, no entanto a fala é entendida no contexto de saúde mental como merecedora de escuta, dessa forma percebeu-se que a melhor maneira de promover a minimização de algum dano seria deixar que os adolescentes falassem livremente e que soubessem que poderiam contatar a pesquisadora, mesmo que não fosse para realização da entrevista.

Para garantia do anonimato os adolescentes receberam nomes de deuses da mitologia grega que foram escolhidos de acordo com algumas características dos adolescentes: **Afrodite, Perséfone, Eros, Possêidon, Zeus e Ares**. Já as responsáveis pelos adolescentes, que foram entrevistas, foram representadas por nomes de flores: **Margarida, Rosa e Angélica**.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados foram organizados em três partes:

- **Caracterização dos adolescentes**, onde se buscou descrever sobre a vida de cada adolescente, sua trajetória no CAPSi, bem como aspectos do seu sofrimento psíquico e as suas relações familiares e sociais;
- **Categorias temáticas**, estas se derivaram das entrevistas semiestruturadas, são elas: **Significados da violência; Práticas de violência no mundo da vida de adolescentes**, sendo esta dividida em duas subcategorias – Motivações porque de condutas agressivas e Violência interpessoal sofrida e violência autoinfligida; **Violência e família; Adolescência, violência e tipificações; Sofrimento psíquico e violência**.
- **Relato e discussão da História de Vida** do adolescente Ares. Essa história de vida representa os desafios e a necessidade de se entender a violência como parte do mundo da vida de adolescentes em sofrimento psíquico, desse modo, necessitando esse aspecto ser incorporado no cuidado prestado nos serviços de saúde mental.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS ADOLESCENTES

Eros, 10 anos, começou o atendimento no CAPSi por relato de agressividade na escola e também em casa, principalmente, com seu irmão mais novo e, às vezes, até com seu irmão mais velho, que tem quase o dobro da sua idade. Durante a entrevista, Eros aparenta ser uma pessoa calma, responde o que é perguntado, fala apenas do *bullying* que sofre na escola, por causa do tamanho da sua cabeça, e de já ter sido agredido por outro aluno, mas sempre se coloca na posição de vítima. Conta ainda que em casa é “normal”, mas admite que gosta de sair sem avisar, reconhecendo que essa não é uma atitude correta. Chega a relatar para a psicóloga do CAPSi, a qual frequenta semanalmente, na época da coleta de dados, que apanha muito da mãe, fato esse que é desmentido por ela. Ao contrário, a mãe relata que ele era um menino doce, meigo, carinhoso, obediente e que mudou de forma repentina, passando a ficar agressivo, arredio, desobediente. A mãe desconhecia o motivo dessa mudança, só veio saber depois que Eros apanhava na escola e sofria *bullying*. Eros, ao falar da família, diz que seu irmão mais velho é dependente químico, que o mais novo é doente, e que eles se dão bem, apesar de reconhecer que eles não costumam brincar juntos. A mãe diz que Eros parece sentir

prazer em machucar o seu irmão mais novo, dificultando que eles brinquem juntos, pois ele sabe que o irmão não pode apanhar porque tem vários nódulos pelo corpo.

Ares, 13 anos, começou tratamento no CAPSi por alucinações, agressividade, insônia e quadro de hiperatividade, desde a primeira infância. A dinâmica familiar é complexa, pois a mãe também é acompanhada no CAPS geral para tratamento de esquizofrenia, o irmão mais velho tem diagnóstico de transtorno afetivo bipolar e o irmão mais novo começou a ter alucinações visuais. Há muitas brigas em casa, a mãe assume que em algumas ocasiões tem que ameaçar e até mesmo bater em Ares para que ele pare de bater no irmão mais novo. Por outro lado, o adolescente sempre reclama que apanha muito do irmão mais velho. Ares relata que já tentou suicídio mais de uma vez, e que tem vontade de morrer, não gosta de interagir com outras pessoas e prefere se trancar no seu mundo, onde não existiria ninguém. No CAPSi, é acompanhado no grupo de intensivos, onde, em geral, é relatado pelos profissionais que seu comportamento é agressivo/violento, autodepreciativo, às vezes se sente “burro”, “idiota”, “abestado”, outras vezes fica calado, triste, raivoso e xinga os colegas. Já chegou a se envolver em uma briga com outro usuário dentro do CAPSi. Foi afastado da escola por agredir uma criança de cinco anos. Na primeira entrevista realizada com o adolescente, apesar de ter aceitado falar com a pesquisadora espontaneamente, demonstra-se arisco. Durante a interação fica desmontando/quebrando um boneco e ao final “ameaça” a pesquisadora, respondendo que violência seria ele bater no rosto dela. Todavia, na segunda entrevista ele mesmo pede para falar com a pesquisadora e conta, com um tom de alegria, a sua volta para a escola, aparentava calma e tranquilidade. No final da entrevista, faz um desenho de um coração partido que, segundo ele, “estava ferido, calado, partido” e que significava que era assim que ele se enxergava.

Perséfone, 14 anos, começa acompanhamento no CAPSi por queixa da mãe que diz que a filha mente e furta dinheiro de parentes para comprar “besteiras”, enfatizando que a mesma tem compulsão por comprar e comer, e ainda faz uso de álcool com o namorado. A mãe relata que a filha sempre teve uma “personalidade forte”, é “atrevida, estressada, nervosa, irritada, ansiosa, não sabe receber não como resposta” e que tende a desafiar as figuras de autoridade tanto em casa como na escola. Na admissão inicial da adolescente, teve um encaminhamento da escola dizendo que a mesma se envolvia em brincadeiras de “mau gosto”, tinha dificuldade de obedecer às normas, era rebelde quando advertida e que faltava algumas vezes com a verdade. A mãe de Perséfone assume dificuldade de educar a filha e ter histórico de depressão. A relação com a filha é classificada pela mãe como desgastada, marcada por

discussões e brigas. Durante a entrevista, Perséfone mostra ser uma pessoa calma, centrada, fala bem, consegue articular as suas ideias e seus pontos de vista, mas não entra em detalhes sobre os eventos citados, só diz que melhorou muito com o acompanhamento no CAPSi e fala constantemente dessa relação conflituosa com a mãe, demonstrando um certo sentimento de abandono. Explicando, que tinha certas atitudes, não convencionais, as quais ela não chega a revelar, mas que eram com a intenção de chamar a atenção da genitora.

Zeus, 14 anos, é acompanhado no CAPSi por diagnóstico de retardo mental moderado e transtornos de comportamento. Desde os quatro anos apresentava inquietação, baixa tolerância a frustração, quando irritado comia bastante, era nervoso e não conseguia fazer amizades. A mãe de Zeus relata que teve uma gravidez atribulada porque o marido era etilista na época. No mesmo ano em que Zeus iniciou o tratamento no serviço começou a apresentar agressividade, proferia palavrões para a mãe e a avó, brigava em casa sem nenhum motivo, quebrava os objetos, desarrumava a casa depois que a mãe arrumava, apresentava comportamento desafiador, o pai estimulava o seu comportamento agressivo. Na escola brigava se alguém o chateasse, chegando a apanhar de alguns garotos, dizendo que eles o ameaçaram no intuito de impedi-lo de contar a alguém. Nesse mesmo período, recebe reclamações da escola por revidar com muita agressividade quando as outras crianças o agrediam. Também apresentava insônia, medo de dormir sozinho e pesadelos frequentes. Atualmente, refere estar mais calmo, só agride se o agredirem primeiro. Ele conta que a sua turma é a mais bagunceira do colégio, e de acordo com o seu modo de falar sobre a vivência escolar parece se dá bem como os colegas de classe.

Possêidon, 12 anos, acompanhado no CAPSi por agressividade, impulsividade, hiperatividade, labilidade de humor e não aceitar ser contrariado. Foi abandonado pela mãe ao nascer e entregue para ser criado pela avó paterna e uma tia, apesar de crescer no meio da família paterna não tem vínculo com o pai. A mãe tem outros filhos e, atualmente, tem contato esporádico com o adolescente, o mesmo relata que não tem ressentimentos da mãe e que sua relação com ela é tranquila. Na época da admissão, no CAPSi, Possêidon relatou que se sentia atormentado pelas tias, que elas o deixavam com raiva, além de lhe baterem, apesar dele bater nelas também. Afirma que se sentia triste, que estava cansado da sua rotina, por isso preferia estar na escola a ficar em casa. Em relação a escola, há declarações de que o adolescente não aceita a imposição de limites, desrespeita os professores, implica com os colegas, é agressivo, impaciente, levanta-se muito na aula e bate palmas, e gosta de ser o centro das atenções. Durante a entrevista mostra-se ansioso. A fala é um pouco acelerada, mas

consegue articular e expor bem as suas ideias. Reconhece que em casa tem muita briga, mas não diz que é por sua causa. Em relação à escola se coloca como vítima, dizendo que os outros falam e conversam durante a aula, mas só ele é punido. Admite que já se envolveu em briga na escola, no entanto não por sua culpa.

Afrodite, 17 anos, acompanhada no CAPSi desde os 13 anos. Na queixa inicial a adolescente é levada ao serviço pelos pais que relataram que a filha estava com ideação suicida, e deprimida por conta do término de um namoro, e que também brigava muito com os irmãos. Quando tinha raiva se beliscava, puxava os cabelos e arranhava-se com as unhas. É a filha mais nova do casal, tendo uma irmã e um irmão. Durante o seu tratamento os diagnósticos vão se modificando, no primeiro atendimento psiquiátrico a hipótese é de transtorno de personalidade, depois vão surgindo os de esquizofrenia não especificada, transtorno obsessivo compulsivo, transtorno psicótico agudo poliforme, contudo o último diagnóstico estabelecido foi o de esquizofrenia indiferenciada com traços borderline. Há relatos de início de regime por conta própria porque ela se achava gorda, resultando em quadro “temporário” de anorexia. Apresenta baixa tolerância à frustração. Não estava indo para escola por causa do término do namoro e não dormia à noite. No primeiro atendimento psicológico identificou-se angústia e tristeza profunda, pensamentos e tentativas de suicídio através de comprimidos. Segundo registros da psicóloga, Afrodite seguia apresentando mudanças rápidas e radicais no cabelo e nas roupas, depois começa a se autodepreciar, sentindo-se feia. Nos atendimentos, subsequentes, outras queixas, tanto dos pais, como da adolescente, vão aparecendo, entre elas: irritabilidade intensa e persistente, agressividade, dificuldade de socialização, pensamentos de morte persistente, estranhamento da própria imagem no espelho, achando que tem olhar de “louca”, segundo ela mesma, crises de ansiedade, inquietação e agitação, alucinações visuais, entre outros. Depois de alguns meses de tratamento Afrodite revela que foi abusada sexualmente pelo marido de sua tia, mas não consegue dizer ao certo por quanto tempo, apresentando contradições quanto à duração, sendo que a mãe não acredita em seu relato por achar que era um delírio da filha. O pai ficou muito abalado com a notícia e foi o irmão da adolescente que levou o caso para o Conselho Tutelar, contudo o agressor negou as acusações e a queixa foi retirada. Em relação a esse fato, Afrodite diz que sente muito nojo do tio, mas, fala também, que o perdoou, e que ficou chateada com a mãe, por esta não ter ficado ao seu lado e ainda manter uma relação amistosa com o agressor. No período da coleta, Afrodite esteve internada por motivo de ideação e planejamento suicida, em razão de mais ou menos dois meses antes de ela ser levada a uma Unidade de Pronto Atendimento, após a ingestão de

Rivotril, em tentativa de suicídio. Mesmo assim, a adolescente saiu da internação porque a mãe pediu sua alta hospitalar.

4.2 CATEGORIAS TEMÁTICAS

4.2.1 Significados da violência

Nessa categoria aparecem nas falas dos entrevistados, tanto dos adolescentes, como dos responsáveis, os diferentes significados que a violência assume. Nos trechos, a violência é tomada como sinônimo de agressão, tanto física como verbal, e ainda como uso de substâncias psicoativas.

Bater em mulher e bater em uma pessoa indefesa. /.../A pessoa bater, não parar de bater (Eros).

Violência é quando a pessoa bate no outro, xinga a pessoa, é..como é que eu posso falar, é..bater na mãe, até usar droga também...acho que violência é atirar nos outros (Ares).

Bullying, xingar as pessoas, bater, esses tipos de coisas (Zeus).

...num assalto perto da minha escola, o assaltante bateu na minha amiga, /.../ mas acho que foi só essa que eu presenciei (Perséfone).

Violência é roubo, é bater em mulher, homem bater em mulher, é maus tratos aos animais, maus tratos as crianças, pais bater em criança, isso que eu acho que é violência, entendeu (Afrodite).

A compreensão do que é violência para os adolescentes está alicerçada nas experiências vividas que compõem seu estoque de conhecimento à mão. É a partir delas que é feita a leitura do mundo social. Dessa forma, o ato de agredir demonstra o significado reduzido que o adolescente tem a respeito desse fenômeno, bem como explicita de que forma a agressão, que é apenas uma das apresentações da violência, é bastante evidente e comum no cotidiano, marcando a consciência desses adolescentes como um típico comportamento violento.

Sob o olhar da fenomenologia de Schutz, esse acontecimento pode se dar porque a violência como agressão física faz parte do sistema de significatividades e tipificações que é transmitido para esses adolescentes, sendo esse tipo de violência visto como uma forma comum de se relacionar no mundo da vida (SCHUTZ, 2012a). Contudo, esse tipo de ação impede o estabelecimento de uma relação face a face e, conseqüentemente, de trocas de experiências através de uma relação-do-Nós.

Além disso, vivemos em um contexto em que há banalização a respeito da agressão, principalmente pela mídia, que é o tipo de violência mais notória e até tida como mais importante para o contexto de tratamento e atenção, pois é em forma de ato que ela se torna visível a olhos alheios, deixando marcas no corpo que a comprovam (MARQUETTI; ADORNO, 2014; RODRIGUES; CARNEIRO, 2014).

Outro aspecto da violência apontado pelos adolescentes é o *bullying*, termo atual e também bastante difundido pela mídia, que vem ganhando espaço de discussão entre professores e profissionais da saúde. Trabalhar o *bullying* é assumir que há violência dentro do contexto escolar, e que esta não é isolada, deriva do contexto social, cultural e político em que os adolescentes estão inseridos (KAPPEL et al., 2014). O *bullying* relatado por um adolescente em situação de sofrimento psíquico, pode estar associado a diversos fatores, necessitando de investigação e acompanhamento.

O uso de substâncias psicoativas é, também, destacado como forma de violência, isso pode ser atribuído ao fato de no âmbito urbano o uso de drogas está bem relacionado com homicídios, roubos, enfim, associado a quase todos os tipos de agressões. Ainda, a agressão física contra os grupos de vulneráveis (crianças e mulheres), foi relatada pelos adolescentes.

Apesar da visão de que a violência tem a ver com a ação de agredir alguém, aparece também como algo que não necessariamente acontece dessa maneira, mas que pode ter como consequência o abalo psicológico, ultrapassando a dimensão do tocável, do físico e como um fato que não, exatamente, tem uma explicação, mas que não pode ser algo bom.

Eu acho que violência é muito ruim...eu acho que violência é muito ruim (Zeus).

Eu acho que é um fato (falando sobre violência) que as pessoas de alguma forma deixam acontecer por não inibirem da primeira vez, ou não procurarem uma ajuda logo que isso acontece e elas tentam guardar pra si. Acho que /.../ não mexe só com o físico da pessoa, acaba mexendo com o psicológico dela também e afetando a vida dele e..e ela não procurando uma ajuda ela não tem uma melhora, acho que é isso (Perséfone).

Esse aparecimento de vários significados sobre a violência, demonstra como as experiências no mundo da vida compõem a situação biográfica de cada pessoa de forma diferente, reforçando a ideia de subjetividade, os sujeitos a sentirão de acordo com as suas ações.

No relato de Perséfone, capta-se exatamente esta ideia, pois ela reconhece que o acontecimento da violência pode gerar um sofrimento que vai além do inscrito no corpo, corroborando com estudos que apontam as diversas implicações de eventos violentos na vida de um adolescente, apresentando-se a violência como fator de risco para o adoecimento mental (GAUY; ROCHA, 2014; PINTO et al., 2014).

De semelhante modo, pode-se notar nos trechos a seguir que a vivência da violência faz parte da vida dos adolescentes, portanto, podendo servir como embasamento para as suas *motivações porque*, tanto como para as suas *motivações para*. Pois, a violência apresenta-se para a consciência de maneira típica, sendo assim, não precisando ser questionada em atitude natural, só repetida como forma de agir no cotidiano.

Contudo, segundo Schutz (2012a, p. 161), “aquele que vive no mundo é um ser livre: seus atos resultam da atividade espontânea”, dessa forma mesmo que o ator social conviva dentro de um contexto de significações que lhe proponha poucas alternativas para agir no mundo da vida, há liberdade de escolha. Portanto, considera-se que os adolescentes ao conviverem em contextos violentos, ou ao serem expostos a situações de violência, podem ver esse tipo de atitude como um modo de interagir aceitável e podem empregá-lo nas suas relações intersubjetivas.

...quando tem pessoas xingando lá no colégio, pessoal batendo (Zeus).

Assim, meu eu não tenho, mas eu já tenho de pessoas próximas violência não física, mas verbais, que eu acho que também afeta o psicológico da pessoa, no caso da minha tia e do meu padrinho, e física nunca presenciei, nunca vi exemplos, a não ser em TV, jornais, essas coisas. Mas na família nunca (Perséfone).

Pra mim a violência é assim, sempre vai ter uma pessoa para gerar a violência, quando a pessoa gera violência ela vai se prolongando, prolongando, até chegar um momento que ela vai gerar um tumulto em algum lugar que você tiver, aí esse tumulto pode gerar brigas, corrupções, /.../ ataques... /.../ violência no estádio, jogo Ceará e Fortaleza, eu sou Ceará, mas eu não fui para o jogo, por exemplo /.../ o Fortaleza invadiu o campo e ele foi lá pra nossa área, pra onde a gente tava /.../ aí começou a gerar um tumulto lá, cadeira arrancada pra tacar no outro, /.../ pegou as arquibancadas todas e começou a brigar, dentro do campo, a maior violência que teve lá foi dentro do campo, porque começaram a tacar banco nas pessoas, começaram a taca paus e ferros /.../ (Possêidon).

Eu não gosto de violência, violência pra mim é mau trato, tanto de animal como de pessoa, eu não gosto, eu não gosto, tanto que eu já fui molestada sabe, pelo meu ex-padrinho, não foi bem eu, foi meu cachorro, ele botou a pintinha do meu cachorro todinha pra fora, aí eu fiquei muito abalada, aí eu falo como se tivesse sido eu, mas foi o meu cachorro, aí eu me sinto muito mal, entendeu, aí eu creio que isso é como violência. /.../ É tipo violência a criança, um homem violentar a uma mulher ou homem, a criança, tanto faz ser menina ou menino. Violentar, isso é muito feio, eu creio que a violência mais forte é essa, porque..se for pai, principalmente, fazer sexo com o filho é muito feio isso, eu creio que essa é a pior violência que existe (Afrodite).

Os adolescentes enxergam as manifestações da violência em diferentes circunstâncias, estando presente no ambiente familiar, na escola, no jogo de futebol e como maus tratos, tanto de pessoas, como de animais. Por ser a família o ponto de referência e apoio social mais próximo desses sujeitos, é comum que eles consigam apreender esse evento nos moldes em que se demonstra durante a infância.

As ações do ator social tem íntima relação com sua situação biográfica, assim, a compreensão do mundo da vida, esse mundo sendo não só o físico, mas também o sociocultural, se dá por meio de suas experiências sedimentadas e em qualquer momento da vida diária o ator age com uma situação biograficamente determinada se situando de acordo com aquilo que lhe foi repassado, portanto, sua conduta é dotada de um posicionamento que tem raízes no código moral estabelecido, em ideologias e no papel social que ele representa em dado momento (SCHUTZ, 2008).

Nesse sentido, repara-se que os adolescentes revelam posicionamentos a respeito da violência com base na sua vivência. Sendo importante, que se conheça as suas experiências de violência, pois estas ao fazerem parte do acervo de conhecimento desses sujeitos modificarão, ou contribuirão para a interpretação do mundo da vida (SCHUTZ; LUCKMANN, 2009).

Para o contexto da saúde mental e trabalho de enfermagem, esse achado conduz a uma prática clínica que valorize a fala dos sujeitos e a sua história de vida, no intuito de poder conhecer o universo onde estão ancoradas as *motivações* dos adolescentes e até para poder compreender as ações típicas dos adolescentes em seus diferentes papéis sociais.

Abranches e Assis (2011) argumentam que há uma invisibilidade da violência psicológica sofrida por crianças e adolescentes e que esta pode gerar diversas espécies de sofrimento psíquico a esses sujeitos. Outro estudo (THOMAZINE; OLIVEIRA; VIEIRA, 2009), realizado com enfermeiros de um pronto atendimento confirma que há uma dificuldade desses profissionais perceberem a violência psicológica ou mesmo alguns casos de abuso sexual e que, em geral, tratam, mas não interrompem o ciclo de violência, sendo esse público exposto a revitimização.

Apesar dos direitos dos adolescentes serem garantidos pelo ECA (2008), é a família uma das principais protagonistas em cuidar, educar e resguardar esses sujeitos de condições que ameacem a sua vida e o seu bem-estar, no entanto na realidade brasileira ainda são as próprias famílias a expor seus filhos a situações que atrapalhem o seu desenvolvimento saudável, como é o caso de situações de violência, bem caracterizada pela violência intrafamiliar (GAWRYSZEWSKI, 2012; WAISELFISZ, 2012).

Em algumas falas, a violência aparece como em geral ela costuma ser concebida pelo senso comum, como um “ente”, algo que está para além da vontade das pessoas, como se fosse possível combatê-la e extirpá-la completamente das relações intersubjetivas e já em outras falas ela revela-se como parte das ações humanas, sendo gerada e propagada por estes.

Essas concepções mostram como a violência ocupa espaço no cotidiano, pois adentra os emaranhados intersubjetivos das relações sociais, associando-se a diversos eventos e cada vez mais se reconfigurando e tomando novas faces, como bem propõe Barreira:

A violência não é fenômeno de pouco tempo! Esta afirmação ou máxima está presente em conversas informais, bem como nos embates acadêmicos. A constatação é difundida, em alguns contextos, haja vista a busca de possíveis explicações históricas, servindo também para naturalizar o fenômeno. Sob o espectro institucional, o discurso acerca da recorrência de atos violentos objetiva relativizar ou minorar a ineficácia das práticas estatais, como também exprimir uma tranquilidade ou paz social, em oposição à insegurança reinante. É fundamental ressaltar, entretanto, aquilo que confere especificidade histórica à violência, configurado no fato de que se referem às formas atuais de suas manifestações, provocando mudança nas abordagens sociológicas e, principalmente, configurando novas práticas de sociabilidade (BARREIRA, 2013, p. 222).

Por conseguinte, é uma temática que não se estanca com o debate e que permite diferentes análises, tanto de pessoas leigas, quanto de especialistas e estudiosos. Posto isto, vê-se nos relatos dos familiares que estes também apreendem os significados da violência com referência nas suas experiências de vida.

Eu sei da doméstica, eu era violentada pelo meu ex-marido, tanto verbal como bater mesmo... (Margarida).

Violência acontece, acontece muita violência porque tem muitas crianças que não respeitam as pessoas que são especiais, quando vê chama de nome, diz que é doido, diz que é abestado, como ele disse que é gordinho, aí tem vezes que a criança não aguenta tanta coisa, aí vira violência (Rosa).

Eu acredito que dependendo assim, às vezes a classe social conta muito, /.../ quem não tem uma certa condição social eu acredito que seja mais fácil para o adolescente, no caso, ele ficar mais próximo da violência porque às vezes ele quer uma coisa não tem, não tem quem dê, o pai e a mãe não estão em casa eles vão pra onde querem, também quando estão em casa também não obedecem, porque a juventude de hoje não, você também não tem mais controle sobre eles e há um monte de coisa que conta, a criação, o nível social, /.../ a família, como a criança é tratada em casa e muitas outras coisas, o mundo das drogas que tá aí pra todo mundo, tanto faz ser pobre como rico, é isso (Angélica).

Então, na fala de Margarida percebe-se que houve uma vivência da violência na forma de agressão física e verbal. Rosa se refere a questões como preconceito, discriminação e estigma da loucura, se reportando a situações que seu filho passou. Angélica abrange a violência relacionada com uso de drogas, com a classe social e com o fato de a adolescência atualmente não respeitar os pais.

Portanto, há mais um relato em que o contexto de violência intrafamiliar e, particularmente, de violência contra a mulher, que infelizmente representam tipos de violência bastante comuns, sendo práticas que se encontram enraizadas em um modelo de sociedade patriarcal e machista. Pois, como já se falou, as tipificações são repassadas de geração para

geração, sendo a violência de gênero, onde a mulher é a principal vítima, uma das formas de violência perpetrada no seio social e aceita, algumas vezes, como “natural”, visto que em uma sociedade machista e patriarcal a visão de mulher é limitada a estereótipos de beleza, fragilidade e submissão ao sexo masculino (MENEGHEL, et al., 2013). Martins (2013) aponta, ainda, que um ambiente familiar hostil durante a infância pode reforçar atitudes de violência na adolescência e na idade adulta.

No relato de Rosa, ela traz a tona um tema que é central na atenção em saúde mental: o estigma da loucura. Embora, os serviços substitutivos tentem romper e se afastar do paradigma manicomial, centrado na doença e na institucionalização, os sujeitos em adoecimento mental ainda tem que lidar no seu cotidiano com práticas que revelam que o antigo modelo não foi completamente superado, sendo violentados por serem reduzidos a condição de loucos.

Angélica situa a violência como uma questão de classe social, contudo a associação entre violência e pobreza não pode ser dada em uma simples relação de causa e efeito, merecendo reflexões mais profundas, o que não é o objetivo desse trabalho. O que se propõe é a reflexão quanto à situação biográfica e a influência no estoque de conhecimento a mão, tanto da família e dos adolescentes, por que nas relações, eles tipificam e se autotipificam.

As tipificações que constituem a situação biográfica e o acervo de conhecimento orientam as relações dos seres humanos no mundo da vida. Em geral, o homem enxerga o outro como semelhante, posto que, as suas tipificações se estendem ao modo como ele o percebe, por isso toda relação para o Tu, em que um indivíduo volta-se a atenção para um outro, é sempre pré-predicativa, é somente quando essa interação torna-se uma relação-do-Nós é se que pode haver troca de experiências e até alterações nas tipificações (SCHUTZ; LUCKMANN, 2009).

O problema da violência aparece tendo conexão com o uso de substâncias psicoativas, que estaria tanto para pobres, como para ricos. Bem como, enquanto culpa de uma juventude desobediente, o que na verdade, corresponde a tipificação que na sociedade contemporânea se faz a respeito do adolescente, como o que burla as regras, o imprudente, o indisciplinado.

Como a família é a primeira relação-do-Nós estabelecida pelos adolescentes, é relevante que se conheça as concepções dos pais/responsáveis a respeito da violência. Visto que, na maneira de educar são naturalizados muitas ações violentas, além de que essas noções

de violência serão repassadas para os adolescentes, demonstrando que para se assistir terapeuticamente o adolescente é preciso considerar, dentro dessa ação, a família.

4.2.2 Práticas de violência no mundo da vida dos adolescentes

As práticas de violência apareceram de duas formas: *motivações porque* de condutas agressivas; violência interpessoal sofrida e violência autoinfligida. Na primeira subcategoria, observa-se tanto nas falas dos adolescentes, como nas dos familiares, atitudes de agredir o outro, em geral, na forma física. Na segunda subcategoria, destacam-se as tentativas de suicídio, o adolescente se reconhecer como vítima e as atitudes de violência dos pais/familiares no processo de educar.

4.2.2.1 *Motivações porque* de condutas agressivas

As ações no mundo da vida cotidiana se dão por meio de motivações, quando se projeta fazer algo no futuro, com a intenção de realizá-lo pode-se dizer que se trata de um *motivo com-a-finalidade-de* ou *motivos para*, enquanto que os *motivos porque* justificam as condutas humanas com base nas experiências passadas, na situação biográfica e conhecimento a mão dos sujeitos, na atenção seletiva, a qual inclui as zonas de relevância e as tipificações (SCHUTZ, 2012a).

Isto posto, compreende-se que as ações de agressividade dos adolescentes descritas na sequência puderam ser observadas como um forma típica de agir no mundo da vida, compondo as suas situações biográficas, fazendo parte do seu conhecimento a mão e da zonas de relevância que organizam as experiências sedimentadas na consciência, portanto elas se revelam como *motivações porque*.

Só gosto de quebrar as coisas. /.../ Meu irmão me bate muito e eu spanco meu irmão pequeno. Eu e meu irmão grandão a gente ficava batendo nas pessoas e era assim mesmo. /.../ Eu bati num menino que a cabeça do menino abriu e sangrou/.../ (Ares).

Eu o peguei só que sem querer ele tacou a cabeça no ferro, aí ele partiu pra cima de mim, deu um soco na minha cara aí eu revidei e comecei a bater nele e ele começou a bater em mim também, aí a gente foi lá pra coordenação, quase a gente foi suspenso do colégio. /.../ às vezes o menino tá conversando aí eu mando ele calar a boca, /.../ aí o professor manda assim – Possêidon cala a boca você – aí eu – “cala a boca o que, professor, o menino que tá conversando e o senhor não manda nem ele calar a boca, aí quando sou eu o senhor manda eu calar!” – aí ele fica bravo e me tira de sala, mas tirando isso tudo é tranquilo na escola (Possêidon).

Às vezes as pessoas querem brigar porque querem, aí eu fico com raiva e bato. Às vezes eu ficava brigando, só que eu parei. /.../ Às vezes eu ficava brigando, só que

eu parei. Com um menino que mexia comigo. Ele me derrubava, depois ficava me chamando de gordinho. /.../ Se eu não mexer com eles, eles não mexem comigo (Zeus).

Em geral, os estudos (ABRANCHES; ASSIS, 2011; GAUY; ROCHA, 2014; LIMA; DIAS, 2014) tratam da violência como um fator de risco para o sofrimento psíquico, percebe-se uma lacuna em investigar as práticas de violência dos adolescentes como perpetradores, ou que busquem alternativas para lidar com a situação, através de mudanças de comportamento.

Entende-se que a dificuldade de os profissionais reconhecerem a violência como algo que precisa de intervenção em saúde pode se dá pelo fato de o tema não ser exclusivo desse setor. Pode ser que os profissionais não se sintam capazes de lidar com as demandas que essa situação exige, não compreendendo que o CAPSi, e mesmo outros serviços de saúde, precisem apresentar um posicionamento frente a situação de violência vivenciada pelas crianças e adolescentes que cuidam.

Ademais, a situação biográfica dos profissionais é diferente das dos sujeitos. Eles irão fazer a leitura da violência de acordo com o seu vivido e, conseqüentemente, orientarão a sua prática baseados no seu estoque de conhecimento a mão. Por isso, a importância da relação face a face profissional e adolescentes/familiares em situação de violência, que possibilitarão as trocas de experiências e a mudança nas tipificações dos sujeitos envolvidos na relação-do-Nós.

A relação-do-Nós ultrapassa o fluxo da consciência, pois engloba os movimentos corporais dos envolvidos, marcando uma experiência vivida. Para Schutz, quando esse tipo de interação no mundo da vida acontece no reino social do 'testemunhar recíproco', os indivíduos são capazes de vivenciar os *motivos para e porque* de seus semelhantes (SCHUTZ, 2012a).

As ações terapêuticas no CAPSi ao serem tomadas como relações-do-nós de 'testemunho recíproco' favorecem as mudanças de estereótipos e tipificações que os profissionais tenham sobre a adolescência e a violência, ao mesmo tempo que propiciam o estabelecimento de vínculo e de uma relação comunicativa ativa e eficiente, por facilitar as mudanças nas *motivações*, tanto dos profissionais, quanto dos adolescentes, em tempo presente.

Contudo, os serviços de saúde tem enfoque para o tratamento das conseqüências da violência do que no trabalho na promoção de relações intersubjetivas saudáveis e na sua prevenção, se ocupando mais na parte operacional do que reflexiva. Embora Minayo (2006) afirme que no contexto da saúde há também uma linha de reflexão mais filosófica, com

certeza esta embasa as orientações do MS para o encaminhamento de casos de violência contra os adolescentes, mas a parte teórica pode ser desconhecida pelos profissionais, que são quem realmente colocam as políticas de saúde em execução.

Portanto, compreende-se que, atualmente, as práticas em saúde voltadas para as situações de violência possam estar desvinculadas das reflexões teóricas. Dessa forma, os profissionais da saúde ao interpretar a violência de acordo com as suas situações biográficas, podem ligá-la somente a casos de criminalidade e delinquência, tipificando a violência como uma questão que deve ter a preocupação apenas de setores da assistência social e sistema de justiça, diminuindo a capacidade de resolubilidade do sistema de saúde frente a essa temática.

Por ser a adolescência uma fase da vida em que os sujeitos são tidos como vulneráveis, há resistência em lidar com eles como autores de violência e, quando isso acontece, o discurso social automaticamente demonstra completa intolerância, mesmo que estudos como o de Tardif, Pascuzzo e Costa (2015), que tratam de adolescentes que cometeram abuso sexual, relatem que esse comportamento envolve diversos fatores, tanto subjetivos, como sociais, podendo se relacionar *com* uma dinâmica familiar muito restritiva, ou muito permissiva, a abuso sexual sofrido na infância, além da própria família poder apresentar e influenciar a prática sexual precoce por troca monetária.

Sendo o adolescente tanto vítima como agressor, ressaltando que as vivências de violência na vida de adolescentes influenciam os *motivos porque* de ações futuras, podendo ser experiências significativas para os mesmos e compondo o seu sistema de relevância, o seu conhecimento a mão e sua situação biográfica. Isto posto, pode-se observar nas falas dos familiares que há aparecimento de reações de violência como forma de lidar com problemas nos relacionamentos intersubjetivos.

...extremamente agressivo, e às vezes a gente combate /.../ essa agressividade dele com mais agressividade, porque a gente não suporta, porque ele quebra tudo, ele bate na gente, ele faz vergonha à gente no meio da rua. /.../ Eu fico muito triste porque ele bate nas pessoas, ele joga pedra, ele joga pedra, ele bate, se ele puder pegar uma faca e enfiar na pessoa ele faz isso /.../ ele bate nos colegas, ele bate nos professores, aí ele tá suspenso da escola por causa disso, por causa da agressividade. /.../ o Ares tá bem mais calmo mesmo, graças a Deus. Só quando o pessoal perturba ele, que ele fica agressivo, /.../ no colégio justamente tá essa mulher (referindo-se a uma educadora que permanece com o adolescente em sala de aula) com ele, pra ninguém mexer com ele, sabe /.../ (Margarida).

Agressivo, ele não sentia amor pelo pai dele ou a mim, ele era ignorante, empurrava, quebrava as coisas. /.../ Eu o via triste, eu o via violento, eu o via xingando, ele não era assim, até os três anos ele não era assim, com quatro anos foi que ele foi começando assim, ele empurrava um, empurrava outro, era violento com a avó dele, por isso que eu procurei o CAPS (Rosa).

Se você não constrangê-lo, vamos supor, se ele não se sentir constrangido tudo bem, tem horas que ele tá mais aborrecido, tem horas que ele tá sorridente, ele tem muita

vontade de bater e de morder. No dia a dia, /.../, muita vontade de morder /.../ (Angélica).

Percebe-se nestes relatos que realmente existe uma vivência de violência, que os adolescentes apresentam comportamentos agressivos desde a infância e, provavelmente, atribuindo diferentes significados a essa prática ao longo do tempo. Costa, Coutinho e Araújo (2011) caracterizaram, em seu estudo, que a violência assume diferentes concepções para crianças e adolescentes. Para os primeiros a violência aparece de forma concreta representando medo, tristeza, nas ações de esmurrar, bater, matar, atirar, entre outros, e para os últimos o fenômeno ganha uma visão mais macro, e ligada ao físico e judicial.

Reconhecendo que o adolescente tenha essa tipificação da violência desde a infância como uma ação sobre o corpo, pode-se trabalhar nesse sentido intervenções em saúde que operem nas transformações dessas tipificações, para que o mesmo possa utilizar de outros meios para lidar com as adversidades das relações intersubjetivas no mundo da vida.

O indivíduo leva consigo seu horizonte interpretativo interno e externo e, por esse motivo, não consegue captar a realidade do mundo, mas apenas alguns aspectos dela. A interpretação do mundo se dá mediante fatos inquestionáveis, até surgir uma experiência problemática que tenha a atenção do ator social e ponha em dúvida o que foi pressuposto, só assim ele poderá alterar alguma tipificação (SCHUTZ; LUCKMANN, 2009), demonstrando que o mundo cotidiano é capaz de apresentar novas experiências que podem possibilitar a análise sobre o acervo de conhecimento sedimentado.

Os relatos de Angélica foram trazidos à parte por se referirem a outro aspecto que está presente na vivência dos adolescentes em sofrimento psíquico, o uso de psicofármacos, pois ela coloca a medicação como controladora e mediadora da agressividade.

Fica mais agressivo...ele fica irreconhecível, mas os médicos batem sempre na mesma tecla que tem que dá antipsicótico a ele, não, é bom porque agora ele tá ficando maiorzinho e ele mesmo vai dizer o que ele sente, mas toda vida que eu tentei Risperidona, /.../ toda vida que parte pro antipsicótico ele piora assim...ele já quebrou a minha casa e quem vê ele assim ele tá com três gotas de Neuleptil /.../ pela manhã e um Tofranil /.../ de manhã e outro a noite /.../. Eu comeci a dar o Depakene a ele, na segunda semana/ainda só uma fração mínima ele já ficou lá no colégio partindo pra cima do povo, quando tomou também a Risperidona do mesmo jeito (Angélica).

Aqui não se tenta descartar a influência desses medicamentos no comportamento do adolescente, à vista disso se sabe que são fármacos que possuem muitos efeitos colaterais que alteram algumas características psíquicas de quem os utiliza. No entanto, não se pode simplesmente colocar a responsabilidade das ações do sujeito sobre esse uso. É importante, que nos CAPS, os pais e usuários sejam esclarecidos a respeito das medicações para que as atitudes dos pacientes não sejam todas associadas aos remédios que eles utilizam.

Sublinha-se que o cuidado em saúde e, principalmente, em saúde mental atualmente está muito associado ao uso de medicamentos como fonte segura de resolução de problemas que nem sempre são de ordem estritamente biológica, em geral, são da ordem biopsicossocial pedindo também outros tipos de intervenções, como a Escuta, a educação em saúde, ações de promoção da saúde, entre outras (BEZERRA et al., 2014). Dessa forma, talvez fosse o caso de avaliar em uma escala de riscos/benefícios os tipos de fármacos consumidos por Possêidon e, concomitantemente, trabalhar estratégias com a família para lidar com a agressividade do adolescente.

Visto que, inclusive, Possêidon não faz acompanhamento psicológico no CAPSi, nem participa de nenhuma outra atividade, só comparece ao serviço para a consulta psiquiátrica e, por consequência, para pegar a medicação. A tia diz que é porque ele tem plano de saúde e poderia conseguir um psicólogo por este meio, porém, assume que no momento o adolescente não está fazendo nenhum tipo de terapia, exceto pela medicamentosa.

Nos seguintes trechos Angélica afirma que o adolescente é agressivo porque em casa só tem convivência com mulher, não tendo uma figura representativa de poder que imponha respeito. Bem como, que está sempre com um humor oscilante, ora carinhoso demais, ora insultuoso, desafiador.

... agora às vezes ele é muito agressivo, agora tem o seguinte conta muito o fator de lá em casa só ter mulher e ele se achar o homem, ele sabe que eu não tenho pulso com ele, ele agora não bate mais na gente não porque parece que agora ele tá ficando adolescente, mas antes quando ele tomava esses medicamentos eu já apanhei tanto dele, ele não sabe a força que ele tem, ele te dá um empurrão, ele já me empurrou, eu já caí /.../...á às vezes ele inverte a situação, ele batia na minha mãe e em mim quando tomava a risperidona, e nos outros ele é agressivo mas ele não parte pra violência, com esses outros tira ele do eixo..eu não sei, talvez eu até entre na sala agora e a doutora nem goste porque eu tive que tirar o Depakene dele, porque no colégio eu fui chamada porque ele tava querendo brigar com o pai de um aluno.

O motivo pra ele é, tá na cabeça dele, /.../ só que quando ele não está tomando esses tipos de medicamento ele ainda tem um pouco de sobriedade, ele sabe o que tá acontecendo/mas esses medicamentos tira ele, assim, do entendimento normal de adolescente. Eu não sei se o homem foi defender o filho dele, só sei que ele empurrou o homem, não tá nem aí, ele perde a noção de que ele é uma criança e o outro é o adulto. Ele vive dizendo lá em casa que eu tenho que aprender a respeitá-lo, ele que quer mandar em mim – “isso é pra você aprender” – e tem horas não que ele é um doce, ele diz – “eu te amo..eu te amo” –, aí tem horas que ele vem super agressivo – “cale a sua boca, que aqui quem manda sou eu” –, mas tem um porém, ele diz isso comigo, ele não diz isso com um irmão meu homem, não, agora às vezes a gente tá/pode ser quem for ele..responde a altura, só que ele não responde fisicamente se for homem, como ele faz com a gente, tirando esses medicamentos, porque ele foi muito agressivo quando tava tomando Risperidona e o Depakene, o resto ele faz só dizer, mas ele não/você não tem medo dele, mas quando ele tá tomando esses medicamentos eu fico com medo dele.

... que eu vejo muito o comportamento desses outros meninos e eu não acho que é o dele não, o dele é agressivo, mas é um agressivo porque não tem ninguém que ele

tema lá em casa, ele não teme a mim, nem a minha mãe, nem a minha irmã, mas isso aí dá pra ser controlado..agora, a ansiedade dele não, já precisaria de medicação.

Nota-se que, Angélica assume que ela mesma altera as medicações de Possêidon, o que pode influenciar de forma negativa no seu comportamento, e situa a agressividade dele na relação-do-Nós estabelecida no contexto familiar, ressalta-se que o adolescente foi abandonado pelos pais e não se pode ignorar o significado disso na sua situação biográfica. Assim, a tipicidade de suas ações agressivas encontram-se arraigadas em diversos *motivos porque*.

O modo de a família cuidar de crianças e adolescentes tem fundamento nas tipificações e sistemas de relevâncias bem estabelecidos pelo senso comum, como afirma Schutz (2012a, p. 135) que “o sistema de tipificações e relevâncias socialmente aprovado é o terreno comum no qual tem origem as estruturas de tipificação e relevância privadas”, assim é possível que haja uma escassez social de conhecimento a mão para lidar com comportamentos “inesperados” de crianças e adolescentes que não sejam com práticas de violência, que, inclusive, ainda são bem toleradas pela sociedade.

Com outro olhar, pode-se pensar que a família necessita de mais orientações para lidar com o adolescente em sofrimento psíquico, inclusive para poder garantir e respeitar os direitos desses sujeitos. As *motivações porque* para condutas agressivas de adolescentes são várias, precisando de ações dos serviços de saúde que envolvam a escola, a família, a sociedade e o Estado, para que se mude as formas violentas de tratar o adolescente, primando sempre pelo seu bom desenvolvimento.

4.2.2.2 Violência interpessoal sofrida e violência autoinfligida

A violência sofrida pelos adolescentes marca a sua situação biográfica, além de causar diversos tipos de sentimentos e reações associadas a tal acontecimento. A família, em geral, é a maior responsável pela vivência dessa situação, orientando uma relação-do-Nós que se inscreve na consciência de forma negativa, como também pode ser um ambiente de proteção, existindo outros lugares como a escola e a comunidade que contribuam para essa experiência.

...Aí ele me esculhambou.../.../ aí quando eu me virei ele me deu um chute no meu pescoço aí até eu desmaiei. /.../ Quando eu vou brincar no recreio aí os meninos vão lá e me batem, eu não sei porque. /.../ Bullying...porque todo mundo fica me chamando de planetas, não sei porque. /.../ Porque todo mundo diz que a minha cabeça é grande (Eros).

Já, eu já sofri *bullying*. /.../ *Bullying* é quando o meu irmão não tomava o remédio e começava a me bater (Ares).

Todos estes relatos estão descritos pelos próprios adolescentes como *bullying*, sendo que Ares associa esse tipo de violência com o fato de em casa apanhar do irmão, demonstrando não compreender o seu significado, pois o *bullying* é um tipo de violência que está associado ao ambiente escolar.

Em revisão integrativa realizada por Pigozi e Machado (2015) eles encontraram que o *bullying*, na forma de agressão física, é mais sofrido e praticado por meninos, que os adolescentes que o praticam e que são vítimas, em geral, tem baixa autoestima, que é um ato ligado as dificuldades do adolescente em lidar com as diferenças, principalmente, as relacionadas às físicas e que ele está associado a vários problemas como depressão e ansiedade, além de pensamentos e tentativas de suicídio e agressão a si mesmo.

Na falta de estudos que revelem a probabilidade de adolescentes em sofrimento psíquico ou adoecimento mental sofrerem *bullying*, arrisca-se em dizer que como esses adolescentes estão em uma situação de maior vulnerabilidade eles tem mais chances de sofrer *bullying*, além disso há uma tipificação do senso comum no que se refere a loucura ainda na forma de estigma, atribuindo-se aos sujeitos que fazem tratamento em CAPS adjetivos pejorativos e ofensivos, como afirma Rosa mãe de Zeus.

Teve uma vez como ele contou, uma vez o menino insultou com ele, até eu fui lá falar com a direção, disse que era o *bullying* né, e que eu ia dá parte ((denunciar)), porque não era certo bulir com ele, porque ele tava quieto, o menino foi mexer com ele aí ele foi pra cima do menino, parece que eu tava adivinhando, Deus pediu pra eu ir lá, aí quando eu cheguei no colégio ele tava chorando, perguntei o que era, os meninos – não, é porque o menino arengou com ele e ele foi em cima do menino –, mexendo com ele é claro que ele vai. /.../ Tinham o chamado de gordo, de doido, ele não aguentou (Rosa).

O *bullying* é mais uma experiência de violência em um ambiente de extrema importância para o desenvolvimento dos adolescentes, pois é a escola o maior espaço de sociabilidade para esses sujeitos, depois da família. Vivenciar esse fenômeno também nesse local pode contribuir para o aumento de atitudes agressivas e agravar o quadro psicológico, visto que as suas situações biográficas serão compostas por formas agressivas de relacionamento.

Nessa perspectiva, estudo realizado por enfermeiros (BRANDÃO NETO et al., 2014) tratou da complexidade desse tema junto a escolares adolescentes, relatando que os mesmos reconhecem as diversas formas de violência que se faz presente no contexto escolar, sendo esta inclusive uma norma social por estar radicada em pequenas atitudes do cotidiano, portanto um tanto naturalizada, bem como uma imensa prática de *bullying*. Contudo, os autores procuraram problematizar esse assunto com os sujeitos da pesquisa por meio da

educação em saúde e produção de oficina de fantoches, a fim de promover relações sociais mais saudáveis, mostrando que é possível trabalhar com a mudança de conduta.

O horizonte de apreensão dos elementos do acervo de conhecimento depende da subjetividade do ator social, a vivência no mundo da vida se dá, em geral, em um ambiente físico, no entanto existe o interior, o fluxo da consciência, que se altera o tempo todo em acordo com as diversas situações que pedem a atenção do sujeito. As experiências vividas são guiadas pelos projetos, por aquilo que cada um toma como mais importante para executar em determinado momento, contudo, existem eventos que são impostos a consciência do ator (SCHUTZ; LUCKMANN, 2009; SCHUTZ, 2012a).

A violência interpessoal sofrida aparece para o acervo de conhecimento como um elemento negativo deste, como uma ação não planejada do adolescente, sendo assim imposta para o seu fluxo de consciência e exigindo a atenção do mesmo. Entretanto, ao vivenciar uma situação de violência, no presente vívido, o indivíduo não é capaz de refletir sobre ela, apenas de lidar com o que está acontecendo de acordo com seu estoque de conhecimento à mão até o dado momento e age de acordo com uma situação biograficamente determinada.

Outro tipo de violência identificada na fala de um adolescente, Ares, foi a autoinfligida, presente nas tentativas de suicídio, embora Afrodite não tenha relatado tal acontecimento, pode-se verificar em seu prontuário que ao longo dos anos de acompanhamento no CAPSi ela já tentou suicídio algumas vezes.

Se jogar de baixo de um carro, como eu já fiz uma vez. Joguei-me embaixo de uma moto. Estou pensando em me jogar embaixo de um trem pra ver se eu morro logo (Ares).

... ele chegou a pegar uma faca, tanto que eu tirei todas as facas lá de casa, eu não tenho mais, /.../, porque ele pegou a faca e ia enfiar na barriga dele, aí eu e minha mãe foi que seguramos a faca, mas ele chegou mesmo para enfiar na barriga dele – aí é, pois eu não posso fazer nada com vocês, pois eu vou fazer comigo – pois ele ia enfiar a faca na barriga dele, ele cortava os pulsos (Margarida).

No que concerne a essa questão, o Brasil, mesmo sendo um país que caracteriza a violência pelas taxas de acidentes e homicídios, obteve um crescimento no número de suicídios entre os anos 2002-2012, se comparado com a década anterior, especialmente nas regiões norte e nordeste, ressaltando, porém, que o Ceará apresentou queda nesse índice. Mesmo com esse aumento nas taxas de suicídio a nível nacional, o Brasil não tem uma “cultura suicida”, portanto esse assunto não ganha tanto enfoque, nem em estudos acadêmicos (WAISELFISZ, 2014).

Todavia, nesse estudo, esse fenômeno se apresentou como experiências significativas na vida dos adolescentes, inclusive pela sua repetição, apresentando-se como

uma ação típica dos mesmos frente a sua situação de sofrimento psíquico e, portanto pode ser reincidente, destacando-se como uma demanda de intervenção no cuidado prestado no CAPSi pela equipe de enfermagem.

Para isso, é essencial que o enfermeiro assuma uma postura de acolhimento ao sofrimento do adolescente, estabelecendo vínculo. Pois, às vezes a tentativa de suicídio é gerada pela impulsividade, comum na adolescência, pela falta de apoio familiar, por não se enxergar outra saída diante de alguma situação que está vivendo, sendo assim passível de prevenção. O que precisa é investimento por parte dos profissionais em trabalhar essa temática com esses sujeitos, visto que eles não são uma clientela que frequentam os serviços de saúde de forma volitiva (SILVA; MADEIRA, 2014).

A situação biográfica do indivíduo guarda uma relação explícita com a vida e a história pessoal de cada um dos membros do mundo social (SCHUTZ, 2012a). Assim, ao se abordar a temática do suicídio, que é um assunto polêmico, despertando diversos sentimentos nos indivíduos, os profissionais do CAPSi podem significar a partir de suas situações biográficas essa ação como um pecado, ou algo do tipo, sendo uma ação passível de punição e não de tratamento.

Desse modo, é necessário um interesse do profissional em conhecer a situação biográfica do adolescente e dos seus familiares, para depois traçar uma terapêutica, pois como é a família que convive com o sujeito ela é que será uma grande aliada, ou não, para prevenir novas tentativas de suicídio.

A violência interpessoal sofrida pelo adolescente Ares pode justificar as suas atitudes agressivas, estas por sua vez constituem os *motivos porque* para a atitude agressiva da mãe na forma de lidar com as práticas violentas dele.

... o Ares é muito violento também, às vezes ele precisa apanhar para parar porque ele quebra as coisas, minhas coisas dentro de casa são todas quebradas porque ele quebra, /.../ se a gente for conversar com ele, sentar com ele pra ele parar, ele não para, às vezes você precisa bater nele pra ele parar com aquilo ali que ele tá fazendo, eu sei que é uma violência contra ele, mas é o único modo dele parar (Margarida).

Sabe-se que a vivência com uma pessoa que tem um adoecimento mental pode gerar sobrecarga para os familiares, contribuindo para exacerbar situações que nem sempre acabariam em agressão física, gerando um aumento do estresse e do desgaste familiar em lidar com o sujeito em sofrimento psíquico (FARIAS, 2014).

Dessa forma, entende-se que o tratamento em saúde mental com adolescentes deve incluir a família, pois a vivência cotidiana de violência contribui para que esses sujeitos

tenham a violência tipificada em seu sistema de relevância, possivelmente influenciando o seu agir no mundo da vida.

O abuso sexual foi outro tipo de violência encontrada no relato de uma das adolescentes, entendeu-se esse evento como de grande significado na vida de Afrodite, guardando alguma associação com seu sofrimento psíquico.

...quando eu tinha 12 para 13 anos de idade o meu ex-padrinho ele me alisava, ele ficava alisando meus seios, minhas partes íntimas, aí isso eu não sabia o que era, ele inventava de fazer massagem em mim e eu não sabia o que era, aí então teve um dia que eu tive uma crise aí falei pra todo mundo, minha madrinha ficou muito triste, aí isso foi parar no conselho tutelar, mas não aconteceu nada com ele, mas hoje eu já perdoei, porque eu não quero confusão com eles, porque eu gosto muito dele, gosto muito da minha madrinha, então eu perdoei porque eu sei que foi em um momento de fraqueza dele, então eu já perdoei. /.../ Por ele ter feito isso comigo. Por ele ter dito/dizia que me amava como filha, dizia que gostava de mim e ter feito isso comigo. Tanto que teve uma vez que a gente foi pro Beach Park a gente foi em um brinquedo e ele quis ir comigo aí ele segurou nos meus seios dentro do brinquedo, aí a gente desceu no brinquedo só que eu desci super assustada, quando eu desci eu saí de uma vez do brinquedo, muito assustada. /.../ Eu dizia que ia falar só que ele dizia que se eu falasse ele ia ficar com muita raiva de mim, ia falar uma besteira pra minha tia, pra minha tia ficar com raiva de mim (Afrodite).

O abuso sexual é descrito por alguns autores (FROUNFELKER et al., 2013; HOHENDORFF; KOLLER; HABIGZANG, 2015; OLIVEIRA et al., 2015) como um fator de risco profundamente associado ao sofrimento psíquico, sendo mais incidente no sexo feminino, tendo como agressor os membros da família e/ou conhecidos, causando alternância dos sentimentos da vítima pelo mesmo, por ser alguém que, em geral, é da sua confiança, além da possibilidade de revitimização e do descrédito pelos adultos quando o adolescente ou a criança revelam o ocorrido.

No caso de Afrodite não foi diferente, quando ela revelou a ocorrência da violência os membros da família reagiram de várias formas, a mãe pensou que poderia ser um delírio, pelo fato de na época ela já fazer tratamento no CAPSi, o pai ficou transtornado e o irmão foi quem a levou para o serviço de assistência social. Denotando-se que cada sujeito se colocou frente à violência sofrida pela adolescente com base no seu estoque de conhecimento e na tipificação que tinham tanto a respeito do agressor, quanto da vítima.

O outro se apresenta para mim não só através de seu corpo, mas também de sua vida psicológica (SCHUTZ, 2012a), a convivência familiar proporciona essa percepção de forma mais profunda, porque permite a convivência prolongada com as mesmas pessoas, dessa forma há um maior compartilhamento do fluxo de consciência, contribuindo para que se conheça cada membro através de tipos, sendo comum o estabelecimento de *motivações para* nessas relações face a face estabelecidas.

Porém, o acervo de conhecimento nunca está completo, as relações sociais proporcionam a ampliação e a revisão das experiências que foram tipificadas outrora (SCHUTZ; LUCKMANN, 2009). Consequentemente, apesar de a família tipificar as ações de cada um de seus membros e ter determinadas *motivações para*, diante das situações de violência sofrida pelo adolescente, na escola ou em casa, tem-se a chance de se repensar as experiências sedimentadas e alterar o estoque de conhecimento a mão e as zonas de relevância.

A vivência de violência no ambiente familiar reforça a ideia de que essa instituição pode ser tanto protetora, fonte de amor, cuidado e afeto, e de relações fortalecedoras, que assegurem a vida e os direitos dos adolescentes, como tanto podem ser adoecedoras, ameaçando o bem-estar desses sujeitos e lhes provocando sofrimento e tipificações das práticas violentas como forma de se sociabilizar no mundo da vida.

A partir das falas englobadas nessa subcategoria, pode-se perceber que os adolescentes vivenciaram violências bem distintas, como o bullying, o abuso sexual, as tentativas de suicídio, entre outras. Embora exista um grau de concessão pela sociedade que favorece ou permite que tais tipos de violências sejam mais tolerados que outros, é importante que se escute o adolescente, para saber realmente como ele se sente, como essa vivência está arraigada na sua situação biográfica, e como ela afeta suas motivações, tipificações e estoque de conhecimento.

4.2.3 Violência e família

A família é uma instituição antiga, ao longo dos séculos as relações intrafamiliares e a sua constituição vem se alterando. Para a fenomenologia social a família aparece como uma das principais responsáveis por repassar os costumes, os valores, as crenças e as diversas tipificações, tanto de objetos, como de papéis sociais, que compõem a situação biográfica de seus novos membros.

Dessa forma, a família tem um papel crucial para o desenvolvimento saudável da criança e, conseqüentemente, do adolescente, servindo de suporte ou de comparação para as próximas relações face a face que estes seres estabelecerão no mundo da vida, assim as vivências de violência no seio familiar constituirão as *motivações porque* das ações dos adolescentes. Segue abaixo trechos onde Perséfone relata alguns obstáculos que evitava uma comunicação efetiva entre ela e sua mãe, e ela e sua irmã.

Ela (referindo-se a irmã) já foi morar com a gente ano retrasado, foi em 2013, /.../ no começo foi um pouco chato, aquele negócio de dividir tarefas, porque antes eu fazia tudo em casa só, fazia almoço, limpava a casa, ajudava a minha mãe, aí quando ela foi pra lá foi aquele negócio de dividir as tarefas, quem ia fazer o quê, sempre dava confusão /.../. Assim, hoje já tá bem tranquilo, porque quando eu comecei a vim pro CAPS tinha uma conturbação com a minha mãe, com a minha irmã, e hoje já tá melhor, porque eu já tenho um convívio mais direto com a minha mãe, com a minha irmã também, e quando eu vim pra cá, eu era um pouco mais diferente, aquela coisa de adolescente, imatura, não sabia o que estava fazendo, queria fazer tudo do meu jeito, nunca aceitava opinião dos outros. Eu acho que hoje se for comparar aos dois anos aqui atrás, que foi que eu comecei a vir pra cá, eu acho que mudou bastante, tanto a minha vida/tanto a rotina quanto as minhas escolhas, as minhas decisões. Eu acho que mudou bastante, hoje vivo mais tranquila, meus pais brigam menos do que eles brigavam antes, eu já falo mais com a minha mãe e com a minha irmã, acho que melhorou bastante. Tá bem tranquilo hoje. /.../ Antes ela era mais fechada comigo eu era mais fechada com ela, ela não conversava, não falava comigo, só falava quando era para brigar, quando eu fazia alguma coisa errada ela brigava, hoje não, hoje ela já conversa mais comigo, já tem mais um pouco de tempo comigo, antes era só trabalho, hoje ela já fica um tempo mais comigo./.../ O meu pai sempre foi mais tranquilo porque ele /.../ sempre falava mais comigo, conversava mais comigo, eu ficava mais tempo com ele do que com a minha mãe, então era um convívio mais direto, /.../, eu sempre saio com o meu pai, com a minha mãe era mais distante, /.../ a gente não se falava tanto, ela passava o tempo/mais tempo na outra loja e eu não falava muito com ela, às vezes ela chegava a noite eu já estava dormindo que eu estudava de manhã aí a gente não conversava direito, era mais...uma relação mais separada.

Nas falas de Perséfone nota-se que ela tinha problemas associados ao distanciamento com a mãe na convivência diária. Em seu prontuário encontrou-se informações referente ao estado mental da mãe, na época em que a adolescente iniciou o tratamento, evidenciado por relatos da mãe de que já tinha sofrido de depressão e isso havia dificultado a relação com a filha. Perséfone também conta sobre como foi difícil à vivência com a irmã, que é bem mais velha do que ela, quando esta volta a morar com os pais.

Portanto, a violência na família de Perséfone, apesar dela relatar episódios de brigas, entende-se que estas foram verbais e não físicas, assumiu mais um caráter da dificuldade da adolescente em ser compreendida pelos familiares, considerando que ela é a filha mais nova de irmãos adultos, e que os adolescentes, em geral, se sentem mais à vontade a compartilhar seus sentimentos com os seus pares, e no sentimento de abandono e ausência da mãe, caracterizando mais uma violência psicológica.

Embora, segundo Schutz e Luckmann (2009), a situação biográfica do sujeito seja delimitada antes mesmo de seu nascimento pelas condições históricas e sociais, a família tem relevante papel na função de guiar o indivíduo dentro das normas e tipificações já institucionalizadas e previamente testadas. Sendo importante que no seio familiar as relações face a face se deem em um contexto de relações-do-Nós de testemunhar recíproco, para que haja uma real troca de *motivações*, e a subjetividade da criança e do adolescente também seja considerada no processo educativo do viver em sociedade.

Nota-se que, no relato de Pérsefone, parece haver uma falha na relação face a face entre mãe e filha, que apesar de compartilharem o mesmo tempo e espaço e um mesmo sistema de tipificações, pois são parte de uma mesma família, não conseguem estabelecer um fluxo de consciência comum e uma relação-do-Nós de testemunhar recíproco. Perbece-se que, há uma discrepância entre as atitudes dos pais e os desejos da filha, resultando em uma violência psicológica demonstrada por sentimentos tais como abandono e aborrecimento.

Por a violência psicológica ser de cunho muito subjetivo fica difícil a sua identificação, necessitando que tanto a família, quanto os profissionais de saúde deem espaço para que o adolescente se sinta confiante para falar sobre seus sentimentos. Contudo, esse tipo de violência está associado aos outros, sendo muito comum na vida desse grupo, por isso impossível mensurar a sua ocorrência, e são inúmeras as consequências para os sujeitos que a vivenciam (ABRANCHES; ASSIS, 2011; GARBIN, 2012).

Ressalta-se, que Perséfone revela que após o início do tratamento no CAPSi que a situação com a família começou a melhorar, ela conseguiu crescer/evoluir, refletir melhor sobre suas ações, demonstrando que a função social desse serviço está em tratar os sujeitos de acordo com as suas singularidades para que sejam capazes de, em seu cotidiano, reestruturar suas atitudes, superando ou manejando o seu estado de sofrimento psíquico (FERREIRA; BONTEMPO, 2012).

Outros adolescentes também relataram brigas e desentendimentos no contexto familiar. Afrodite fala do momento em que a família ficou sabendo do abuso sexual que ela sofreu, e que isso provocou reações diversas em seus pais.

Assim, geralmente acontece alguns problemas/problemas tipo..o problema de muita gritaria dentro de casa, muita briga, principalmente entre alguns problemas que existia entre a minha avó e o meu avô, que já faleceu também, /.../ o problema é por causa do meu avô, porque uns dizem que meu avô era bom, outros dizem que ele era ruim, e..só (Possêidon).

Meu pai ficou com raiva, até hoje não fala com ele ((o agressor)), mas a minha mãe desde o começo fala com ele, ficou com raiva só que..continuou falando com ele, mas não ficou do lado dele na hora do conselho tutelar, não ficou do lado dele, mas também não ficou contra (Afrodite).

A violência um fenômeno do vivido não escapando das relações familiares dos adolescentes, em algum momento eles sofrerão algum tipo de violência, por ser esta às vezes pouco perceptível, arraigada e naturalizada na forma de educar e de lidar com esses sujeitos, principalmente porque é na adolescência que a formação de opinião e de posicionamento se torna mais forte, havendo, às vezes, discrepância com o que a família espera do jovem, gerando mais confrontos entre pais e filhos do que na infância (LIMA; DIAS, 2014).

No entanto, o que se espera é que a família possa manejar e evitar essas situações de violência para que não seja uma forma típica de cuidar do adolescente, para que ele se sinta amparado e protegido no ambiente familiar e não que esta relação face a face o adoeça, ou demonstre para ele que a violência é a melhor maneira de se relacionar ou de reivindicar atenção, carinho e de resolver seus desacordos no mundo da vida.

A família, como uma convivência social primária na vida dos sujeitos, permite o partilhar de um mesmo sistema de significatividades e tipificações, mesmo assim possibilita que os seus membros vivenciem essa experiência de forma subjetiva, em virtude de que o ator social “(...) percebe o mesmo objeto que seu parceiro, mas com tonalidades que dependem de seu Aqui particular e de seu Agora fenomênico” (SCHUTZ, 2012a, p. 181).

Abaixo nos relatos de Margarida transparece como é difícil um ambiente familiar em que a violência é um tipo vivido por todos os membros, pois ela faz parte do cotidiano, gerando desgaste e disfunção dessa instituição.

.../ Porque a minha casa é uma constante agressão, porque o Ares bate no P.L., o P.L. bate no Ares, o Ares bate no J.V. , e isso é uma bola de neve, não para...de crescer, tem dia que eu preciso me armar de pau e dizer que vou bater nele se ele não parar de bater no J.V., mas eu não bato, eu faço só dizer que bato nele /.../ aí é que ele para de bater no J.V., mas ele dá cada chute no J.V., cada murro no J.V., que o J.V. sai é caindo, aí quanto mais ele ver ele fazendo isso, mais ele bate nele. Ele não tem..porque ele começa a brincar com o J.V. e de repente ele começa a bater no J.V., aí o J.V. não brinca com ele. /.../ Ah, ele é altamente agressivo com os irmãos, /.../ ele bate, ele morde, ele às vezes joga pedra nos irmãos, /.../ aí o grande vê a maldade que ele faz com o pequeno vai e bate nele, pra ver se ele para de fazer aquilo ali, mas às vezes não adianta não, não adianta, ele fica chorando, ele começa a jogar pedra na gente.../.../. O P.L. não batia muito nele, só quando ele começava nessas coisas dele, aí o P.L. ia lá e batia nele pra ele parar com essas coisas de dizer que tava vendo um menino, de dizer que tava vendo um homem, que ele com seis anos ele já dizia que via esse homem que ele vê hoje, encapuzado, só que esse homem mandava ele matar as pessoas, ele manda ele matar as pessoas.

Nesse tipo de contexto nota-se uma incapacidade da família em orientar o adolescente para práticas que não sejam a da violência, denotando que o tratamento do CAPSi deve envolver todos os membros desse grupo para que novos modos de relacionamento sejam possíveis, para que todos possam se sentir acolhidos e respeitados e a família possa cumprir o seu papel de proteção e segurança.

A família, como copartícipe na produção do acervo de conhecimento da criança e do adolescente, deve valorizar os processos comunicativos, pois é na relação face a face onde o sujeito poderá compreender o outro, tipificando os seus semelhantes e a si mesmos. Por outro lado, a relação face a face também facilita a interpretação que os pais possam ter a respeito dos signos (que podem ser tanto eventos corporais, como um sorriso, quanto às

atividades de falar, andar, e etc.) que são utilizados pelos adolescentes, reconhecendo os seus diferentes estados de espírito e apreendendo o seu sistema de orientação (SCHUTZ, 2012a).

Os profissionais, nesse caso os enfermeiros, só irão conseguir trabalhar com a família através das relações face a face, as quais facilitarão as trocas de experiências e o conhecimento do vivido familiar da violência, para que as intervenções traçadas sejam significativas a fim de proporcionar mudanças de condutas.

Ao relacionar a violência com a convivência familiar, tentou-se demonstrar o quanto ela é importante para que os adolescentes construam *motivações para* a partir de *motivações porque* de relações amorosas, afetuosas, que sejam pautadas no respeito e na confiança, pois pelos relatos dos adolescentes desse estudo verificou-se que a família contribuiu para ações agressivas e para sentimentos negativos, podendo causar ou acrescentar mais sofrimento a vivência desse sujeito.

4.2.4 Adolescência, violência e tipificações

A tipificação é um conceito primordial para a fenomenologia social de Schutz, pois ao assumir que percebemos e vivenciamos o mundo da vida mediante tipos que nos foram repassados por outras pessoas, outras gerações, reconhece-se que parte da nossa consciência é compartilhada com o grupo e as nossas ações são interpretadas de acordo com as experiências de outros, contudo os tipos não impedem que diferentes significados sejam dados às experiências recorrentes vivenciadas pelo mesmo sujeito, porque mesmo que exista um sistema comum de tipificações não se pode excluir o caráter subjetivo da ação (SCHUTZ; LUCKMANN, 2009; SCHUTZ, 2012a).

Então, nessa categoria, pretendeu-se trazer os trechos das entrevistas que revelaram os sentimentos típicos que os adolescentes e os familiares atribuíram as vivências de violência, pois estes serão motivações para as ações dos mesmos. Nas falas de Eros e Zeus, eles revelam os sentimentos negativos a respeito de serem vítimas de *bullying*. Enquanto que Possêidon sentiu raiva em relação a ser expulso de sala de aula pelo professor.

Bem, eu me sinto com maior raiva, com muita raiva porque eu não tava fazendo nada na hora, eu não me envolvi em nada e aí, aí pronto eu saio de sala sem motivo algum, pra mim isso não é motivo pra sair de sala (Possêidon).

A vivência de *bullying* para esses adolescentes gerou sentimentos negativos. O *bullying*, como explanado anteriormente, é uma temática atual e vem sendo apontada por diversos autores como um dos fatores associados ao sofrimento psíquico, baixa autoestima e comportamentos agressivos, principalmente entre meninos (PIGOZI; MACHADO, 2015).

Embora Possêidon não tenha sofrido *bullying*, também associa o ambiente escolar a sentimentos ruins, esse tipo de acontecimento pode prejudicar o desenvolvimento escolar dos adolescentes, além de contribuir para a tipificação desses adolescentes como violentos e com a violência como comportamento aceitável nas relações face a face estabelecidas nesse espaço que é de educação.

Para outro adolescente do estudo a vivência de violência está associada a sentimentos típicos como raiva e revolta.

Assim, naquela época eu acho que eu era bem revoltada então..eu acho que no momento assim eu sentia raiva e ao mesmo tempo eu sentia a falta do carinho que elas não me davam, eu só tinha do meu pai, então eu acho que eu sentia mais a falta de carinho e no momento a raiva. /.../ Eu achava meio chato, porque às vezes era eu mesma que impedia essa convivência, mas ao mesmo tempo eu também queria a presença dela para ir ver as notas, na minha escola, pra conversar comigo, ou então não ser chamada na escola não só pelo fato de eu ter feito alguma besteira, eu queria que ela fosse à escola não por obrigação, mas como se gostasse de mim, às vezes eu sentia essa falta nela..e era chato isso. /.../ Era só mesmo a presença dela e quando eu comecei a vir pro CAPS foi que ela começou a ficar mais presente, a abrir a loja mais tarde, fechar mais cedo, pra ficar mais tempo comigo, mais antes era um pouquinho chato, ele não me dava muita atenção, e quando dava era pra brigar (Perséfone).

Nota-se nas falas de Perséfone que a falta de carinho e atenção da mãe e da irmã foram os *motivos porque* de sentimentos como raiva e revolta, chegando até a sentir que a sua mãe não gostasse dela, além de uma contradição entre como ela sentia essa ausência e agia como não se importasse. Para a mãe, o fato de a adolescente começar tratamento no CAPS foi o *motivo porque* de uma mudança de atitude.

Segundo Calligaris (2000) a adolescência vem a ser para a sociedade atual um desejo de um modo de viver que desafia as normas, uma saída para a estupefata vida dos adultos, portanto comportamentos, como rebeldia e revolta, atribuídos a esses sujeitos e reprimidos pelo conjunto social, são ao mesmo tempo tão esperados. Entretanto, quando o adolescente exerce seu “papel”, em geral, os pais/familiares não sabem como lidar, dificultando os laços familiares e favorecendo que o adolescente tipifique essa relação como causadora de sofrimento e de sentimentos confusos e negativos.

É importante, nesse sentido, que haja tolerância tanto dos pais como da sociedade para lidar com o adolescente. E também que a sociedade saiba o que esperar e o que cobrar do adolescente, para que este não se sinta perdido e desorientado justamente em um momento da vida em que seu acervo de conhecimento está se ampliando e suas relações face a face se dão cada vez mais com “estranhos”, do que com aqueles que ele conviveu durante toda a sua infância, podendo sofrer drásticas alterações no seu sistema de significatividades.

As tipificações são a herança cultural, é dada no sentido comum, no pré-lógico, onde os seres humanos se guiam por ações de seus semelhantes que aparentemente foram suficientes para garantir a sobrevivência da espécie e a manutenção do aparato social. Contudo, para que os tipos, a respeito de normas, objetos, leis, comportamentos aceitos e não aceitos, modos de se relacionar em determinados contextos e espaços, enfim, toda a forma de viver no mundo da vida só foi possível através da comunicação, esta por sua vez se dá por meio de signos (SCHUTZ; LUCKMANN, 2009; SCHUTZ, 2012a).

Os signos permitem que as informações cheguem a todos sem necessariamente precisar do estabelecimento de uma relação face a face, porém para que em uma relação face a face possa haver compreensão entre os indivíduos que a vivenciam, é preciso que se conheça e se perceba os signos utilizados pelos diversos atores (SCHUTZ, 2012a). Sendo que, o esquema interpretativo empregado para lidar com as experiências que o outro traz para uma relação-do-Nós ancora-se na situação biográfica e no sistema de relevâncias.

Dessa forma, ao tentar alcançar uma relação-do-Nós com o adolescente deve-se considerar seu sistema interpretativo sobre o mundo da vida, isso sendo possível mediante a comunicação interpessoal, pois é um processo que se dá em um presente vívido, permitindo que comunicador e ouvinte estejam conectados (SCHUTZ, 2012a).

Então, as tipificações que o adolescente tem sobre a violência que faz parte de seu acervo de conhecimento e seu sistema de relevâncias, também compõem um esquema de signos que o sujeito utiliza durante o processo comunicacional, dessa forma os familiares e os profissionais de saúde podem estar tentando apreender em uma relação-do-Nós os significados que os adolescentes atribuem à experiência da violência.

É interessante que a família não tipifique o adolescente sem considerar a sua subjetividade, pois algumas vezes o que esse sujeito quer é ser ouvido e sentir que está sendo compreendido, quando isso não ocorre de forma espontânea no ambiente familiar, pode causar situações como a de Perséfone. Vê-se, nesses casos, a oportunidade de os enfermeiros, dentro do relacionamento terapêutico, fazerem essa intermediação, promovendo em seu âmbito de cuidado o diálogo familiar, bem como utilizando de instrumentos, (TANNÚS et al., 2011) como o genograma e o ecomapa, para conhecer e identificar as relações existentes entre adolescente e família.

O abuso sexual é outro evento que pode tipificar a vivência familiar como nociva, difícil, bem como trazer sentimentos negativos e confusos para a vítima. Nos relatos abaixo Afrodite conta como a experiência desse tipo de violência a afetou.

Na verdade eu sentia nojo, eu sentia revolta, eu não sabia o que tava acontecendo porque eu era muito criança. /.../ à noite eu tinha pesadelo, eu ficava dormindo com meu cachorro, eu ficava com medo dele ter um ataque, tanto que o meu cachorro morreu do coração por causa disso. Eu ficava triste, porque eu não queria que ele falasse pra minha tia...porque eu tinha medo mais pela minha tia ficar com raiva de mim, não por ele, mais pela minha tia, porque eu amo muito minha tia, tanto que eu a escolhi pra ser minha madrinha, entendeu, aí eu não queria que ela ficasse triste comigo. /.../ Porque eu fiquei com medo é...de acontecer de novo com outros homens, entendeu, comigo, de outros homens fazerem isso comigo, entendeu, aí eu comecei a ficar com medo de homens, mas hoje eu não tenho mais medo, eu fiquei com medo até dos meus irmãos, dos meus primos, mas hoje tá tudo normal. /.../ Ah, meu pai ficou muito abalado, no dia que eu falei pra ele, ele saiu de moto muito rápido, ele voltou super tarde, eu fiquei muito preocupada, aí meu Deus foi o pior dia da minha vida. Eu fiquei triste porque eu queria que ela (referindo-se a mãe) ficasse do meu lado, que ele pagasse pelo que ele fez, porque isso ninguém faz, principalmente com uma criança e com um animal, porque um animal é como se fosse uma pessoa.

Percebe-se nas falas que as consequências que Afrodite vivenciou em relação ao abuso sexual sofrido é semelhante ao mostrado por estudos, que identificam que as vítimas tem sentimentos diversos em relação à situação, pois como usualmente os agressores são pessoas em que a vítima confia, respeita e tem afeto ela não sabe como agir, não consegue denunciar de imediato, tem medo e preocupação em magoar seus familiares, além de em certa parte se sentir culpada ou envergonha (BRASIL, 2009b; OLIVEIRA, 2015).

Portanto, a situação vivida pela adolescente é típica, pois corresponde ao que a literatura descreve, facilitando, de certo modo as intervenções em saúde, conquanto que não se deixe de lado a singularidade, o estabelecimento de vínculo através de uma relação face a face, visto que os sujeitos que sofrem abuso sexual podem se demonstrar mais desconfiados, e que a situação biográfica e o conhecimento a mão dos mesmos estejam em consonância com a terapêutica determinada.

É interessante trabalhar com esses adolescentes os seus *motivos para*, dado que a ocorrência de abuso sexual pode motivar uma repulsa ou, simplesmente, dificuldade em se relacionar de forma amorosa/sexual, tendo que a adolescência é justamente a idade em que esse tipo de relacionamento se inicia podendo essa experiência ser vivenciada de forma traumática ou tipificada como ruim/prejudicial.

O mundo da vida é posto perante o ator social, com as suas tipificações e sistemas de significatividades, no entanto o horizonte de escolha para agir “no” e “sobre” o cotidiano não é predeterminado, o sujeito tem a liberdade de decisão, lançando mão das suas características subjetivas para tanto (SCHUTZ, 2012a). Portanto, mesmo que Afrodite, a partir da violência sexual sofrida, tipifique todas as interações sexuais como potencialmente violentas, ela pode alterar suas interpretações a partir de novas experiências.

Para Ares, as tipificações a respeito do fenômeno da violência aparecem como autotipificações, uma pessoa que se vê como solitária, e de alguém que vê a realidade do mundo factual de outra ótica, o que Schutz coloca como os subuniversos dentro do cotidiano.

Eu me odeio, não gosto de ninguém. /.../ Eu odeio todo mundo, não gosto de mim, não gosto da minha mãe, não gosto de ninguém. Prefiro viver no meu mundo. Meu mundo é solitário, sem ninguém, se eu pudesse eu matava todo mundo...da face da terra./.../Só vou pra ele quando estou com raiva ou chateado, eu fico...sinto nada, solitário. É tipo uma porta num quarto, que não tem nada, tudo em branco. /.../ Meu mundo é sem ninguém, só que eu to deixando ele de mão. /.../ Não, deixo ele de lado, às vezes tem pessoas que vem falar comigo, às vezes tem pessoas que me chateiam, pode ser que eu volte pra ele. E sou trancado também. /.../ Eu sou um cara que não gosto de brincadeira de mau gosto e nem tirar onda com a cara dos outros, não bato nos outros /.../ também tem pessoas que ficam falando besteira de mim eu me zango e me tranco no meu mundo (Ares).

Ele não tem amizade com ninguém, ele é solitário, justamente, ele antes não vinha com vontade, mas agora ele vem pro CAPS, ele vem mas já é forçado, eu forço ele a vim, porque ele não quer vim, ele quer ficar trancado dentro de casa, isolado de todo mundo, ele é só dentro de casa, ele não sai de dentro de casa... (Margarida).

No caso de Ares ele tem um subuniverso que ele chama de “meu mundo”, é onde ele se refugia e também é uma forma de se proteger dos outros, e talvez, até de si mesmo. Esse mundo do qual ele fala serve como um aparato para se manter na solidão, visto que a vivência desse adolescente é marcada pela violência, autoinfligida e interpessoal, ele pode ter tipificado as relações intersubjetivas como perigosas, logo não precisam de investimentos.

Essa concepção de subuniversos do mundo da vida, de fato, não é original da fenomenologia social, contudo Schutz traz esse pensamento em sua teoria, a fim de enfatizar a necessidade de se compreender o sistema interpretativo que cada pessoa está utilizando, pois existem múltiplas realidades, como o mundo dos sentidos ou das coisas físicas, o mundo da ciência, o mundo sobrenatural, o mundo da loucura e das excentricidades, entre outros (SCHUTZ, 2012b).

Vale a pena investigar junto a esse adolescente, em uma situação de clínica, os seus *motivos porque* em relação a atitude de isolamento, e os seus *motivos para* no sentido de que se ele visualiza em seus projetos futuros outras formas de lidar com a realidade e com as relações intersubjetivas, apesar de que em um dos trechos acima ele já demonstra uma vontade de ‘abrir mão’ desse seu mundo.

Notou-se que o adolescentes tem várias tipificações a respeito das diferentes experiências de violência vividas. Essas tipificações alteram o modo do adolescente ver e agir no mundo da vida, podendo corroborar com condutas agressivas, irresponsáveis, com sentimentos negativos e assim causar sofrimento, isolamento, e condutas que desafiem as normas estabelecidas.

Tendo essa noção de que as formas de ‘ser no mundo’ dos adolescentes não é predeterminada por características de um grupo, mas sim por sujeitos que experienciam o mundo de acordo com a sua subjetividade, que tem seu próprio esquema interpretativo da realidade, é possível promover práticas em saúde mental que não enquadrem os adolescentes atendidos em tipos.

Dessa maneira, há chances se prestar um cuidado que valorize as situações biográficas e o acervo de conhecimento dos sujeitos, fortalecendo a formação de vínculo com o serviço de saúde e as trocas de *motivações*. Na clínica de enfermagem, trabalhar com as tipificações trazidas tanto pelos adolescentes, quanto pelos seus familiares, pode proporcionar o estabelecimento de um plano terapêutico mais condizente com a realidade desses sujeitos e, assim, favorecer mudanças concretas de atitudes e/ou ressignificação da vivência de violência.

4.2.5 Sofrimento psíquico e violência

Ainda hoje as pessoas que tem diagnósticos de transtorno mental, ou que estão passando por sofrimento psíquico e são acompanhados no CAPS, sofrem preconceito, discriminação, pois são tipificados de acordo com o que se produziu no senso comum a respeito da loucura. Assim, esses indivíduos são tidos como agressivos, sendo por isso uma ameaça a boa convivência social.

Logo, a intenção dessa categoria sobre sofrimento psíquico e violência não é buscar uma relação entre elas no sentido de causa e efeito, mas sim de desvelar as suas diferentes formas de se apresentar e se interligar no cotidiano. Ressaltando, que a situação de sofrimento psíquico, às vezes, pode provocar uma exacerbação de comportamentos violentos, porém isso não deve ser visto como uma regra, como uma tipificação, uma vez que se deve considerar a situação biográfica de cada um.

Uma cabeça grudada na parede e o corpo caia no chão. /.../ Mas quando eu tava assim eu saia batendo em todo mundo ((falando de quando tinha alucinações quando era criança)) (Ares).

Foi por causa disso, por causa do abuso que me abalou muito e eu comecei a ficar trancada dentro do quarto no escuro. /.../ Mexeu muito com a minha cabeça, muito mesmo. /.../ não querer mais sair, não querer mais estudar, também eu comecei a namorar com 13 anos de idade, aí passei só dois meses namorando, foi o rapaz que eu dei o primeiro beijo, então depois que ele terminou comigo me abalou muito, porque quando a gente namora um rapaz aí dá o primeiro beijo a gente nunca esquece /.../ aí eu deixei de estudar, deixei de sair, ficava só trancada no escuro, mexendo no computador, não dormia, não comia, eu era seca, seca, seca, pesava 43kg, aí minha vida tinha acabado /.../, eu não fazia nada, aí foi que eu comecei o tratamento no CAPS./.../ porque eu não queria briga na família, aí eu não queria que a minha tia ficasse com raiva de mim porque eu amo muito ela, não queria que acontecesse nada de tristeza na família entendeu, porque eu sou meio doente, sabe

assim/eu tenho transtorno bipolar, aí eu não queria que acontecesse nada entendeu (Afrodite).

As falas desses dois adolescentes revelam faces diferentes da relação entre sofrimento psíquico e violência. No relato de Ares, na vivência de seu subuniverso da realidade, que é o de suas alucinações, ele presencia cenas de violência que podem ser traumáticas, visto que ele as apresenta desde criança. Já para Afrodite, há correlação entre os dois fenômenos, pois a vivência de violência contribui para o desenvolvimento de sofrimento psíquico.

Então, no caso de Ares é preciso compreender seu sistema interpretativo da realidade, porquanto que a violência existe também fora do mundo factual vivido pelas outras pessoas. Conseqüentemente, as *motivações porque e para* desse adolescente estarão também ancoradas nesse subuniverso.

Mesmo que a vivência do mundo da vida pela criança não seja a mesmo do adulto, é nos primeiros anos de vida que boa parte das experiências sedimentadas por gerações e gerações são repassadas para esse ser, assim, ele utiliza desse acervo de conhecimento para compreender os objetos inanimados, os papéis sociais, as formas de agir nas relações face a face, entre outras coisas, além disso, começa a formar o seu próprio sistemas interpretativo a partir das suas performances sociais (SCHUTZ; LUCKMANN, 2009; SCHUTZ, 2012a).

Essa constatação da agressividade que parte do adolescente e não de uma violência que é praticada contra ele é desassistida pelas políticas de saúde, lógico isso se deve ao grande número de adolescentes vítimas de violência e de eles serem considerados como vulneráveis, mas ao mesmo tempo deixa espaço para a falta de ações sistematizadas e organizadas diante da violência que o adolescente em sofrimento psíquico pratica, acabando essa problemática esbarrando no campo judiciário.

Quando há a intervenção da justiça em um assunto que se sanaria no setor da saúde, corre-se um risco de se voltar a antigas formas de lidar com o sofrimento psíquico, quando os órgãos de polícia eram os mais responsáveis pelas internações de crianças e adolescentes, e mesmo atualmente há uma tendência de se justificar o uso de uma medida socioeducativa para adolescentes através de diagnósticos de transtornos mentais que ofereçam “perigo” para a sociedade, além de não se prestar atenção em saúde mental para adolescentes que já se encontram em cumprimento de tais medidas (ROSA; VICENTIN, 2010; SILVA, et al., 2008).

Tardif, Pascuzzo e Costa (2015) em estudo de reflexão sobre adolescentes que cometeram abuso sexual argumentam que em geral esses sujeitos vivenciam algum tipo de violência na infância, foram vítimas de abuso sexual, sentem-se desamparados e desprotegidos e acabam assumindo esse comportamento de abusar do outro como uma forma de estabelecer poder, advém de famílias que não sabem lidar com a questão da sexualidade, expondo a criança/adolescente a situações sexuais traumáticas, ou reprimindo de forma absurda, gerando comportamentos sexuais patológicos.

O acervo de conhecimento é organizado na consciência em zonas de relevâncias, contudo existem no cotidiano situações em que o sujeito volta sua atenção de forma volitiva, guiado pela sua zona de relevância primária, e outras situações que são impostas para os sujeitos, dessa forma as suas zonas de relevância se articulam para dar conta de uma situação que até então não era uma “prioridade” (SCHUTZ, 2012a).

Sendo assim, o acervo de conhecimento do adolescente vítima de violência pode favorecer para que suas zonas de relevância se orientem por essa vivência, voltando-se para ela, não por vontade, mas pelo imperativo de que a violência tenha sido uma experiência traumática e de grande significado na vida desse sujeito. Nesse sentido, as reações do adolescente diante desse fenômeno podem ser de várias formas, pois a violência como uma conduta no mundo da vida, até dado momento, não fazia parte de seus projetos/planos.

Há necessidade de mesmo quando o adolescente é o agente de algum ato violento de se conhecer a sua situação biográfica para trabalhar as suas *motivações porque*, dado que a vivência de violência desde a infância pode repercutir na adolescência de modo negativo e danoso. Nessa perspectiva, é que a atenção para esse fenômeno na vida de sujeitos em sofrimento psíquico não pode ser restrita nem a posição de vítima e muito menos a de agressor.

As falas a seguir corroboram o exposto e discutido até esse momento. Apenas Margarida e Angélica relatam práticas de violência na vida dos adolescentes que se coadunam com o sofrimento psíquico dos mesmos.

O Ares, ele começou com uns quatro a cinco anos, eu não lembro muito bem mais, ele começou com visões, ele via pessoas e ouvia pessoas, essas pessoas mandavam ele se cortar, ele se cortava, mandavam ele bater com a cabeça na parede até ele sangrar, ele só vivia com a testa toda sangrada./.../ Ele fica dentro de casa, mas é querendo quebrar as coisas, é querendo bater nos irmãos, é se mutilando, ele só quer estar sozinho, mas ele não consegue parar de bater nas pessoas, ele mesmo diz que é mais forte do que ele./.../ Ele se sente mal, ele diz que não quer fazer aquilo, é só o impulso, ele diz que não quer fazer aquilo, não quer bater no menino (Margarida).

Ansioso...eu também sou ansiosa, mas a ansiedade dele ele diz que fica nervoso, agitado.. eu não sei. /.../ Mulher na verdade eu vou te dizer uma coisa eu vivo, assim, esperando que um dia ele vá se conscientizando mais, eu sei que ele é nervoso, mas

para ver se ele se controla mais e toma o mínimo necessário, porque remédio para ele age totalmente diferente do que a gente espera, eu não sei nem o que dizer, nem o que fazer (Angélica).

O caso de Ares é um pouco mais severo, ele tem diagnóstico de esquizofrenia desde a infância, sempre com inúmeras alucinações de cunho violento, além de ter uma dinâmica familiar pouco favorável a mantê-lo calmo. A esquizofrenia, é um dos adoecimentos mentais que mais gera sobrecarga para a família, devido a sua cronicidade, e a oscilação entre sintomas negativos e positivos, que podem dificultar as interações sociais dos pacientes, bem como o estabelecimento de rotinas e de estabilidade financeira (HANSEN et al., 2014).

Vilhena e Prado (2015) discutem a questão da automutilação entre jovens como algo cada vez mais comum na clínica em saúde mental, e a tomam como falta de simbolização, caracterizando-se para a psicanálise como um sintoma, portanto apontando para algo que o próprio sujeito pode desconhecer e que será revelado através da escuta. Ainda, eles fazem ligação desse ato com as cobranças impostas sobre a adolescência na sociedade contemporânea.

As vivências no mundo da vida factual só são possíveis porque existe um corpo material, que se projeta externamente ao fluxo de consciência e que é perceptível pelos outros. Assim, nas interações intersubjetivas os corpos são também signos para os sujeitos, sendo um campo de expressões das experiências do ator social. Dentro de um contexto de significatividades é importante que se consiga decifrar ou distinguir o que determinada ação, gesto, semblante facial quer revelar (SCHUTZ, 2012a).

A questão da automutilação pode ser assinalada também pelas *motivações*, porque o sujeito ao efetuar a ação, desconhece o seu *motivo porque*, ela aparece apenas como uma *motivação para*, sendo esta subjetiva, porque há projeção sobre a ação que vai ocorrer que só é conhecida pelo próprio ator, enquanto que os *motivos porque*, como uma categoria objetiva, permanece oculto, ou inacessível em tempo presente, visto que só se reflete sobre determinada ação em tempo pretérito.

Em relação à Possêidon, Angélica não associa o comportamento violento dele com o sofrimento psíquico vivido, é algo que ela espera que vá se transformando de acordo com o amadurecimento do adolescente, como em um processo natural, enquanto enxerga a necessidade de tratamento medicamentoso para os sintomas da ansiedade.

A atitude natural em que se encontra o ator social é orientada pelo conhecimento de que um dia ele morrerá e que teme a morte. Para a fenomenologia social, esse sentimento, que recebe a denominação de ansiedade fundamental, é responsável pelos outros, como as

esperanças e os temores, impulsionando ao homem a superar e dominar as adversidades no mundo da vida cotidiana (SCHUTZ, 2008).

Nessa lógica, os enfermeiros ao investigarem de onde vem essa ansiedade do adolescente, visto que, segundo Schutz (2008), a mesma é necessária para a manutenção da vida, podem examinar em que ponto da situação biográfica do sujeito ela se transformou em algo que causa sofrimento e quais são as suas *motivações porque*.

Nessa subcategoria a vivência de sofrimento psíquico apresentou-se de forma particular para os sujeitos do estudo, causando diferentes reações tanto nos adolescentes, quanto nos familiares, de tal modo que o sofrimento psíquico que se apresenta em determinados momentos da vida não pode ser desvinculado da situação biográfica dos sujeitos. Dessa maneira, não se deve alimentar tipificações a respeito do sofrimento psíquico tendo associação direta com atitudes violentas, principalmente em serviços de saúde mental.

5.3 HISTÓRIA DE ARES: INTERFACES ENTRE SOFRIMENTO PSÍQUICO E VIOLÊNCIA

Nos dois encontros em que se teve a oportunidade de estabelecer uma relação face a face com Ares, a pesquisadora tentou se desfazer dos prejuízos e preconceitos que poderia já ter formulado sobre o adolescente devido os comentários que ouviu sobre o mesmo. No primeiro encontro, apesar de aceitar ser entrevistado, Ares falou pouco, pareceu meio irritado, ficou o tempo todo montando e desmontando um boneco, sempre com respostas curtas, utilizou muito a palavra normal, meio que em um tom de indiferença concernente ao teor das perguntas que lhes eram direcionadas, no meio da entrevista lhe foi oferecido papel e caneta e ele escreveu “doido e idiota”. Quando a entrevista terminou a pesquisadora perguntou se ele aceitaria falar novamente com ela e o mesmo disse que não falaria mais.

Passada umas semanas, se deu um novo encontro, ao ver a pesquisadora conversando com a sua mãe o adolescente se ofereceu voluntariamente para ser entrevistado. Nesse dia pareceu estar contente, mais satisfeito, tinha voltado a frequentar a escola, até chegou a relatar um momento de brincadeira com um colega da escola, as alucinações tinham diminuído, e deu até respostas mais longas ao que lhe fora perguntado.

Com a mãe de Ares, Margarida, as entrevistas aconteceram em três encontros, ela sempre muito solícita, contou sobre a história de Ares, falou sobre os outros filhos e um pouco sobre si mesma. No último encontro com Margarida, Ares chegou no final da entrevista, mas não estava conseguindo falar muito devido a uma inflamação na garganta e

também, evitou-se entrevistá-lo porque sua mãe já havia relatado que o quadro dele tinha voltado a piorar, ele estava com alucinações e tinha acontecido uma briga entre eles dois, na qual Ares tinha tentado enfiar uma faca em si outra vez.

Ares frequenta o CAPS pelo menos duas vezes por semana, fazendo acompanhamento tanto individual como em grupo e recebe visitas domiciliares. Margarida, durante uma de suas entrevistas conta um pouco sobre o seu transtorno mental e que também tem diagnóstico de esquizofrenia, sendo tratada pelo CAPS geral. Relatando, inclusive, que seu adoecimento teve origem na adolescência, e que ela foi vítima de violência na escola e posteriormente pelo marido, pai de Ares.

Ares tem dois irmãos, o mais velho e ele são filhos do mesmo pai e o mais novo é fruto de outro casamento da mãe. A relação entre os irmãos é bastante conflituosa. O irmão mais velho tem diagnóstico de transtorno bipolar, segundo informações dadas por Margarida, e fazia tratamento também no CAPSi. Atualmente, ele não está dando continuidade ao tratamento porque disse que as medicações estavam alterando o seu corpo, o deixando com traços femininos. Bem como, ele diz que é perfeito, dessa forma não necessita de nenhuma ajuda. O mais novo é o que, em geral, é agredido por Ares, ele também começou tratamento no CAPSi por causa de alucinações. Em relação ao pai, Ares não tem nenhum contato e nem teve convivência.

A mãe dele, Margarida, assim se expressa:

Ele sempre chegava bêbado, batia no outro irmão dele, batia muito na gente, quando era no outro dia ele dizia que não se lembrava de nada, ele batia na gente e no outro dia ele dizia – eu não lembro disso não – eu deixava passar, nisso eu vivi com ele cinco anos, passei cinco anos com ele, aí quando eu vi que não aguentava mais de tanto apanhar dele, eu peguei e o deixei.

O Ares quando veio nascer ele passou só um ano comigo, aí ele viu que o Ares tinha vários problemas, nasceu com vários problemas, aí ele viu que o Ares dava muito trabalho aí ele – fica aí com os teus dois que não dá pra mim – e foi embora, até hoje.

Percebe-se que a história de vida de Ares desde o começo é marcada pela violência, pelo abandono, pela doença mental, por uma constituição familiar uniparental, que não demonstra que a família é disfuncional, mas que perde uma figura que poderia servir de mais um apoio para o desenvolvimento de seus membros.

A família é apontada por alguns estudos (BENETTI, 2010 et al., 2010; GAUY; ROCHA, 2014; PINTO, 2014) como sendo um fator de risco, tanto como um fator de proteção para o sofrimento psíquico. Pode-se pensar que a configuração familiar de Ares não agiu como um fator de proteção para o seu adoecimento, embora a esquizofrenia tenha alguma carga genética como causa, o ambiente, a vivência de traumas, perdas e situações

estressoras são fatores precipitante para o desencadeamento da primeira crise (NOTO; BRESSAN, 2012). É claro que mesmo assim não se deve colocar de lado a capacidade de resiliência de cada um e o caráter subjetivo do adoecimento mental.

Visto que a situação biográfica de cada sujeito é única, mesmo que seja composta dentro de um horizonte de tipificações e significatividades. Assim, apesar da família tecer influências para a estruturação do acervo de conhecimento, as ações dos sujeitos serão vividas de acordo com os significados que eles atribuirão a elas (SCHUTZ, 2012a).

Dessa forma, tem-se que o sofrimento psíquico está relacionado com a situação biográfica dos sujeitos e esta, por sua vez, preenchida com as experiências no mundo da vida dos atores sociais. Nesse caso a violência aparecendo como fenômeno do vivido pode realmente ser vista como precursora de adoecimento mental e servir como *motivos porque* de atitudes agressivas.

A violência, na teoria de Schutz, pode se dá também de forma simbólica, visto que a intersubjetividade só é possível nas relações face a face, que é onde se dá o processo comunicativo que é permeado de símbolos, marcas e signos (SCHUTZ, 2012a). Uma vez que, o sistema interpretativo de Ares a respeito da realidade pode está ligado ou atravessado pelas suas vivências de violência que irão orientar as suas tipificações a respeito das situações que ocorrem no cotidiano e conseqüentemente seu sistema de relevância, para um agir que tem como base a violência.

O modo como somos tratados por nossos semelhantes, tem muita influência na forma que agimos, para a criança, a opinião, as crenças e os valores repassados pela família são os mais significantes, na adolescência isso vai mudando um pouco, mas as vivências familiares durante a infância vão marcar profundamente a forma de o adolescente ver e se relacionar com a sua família. Logo, é importante saber, mesmo com pacientes jovens, o que os pais pensavam, sentiam e transmitiam para esses sujeitos, como foi a história de seu nascimento e criação dada durante os primeiros anos de vida.

...quando ele nasceu, ele nasceu com cinco tumores na cabeça, ele passou cinco dias/desde quando ele nasceu que ele dá trabalho, eu tive ele, eu tive problema no meu parto, ele quando foi com cinco dias de nascido saiu cinco tumores na cabeça dele, ele tinha muita febre, mas ele andou direitinho, ele falou direitinho, mas ele só vivia doente, desde quando ele nasceu que ele só traz doença perto dele, é doença por cima de doença. Uma pessoa não podia ter uma gripe do outro lado da rua que ele já tava pegando, se tivesse uma pneumonia ele já tava pegando também, ele tinha um/como é que chama imunidade? Imunidade baixa, pois é, o Ares é um dos meus filhos que eu tenho pena dele, porque ele sofreu/desde o nascimento que ele sofre, ele teve, ele tem, febre reumatismo. Ele tomou benzetacil de cinco anos até os nove anos, aí elas pararam para ver se ele melhorava, agora vão fazer o tratamento tudo de novo porque ele sente dores nos ossos /.../ ele sente muita dor nos ossos, muita dor/tem dias que se você pegar aqui nele, ele já começa a chorar, porque ele sente

dor nos ossos. Fora esses problemas que ele tem, mas ele sofre muito, eu tenho muita pena dele porque ele sofre demais, ele sofre com essa doença dele...

É relevante saber em que conjuntura familiar nascemos e quais são as tipificações e motivações dos pais/familiares. No relato, destaca-se que Margarida dá ênfase para o fato de o filho já ter nascido doente, levando a reflexão de que suas *motivações para* estiveram e estarão ancoradas na cura e na “pena” que ele sente de Ares.

Há no relato a doença como um mal, como algo “mágico” que o sujeito atrai para si, mostrando que a concepção de doença que Margarida tem não considera os determinantes sociais e as características subjetivas de Ares, misturando doenças “físicas” que tem etiologia e fisiopatologia bem descritas, com o que ela chama de “problemas”, se referindo ao diagnóstico de esquizofrenia do adolescente, que é um adoecimento que não tem cura e que necessita não apenas de acompanhamento medicamentoso, mas sim de uma série de intervenções psicossociais para que possa se promover a cidadania e o bem-estar dos sujeitos.

No próximo trecho, demonstra-se com mais clareza essa ideia, tão presente no senso comum, de não ver o sofrimento psíquico como uma demanda de serviços de saúde, mas sim como algo que pode ser curado de forma milagrosa.

Eu ficava horrorizada, não fazia nada, eu só chorava, eu não sabia o que fazer por ele, eu não sabia que isso era uma doença, eu não sabia. Eu vim pro CAPS depois que eu levei ele pro posto e falei a situação dele no posto, porque eu não sabia mais o que fazer /.../ só nunca levei ele pro macumbeiro. Macumba eu nunca levei, mas para o espiritismo, para a lei evangélica, para a lei do /.../centro espírita, cheguei a levar ele pra casas de orações, eu levei ele pra muita igreja, muitas, muitas mesmo, mas ninguém dava jeito nele. Aí ele interou cinco anos foi que ele deu uma crise muito forte, porque ele estava vendo esse homem e esse homem mandava ele cortar o pescoço.

A esquizofrenia em crianças é realmente bem difícil de lidar e de se identificar, e tem um prognóstico ruim quando não é devidamente tratada. A demora em buscar tratamento piora a condição do sujeito, podendo gerar danos para o seu conviver em sociedade, bem como comorbidades. Embora, na criança, como no adulto, a esquizofrenia se dê através de sintomas positivos, alucinações, delírios, e de sintomas negativos, avolição, apatia, embotamento afetivo, ela se apresenta de forma inespecífica na infância, por isso, talvez, muitas crianças demorem a ser levadas a algum serviço de saúde mental (NOTO; BRESSAN, 2012).

Nesse sentido, Margarida interpretou as ações do filho a partir do que ela possuía em seu mundo intersubjetivo para compreendê-lo, posto que o acervo de conhecimento é estabelecido e aprovado pelo conjunto social, por representar experiências vividas que fazem

com que a realidade factual não seja completamente desconhecido e desprovido de antecipação (SCHUTZ, 2008, 2012a).

Sendo congruente, com o pensamento no campo da saúde mental, principalmente, com crianças e adolescentes, em que os pais têm a ideia da cura, da doença mental como algo que pode ser tratado somente com psicofármacos, isso se deve a pensamentos tipificados pelas antigas práticas psiquiátricas, de que a loucura precisava ser aprisionada e submetida a qualquer espécie de tratamento, por mais doloroso e desumano que fosse, para que o sujeito pudesse ser normal novamente. Impera aí uma lógica normativa, pautada na patologia como algo que necessita ser retirada a fim de restabelecer novamente o bom funcionamento fisiológico do organismo (CANGUILHEM, 2002; PEREIRA; COSTA-ROSA, 2012).

Em contrapartida, o que se pensa de uma Atenção Psicossocial é que se permita aos sujeitos em sofrimento psíquico, exercer seus direitos de cidadão, significar essa experiência, e promover um tratamento que tenha como foco não à patologia, mas o sujeito, a sua fala, a promoção de laços dentro do seu território, a vivência pacífica e autêntica em sociedade (PEREIRA; COSTA-ROSA, 2012; PINHEIRO; AGUIAR; MENDES, 2008).

Para tanto, a clínica nos CAPSi deve possibilitar que os adolescentes sejam atendidos em sua singularidade, sendo necessário que os profissionais conheçam as situações biográficas dos diferentes sujeitos, percebendo como a violência pode estar presente na vida deles, pois como ela emerge e se dá nas relações intersubjetivas, em geral, existindo na vida pessoa desde a infância, é preciso que se compreenda de quais formas ela se manifestou no cotidiano de cada indivíduo.

O enfermeiro, fazendo parte do corpo de profissionais que prestam assistência ao adolescente em sofrimento psíquico no CAPSi, pode lançar mão da teoria de Schutz, para prestar um cuidado clínico. Enxerga-se no estabelecimento de uma relação-do-Nós, entre adolescente e enfermeiro, uma possibilidade de alteração e trocas de *motivações*, onde as intervenções de enfermagem estarão voltadas para a ampliação do acervo de conhecimento dos sujeitos envolvidos nessa interação.

Visto que, quando se está em uma interação social, a priori, se vê o outro por um horizonte de tipificações, é necessário que o enfermeiro saiba os *motivos porque e para* dos adolescentes, pois só é possível apreender os significados em que estão amparadas as ações dos sujeitos no mundo da vida a partir do entendimento sobre o esquema interpretativo em que elas estão ancoradas (SCHUTZ, 2012a).

Além disso, no contexto da saúde mental as comunicações interpessoais orais são as mais valorizadas e onde se dá a maior parte das intervenções. Sendo assim, o enfermeiro

encontra como base na obra de Schutz a comunicação interpessoal oral para que possa transmitir as ideias, experiências e tipificações do seu fluxo de consciência para o adolescente, enquanto este pode absorver esse fluxo em um presente vívido, podendo alterar as suas zonas de relevâncias e aprender com as experiências e tipificações do enfermeiro (SCHUTZ, 2012a).

Para exemplificar, ilustra-se com a fala seguinte, em que a mãe de Ares revela que desde tenra idade o mesmo já agia de forma violenta.

Não, ele batia nas outras crianças, ele mordida, mordida mesmo que ficava os dentes todos nas outras crianças, ele pegava aquelas crianças menores do que ele /.../ beliscava, jogava cadeira no chão, ele nunca foi calmo, nunca, ele sempre foi agressivo, sempre foi desse jeito, toda vida ele foi desse jeito, eu acho até que ele deu uma melhorada, esse ano ele deu uma boa melhorada, esse ano ele tá é melhor (Margarida).

Ações agressivas no comportamento de crianças pequenas são comuns, na falta do pensamento abstrato (SADOCK; SADOCK, 2007), elas tendem a utilizar a força física para fazer valer a sua vontade, com o passar do tempo, e um ambiente adequado, é que elas vão começar a utilizar outras formas de negociação para resolver os impasses nas relações face a face.

Contudo, na vida de Ares essa conduta agressiva acaba por se transformar no seu tipo vivido, a sua situação biográfica é marcada por experiências de violência, por um ambiente familiar permissivo, por falta de experiência da mãe para lidar com a situação e por ela mesma ter que lidar com o próprio adoecimento mental.

E não é só ele, porque eu também faço tratamento para esquizofrenia, mas aí tanto eles fazem tratamento, como eu faço, mas tem dia que eu fico só sentada, chorando vendo eles um bater no outro, e não faço nada, tem dia que eu não sei o que fazer com eles três, porque são todos três agressivos e aí eu falo com eles, mas não adianta, isso me perturba. /.../ Eu não dizia nada, porque eu não entendia, eu não entendo também, e para falar a verdade eu também vejo, tá entendendo, eu também vejo, eu fico é com medo também, hoje que eu to na igreja evangélica eles dizem que isso é coisa do diabo, eles dizem que isso é coisa do diabo, aí a gente ora, quando eu to vendo essas coisas e ele também aí eu chamo ele pra orar, a gente ora, a gente canta louvor, pra afastar essas coisas da gente, eu boto a música bem baixinho com música dos louvores, aí a gente começa a esquecer mais essas coisas. /.../ Esse mês eu fui para o hospital mental de Messejana, tomei medicação, fora as que eu já tomo, tomei mais medicação para ver se eu me controlo, se eu me acalmo, mas eles não deixam que eu me acalme, e a minha luta não é só aqui, é no CAPS geral, então na minha casa é muito remédio, aí eu já pego os remédios deles tudo assim ó tudo dentro dos envelopes e os meus também, /.../ aí dá só o do dia e tomar, aí quando é toda terça-feira eu venho pegar e toda sexta-feira eu vou pegar o meu lá no CAPS geral (Margarida).

Então, é uma família em que a violência tornou-se a forma de se relacionar, mostrando um contexto bastante complexo para a atuação da equipe do CAPSi, pois demonstra uma dependência, principalmente porque é só a mãe, que tem diagnóstico de

transtorno mental, para se responsabilizar cotidianamente por mais três filhos que também tem adoecimento mental.

Nesse ensejo, cabe discutir qual é o verdadeiro papel da família no cuidado dos sujeitos em sofrimento psíquico, visto que a mesma foi excluída durante muito tempo desse cuidado e hoje é convocada e responsabilizada por seus entes em sofrimento psíquico, sem que os serviços busquem, verdadeiramente, compreender qual o tipo vivido daquela família, qual é o seu conhecimento a mão a respeito da loucura.

O que se pode apreender é que apesar da proposta de desinstitucionalização, em que a loucura, alvo de estigma, sede aos poucos espaço para a doença mental e o sofrimento psíquico humano, estes ainda são vistos através da lente da razão sobre a desrazão. Conforme Basaglia (2010, p. 261) “as definições dadas para a loucura inscrevem-se no mundo mágico, religioso, ritualístico de que está impregnada a cultura, que a engloba, assim como engloba a miséria, na totalidade dos fenômenos humanos naturais/sobrenaturais.”

Dessa maneira, o sofrimento psíquico, como a violência, se confundem com a pobreza e a miséria, formando uma só voz, isso repercutindo no tratamento em que essas pessoas recebem em relação a sua saúde mental, e também na forma como buscam tratar e se livrar de mais um “problema” que é o adoecimento mental, recorrendo para práticas que correspondem ao subuniverso do sobrenatural, como coloca Schutz (2012b), em detrimento do da ciência, pois o primeiro propõe medidas milagrosas e definitivas.

Em relação ao início do sofrimento psíquico de Ares, segue uma sequencia de relatos de Margarida demonstrando que, desde o começo, há uma articulação entre sofrimento psíquico e violência. Destaca-se também uma fala do adolescente se referindo a sua a sua infância:

Tinha três tumores, via coisa (Ares).

Ele tinha uns dois anos, ele dizia que tava brincando com outra criança e não tinha ninguém /.../ aí ele brincava com essa criança que ele dizia que via, mas tinha outra criança que era com a boca costurada, que ele tinha muito medo, dessa outra criança, essa outra criança ele dizia que ela beliscava ele, que ela puxava o cabelo dele, aí ele começava a jogar pedra, o que ele pegasse, copo, prato, ele começava a jogar no que ele via. /.../ Isso ele com quatro ou cinco anos, ele chorava muito porque ele dizia que via um homem, e esse homem dava areia pra ele comer e ele comia, ele comia areia, com seis anos ele chegou a comer fezes, porque ele dizia que este homem mandava /.../ eu chegava até a bater na boca dele pra ele não fazer mais isso /.../. Este homem mandava ele cortar o pescoço, aí ele começou a bater a cabeça na parede, batia, batia, batia, a gente segurava ele, chegamos uma época de querer amarrá-lo, porque ele se automutilava /.../ ele dava socos, muitos socos nos olhos, chega os olhos dele ficavam roxos, ele socava a cara /.../.

A partir dos cinco anos, aí ele começou a ficar agressivo /.../aí teve um dia que, quando ele completou seis anos, ele pegou uma faca e enfiou no peito do P.L. (irmão mais velho), o P.L. tava dormindo quando ele enfiou a faca no peito do P.L., só não transpassou porque era aquela faca de mesa que não tem ponta, mas se fosse uma

faca de ponta, ainda feriu ele porque ele, com a força que ele tinha ele largou no peito do P.L., eu bati nele nesse dia, eu bati bastante nele, pra ele nunca mais fazer isso e aí ele – foi o homem que mandou –, aí eu digo – que homem? –, ele – ta aí o homem –.

O CAPS era lá perto do Albert Sabin, aí eles começaram a se tratar lá, aí desde então ele se tratava, como é que eu posso te dizer, ele não melhorava muito não, ele sempre via esse homem, ele passava a noite em claro, chorando, às vezes ele se urinava todinho, chorava muito, chorava muito – mamãe tira ele daqui, tira ele daqui, ele tá falando na minha cabeça, ele tá falando na minha cabeça – , e eu não sabia o que fazer mais, dava as medicações, mas não sabia o que fazer, até que agora mudaram a medicação dele para Olanzapina, ele tomava Risperidona, aí ele deixou de ver, mas não deixou de ouvir, ele ouvia ainda o homem falar, aí às vezes ele via boneca espetada, às vezes eu ia com ele numa mercearia, aí ele gritava – mãe, olha ali, olha ali uma boneca espetada olhando pra mim – eu não via o que ele via, aí ele corria, voltava pra casa e ficava suado, falando coisa sem noção, era olhando de um lado pro outro, de um lado pro outro, e eu não sabia o que fazer, cheguei a levar ele para o hospital de messejana, ele tomou uma injeção lá, aí eles disseram que ele tinha esquizofrenia. /.../7 a 8 anos, aí disseram que ele tinha esquizofrenia, aí eu nem liguei não pra isso não, sabia nem o que era, aí trouxe ele para casa, aí ele ficou um bom tempo/só que ele é muito agressivo, ele é extremamente agressivo ele dizia que via as coisas, que ainda via essa boneca, que via gente morta, ele dizia pra ele – eu vejo gente morta e isso me perturba /.../.

Não, a gente só prendia as mãos dele pra ele parar de se machucar, é como hoje, hoje em dia ele ainda se corta, ele diz, quando a gente pergunta o porquê ele faz isso, ele diz que é porque dá alívio, hoje ele já diz que dá um alívio vê ele sangrar. Hoje em dia eu tenho medo do quê, tenho medo dele fazer isso com outras pessoas, dele se sentir tão aliviado disso, de ver sangrando, de ver aquilo ali...ele diz que tá aliviado. E se ele fizer isso com alguém? (Margarida).

Das falas, compreende-se que Ares, ao ser tomado pelas alucinações, quando criança, não conseguia discernir entre os subuniversos da realidade, assim as suas atitudes agressivas que intentavam combater ou impedir essas experiências, que eram só dele, acabaram repercutindo na sua forma de lidar com as demais situações no mundo da vida.

O problema está que ao lidar com as experiências no mundo da vida de acordo com um sistema interpretativo da realidade que é só seu isso irá causar uma falta de compreensão das outras pessoas sobre as suas atitudes, como Margarida mesma diz que batia nele diante de um comportamento que é considerado “anormal”, como ele comer fezes. Contudo, Ares tinha alguém, mesmo que esse alguém fosse da sua alucinação, que lhe mandava comer fezes, então porque não comer? Dessa forma, vê-se que ele começa a ter outras influências a respeito de como agir em atitude natural, gerando tipificações que não são compartilhadas ou ancoradas no seu grupo social, que nesse momento é a sua família.

De tal modo, vê-se que no caso de Ares é necessário que se conheça o teor das suas alucinações para compreender as suas ações, pois ele vive as suas experiências e relações face a face em realidades múltiplas, tendo que lidar e agir perante elas, portanto sua situação biográfica e seu conhecimento a mão são compostos por vivências que ultrapassam o mundo factual.

Para exemplificar, em uma das entrevistas do adolescente ele relata que já conversou com o Diabo, ou seja, em seu consciente essa experiência foi significativa, ele revela essa “relação face a face” quando a pesquisadora pergunta sobre as tentativas de suicídio, em que ele afirma que foi “normal” esse diálogo:

Normal, eu fiquei conversando com ele, aí foi assim que eu decidi me jogar embaixo de um carro. /.../ Ele que me disse. Se eu me jogasse embaixo de um carro eu iria morar com ele (Ares).

Esse relato de Ares diverge da literatura que aponta que a tentativa de suicídio na adolescência, frequentemente, ocorre de forma impensada, impulsiva, e que os adolescentes sentem-se arrependidos e costumam se apegar a algo para não tentar novamente (SILVA; MADEIRA, 2014), enquanto Ares expressa nas suas falas um desejo de concretização do ato.

Ademais, a urgência em abordar o tema do suicídio no tratamento de Ares é pelo fato de ser comprovado que os sujeitos do sexo masculino têm mais chances de obter sucesso no ato, do que os do sexo feminino. O suicídio está entre as principais causas de morte de adolescentes, a doença mental e uma vivência familiar difícil são fatores de risco para as tentativas de suicídio (GRAY; DIHIGO, 2015).

Além do suicídio, outra preocupação é em relação às automutilações que Ares ainda hoje costuma praticar, mesmo que as atitudes da mãe frente a esse acontecimento sempre tenham sido de tentar protegê-lo de si mesmo, evitando que algo mais grave acontecesse, ela não demonstra clareza de como fazê-lo, ela, então, empreendia as estratégias que vislumbrava como sendo as mais eficientes.

Entretanto, as ações de Margarida foram de violência, justificando-se pela atitude também violenta do filho, o que gerou um ciclo na vida dessa família, sendo a violência um *motivo porque* para agir e lidar com o sofrimento psíquico por meio da agressão, sendo esta mais física, o que caracteriza essa família como um tipo vivido violento.

É interessante destacar que um tipo vivido pode ser modificado, ele não é determinante das ações tipificadas, ao contrário, ele vem de uma forma típica do indivíduo agir e de apreender os objetos e as pessoas no mundo da vida. Por isso, diante de um “problema” do cotidiano busca-se nas experiências já vividas formas de lidar com o novo, podendo esse “problema” alterar o sistema de relevância e até o estoque de conhecimento, pois nenhuma experiência é pretípica (SHUTZ; LUCKMANN, 2009; SCHUTZ, 2012a).

É relevante lembrar disso, porque no caso de Ares, é necessário que sejam trabalhadas outras formas de relacionamento intrafamiliar para que esse tipo vivido seja

alterado, dando lugar a uma convivência mais harmoniosa e que consiga lhe dá mais apoio e desejo de viver.

Em outros relatos da mãe, Margarida mostra preocupações quanto ao futuro do filho, temendo que o sofrimento psíquico dele vire *motivos porque* de práticas de violência contra outras pessoas que não as da família, visto que ele já agrediu gravemente uma criança na escola.

Pronto é isso mesmo que ele diz, essa palavra mesmo – eu me sinto mais calmo –ele se automutilando, se autoagredindo, ele se sente mais calmo aí tu imagina ele com uma pessoa. Ele foi posto pra fora da escola porque ele agrediu uma criança de cinco anos ele deu chute, uma voadora, chamada voadora, na cabeça da criança que bateu num fio de pedra, num negócio lá que cortou, pegou quatorze pontos a cabeça da criança, e ele ia, se não fossem as pessoas tirarem ele de perto da criança, dizem que foi quatro pessoas pra tirar ele de perto da criança, /.../ ele tinha massacrado a criança. Ela jogou areia nele, porque assim, ele não importa se é uma criança de cinco anos, se é uma criança de dois anos, não importa se é um adulto, não importa se é um idoso, se mexer com ele, ele agride (Margarida).

Esses tipos de eventos contribuem para uma visão de que a doença mental está ligada a um sujeito perigoso, agressivo, desequilibrado, sendo que, na verdade esse tipo de pensamento está ancorado no estigma da loucura, que ainda não foi superado, desse modo há uma difícil convivência do sofrimento psíquico na sociedade.

Quando a pesquisadora tenta saber o que ele entende por “doido”, ele diz:

Porque todo mundo me chama de doido (Ares).

Nesse pequeno trecho, como em outro já citado, identifica-se uma autotipificação, talvez por reconhecer nele traços do que no senso comum se denomina como loucura, ou por ser chamado assim por seus familiares, na rua e na escola, tenha tomado para si o papel de “doido”.

Corroborando com o relato de Margarida:

Costumam chama ele de doido, chamam ele de retardado, mongoloide, chamam ele de...eles gostam muito de chamar ele de doido, e se chamar ele de doido, ah minha filha, aí ele é bem/quando ele perde a cabeça, se você não tirar ele é capaz de matar uma pessoa, ele tem a capacidade de matar uma pessoa porque ele não consegue se controlar (Margarida).

Encontra-se nesses relatos a condição que Goffman (1988) aponta de que o estigma tende a desumanizar a pessoa estigmatizada, dando-lhe outros atributos que a diferencia dos “normais”, de tal forma que ela mesma acaba se reconhecendo por essas outras “qualidades”, há outra questão, posto que quando a pessoa recebe o estigma de “louco”, como é o caso de Ares, todas as suas ações são vistas e tidas como provenientes da “loucura”, o sujeito deixa de existir nas suas potencialidades e passa-se a ser observado sempre de forma negativa.

E com certeza, isso irá repercutir na manutenção de relações intersubjetivas saudáveis, já que o sistema de significatividades que o sujeito utiliza é posto à prova, podendo não ser o mesmo tipificado pelos seus semelhantes, sendo difícil estabelecer uma relação-do-Nós (SCHUTZ, 2012a).

Seguem alguns relatos de Margarida:

... tava vindo para cima de mim, ele chegou a querer vir para cima de mim para querer me bater, eu digo não meu filho, porque o J.((amigo de Ares)) bate na mãe dele, o J. bate, eu não sei se ele dizendo que batia na mãe dele, ele tava querendo fazer a mesma coisa/.../.

Não, daquele dia ele ainda teve, ele viu um homem mandando matar a gente, aí esse homem, ele diz que esse homem manda, ele dá ordens pra ele matar as pessoas, mas aí ele ficou com medo, eu fiquei dormindo com ele, eu fiquei o mais tempo possível que eu podia com ele, porque ele vê mais quando ele tá só, aí de lá pra cá, ele não disse mais que tava vendo não.

Não, ele essa semana enfiou uma faca nele porque ele tem um rapaz aqui que ele tá com amizade com ele, aí essa semana ele queria ir lá pra casa dele, eu disse que ele não ia, porque lá onde ele mora, eu sou de uma rua e ele é de outra, só que pessoal da minha rua não aceita o pessoal da rua dele, tá entendendo? O pessoal que eu digo são os vagabundos, aí o que acontece /.../ só que eu pensei que nisso tinha ficado, tinha entrado na cabeça dele, só que o rapaz tava indo pra escola, mentindo, dizendo que eu tinha mandado buscar ele, aí levando ele lá para a casa dele e eles ficavam lá até cinco horas brincando, aí ele ia pra lá escondido. Aí quando ele chegava em casa era batendo nos irmãos e eu não sabia, porque ele chegava na hora do colégio, aí eu não sabia que ele tava indo para a casa do rapaz, que eles estavam fazendo isso. quando eu descobri eu dei umas 'lapadas' nele, eu disse – olhe, se você fizer uma coisa dessa de novo você vai apanhar de novo – aí ele pegou e tudo bem, ele ficou na dele, mas quando o rapaz (refere-se ao amigo) apareceu lá em casa aí veio me pedir desculpa por ter feito isso, ele simplesmente começou a quebrar meus copos, começou a quebrar as coisas dentro de casa, ele se irou, aí ele pegou uma faca e enfiou nele, só que a faca não entrou porque era justamente a mesma faquinha de pão, aí eu tomei a faca, porque a única faca que eu tenho é essa, a faquinha de pão, aí eu tomei a faca e deixei ele sozinho lá. Aí ele começou a ver de novo o homem, aí começou a chorar, a gritar dentro de casa, jogar as coisas fora do lugar, chutar cadeira, chutar tudo, foi o maior sacrifício para a gente colocar ele no juízo dele de novo.

Percebe-se a dificuldade de Ares em lidar com uma amizade fora do contexto familiar. Além disso, as práticas usuais de violência cometidas por Ares fazem com que os seus próprios irmãos não tenham proximidade com ele, fazendo com que ele viva isolado.

/.../ houve um distúrbio nele por causa disso, por causa do J.((amigo de Ares)), eu não quero mais ele com o J. e ele quer a amizade do J. porque ele não tem mais amizade com ninguém, ele não tem um amigo se quer na minha rua, ele é sozinho, os meus outros filhos o J.V. e o P.L. não brincam com ele, eles deixam ele isolado. /.../ O mais velho também não brinca com ele não, ele fala com ele assim umas..coisas poucas..ele é isolado, ele é isolado, a palavra certa é ele é isolado /.../ (Margarida).

De certa forma, o isolamento no diagnóstico de esquizofrenia é uma condição esperada, pois corresponde a fase negativa do adoecimento, que seria um período de mais depressão, do que de alucinações e delírios (NOTO; BRESSAN, 2012). No entanto, no caso

de Ares, esse isolamento vem sendo uma constante na sua vivência cotidiana, porque pelo seu agir violento os seus irmãos não interagem muito com ele.

Outra observação nos relatos foi a do sofrimento psíquico que gera dor corporal, angústia, que não tem necessariamente fundamento de doença, mas de sofrimento mesmo, baseado, talvez nas dificuldades de lidar com o mundo factual e com as pessoas.

./.../ agora é que eu tô tirando ele um pouco de dentro de casa para passear, para dá uma volta, mas quando eu dou fé ele começa a chorar, ele chora, chora, chora, chora e eu pergunto a ele o que é que ele tem e ele diz – eu não sei –, ele diz que tem uma coisa muito..eu acho que seja angústia e ele não sabe dizer a palavra, ele diz – mãe eu tô sentindo uma coisa muito ruim no meu peito –, até mulher ele fez eu levar ele até para a UPA, porque ele chorando, chorando, chorando dizendo que tava com uma dor no peito muito forte, aí chegou lá ele disse pra doutora que tava com essa dor no peito muito forte, muito intensa, aí ela falou – não, você tem que levar ele para um psicólogo, não é para cá não – aí a gente foi embora, ele do mesmo jeito, de repente ele começava a chorar de novo. Aí eu digo que seja angústia e ele não sabe dizer a palavra certa disso, ele diz que tem uma dor no peito, uma dor no peito e ele fez um eletrocardiograma, ele fez e não deu nada. ./.../ Nenhuma alteração, só que ele não sabe se expressar no que ele sente, ele não sabe, só que ele chora muito, eu vejo que quando ele vê outras crianças brincando ele começa a chorar./.../aí quando ‘dá fé’ ele começa a chorar sozinho, chora, mulher, chora, chora, chora, chora, feito uma criança pequena, eu digo – Ares o que é que tu tem? – ele diz – eu não sei o que é que eu tenho – ele disse que tava vendo esse menino perto dele, esse menino não sai de perto dele e ele chora para o menino ir embora. ./.../ Não, ele começou com isso já esses dias, quando ele vê crianças brincando ele começa a chorar e eu não entendo o porquê, o que eu acho na minha cabeça, eu acho que ele tá é com angústia, ele tá é com tipo uma depressão. Vê as pessoas com amigos, ele vê o P.L., o meu mais velho, com amigos lá em casa, ele começa a ficar triste, fica no quarto, ele se enrola, não quer conversa com ninguém mais, aí não janta, não almoça.

Porque ele diz que dá uma aperreção na cabeça dele muito grande, ele diz que parece assim ter bicho na dentro da cabeça dele, ele diz – mãe, parece que tá cheio de bicho na minha cabeça, olha aqui pra ver se eu não tenho piolho, olha aqui se não tem nenhum tapuru pelo meio da minha cabeça –, ele diz essas coisas, mas não é, é a aperreção que dá na cabeça dele, ele diz que dá uma aperreção tão grande que tem dia que ele fica é nu dentro de casa, ele fica nu andando dentro de casa querendo sair para o meio da rua, ele diz que dá uma aperreção tão grande nele, que ele precisa tirar toda a roupa de cima dele, aí ele fica dentro de casa andando nu (Margarida).

Esse isolamento de Ares é caracterizado pela forma que ele se sente frente às adversidades do mundo da vida e de seu adoecimento mental. Esse isolamento tem como *motivos porque* a violência e o sofrimento psíquico, demonstrando uma vontade, ou melhor, uma necessidade de fazer laços sociais, ao mesmo tempo em que transparece um despreparo para agir nas relações intersubjetivas que não seja com agressividade.

Nota-se nos relatos uma desmotivação da família para lidar com o adolescente, como se todas as possibilidades já tivessem sido esgotadas. Entende-se que a convivência com o sofrimento psíquico ocasiona sobrecarga, principalmente para aquele que estão presentes no cotidiano, compartilhando o mesmo espaço, acabando essas pessoas também

precisando de apoio emocional e psicossocial, por isso a proposta do CAPSi é trabalhar com a família (BESSA; WAIDMAN, 2013).

É interessante na fala de Ares, a seguir, o reconhecimento de que ele vive em outro mundo, um mundo em que ele não precisa lidar com ninguém, onde não existe nada, só a solidão, não existem também as alucinações, nem dor e nem nenhum sentimento.

Foi por isso que quis viver no meu mundo, desde disso eu quis viver no meu mundo (Ares).

Embora, na segunda entrevista realizada com o adolescente, ele tenha relatado que estava deixando o seu mundo de lado, porque ele estava indo para a escola, tinha arranjado um amigo, não estava tendo tantas alucinações.

É exatamente esse o ponto da Atenção Psicossocial, que o sujeito com transtorno mental não se limite ao seu sofrimento, que ele possa vivenciar o mundo e seu território de acordo com as suas potencialidades, explorando as alternativas fora da realidade circunscrita por suas alucinações e delírios e dessa forma possa criar laços, vínculos e traçar da sua maneira a sua forma de ser no mundo.

Porém, para que isso ocorra é necessário também uma devolutiva da sociedade para esse sujeito, de aceitá-lo dentro das suas diferenças e não o enquadrar em estereótipos que atendem a um padrão de “normalidade”. No relato seguinte, pode-se ver a dificuldade do adolescente em manter as atividades escolares e uma relação de amizade.

Eu acho que foi, porque ele não era de ficar falando palavrão comigo e ele já tava falando palavrão comigo, eu acho que ele via o J. tratando o pessoal lá desse jeito, aí tava fazendo a mesma coisa em casa, aí eu disse que não, que não é bem assim não, ele não fazia isso, ele não fazia essas coisas, e ele diz, agora quando ele chora ele diz – eu não tenho um amigo e o amigo que eu tinha a senhora pegou e tirou –Ah, ele não vai para a escola, ele só vai para a escola dois dias na semana, que é justamente com a V. ((cita o nome da professora)), ele fica com uma professora que ensina lá, aí só fica ele, ele não fica com outros colegas, justamente por causa da agressividade, ele bate nos colegas, ele bate nos professores, aí ele tá suspenso da escola por causa disso, por causa da agressividade.

As tipificações que o senso comum tem sobre o adoecimento mental ainda não são capazes de permitir uma boa vivência desses sujeitos em sociedade. Em geral, a família e a escola precisam ser trabalhadas e orientadas para agirem de acordo com o proposto pela Reforma Psiquiátrica, compreendendo as pessoas em sofrimento psíquico além da sua psicopatologia e concedendo-lhes o direito de exercer a sua cidadania e de se expressarem dentro das suas próprias competências.

A História de Ares mostra como a violência e o sofrimento tem conexões e emaranhados complexos, não se podendo estabelecer ou sustentar uma tipificação da pessoa

que tem uma doença mental como perigosa ou agressiva, pois a violência encontra-se nas alucinações que o adolescente é vítima desde criança, nas formas como é tratado pela família e comunidade e pelas suas próprias ações.

A sua situação biográfica é preenchida com essas experiências de realidades múltiplas que são violentas, o seu conhecimento a mão está alicerçado em modos de lidar com as situações no mundo da vida com agressividade, sendo as suas tipificações e motivações também compostas por vivências de violência.

Vê-se nos relatos o quanto é difícil para Ares tecer uma relação face a face que não seja através de um contexto de violência. É dessa maneira que as coisas e as pessoas se apresentam para ele e assim que ele aprendeu agir, assumindo de que era melhor viver em um mundo onde não houvesse ninguém, onde nada existisse, assim, não haveria também a violência que está presente nas relações intersubjetivas.

Em suma, olhar as relações da violência com o sofrimento psíquico na história de vida de Ares à luz da fenomenologia social de Schutz possibilitou compreender que esses fenômenos se misturam de forma dinâmica, não havendo relação de causa e efeito, e sim relações paradoxais, sendo fundamental se debruçar sobre as vivências dos sujeitos, pois elas elucidarão grande parte dos comportamentos atuais dos mesmos e não apenas traçar juízos de valor, como muitos profissionais fazem, sem conhecer os diversos contextos em que o adolescente está inserido.

A enfermagem, como parte da equipe básica de um CAPSi, pode atuar de maneira a contribuir com os outros profissionais do serviço, executando ações que tenham como foco o sujeito e as suas vivências, sempre situando que ao viver em um mundo intersubjetivo e pressuposto, a interpretação a seu respeito irá basear-se em um acervo de conhecimento prévio, dessa forma as formas como o sofrimento psíquico e a violência se apresentam estão ancoradas em tipificações que antecedem a existência do adolescente.

Portanto, as ações de enfermagem juntamente aos adolescentes no CAPSi deve procurar saber das suas histórias de vida, seu estoque de conhecimento, a sua vivência familiar, bem como o contexto sociocultural em que ela está inserida, até porque a Atenção Psicossocial preza que os cuidados prestados aos sujeitos em sofrimento psíquico sejam dentro do território em que ele vive.

De tal modo que, essas ações de enfermagem favoreçam as mudanças nas tipificações e acervo de conhecimento produzido sobre a loucura ao longo dos séculos, facilitando uma vivência comunitária saudável aos sujeitos em sofrimento psíquico e que também produza alterações na própria dinâmica familiar e nas *motivações para* dos

adolescentes, para que os mesmos projetem expectativas boas em relação a convivência social.

Levando-se em consideração, que o cuidado clínico de enfermagem é possível, desde que se altere a postura da profissão, mediante condutas que revejam as tipificações a respeito do cuidado em saúde mental. Além disso, para incorporar esse tipo de cuidado como “natural” na prática do enfermeiro tem que se colocar alguns elementos no cotidiano da profissão, como a SAE, o PE, e o embasamento teórico-científico.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os significados atribuídos pelos adolescentes em sofrimento psíquico as suas práticas de violência foram vários, tendo essa experiência no mundo da vida relação com sentimentos negativos, ações de violência, contra os outros e contra si mesmos, dificuldades na convivência familiar, escolar e comunitário.

Nos relatos dos adolescentes, esses significados apareceram, em sua maioria, relacionados à agressão física. Nesse sentido, percebeu-se que os adolescentes tipificaram a violência na sua forma mais fácil de ser detectada, aquilo que é realmente visível e que, em geral, deixa marcas e vítimas.

Eles também apontaram como violência situações do cotidiano vividas no seio familiar, na escola e na comunidade, sendo que os dois primeiros são ambientes que são cenários próprios da adolescência e que é onde eles passam a maior parte do seu tempo, recebendo as tipificações sobre os objetos, as pessoas, compartilhando as experiências de seus semelhantes.

Na família, apareceram violências como o abuso sexual, a agressão física, a falta de manejo em relação ao sofrimento psíquico, a desatenção/negligência ao adolescente, as brigas dos pais ou responsáveis, o abandono, a falta de orientação necessária para atitudes conscientes e menos agressivas, estigma e preconceito.

Na escola, foi contundente a vivência de *bullying* não só relacionado ao adoecimento mental, mas as características físicas dos adolescentes, fato que desencadeou sentimentos negativos nos mesmos e agressões físicas e verbais com colegas, reforçando a discussão atual de que é preciso promover uma cultura de paz e respeito às diferenças nesse ambiente.

Assim, as práticas de violências vivenciadas pelos adolescentes em sofrimento psíquico são bem variadas, compondo a situação biográfica dos adolescentes e o seu estoque de conhecimento à mão. Estas experiências são tipificadas e passam a ser *motivações porque* para ações no mundo da vida.

A família exerce um papel significativo na formação de tipificações a respeito da violência, assim como a escola, por meio do bullying, pois são essas instituições as mais influentes para o adolescente, demonstrando o quanto é preciso envolver todos esses personagens para o manejo desse fenômeno no contexto da saúde mental.

Diante disso, ressalta-se que é urgente que o CAPSi e demais serviços de saúde e até de outros setores, promovam o vínculo familiar afetivo, com novas formas de educar e de

lidar com seus membros, pois nesse trabalho pode-se apreender que a família é grande perpetradora de violência contra a criança e o adolescente, violência essa que está tão naturalizada que nem é percebida como tal por aqueles que a praticam.

A enfermagem tem também a sua parcela de responsabilização, já que a maioria dos estudos utilizados nessa pesquisa que envolviam enfermeiros relatou o despreparo desses profissionais na atuação frente as situações de violência, precisando talvez rever o currículo de enfermagem para que essa temática seja trabalhada em sala de aula.

Ademais, a enfermagem ao propor um cuidado clínico, se compromete em atender a sujeitos que estejam passando por diversas situações, tendo que intervir de forma qualificada e competente, acolhendo todo o tipo de sofrimento, e inclusive de violência, que os indivíduos estejam vivenciando.

A fenomenologia social contribuiu para a compreensão de que a violência, apesar de compor a situação biográfica dos adolescentes do estudo, oferece alternativas para as mudanças de conduta, visto que as *motivações porque* desses sujeitos podem se transformar em *motivações para*, tanto para a enfermagem, como para os familiares, se mostrando como uma das teorias que o enfermeiro pode lançar mão para abordar a questão da violência no seu processo de trabalho.

Essas *motivações porque*, que podem ser tomados como os fatores de risco para condutas violentas, servirão como espécie de guia para enfermeiro planejar (*motivação para*) o projeto terapêutico, a fim de modificar as ações, ou pelo menos colocá-las na pauta da discussão. Pois, as *motivações porque* das práticas violentas dos adolescentes apareceram correlacionadas com comportamentos agressivos desde a infância, a falta de um ambiente familiar tranquilo, em que o diálogo fosse a principal forma de interação, ao uso de medicamentos, portanto uma das *motivações para* do enfermeiro seria promover relações intersubjetivas menos violentas, pelo menos no contexto familiar desses adolescentes.

A violência, nesse estudo, foi compreendida como um fenômeno do vivido no mundo da vida, por isso os significados atribuídos a ela são tão variados e permitem muitas expressões. Nesse sentido é de suma importância que se atenda o adolescente em sua singularidade, para o entendimento de como as ações violentas se dão em seu cotidiano e como ela influência no seu modo de agir.

Encoraja-se a realização de mais estudos sobre a violência no contexto da saúde mental de adolescentes, pois a busca na literatura, durante todo o andamento da pesquisa, demonstrou não haver um panorama atual de como a violência vem sendo abordada no

cuidado prestado dentro dos CAPSi, e também pouco se fala da atuação da enfermagem frente a esse fenômeno.

Indica-se a relevância de se realizar mais pesquisas, com diferentes abordagens, e em diferentes espaços, sendo a escola um desses, para se contemplar as inúmeras relações da violência com o contexto da saúde mental de adolescentes, bem como a questão do bullying com adolescentes que fazem tratamento por causa de transtornos mentais, a fim de promover a inserção saudável desses sujeitos no convívio com seus pares.

Aponta-se que as limitações do estudo estão relacionadas a pouca quantidade de sujeitos entrevistados, de não envolver toda a família e nem a fala dos profissionais de saúde e de ter se limitado a apenas um CAPSi e apenas ao serviço de saúde mental, visto que esse sujeito é assistido por outros setores. Portanto, seria interessante a realização de estudos que buscassem saber como a violência é abordada nesses outros cenários.

Considera-se que essa pesquisa contribui para a prática de enfermagem em saúde mental com adolescentes, bem como serve como material de consulta para outros profissionais da saúde. A fenomenologia social de Schutz foi um referencial que colaborou na compreensão de como a violência e sofrimento psíquico podem estar relacionados, podendo ser utilizada por enfermeiros em seus cotidianos de trabalho por fornecer uma forma de apreender os significados que as pessoas atribuem as suas vivências, bem como a influência de seu estoque de conhecimento à mão e sua situação biográfica no mundo da vida, e assim poder intervir para alterar ou reforçar tais significados.

Nesse intuito, seria interessante que no ambiente escolar algumas temáticas fossem abordadas junto aos alunos e aos seus familiares para se retirar esse estigma sobre a loucura que ainda existe no acervo de conhecimento do senso comum, para que os sujeitos em sofrimento psíquico não sejam cerceados dos seus direitos de ir e vir, e para que haja mais tolerância e aceitação de que os seres humanos são diferentes, e que as práticas de exclusão só geram situações de violência e sofrimento.

O CAPSi precisa atuar de forma mais significativa junto as famílias dos adolescentes em sofrimento psíquico, promovendo laços mais afetivos e respeito entre seus membros. Como esse serviço tem uma responsabilidade social deve ser o maior propagador da visão e da proposta da Atenção Psicossocial, a fim de promover cada vez mais a vivência independente de sujeitos em sofrimento psíquico como seres que podem e tem direito de gerir a sua vida e vivenciar o mundo de acordo com o seu esquema de interpretação.

É necessário, ainda, que os profissionais desse serviço, destacando-se o enfermeiro, tenham clareza de que a adolescência não pode ser vista como um grupo

homogêneo, ou a partir das diversas tipificações que a mídia e o senso comum tecem sobre ela, é indispensável para o cuidado clínico de enfermagem que o adolescente seja visto como um sujeito único, que possui uma situação biográfica única e que tem vivências únicas.

REFERÊNCIAS

ABRANCHES, C.D.; ASSIS, S.G.; PIRES, T.O. Violência psicológica e contexto familiar de adolescentes usuários de serviços ambulatoriais em um hospital pediátrico público terciário. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 18, n. 10, p. 2995-3006, 2013.

ABRANCHES, C.D.; ASSIS, S.G. A (in)visibilidade da violência psicológica na infância e adolescência no contexto familiar. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 5, p. 843-854, mai. 2011.

ALBUQUERQUE, P.P.; WILLIAMS, L.C.A.; D’AFFONSECA, S.M. Efeitos tardios do bullying e transtorno de estresse pós-traumático: uma revisão crítica. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 29, n. 1, p. 91-98, jan./mar. 2013.

ALMEIDA, I.S. et al. O caminhar da enfermagem em fenomenologia: revisitando a produção acadêmica. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. v. 11, n. 3, p. 695-9, 2009. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/v11n3a30.htm>>. Acesso em: 27 mar. 2016.

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

ARAGÃO, S.A. et al. Abordagem dos casos de violência à criança pela enfermagem na atenção básica. **Rev. latinoam. enferm. (Online)**, v. 21, Spec, p. 01-07, jan./fev. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21nspe/pt_22.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2015.

ARIÈS, P. **História Social da Criança e da Família**. Tradução de Dora Flaksman. 2. ed. Rio de Janeiro: LTC Editora, 1981.

BARREIRA, C. Violência difusa, medo e insegurança: as marcas recentes da crueldade. **Rev. bras. soc.**, v. 01, n. 01, jan./jul. 2013.

BASAGLIA, F. **Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica**. Paulo Amarante (Org). Tradução de Joana Angélica d’Ávila Melo. Rio de Janeiro: Garamond, 2010.

BENETTI, S.P.C. et al. Problemas de saúde mental na adolescência: características familiares, eventos traumáticos e violência. **Psico USF**, v. 15, n. 3, p. 321-332, set./dez. 2010.

BENETTI, S.P.C. et al. Adolescência e saúde mental: revisão de artigos brasileiros publicados em periódicos nacionais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1273-1282, jun. 2007.

BESSA, J.B.; WAIDMAN, M.A.P. Família da pessoa com transtorno mental e suas necessidades na assistência psiquiátrica. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 61-70, jan./mar. 2013.

BEZERRA, I.C. et al. “Fui lá no posto e o doutor me mandou foi pra cá”: processo de medicamentação e (des)caminhos para o cuidado em saúde mental na Atenção Primária. **Interface comun. saúde educ.**, v. 18, n. 48, p. 61-74, 2014.

BEZERRA, K.P.; MONTEIRO, A.I. Violência intrafamiliar contra a criança: intervenção de enfermeiros da estratégia saúde da família. **Rev RENE**, v.13, n. 2, p.354-64, 2012.

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 Comun Saúde Educ**, v.19, n. 52, p. 33-44, 2015.

BRANDÃO NETO, W. et al. Intervenção educativa sobre violência com adolescentes: possibilidade para enfermagem no contexto escolar. **Esc. Anna Nery**, v. 18, n. 2, p. 195-201, 2014.

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

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico**. v. 43, n. 1, 2013a.

_____. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466/2012. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Brasília. 2013b. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 08 jan. 2015.

_____. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Clínica ampliada e compartilhada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem. **Impacto da violência na saúde das crianças e adolescentes**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009b.

_____. Ministério da Saúde. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. 3. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. **Marco legal: saúde, um direito de adolescentes**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.

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

CALLIGARIS, C. **A adolescência**. São Paulo: Publifolha, 2000.

CAMILO, S.O.; MARIORINO, F.T. A importância da escuta no cuidado de enfermagem. **Cogitare Enferm**, v. 17, n. 3, p. 549-55, jul./set. 2012.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Tradução de Maria Thereza Redig de Carvalho Barrocas e Luiz Octávio Ferreira Barreto Leite. 5. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002.

CAPONI, S. **Loucos e degenerados: uma genealogia da psiquiatria ampliada**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.

CARLOS, D.M. et al. O apoio social sob a ótica de adolescentes vítimas de violência doméstica. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 48, n. 4, p. 610-617, 2014.

CECCARELLI, P. O sofrimento psíquico na perspectiva da psicopatologia fundamental. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 10, n. 3, p. 471 -477, set./dez. 2005.

CORDERO, M.C. Historias de vida: una metodología de investigación cualitativa. **Revista Griot**, v. 5, n. 1, dic. 2012.

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

COSTA, D.M.F.; COUTINHO, M.P.L.; ARAÚJO, L.S. Cenário cinzento da violência e as múltiplas facetas da família: enfoque psicossocial. **Psico**, Porto Alegre, PUCRS, v. 42, n. 3, p. 401-407, jul./set. 2011.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

FABRI, J.M.G.; LOYOLA, C.M.D. Desafios e necessidades atuais da enfermagem psiquiátrica. **Rev enferm UFPE on-line.**, Recife, v. 8, n. 3, p. 695-701, mar. 2014. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/3504/pdf_4746>. Acesso em: 12 jan. 2016.

FARIAS, C.A. et al. Sobrecarga em cuidadores de usuários de um centro de atenção psicossocial infanto-juvenil no sul do Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 19, n. 12, p. 4819-4827, 2014.

FERREIRA, T.; BONTEMPO, V.L. (Org.). **Crianças e adolescentes: o cuidado em saúde mental o trabalho feito por muitos**. Curitiba, PR: CRV, 2012.

FERRÃO, V.S.; POLI, M.C. Adolescência como tempo do sujeito na psicanálise. **Adolesc. Saude**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 48-55, abr./jun. 2014.

FIGUEIRÊDO, M.L.R.; DELEVATI, D.M.; TAVARES, M.G. Entre loucos e manicômios: história da loucura e a reforma psiquiátrica no Brasil. **Ciências humanas e sociais**, Maceió, v. 2, n.2, p. 121-136, Nov 2014.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. Tradução de Joice Elias Costa. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FOUCAULT, M. **História da Loucura na Idade Clássica**. Tradução de José Teixeira Coelho Neto. São Paulo: Editora Perspectiva, 2013.

_____. **O nascimento da clínica**. Tradução de Roberto Machado. 4. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1994.

FROUNFELKER, R. et al. Trauma and posttraumatic stress disorder among transition age youth with serious mental health conditions. **J Trauma Stress**, v. 26, n. 3, p. 409-412, June 2013.

GABBAY, R.; VILHENA, J. O sujeito da loucura. **Lat Am Journal of Fund Psychopath**, v. 7, n. 2, p. 40-53, nov. 2010.

GARBIN, C.A.S. et al. A violência familiar sofrida na infância: uma investigação com adolescentes. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 18, n. 1, p. 107-118, abr. 2012.

GAUY, F.V.; ROCHA, M.M. Manifestação clínica, modelos de classificação e fatores de risco/proteção para psicopatologias na infância e adolescência. **Temas em Psicologia**, v. 22, n. 4, p. 783-793, 2014.

GAWRYSZEWSKI, V.P. et al. Maus-tratos contra a criança e o adolescente no Estado de São Paulo, 2009. **Rev Assoc Med Bras**, v. 58, n. 6, p. 659-665, 2012.

GOFFMAN, E. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro: Editora LTC, 1988.

GRAY, B.P.; DIHIGO, S.K. Suicide risk assessment in high-risk adolescents. **The Nurse Practitioner**, v. 40, n. 1, p. 30-37, Sept. 2015.

HANSEN, N.F. et al. A sobrecarga de cuidadores de pacientes com esquizofrenia: uma revisão integrativa da literatura. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet], v. 16, n. 1, p. 220-227, jan./mar. 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v16i1.20965>>. Acesso em: 28 mar. 2016.

HAYNIE, D. L. et al. Dating violence perpetration and victimization among US adolescents: prevalence, patterns, and associations with health complaints and substance use. **J Adolesc Health**. v. 53, n. 2, p.194-201, august 2013.

HOHENDORFF, J.V.; KOLLER, S.H.; HABIGZANG, L.F. Psicoterapia para crianças e adolescentes vítimas de violência sexual no sistema público: panorama e alternativas de atendimento. **Psicologia: ciência e profissão**, v.35, n.1, p.182-198, 2015.

KAPPEL, V.B. et al. Enfrentamento da violência no ambiente escolar na perspectiva dos diferentes atores. **Interface comun. saúde educ.**, v. 18, n. 51, p. 723-35, 2014.

KRUG, E.G. et al. (eds). **World report on violence and health**. Geneva: World Health Organization, 2002.

LEYTON M., C.; QUEZADA R., D.; MOLINA G., T. Perfil epidemiológico de adolescentes mujeres com antecedentes de agresión sexual consultantes en el área de salud mental de un centro de salud sexual y reproductiva. **Rev chil obstet ginecol**, v. 78, n. 1, p. 26-31, 2013.

LIMA, L.S.; DIAS, H.Z.J. Saúde mental e violência na adolescência: uma revisão de literatura acerca das implicações na saúde destes jovens. **Barbarói**, Santa Cruz do Sul, n. 40, p. 28-47, jan./jun. 2014.

LIMA, D.W.C.; SILVEIRA, L.C.; VIEIRA, A.N. A escuta no tratamento do estresse psicológico: uma revisão integrativa. **Rev enferm UFPE online.**, v. 6, n. 9, p. 2273-2280. Sept. 2012. Disponível em: < http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/2632/pdf_1483>. Acesso em: 15 jan. 2016.

MACHINESKI, G.G.; SCHNEIDER, J.F.; CAMATTA, M.W. O tipo vivido de familiares de usuários de um centro de atenção psicossocial infantil. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 34; n. 1, p. 126-132, 2013.

MARQUETTI, F.C.; ADORNO, R.C.F. Discursos e imagens da violência. **Saúde Soc.** São Paulo, v. 23, n. 3, p.749-763, 2014.

MARTINS, C.B.G. Acidentes e violências na infância e adolescência: fatores de risco e de proteção. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 66, n. 4, p. 578-584, jul./ago. 2013.

MENEGHEL, S.N. et al. Femicídios: narrativas de crimes de gênero. **Interface** (Botucatu), v.17, n.46, p.523-33, jul./set. 2013.

MILLS, R. et al. Child maltreatment and adolescent mental health problems in a large birth cohort. **Child Abuse Negl.**, v. 37, n. 5, p. 292-302, may 2013.

MINAYO, M.C.S. **Violência e saúde**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006.

MONTEIRO, A.R.M. et al. Sistematização da assistência de enfermagem à criança e ao adolescente em sofrimento psíquico. **Rev. pesqui. cuid. fundam.**, v. 7, n. 4, p. 3185-3196, out./dez. 2015.

MOREIRA, T.N.F. et al. A construção do cuidado: o atendimento às situações de violência doméstica por equipes de Saúde da Família. **Saúde Soc**, São Paulo, v.23, n.3, p.814-827, 2014.

MUNIZ, M.P. et al. Desvendando o projeto terapêutico de enfermagem em saúde mental: um relato de experiência. **J. res.: fundam. care. online**, v. 6, n. 1, p. 132-140, jan./mar. 2014.

NOBRÉGA, J.F. et al. Um olhar sensível às tribos pós-modernas: cuidando da saúde dos adolescentes no cotidiano. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 34, n. 3, p. 201-205, 2013.

NOTO, C.S.; BRESSAN, R.A. (Orgs). **Esquizofrenia: avanços no tratamento multidisciplinar**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012.

NUNES, M.; TORRENTÉ, M. Estigma e violências no trato com a loucura: narrativas de Centros de Atenção Psicossocial, Bahia e Sergipe **Rev Saúde Pública**, v. 43, Supl. 1, p. 101-108, 2009.

OLIVEIRA, E.N. et al. Violência na infância e adolescência: características de uma cidade do nordeste brasileiro. **Adolesc. Saude**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 76-85, out./dez. 2015.

PEREIRA, E.C. ; COSTA-ROSA, A. Problematizando a Reforma Psiquiátrica na Atualidade: a saúde mental como campo da práxis. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.21, n.4, p.1035-1043, 2012.

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

PIEROBON, M. et al. Alcohol consumption and violence among Argentine adolescents. **J Pediatr**, Rio Janeiro, v. 89, n 1, p.100-107, 2013.

PIGOZI, P.L.; MACHADO, A.L. Bullying na adolescência: visão panorâmica no Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 20, n. 11, p. 3509-3522, 2015.

PINHEIRO, C.V.Q.; AGUIAR, I.M.A.; MENDES, L.C.B. O sofrimento psíquico e as novas modalidades de relação entre o normal e o patológico: uma discussão a partir da perspectiva freudiana sobre o caráter do psicopatológico. **Interação em Psicologia**, v. 12, n. 2, p. 299-305, 2008.

PINTO, A.C.S. et al. Fatores de risco associados a problemas de saúde mental em adolescentes: revisão integrativa. **Rev Esc Enferm USP**, v. 48, n. 3, p. 555-564, 2014.

QUEIRÓS, P.J.P. Reflexões para uma epistemologia da enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 23, n. 3, p. 776-781, jul./set. 2014.

RIBEIRO, C. S. et al. A produção bibliográfica brasileira recente sobre a assistência em saúde mental infanto-juvenil: levantamento exploratório. **Pesqui Prát Psicossociais**, v. 5, n. 1, jan./jul. 2010.

RODRIGUES, A.G.; CARNEIRO, H.F. Para além da contabilização dos mortos: violência e sofrimento psíquico. In: OLIVEIRA, M.A. et al. (Orgs.). **Sufrimento psíquico e a cultura contemporânea: perspectivas teórico-clínicas**. Fortaleza, CE: EdUECE, 2014.

ROSA, M. D.; VICENTIN, M. C. Os Intratáveis: o exílio do adolescente do laço social pelas noções de periculosidade e irrecuperabilidade. **Rev Psicol Polít**, v. 10, n. 19, p. 107-124, jan./jun. 2010.

SADOCK, B.J.; SADOCK, V.A. Contribuições das ciências psicossociais. In: _____. **Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica**. Tradução de Cláudia Dornelles, et al. 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007. cap. 4, p. 160-204.

SCHUTZ, A. **Sobre fenomenologia e relações sociais**. Petrópolis: Vozes, 2012a.

SCHUTZ, A. Don Quijote y el problema de la realidade. In: _____. **Estudios sobre teoria social**. 2. ed. Buenos Aires: Amorrortu, 2012b. cap. 7, p. 135-54.

SCHUTZ, A. **El problema de la realidad social**. 2. ed. Buenos Aires: Amorrortu, 2008.

SCHUTZ, A.; LUCKMANN, T. **Las estructuras del mundo de la vida**. Buenos Aires: Amorrortu, 2009.

SILVA, R.N. et al. As patologias nos modos de ser criança e adolescente: análise das internações no Hospital Psiquiátrico São Pedro entre 1884 e 1937. **Psico** (Porto Alegre), v. 39, n. 4, p. 448-455, out./dez. 2008.

SILVA, L.M.P.; FERRIAN, M.G.C.; SILVA, M.A.I. Atuação da enfermagem frente à violência sexual contra crianças e adolescentes. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 64, n. 5, p. 919-924, set./out. 2011.

SILVA, L.L.T.; MADEIRA, A.M.F. Tentativa de autoextermínio entre adolescentes e jovens: uma análise compreensiva. **R. Enferm. Cent. O. Min.**, v. 3, n. 4, p. 1281-1289, set./dez. 2014.

SILVEIRA, L.C.; FEITOSA, R. M. M.; PALÁCIO, P. D. B. A escuta do sofrimento psíquico relacionado ao trabalho: contribuições da psicanálise para o cuidado em saúde. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 20, n. 1, p. 19-33, abr. 2014.

SILVEIRA, L.C. et al. A clínica de enfermagem em saúde mental. **Rev Baiana Enferm**, v. 25, n. 2, p. 107-120, maio/ago. 2011.

SOUZA, C.S. et al. Notificação da violência infanto-juvenil em serviços de emergência do Sistema Único de Saúde em Feira de Santana, Bahia, Brasil. **Rev. bras. epidemiol.**, v. 18, n. 1, p. 80-93, jan./mar. 2015.

TANNÚS, J.N. et al. Genograma e Ecomapa: abordagem com adolescentes de famílias de alto risco. **Rev. Ed. Popular**, Uberlândia, v. 10, p. 131-140, jan./dez. 2011.

TARDIF, M.; PASCUZZO, K.; COSTA, M.C.O. Adolescentes autores de abuso sexual: atitudes e comportamentos face à sexualidade. **Adolesc. Saude**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 33-42, jul./set. 2015.

THOMAZINE, A.M.; OLIVEIRA, B.R.G.; VIERA, C.S. Atenção a crianças e adolescentes vítimas de violência intrafamiliar por enfermeiros em serviços de pronto-atendimento.. **Rev Eletr. Enf.** [Internet], v. 11, n. 4, p. 830-840, 2009. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n4/v11n4a08.htm>>. Acesso em: 13 nov. 2014.

VILHENA, M.; PRADO, Y.Z.C. Dor, angústia e automutilação em jovens - considerações psicanalíticas. **Adolesc. Saude**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 94-98, abr./jun. 2015.

WASELFISZ, J.J. Centro brasileiro de estudos Latino-Americanos. **Mapa da violência 2012: crianças e adolescentes do Brasil**. Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2012/MapaViolencia2012_Crianças_e_Adolescentes.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2015.

_____. Secretaria-Geral da Presidência da República. Secretaria Nacional de Juventude. Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial. **Mapa da violência 2014: os jovens do Brasil**. Brasília, 2014. Disponível em: <http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2014/Mapa2014_JovensBrasil.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2016.

WANG, J.et al. Co-occurrence of victimization from five subtypes of bullying: physical, verbal, social exclusion, spreading rumors, and cyber. **Journal of Pediatric Psychology**, v. 35, n. 10, p. 1103-1112, 2010.

APÊNDICES

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (RESPONSÁVEL)

_____, pelo qual o(a) Sr.(a) é responsável, está sendo convidado para participar da pesquisa: CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM SOFRIMENTO PSÍQUICO - TRAJETÓRIA DE PRÁTICAS VIOLENTAS, que tem como objetivo: Compreender a trajetória de práticas violentas na história de vida de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico.

Pedimos a sua autorização para que a/o criança/adolescente pelo qual o Sr.(a) é responsável possa colaborar nesta pesquisa, respondendo a uma entrevista/formulário, que poderá ser gravada, se você assim concordar, com o objetivo de que nenhuma informação seja perdida e que o material que conterà o depoimento da(o) criança/adolescente ficará sob a responsabilidade da pesquisadora, ficando disponível para quando você assim, desejar.

Garantimos que a pesquisa não trará nenhuma forma de prejuízo, dano ou transtorno para aqueles que participarem. Os riscos são mínimos. Eles são na dimensão moral. São riscos inerentes à vida cotidiana. E propomos como forma para minimizar esses possíveis riscos: utilizar nomes fictícios para manter o seu anonimato, bem como, a garantia do sigilo de sua participação no estudo.

Todas as informações obtidas neste estudo serão mantidas em privacidade, e a identidade da(o) criança/adolescente não será revelada. Vale ressaltar, que a participação da(o) criança/adolescente é voluntária e o(a) Sr.(a) e/ou a/o criança/adolescente poderão a qualquer momento deixar de participar deste estudo, sem qualquer prejuízo ou dano. Comprometemo-nos a utilizar os dados coletados somente para pesquisa, e os resultados poderão ser divulgados em revistas especializadas e/ou encontros científicos, sempre resguardando a identidade da criança/adolescente.

Todos os participantes poderão receber quaisquer esclarecimentos acerca da pesquisa e, ressaltando novamente, terão liberdade para não participarem quando assim acharem mais conveniente. A participação no estudo não acarretará custos para você e muito menos para criança/adolescente, e não será disponibilizada nenhuma compensação financeira. Contatos com as pesquisadoras Ana Ruth Macêdo Monteiro pelo telefone (85)988276025 e endereço: Rua Joaquim de Figueiredo Filho,79- Cambeba- Fortaleza- Ceará.

O Comitê de Ética da Fametro encontra-se disponível para esclarecimento pelo telefone: (85) 3206-6471 R. Conselheiro Estelita, 500 – Centro Fortaleza - CE, 60010-260 email: cep@fametro.com.br. Este termo está elaborado em duas vias, sendo uma para você, participante da pesquisa, e outro para o arquivo do pesquisador.

DECLARAÇÃO DO REPRESENTANTE LEGAL PELO SUJEITO DA PESQUISA

Eu, _____, fui informado(a) dos objetivos da pesquisa de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e ou retirar meu consentimento. Os responsáveis pela pesquisa certificaram-me de que todos os dados do menor, pelo qual respondo, serão confidenciais. Declaro que autorizo _____ em participar desse estudo.

Fortaleza, _____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) Responsável Legal: _____

Nome Legível:

Endereço:

RG.:

Fone:

Assinatura do(a) Pesquisador(a): _____

APÊNDICE B – TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(ADOLESCENTE)

Você está sendo convidado como voluntário para participar da pesquisa: CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM SOFRIMENTO PSÍQUICO - TRAJETÓRIA DE PRÁTICAS VIOLENTAS, que tem como objetivo: Compreender a trajetória de práticas violentas na história de vida de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico.

Pedimos a sua colaboração nesta pesquisa, respondendo a uma entrevista/formulário, que poderá ser gravada, se você assim concordar, com o objetivo de que nenhuma informação seja perdida. Será garantido, que o material que conterà o seu depoimento ficará sob a responsabilidade da pesquisadora, ficando disponível por inteiro para quando você assim, desejar.

Garantimos que a pesquisa não trará nenhuma forma de prejuízo, dano ou transtorno para aqueles que participarem. Os riscos são mínimos. Eles são na dimensão moral. São riscos inerentes à vida cotidiana. E propomos como forma para minimizar esses possíveis riscos: utilizar nomes fictícios para manter o seu anonimato, bem como, a garantia do sigilo de sua participação no estudo.

Todas as informações obtidas neste estudo serão mantidas em privacidade, e sua identidade não será revelada. Vale ressaltar, que sua participação é voluntária e você poderá a qualquer momento deixar de participar deste estudo, sem qualquer prejuízo ou dano.

Comprometemo-nos a utilizar os dados coletados somente para pesquisa, e os resultados poderão ser divulgados em revistas especializadas e/ou encontros científicos, sempre resguardando a sua identidade.

Todos os participantes poderão receber quaisquer esclarecimentos acerca da pesquisa, no momento que desejarem. A participação no estudo não acarretará custos para você e não será disponibilizada nenhuma compensação financeira.

Contatos com a pesquisadora Ana Ruth Macêdo Monteiro pelo telefone (85)988276025 e endereço: Rua Joaquim de Figueiredo Filho, 79- Cambéba- Fortaleza- Ceará. O Comitê de Ética da Fаметro encontra-se disponível para esclarecimento pelo telefone: (85) 3206-6471 R. Conselheiro Estelita, 500 – Centro Fortaleza - CE, 60010-260 email: cep@fаметro.com.br.

Este termo está elaborado em duas vias, sendo uma para, você, participante da pesquisa, e outro para o arquivo do pesquisador.

DECLARAÇÃO DE ASSENTIMENTO DO SUJEITO DA PESQUISA

Eu, _____, fui informado(a) dos objetivos da pesquisa de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e ou retirar meu consentimento. Os responsáveis pela pesquisa certificaram-me de que todos os meus dados serão confidenciais. Declaro que concordo em participar desse estudo.

Fortaleza, _____ de _____ de _____

Assinatura do(a) Participante: _____

Nome Legível:

Endereço:

RG. (Se possuir):

Fone:

Assinatura do(a) Pesquisador(a): _____