

Patrícia Lorena Resende Rocha

O usuário jovem no Centro de Atenção Psicossocial

UBERLÂNDIA

2021

Patrícia Lorena Resende Rocha

O usuário jovem no Centro de Atenção Psicossocial

Dissertação apresentada junto ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia – Mestrado, do Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial à obtenção do Título de Mestre em Psicologia Aplicada.

Área de Concentração: Psicologia Aplicada

Orientador(a): Prof. Dra. Renata Fabiana Pegoraro

**UBERLÂNDIA
2021**

Ficha Catalográfica Online do Sistema de Bibliotecas da UFU
com dados informados pelo(a) próprio(a) autor(a).

R672 Rocha, Patrícia Lorena Resende, 1984-
2021 O usuário jovem no centro de atenção psicossocial
[recurso eletrônico] / Patrícia Lorena Resende Rocha. -
2021.

Orientador: Renata Fabiana Pegoraro.
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de
Uberlândia, Pós-graduação em Psicologia.
Modo de acesso: Internet.
Disponível em: <http://doi.org/10.14393/ufu.di.2021.639>
Inclui bibliografia.

1. Psicologia. I. Pegoraro, Renata Fabiana, 1974-,
(Orient.). II. Universidade Federal de Uberlândia. Pós-
graduação em Psicologia. III. Título.

CDU: 159.9

Bibliotecários responsáveis pela estrutura de acordo com o AACR2:

Gizele Cristine Nunes do Couto - CRB6/2091

Patrícia Lorena Resende Rocha

O usuário jovem no Centro de Atenção Psicossocial

Dissertação apresentada junto ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia – Mestrado, do Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial à obtenção do Título de Mestre em Psicologia Aplicada.

Área de Concentração: Psicologia Aplicada

Orientador(a): Prof. Dra. Renata Fabiana Pegoraro

Banca Examinadora

Uberlândia, 15 de dezembro de 2021.

Prof. Dra. Renata Fabiana Pegoraro (Orientadora)
Universidade Federal de Uberlândia – Uberlândia, MG

Prof. Dra. Rosimár Alves Querino (Examinadora)
Universidade Federal de Uberlândia – Uberlândia, MG

Prof. Dra. Cintia Bragheto Ferreira (Examinadora)
Universidade Federal do Triângulo Mineiro – Uberaba, MG

Prof. Dr. João Fernando Rech Wachelke (Examinador Suplente)
Universidade Federal de Uberlândia – Uberlândia, MG

UBERLÂNDIA

2021



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
 Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Psicologia
 Av. Pará, 1720, Bloco 2C, Sala 54 - Bairro Umuarama, Uberlândia-MG, CEP 38400-902
 Telefone: +55 (34) 3225 8512 - www.pgpsi.ip.ufu.br - pgpsi@ipsi.ufu.br



ATA DE DEFESA - PÓS-GRADUAÇÃO

Programa de Pós-Graduação em:	Psicologia				
Defesa de:	Dissertação de Mestrado Acadêmico/ número 388, PGPSI				
Data:	Quinze de dezembro de dois mil e vinte e um	Hora de início:	17:00	Hora de encerramento:	19:05
Matrícula do Discente:	11912PSI019				
Nome do Discente:	Patrícia Lorena Resende Rocha				
Título do Trabalho:	O usuário jovem no Centro de Atenção Psicossocial				
Área de concentração:	Psicologia				
Linha de pesquisa:	Processos Psicossociais em Saúde e Educação				
Projeto de Pesquisa de vinculação:	Desafios do cuidado na Rede de Atenção Psicossocial				

Reuniu-se de forma remota, via web conferência, junto a Universidade Federal de Uberlândia, a Banca Examinadora, designada pelo Colegiado do Programa de Pós-graduação em Psicologia, assim composta: Professoras Doutoras: Rosimár Alves Querino - PPGAT/UFU; Cintia Braghetto Ferreira - UFTM; Renata Fabiana Pegoraro, orientadora da candidata. Ressalta-se que todos membros da banca participaram por web conferência, sendo que a Prof.^a Dr.^a Cintia Braghetto Ferreira participou desde a cidade de Goiânia - GO, a Prof.^a Dr.^a Rosimár Alves Querino participou desde a cidade de Uberaba - MG, a Prof.^a Dr.^a Renata Fabiana Pegoraro participou de Uberlândia - MG e a discente Patrícia Lorena Resende Rocha da cidade de Catalão - GO, em conformidade com a Portaria nº 36, de 19 de março de 2020.

Iniciando os trabalhos a presidente da mesa, Renata Fabiana Pegoraro apresentou a Comissão Examinadora e a candidata, agradeceu a presença do público, e concedeu à Discente a palavra para a exposição do seu trabalho. A duração da apresentação da Discente e o tempo de arguição e resposta foram conforme as normas do Programa.

A seguir o senhor(a) presidente concedeu a palavra, pela ordem sucessivamente, aos(às) examinadores(as), que passaram a arguir o(a) candidato(a). Ultimada a arguição, que se desenvolveu dentro dos termos regimentais, a Banca, em sessão secreta, atribuiu o resultado final, considerando o(a) candidato(a):

Aprovada.

Esta defesa faz parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre.

O competente diploma será expedido após cumprimento dos demais requisitos, conforme as normas

do Programa, a legislação pertinente e a regulamentação interna da UFU.

Nada mais havendo a tratar foram encerrados os trabalhos. Foi lavrada a presente ata que após lida e achada conforme foi assinada pela Banca Examinadora.



Documento assinado eletronicamente por **Renata Fabiana Pegoraro, Professor(a) do Magistério Superior**, em 15/12/2021, às 19:19, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Cintia Braghetto Ferreira, Usuário Externo**, em 15/12/2021, às 19:24, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Rosimár Alves Querino, Usuário Externo**, em 16/12/2021, às 09:07, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://www.sei.ufu.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **3180563** e o código CRC **9BA1080B**.

Agradecimentos

Aos meus pais, João e Elenice, por sempre incentivarem o estudo e por todas as oportunidades que me deram, além do amor e companhia diários. À minha irmã Wanessa, por ser a melhor amiga e também por alegrar nossa casa com suas visitas cheias de conversas, risadas e histórias. A Edigar, meu cunhado, que me inspira com sua dedicação à vida acadêmica e por compartilhar o apreço pela nossa “UFU”. À minha amiga de infância e irmã de coração Carolina Borges da Costa, por sempre me acompanhar em todos os momentos importantes e por genuinamente torcer por mim.

À parceira de trabalho na Universidade Federal de Catalão, minha xará Patrícia de Sousa Oliveira, por me acolher com tanta simpatia neste ambiente novo para mim, pela afinidade e conversas com café que tornam o trabalho mais leve.

Aos amigos Thiago Vieira Campos e Lucilene Rodrigues Vieira, pela amizade de sempre, pelos encontros sempre regados a muita risada, indignação com a política e “micos” memoráveis.

À minha pequena Julie, para alguns apenas um cachorro de estimação, mas para mim uma grande fonte de alegria e amor incondicional. Tê-la por perto, sentada aos meus pés enquanto escrevia esta dissertação e tentava lidar com o caos, do mundo e do meu interior, provocado pela pandemia, certamente me ajudou a enfrentar o trabalho solitário que pode por vezes ser a vida de um pesquisador.

À colega de mestrado Daysi Aparecida Alves Franco, pelas trocas de experiências, pela companhia no almoço, por ser exemplo de persistência mesmo perante dificuldades inimagináveis, admiro sua força! Obrigada por sempre repetir “calma, vamos conseguir” quando a ansiedade batia.

Aos professores do Programa de Pós-graduação em Psicologia (PGPSI-UFU) pelo conhecimento compartilhado, em especial ao professor Dr. Rodrigo Sanches Peres, pelo exemplo de compromisso e ética e à querida professora Dra. Sílvia Maria Cintra da Silva, a quem tive o prazer de reencontrar após dez anos de formatura e que muito me ajudou na transição de psicóloga da área da saúde para psicóloga escolar, obrigada pelas dicas e pelas conversas sobre literatura.

À minha orientadora Renata, minha profunda gratidão e admiração. Você dá sentido ao verbo “orientar”, sua paciência, profissionalismo, organização e disposição tornaram possível essa caminhada, levarei seu exemplo comigo pela vida afora.

Por fim, agradeço aos sujeitos dessa pesquisa pela partilha de suas histórias, sem as quais este estudo não existiria. Muito obrigada!

Resumo

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) surge em um contexto ideológico, político e social em se que buscava maior participação popular nas políticas públicas de saúde e saúde mental. Além disso, os CAPS foram criados como uma alternativa às antigas modalidades de tratamento em saúde mental, pautadas no isolamento e trancafiamento. Embora venham desde então cumprindo seu papel de oferecer um cuidado mais humanizado e que preconiza sobretudo a liberdade do sujeito e reinserção na sociedade, há que se pensar no público que não mais é remanescente dos manicômios, mas que está vivendo o adoecimento psíquico em uma nova era, com contextos culturais e sociais diferentes. Esta pesquisa buscou estudar especificamente os usuários jovens de um CAPS situado em um município da Região Centro-Oeste brasileiro, com objetivo de compreender qual sua percepção sobre o tratamento oferecido pelo CAPS. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, na qual usou-se como instrumento um roteiro de entrevistas semi-estruturado. Participaram da pesquisa oito usuários, com idades entre 18 e 30 anos, sendo seis do sexo feminino e dois do sexo masculino. As entrevistas foram conduzidas tanto no CAPS quanto na residência dos jovens, conforme sua preferência e procedeu-se à análise temática de seu conteúdo a partir do conceito de indicadores. Os resultados, a partir da construção dos itinerários terapêuticos, apontaram que a busca pelos serviços no CAPS se dá por iniciativa da família, quase sempre após tratamentos iniciais apenas com médicos da rede particular, sendo inclusive a questão financeira uma motivação para buscar o serviço em alguns casos. Mostram ainda que há baixa adesão dos jovens ao serviço, com uma maioria que frequenta o CAPS esporadicamente para consultas médicas, o que dá contornos ambulatoriais ao serviço. Além disso, apontam para vulnerabilidades a que estes jovens estão sujeitos como autolesão, tentativas de suicídio e rede de apoio restrita. Apesar disso, eles mencionam sonhos e planos para o futuro, além de apoio do núcleo familiar mais próximo.

Palavras chave: Atenção psicossocial; Jovens; Saúde mental.

Abstract

The Center for Psychosocial Care (CAPS) emerged in an ideological, political, and social context that sought greater popular participation in public health and mental health policies. Moreover, the CAPS were created as an alternative to the old mental health treatment modalities, based on isolation and confinement. Although they have since been fulfilling their role of offering a more humanized care and that advocates, above all, the freedom of the subject and reintegration into society, it is necessary to think about the public that is no longer a remnant of the insane asylums, but is experiencing the mental illness in a new era, with different cultural and social contexts. This research sought to study specifically the young users of a CAPS located in a city in the Midwest region of Brazil, with the objective of understanding their perception about the treatment offered by the CAPS. This is a qualitative research, in which a semi-structured interview script was used as an instrument. Eight users, between 18 and 30 years old, participated in the research, six of them female and two male. The interviews were conducted both in CAPS and in the young people's homes, according to their preference, and a thematic analysis of their content was carried out based on the concept of indicators. The results, from the construction of the therapeutic itineraries, pointed out that the search for services at CAPS occurs at the initiative of the family, almost always after initial treatments only with doctors in the private network, with the financial question being a motivation to seek the service in some cases. They also show that there is low adherence of young people to the service, with the majority of them attending CAPS sporadically for medical appointments, which gives the service an outpatient feel. In addition, they point to vulnerabilities that these young people are subject to such as self-injury, suicide attempts, and a restricted support network. Despite this, they mention dreams and plans for the future, as well as support from the closest family nucleus.

Key words: Psychosocial care; Young people; Mental health.

Sumário

1. Introdução	12
1.1 Revisão de Literatura.....	17
1.2 O que tem sido pesquisado a respeito do CAPS?.....	22
1.3 O usuário jovem nos CAPS.....	29
1.4 Adesão e itinerários terapêuticos.....	33
2. Aspectos metodológicos	37
2.1 Tipo de Estudo	37
2.2 Local do Estudo.....	37
2.3 Participantes	38
2.4 Instrumentos	39
2.5 Coleta dos dados e aspectos éticos	39
2.6 Análise dos dados.....	44
3. Resultados e Discussão.....	46
3.1 Apresentação dos jovens	46
3.2 Itinerários Terapêuticos dos Jovens	48
3.3 Categorias Temáticas	69
(A) O início do percurso pela rede de saúde e o papel da família.....	70
(B) Crise, Diagnóstico e Medicação	73
(C) Uso do CAPS como ambulatório	83
(D) Vulnerabilidade.....	95
Considerações Finais.....	108
Referências.....	111
Apêndice 1 - Roteiro de Entrevista	119
Apêndice 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	120
Anexo 1 – Parecer de Aprovação de Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos	122

1. Introdução

O que me assombra na loucura é a distância – os loucos parecem eternos. Nem as pirâmides do Egito, as múmias milenares, o mausoléu mais gigantesco e antigo possuem a marca da eternidade que ostenta a loucura. Diante da morte não sabia para onde voltar-me: inelutável, decisiva. Hoje, junto dos loucos, sinto certo descaso pela morte: cava, subterrânea, desintegração, fim. Que mais? Morrer é imundo e humilhante. O morto é náuseo, e se observado, acusa alto a falta do que o distinguia. A morte anarquiza com toda dignidade do homem. Morrer é ser exposto aos cães covardemente. Conquanto nos dois estados encontro ponto de contato – o principal é a distância. Ainda que só diante do louco tenha experimentado a sensação de eternidade. Nele não encontramos falta. Nos parece excessivo, movendo-se noutra espécie de vibração. Junto dele estamos sós. Não sabendo situá-lo fica-se em dúvida: onde se acha a solidão? O louco é divino, na minha tentativa fraca e angustiante de compreensão. É eterno. Estar internado no hospício não significa nada. São poucos os loucos. A maioria compõe a parte dúbia, verdadeiros doentes mentais. Lutam contra o que se chama doença, quando justamente essa luta é que os define: sem lado, entre o mundo dos chamados normais e a liberdade dos outros. Não conseguem transpor o muro, segundo Sartre. É a resistência. Também se luta contra a morte, quando morrer talvez seja realizar-se. Se existe vergonha é na luta: perder o lugar no mundo, afetividade, direitos (direitos?). Então encontramos doença, morte, imensa soma de deficiências que se recusa a abandonar. Transposta a barreira, completamente definidos, passam a outro estado – que prefiro chamar de Santidade. A fase digna da coisa, a conquista de se entregar. O que aparentam é a inviolabilidade de seu mundo. Como os mortos, nada fazem para voltar ao estado primitivo – e embora todos tenhamos de morrer um dia, poucos alcançam a santidade da loucura (e quem prova estar o louco sujeito à morte, se passou para uma realidade que desconhecemos?) (Cançado, 1965, p. 25)

Tomo emprestadas as palavras de Maura Lopes Cançado sobre sua experiência com o que chamamos de loucura pois, assim como os sujeitos desta pesquisa que lhes apresento, ela foi uma pessoa que, muito jovem, se deparou com o sofrimento psíquico e todas as suas consequências ao internar-se voluntariamente em um manicômio aos 18 anos. Suas palavras honestas, por vezes duras, narradas em seu romance autobiográfico “O Hospício é Deus” me causaram uma profunda impressão e trouxeram à tona memórias de meus primeiros encontros com a loucura.

Nascida e criada em cidade pequena e interiorana, desde cedo convivia com a figura do “louco”, aquele sujeito de comportamento divergente da norma, sobre quem os adultos

ensinam às crianças tratar-se de figuras perigosas, a quem se deve temer e evitar. Foi somente na graduação em Psicologia, realizada entre os anos de 2003 a 2008, que pude ressignificar essas lembranças da infância e começar a encarar a questão do adoecimento psíquico com um olhar mais empático. Duas experiências em particular me marcaram nessa época. A primeira, uma visita que fizemos à enfermaria de psiquiatria do Hospital de Clínicas de Uberlândia para conhecer o local e conversar com os usuários que ali se encontravam internados. Havia um certo medo, um mistério, alimentado muitas vezes por histórias e casos contados por colegas veteranos. Passado o estranhamento inicial, o que encontrei foram pessoas de atitudes, preferências e personalidades diversas, algumas ávidas por conversar, outras desconfiadas, preferindo não serem perturbadas, exatamente como no “mundo lá fora”.

A segunda experiência trata-se de uma proposta do professor para a disciplina de Psicopatologia: acompanhar um paciente desse mesmo Hospital durante todo seu período de internação, o que implicava visitá-lo algumas vezes por semana, conversar, tomar notas e depois fazer um relatório sobre este acompanhamento. A mim coube acompanhar um caso atípico: uma adolescente de 17 anos, com possível diagnóstico de esquizofrenia, passando por sua primeira internação psiquiátrica. Por ser menor de idade, sua mãe ficava com ela no estabelecimento, e passar alguns dias da semana visitando-as e tentando compreender a experiência pela qual estavam passando foi para mim uma mistura de angústia, confusão e aprendizado.

Sendo eu mesma, à época, uma jovem pouco mais velha que ela, era inevitável experienciar sensações de desconforto, pena e pesar. Nossa troca foi marcada por pouco diálogo, em parte pela minha inexperiência ao lidar com a situação, em parte pelo próprio quadro da jovem, sempre sonolenta e com dificuldade para conversar, talvez devido às medicações. Ela às vezes me fazia desenhos confusos, outras brincávamos com alguns jogos disponíveis. Gostaria de ter guardado os diários de campo e o relatório entregues ao professor

para lembrar com mais detalhes essa investigação, mas infelizmente esse material se perdeu com o tempo. A sensação de que uma pessoa tão jovem não pertencia a um ambiente tão inóspito, no entanto, permanece na lembrança até hoje.

Foi pouco depois disso que começamos a estudar sobre dispositivos de cuidado como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Infelizmente, todavia, meu contato com o CAPS na graduação foi mínimo. Houve uma visita realizada em duplas a um CAPS voltado para o público infanto-juvenil, o chamado CAPSi. Passamos uma tarde no local para conversar com a equipe, pacientes e familiares que estivessem presentes. Recordo-me que, após a experiência no hospital, não pude deixar de sentir alívio que um lugar como o CAPS existisse. Um ambiente que se parecia com uma casa (na verdade tratava-se de fato de uma casa adaptada para o serviço), com brinquedos, música e atividades me pareceu uma proposta encantadora. Dessa vez, o que ficou na lembrança foi principalmente o esforço da equipe, que conhecia cada criança e jovem e sabia suas preferências alimentares, de quais jogos gostavam, de que forma seria melhor se aproximar e interagir com cada um.

Nos meses finais da graduação, fui surpreendida com a aprovação em um concurso para o cargo de psicóloga em minha cidade natal. A prova, prestada sem expectativas apenas a título de treinamento para concursos futuros, acabou se tornando um importante passo que definiria meu futuro profissional pela década seguinte. Após a correria para concluir estágios e colar grau, assinei o termo de posse e, em reunião com o Secretário de Saúde para as boas vindas aos novos servidores, fui informada de que seria lotada no CAPS da cidade. Começava aí uma trajetória de extenso aprendizado, de contato com pessoas que mudariam minha forma de ver o mundo, de aprender quais papéis o psicólogo pode desempenhar, de trabalhar em conjunto com profissionais de outras áreas. Foi nesse trabalho também, que surgiram as dúvidas e questionamentos que seriam as sementes para o problema de pesquisa que essa dissertação se propõe investigar.

Ao longo dos dez anos em que atuei no CAPS, o contato diário com pessoas de diferentes idades, ocupações, contextos familiares, trajetórias de vida, foi me permitindo construir um corpo de conhecimento não só a respeito dos processos de adoecimento, mas também no tocante ao papel que um serviço como esse pode desempenhar na vida dos usuários. Foi no CAPS também que reencontrei algumas das figuras misteriosas da infância, que agora deixavam de ser “os loucos” e passavam a ser pessoas dotadas de nome, sobrenome e uma história de vida que em nada envolvia se apoderar de crianças teimosas, mas que agora eu percebia serem marcados pelo estigma do adoecimento mental e do preconceito.

Conforme me adaptava à rotina de trabalho, conhecia os usuários e seus familiares e me apropriava do meu papel de psicóloga, aos poucos fui notando que o perfil das pessoas atendidas por nós seguia um padrão: no acolhimento, nome que damos ao contato inicial com a pessoa que busca o serviço, havia uma diversidade de público, ou seja, pessoas de diferentes idades, situações ocupacionais, classe social procuravam o serviço com alguma demanda. Entretanto, no dia-a-dia do serviço, dentre os pacientes que efetivamente frequentavam as diferentes atividades oferecidas, notava-se um público mais restrito: usuários oriundos das antigas práticas de internação, usuários mais velhos ou que não estavam inseridos no mercado de trabalho. Em outras palavras, pessoas mais jovens não faziam parte da rotina de atendimentos e atividades daquele CAPS.

É importante dizer que essa percepção não era somente minha, sendo compartilhada pelos colegas. Era comum que nas reuniões de equipe fosse mencionada a pouca adesão de pacientes mais jovens e os profissionais expressassem preocupação com este fato. Um dos pontos levantados nessas reuniões e mesmo em conversas mais informais entre nós era a suposição de que as oficinas e demais atividades oferecidas não eram atrativas para um público mais jovem. Foi do incomodo causado por essas suposições que nasceu o problema de pesquisa que deu origem a essa dissertação: *“De que modo os usuários jovens percebem*

os cuidados oferecidos por um Centro de Atenção Psicossocial?” A partir deste problema, tracei como **objetivo geral** compreender a percepção de adultos jovens sobre o tratamento oferecido por um Centro de Atenção Psicossocial, a partir dos relatos de suas vivências. Como **objetivos específicos** adotei: Avaliar, segundo a ótica dos usuários e seus itinerários terapêuticos: (1) a forma como a inserção do jovem nos cuidados proporcionados pelo Centro de Atenção Psicossocial ocorreu; (2) a compreensão do jovem sobre o papel do CAPS em seu tratamento, face às atividades propostas e condições para construção de vínculo com o serviço e equipe; (3) as explicações dos jovens sobre os diagnósticos recebidos e a eclosão de crises e o uso de recursos existentes na Rede de Atenção Psicossocial; (4) a rede de apoio social que pode ser acionada pelo jovem.

Partindo desses objetivos, o texto apresentado nas próximas páginas foi organizado na forma de revisão da literatura, na sequência um segundo capítulo sobre os aspectos metodológicos e um terceiro com os resultados e discussão, sendo encerrado com as considerações finais.

Na revisão de literatura busquei apresentar um panorama geral de como os serviços como o CAPS surgiram no contexto da saúde pública brasileira, além de explicitar quais foram as bases históricas que sustentaram a criação destes dispositivos e as legislações que os regulamentam. Também trouxe informações acerca dos diversos tipos de CAPS e das possibilidades de cuidado por eles ofertadas. Apontei também sobre as pesquisas existentes acerca do tema CAPS, com foco principalmente naquelas que se dedicam a avaliar o serviço sob o ponto de vista de seus usuários. Busquei retratar a escassez de estudos sobre o usuário jovem nos serviços, o que justifica a realização desta pesquisa, e inserir o conceito de adesão.

No capítulo 2, procurei discorrer sobre os aspectos metodológicos que nortearam a construção deste estudo, relatando o tipo e local de estudo, quem foram os participantes quem

foram os participantes, quais instrumentos foram utilizados e como foi o procedimento aplicado na coleta e análise dos dados, além dos cuidados éticos.

No terceiro capítulo foi feita a apresentação dos participantes da pesquisa e das categorias temáticas identificadas: (A) O início do percurso pela rede de saúde e o papel da família, (B) Crise, diagnóstico e medicação, (C) Uso do CAPS como ambulatório e (D) Vulnerabilidade. De forma conjunta, neste capítulo, será apresentada a discussão desses resultados.

Por fim, nas Considerações Finais, destaca-se a junção dos questionamentos que levaram à pesquisa com os dados produzidos e as possíveis implicações e limitações deste estudo.

1.1 Revisão de Literatura

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são dispositivos oriundos da Reforma Psiquiátrica Brasileira, e definem-se por seu caráter aberto e comunitário, formados por equipes multidisciplinares, com objetivo de atender à população portadora de sofrimentos mentais severos e persistentes. Mais conhecidos como CAPS, esses dispositivos foram apontados como organizadores e articuladores estratégicos da chamada rede de atenção à saúde mental, composta por outros serviços como residências terapêuticas (SRT), centros de convivência, ambulatórios de saúde mental e leitos psiquiátricos em hospitais gerais (Brasil, 2004). Atualmente, os CAPS integram a Rede de Atenção Psicossocial, a partir da Portaria MS 3088/2011, o que denota a compreensão de que os cuidados às pessoas em sofrimento psíquico são de responsabilidade de diversos pontos de cuidado e não apenas dos chamados “serviços de saúde mental”.

O surgimento dos CAPS se deu em um contexto social, político e ideológico que buscava um maior controle da sociedade por meio de participação democrática e popular nas

políticas públicas de saúde. O primeiro impulso para que isso ocorresse se deu com a própria criação do SUS – Sistema Único de Saúde- que passou a vigorar no Brasil a partir da Constituição Federal de 1988 e da promulgação das Leis Federais 8.080/1990 e 8.142/1990. (Brasil, 2004).

No ano de 1987, dois eventos tiveram grande importância no âmbito da discussão do cuidado em saúde mental: I Conferência Nacional de Saúde Mental e o posterior II Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental. Durante a I Conferência, decidiu-se pela realização do encontro desses trabalhadores que atuavam na área da saúde mental, que viria a ter o lema “Por uma Sociedade sem Manicômios” e que passou a contar com a presença de atores importantes e até então desconsiderados nas discussões: os pacientes e seus familiares. (Tenório, 2002)

Concomitantemente à instauração do SUS ocorriam os esforços para concretizar a Reforma Psiquiátrica, que partiu do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). O MTSM se inspirou em experiências de outros países que propunham a desinstitucionalização das pessoas em sofrimento psíquico, já que até então o modelo asilar era a única opção de tratamento possível para estas pessoas (Amarante, 2017).

Um passo importante na consolidação da Reforma foi a criação do primeiro CAPS em março de 1987 na cidade de São Paulo, chamado de CAPS Luís da Rocha Cerqueira e mais conhecido como CAPS Itapeva. Com a experiência deste serviço, o saber médico e a psiquiatria não deixaram de ter seu lugar, mas passaram a coexistir com diferentes saberes acerca dos processos de adoecimento e das necessidades plurais de intervenção com os indivíduos. Com o surgimento desse serviço, o novo modelo de cuidado vai sendo colocado em prática e se abriram as portas para que, a partir de legislações específicas que viriam depois, toda uma rede de cuidados pautada no tratamento territorial e humanizado seja implementada no campo da saúde mental. (Tenório, 2002)

Os CAPS têm como função promover ações que têm como diretrizes resgatar a singularidade do indivíduo; garantir liberdade, autonomia e atenção humanizada; oferecer assistência multiprofissional; e proporcionar inclusão social (Brasil, 2011). São definidos como dispositivos comunitários e regionalizados que oportunizam assistência de alcance intersetorial e reabilitação psicossocial pelo acesso ao trabalho, lazer, educação, cultura, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários aos sujeitos em sofrimento mental. O objetivo é substituir, gradativamente, os hospitais psiquiátricos e organizar uma rede assistencial que possa fazer o sujeito, as famílias e as cidades prescindirem do manicômio (Prata, 2004). Sustentam esses serviços os seguintes documentos: Portaria MS 224/1992, o primeiro documento que delineia atendimento em serviços de tipo CAPS no Brasil; Portaria MS 336/2002 que regulamenta esse serviço a público diverso (crianças e adolescentes; adultos com transtornos mentais graves e persistentes; e população que faz uso prejudicial de álcool e outras drogas), Portaria MS 3088/2011 que regulamenta a RAPS (Rede de Atenção Psicossocial), readequada mediante Portaria MS 3588 de 2017.

A portaria 224/1992 é importante não só por ser o primeiro documento que reconheceu os serviços do tipo CAPS, mas porque ela estabeleceu uma divisão entre os atendimentos em saúde mental em dois grupos: ambulatorial e hospitalar. Por atendimento hospitalar, deve-se entender a internação e semi-internação e o ambulatório compreende os próprios CAPS e os Núcleos de Atenção Psicossocial – os NAPS. (Brasil, 1994). No momento da promulgação da Portaria MS 224/1992, na cidade de Santos – SP, funcionavam os NAPS, serviços de base territorial abertos 24 horas por dia, responsáveis por toda a organização de cuidados em saúde mental no município, diferentemente dos CAPS, cujo funcionamento, por exemplo, ocorria apenas durante o dia. (Goldberg, 1994)

Vale notar que a experiência do CAPS Luís da Rocha Cerqueira em São Paulo abriu portas para que vários outros centros de atenção psicossocial surgissem em outros municípios

e Estados. No entanto, foi somente em 2001 que foi sancionada a Lei de Saúde Mental (lei 10.216), que dispõe sobre os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais. O texto da lei deixa claro que a finalidade indispensável do tratamento é a reinserção social do paciente e também proíbe a internação em instituições com características asilares.

A portaria 336/2002 deu continuidade ao desenvolvimento dos CAPS enquanto serviços substitutivos ao trazer a tipificação destes serviços de acordo com modalidades que dizem respeito à complexidade e abrangência populacional, a saber: CAPS I para municípios entre 20.000 e 70.000 habitantes; CAPS II para populações entre 70.000 e 200.000 habitantes e CAPS III para municípios acima de 200.000 habitantes, com o diferencial de fornecer atendimento contínuo, 24 horas, incluindo-se fins de semana e feriados; CAPS I e II para atender crianças e adolescentes em municípios com cerca de 200.000 habitantes podendo este critério populacional ser decidido pelo gestor local de acordo com critérios epidemiológicos; CAPS ad II para oferecer atendimento a pessoas com problemas decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas em municípios com população superior a 70.000 habitantes. Esta portaria ainda especifica como devem ser compostas as equipes (em termos de quantidade e formação dos profissionais), os turnos de funcionamento e as atividades a serem fornecidas, como atendimentos individuais, em grupos, com famílias, visitas domiciliares, dentre outros.

Por fim, temos a Portaria MS 3088/2011, readequada mediante Portaria MS 3588 de 2017, que regulamenta a RAPS (Rede de Atenção Psicossocial) propondo a criação, ampliação e articulação de diversos pontos de atenção a Saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso/ abuso/dependência de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). O art. 7 § 4º da Portaria traz novas delimitações populacionais para a instalação de CAPS em municípios: (a) CAPS I em cidades com 20 mil habitantes ou mais, (b) CAPS II acima de 70 mil habitantes, (c) CAPS

III mantido para municípios com 200 mil habitantes ou mais, (d) CAPS ad para cidades com população de 70 mil habitantes ou superior, (e) CAPS AD III para municípios com mais de 200 mil habitantes, (f) CAPS i em cidades com mais de 150 mil habitantes. Para realizar as ações de sua competência, os CAPS valem-se de diversos recursos, respeitando sempre o que chamamos de Projeto Terapêutico Singular (PTS), isto é, cada usuário assistido dentro de um CAPS possui uma programação individual de atividades e cuidados que fazem sentido dentro de sua singularidade enquanto sujeito, sua trajetória, suas necessidades oriundas de seu processo de adoecimento e suas potencialidades. Assim, essas atividades podem incluir grupos de terapia psicológica, grupos de psicoeducação, consultas médicas, cuidados de enfermagem, oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, dentre outros. (Brasil, 2004).

Embora disponham de atendimentos e intervenções individuais, uma boa parte das atividades dos CAPS ocorrem em grupos, visto que estes propiciam a integração familiar e social dos usuários, a expressão de sentimentos e emoções, o desenvolvimento de habilidades, da autonomia e ao exercício da cidadania. (Brasil, 2004). Autores contemporâneos como Amarante (1997), destacam o caráter de reinserção social de algumas atividades oferecidas nos CAPS, como por exemplo, as oficinas, especialmente aquelas que se propõem a gerar renda, visto que propiciam ao sujeito com sofrimento mental uma oportunidade de retomar a autonomia e vencer a exclusão do mercado de trabalho. Há também autores que destacam a relevância dos atendimentos grupais realizados nos CAPS por permitirem a identificação do sofrimento compartilhado, ampliando as formas de entendimento e definição do processo saúde doença intensificando o cuidado e ações conjuntas. Os grupos são uma forma de cuidado bastante frequente em serviços de saúde mental por configurarem um espaço de cuidado e de possibilidade de mudança (Rasera & Rocha, 2010).

Segundo dados do Ministério da Saúde (2014), no Brasil existiam 2.209 CAPS habilitados, contemplando as diversas modalidades possíveis, isto é, CAPS dos tipos I, II e III

(para municípios com população maior que 20, 70 e 200 mil habitantes respectivamente), CAPS i (destinados a atendimento de crianças e adolescentes) e CAPS Ad e Ad III (que tratam de pessoas com problemas decorrentes do abuso de substâncias). No Estado em que foi realizada nossa pesquisa, Goiás, existia 60 CAPS habilitados.

Talvez um dos grandes ganhos trazidos pela implementação dos CAPS tenha sido a ampliação do olhar sobre o sofrimento psíquico, antes visto apenas pela ótica biológica já que no modelo asilar predominava o saber médico. Com os CAPS, os sujeitos passam a ser contemplados sob um olhar que considera as relações sociais e familiares como parte fundamental do processo de reabilitação (Mielke et al, 2009).

1.2 O que tem sido pesquisado a respeito do CAPS?

Embora as portarias e instruções normativas nos ofereçam diretrizes para a criação e o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial, devemos nos lembrar que estes só se tornam de fato serviços legítimos a partir da relação que estabelecem com a clientela atendida. Para denominar as formas de cuidado oriundas da Reforma, são usados termos como “clínica ampliada” ou “clínica da reforma”, mas essa clínica só se concretiza a partir da relação de cuidado entre o usuário, seu sofrimento psíquico e a comunidade (Leal & Delgado, 2007).

Segundo Grigolo e Pappiani:

A clínica ampliada, desta forma, visa à singularidade dos sujeitos, busca a produção de saúde, reabilitação e ampliação da autonomia, através da construção de vínculos, integração da equipe multiprofissional, ampliação dos recursos de intervenção no processo saúde–doença e elaboração de projetos terapêuticos de acordo com a vulnerabilidade de cada caso. (Grigolo & Pappiani, 2014, p. 7)

A literatura sobre as novas formas de cuidado em saúde mental e os serviços substitutivos como os CAPS é extensa. Muitos pesquisadores de diversas áreas do saber têm conduzido estudos com as mais diversas metodologias com objetivo de compreender o CAPS e produzir saberes sobre este dispositivo, principalmente contextualizando-o como um

contraponto ao antigo modelo manicomial. No entanto, o número de estudos que abordam o usuário do CAPS é bem inferior aos que destacam a opinião dos segmentos profissionais e familiares sobre esse serviço, baseado em buscas por bases de dados de artigos científicos e dissertações sobre o tema. Obviamente, o objetivo desta pesquisa não é apresentar a revisão bibliográfica de todas as publicações que tem o CAPS como temática, mas citaremos aqui alguns estudos para que o leitor possa ter uma ideia do que é abordado de forma geral nesses estudos sobre o CAPS.

Para exemplificar, temos pesquisas como as de Ballarin et al (2011), que discorrem sobre a percepção da equipe sobre as práticas de acolhimento nos CAPS, concentrando-se em quais aspectos do trabalho eles consideram que precisam ser melhor estruturados para que o acolhimento ocorra de forma mais condizente com os propósitos do CAPS. Há ainda artigos que se dedicam a traçar o perfil das equipes dos CAPS, mapeando o número de funcionários que as compõem, sua formação profissional e experiência na área (Cunha & Galera, 2016), além de publicações cujo foco é compreender o trabalho em equipe dentro dos CAPS (Milhomem & Oliveira, 2016) e ainda o impacto que o trabalho com populações que apresentam distúrbios psiquiátricos causam nos trabalhadores (Moura & Roncalli, 2016).

Batista, Ferreira e Batista (2018) conduziram uma pesquisa em um CAPS da Amazônia com intuito de compreender o cuidado oferecido a partir da percepção dos trabalhadores, traçando os principais desafios encontrados, o papel que eles atribuem à participação familiar e as melhorias que eles acreditam que precisam ser feitas no serviço.

Grigolo e Pappiani (2014) investigaram os recursos terapêuticos, a relação com o plano terapêutico individual (PTS), a apropriação de temas como clínica ampliada e matriciamento a partir da perspectiva dos profissionais de um CAPS.

Bielemann et al. (2009) e Covelo e Badaró-Moreira (2015) são exemplos de estudos com foco na inserção da família nos CAPS como agentes de cuidado e apoio ao tratamento.

Vieira e Pegoraro (2020) também trazem a perspectiva dos familiares ao conduzirem uma pesquisa em um CAPS tendo como foco as explicações dadas pelas famílias acerca do sofrimento psíquico.

Como podemos ver, essas pesquisas são exemplos sobre como o CAPS é abordado nas publicações científicas e que se busca saber a respeito dele. Com isso, não queremos dizer que pesquisar as representações de CAPS e do sofrimento psíquico a partir dos pontos de vista dos profissionais da área ou das famílias não sejam importantes. Pelo contrário, a multiplicidade de visões sobre o tema é sempre bem vinda e proporciona compreensões mais amplas. No entanto, para os objetivos desta pesquisa, estaremos mais concentrados em entender o dispositivo CAPS a partir daqueles a quem ele se destina a priori: seus usuários.

1.2.1 O usuário de CAPS nas pesquisas

Mesmo as pesquisas que se concentram em investigar o usuário de CAPS acabam por focar mais em aspectos quantitativos e epidemiológicos do que na percepção dos usuários a respeito do serviço que frequentam. Assim, encontramos pesquisas que investigam o perfil dos sujeitos atendidos nos CAPS, em especial da modalidade Álcool e Drogas, como por exemplo o artigo de Faria e Schneider (2009), que descreve um estudo realizado em Santa Catarina onde foi encontrada uma predominância de usuários do sexo masculino, além de entender quais os tipos de drogas eram mais usados em cada faixa etária.

Andolfatto et al. (2016) conduziram um estudo na região meio-oeste em um CAPS Ad e traçam um perfil dos usuários, concluindo haver uma maior predominância de pessoas com problemas decorrentes do abuso de álcool entre os atendidos e uma alta taxa de satisfação destes com o serviço.

O artigo de Carvalho, Silva e Rodrigues (2010) abordou o perfil epidemiológico dos usuários da rede de saúde mental de um município do Ceará, que contava com três Caps que

juntos somavam um contingente de cerca de 5.000 usuários cadastrados. Na pesquisa, utilizaram amostras dos três CAPS (sendo eles CAPS geral, CAPS ad e CAPS i) constatando, dentre outros fatos que: a maior parte deles chega ao serviço por iniciativa da família, têm baixa renda e pouca escolaridade.

Também em busca de uma caracterização epidemiológica, temos um estudo com extenso número de participantes realizado no município de Jaguaré-ES que categorizou, além de dados como sexo e idade dos usuários do CAPS, também o perfil das principais psicopatologias encontradas, através da análise das fichas de atendimento (Leitão et al., 2017). Estudo semelhante se deu em Joaçaba-SC, em que os pesquisadores utilizaram o banco de dados do CAPS I e o registro das ações ambulatoriais de saúde (RAAS) para traçar um perfil das principais demandas do estabelecimento (Pinheiro, Sehnem & Rosa, 2017).

Do mesmo modo que salientamos anteriormente que todas as pesquisas a respeito do CAPS são válidas e importantes, justamente por trazerem múltiplos pontos de vista por meio da participação de diferentes sujeitos, ressaltamos que as pesquisas que se dedicam a caracterização do público-alvo do CAPS em perfis epidemiológicos também são de grande importância, já que se faz necessário saber a quem o CAPS atende antes mesmo de tentar saber como esse atendimento é percebido.

1.2.2 O que o usuário pensa sobre o CAPS

Abordaremos este tópico mencionando algumas pesquisas que destacaram o que os usuários pensam sobre as ações desenvolvidas nos CAPS e se estão satisfeitos com o serviço.

Cabe ressaltar que, mesmo as pesquisas que se propõem a avaliar o CAPS de alguma forma, ou mesmo delinear a percepção que se têm acerca dele, não necessariamente contemplam apenas os usuários como sujeitos da pesquisa. Muitas são realizadas com múltiplos grupos de interesse, como usuário, familiares e membros das equipes. Para

exemplificar essas pesquisas com grupos diversos, temos um estudo transversal realizado em 11 CAPS de diferentes tipos em Minas Gerais tendo como sujeitos usuários e seus familiares. Foram utilizados como instrumentos roteiros de entrevistas semiestruturadas e escalas de avaliação de satisfação, os quais apontaram que as opiniões mais positivas a respeito dos serviços costumavam estar ligadas ao vínculo com a equipe e novamente surgiu a questão da estrutura como o ponto de menor satisfação. Detectou-se também uma maior satisfação dos usuários dos CAPS ad quando comparados aos usuários de CAPS para adultos (Silva, Lima & Ruas, 2018).

Bosque et al. (2017) incluíram em seu estudo usuários, familiares e trabalhadores de um CAPS ad e obtiveram como resultado bons níveis de satisfação global com o serviço por parte dos dois primeiros grupos e níveis intermediários por parte do último, que apontaram necessidade de melhorias nas condições físicas e ferramentas de trabalho como pontos que levariam a maior qualidade do atendimento.

De acordo com Mello e Furregato (2008), que conduziram pesquisa com usuários, familiares e trabalhadores de um CAPS do Rio de Janeiro, notou-se uma opinião positiva tanto das famílias quanto dos sujeitos em tratamento principalmente no que concernia à redução do número de internações e manutenção da liberdade. Já para os trabalhadores, havia um descontentamento em relação à sobrecarga advinda da grande demanda e das próprias limitações do trabalho.

Em contrapartida, citaremos algumas pesquisas que trataram da opinião sobre o CAPS levando-se em conta exclusivamente o usuário como sujeito. Assim, podemos falar sobre a pesquisa conduzida por Surjus e Onocko-Campos (2011), que tratou da avaliação de um CAPS de Campinas (SP). Os pontos de maior relevância deste estudo foram: (a) os usuários avaliam que o CAPS se configura como um lugar em podem assumir o lugar de pessoas que *estão* doentes, em contrapartida aos manicômios, em que eram vistos como pessoas que *são*

doentes; (b) além disso, eles descrevem que a relação de confiança estabelecida com a equipe os ajuda a enfrentar com menor prejuízo as “crises”; (c) os usuários destacaram a possibilidade de discutir e refletir sobre as medicações utilizadas, o que não ocorre quando o tratamento se dá fora do CAPS, nos grandes ambulatórios, por exemplo.

Kantorski et al. (2009) conduziram estudo semelhante, abordando a satisfação dos usuários de CAPS no Sul do Brasil. Para as autoras, a maioria dos usuários apontou estar satisfeita com o serviço, principalmente no que tangia ao relacionamento com a equipe, ao acesso à informação e à medicação. Já os pontos que precisariam de melhora, na opinião dos usuários, seriam a estrutura e espaço físico, condições de higiene e alta rotatividade de profissionais, dentre outros.

Oliveira, Andrade e Goya (2012) conduziram uma pesquisa em que avaliaram noções importantes quando se pensa na opinião de usuários acerca do CAPS, como a compreensão dos sujeitos acerca do conceito de saúde mental e o distanciamento entre tutela e autonomia, dentre outros. Como resultado, as autoras encontraram uma opinião positiva dos usuários em relação ao Caps quando comparado às instituições asilares, porém, uma dificuldade de acessarem e sentirem-se aceitos em outros serviços da rede. Além disso, alguns usuários apontaram sentirem-se tutelados pela equipe, indicando que algumas práticas manicomialis ainda podem persistir nos serviços substitutivos.

Para demonstrar que o trabalho em rede ainda encontra dificuldades em ser implementado e que o usuário ainda fica bastante circunscrito aos serviços especializados, Moreira e Onocko-Campos (2017) conduziram uma pesquisa com os próprios usuários em que eles relataram a dificuldade de acessar a rede em busca de cuidados para outras demandas de saúde, ficando por vezes restritos à condição de “paciente do CAPS”. Brêda et al. (2012) encontraram em sua pesquisa com os usuários de CAPS uma opinião positiva acerca da

relação com a equipe e do resgate da autonomia, mas também pontuaram a dificuldade de inserção no território e a falta de estrutura física e recursos materiais.

Nasi e Schneider (2011) realizaram entrevistas com 13 usuários de um CAPS, a partir de uma questão norteadora, cujos resultados demonstraram que na ótica destas pessoas o CAPS era percebido como uma dimensão de seu cotidiano e que para elas as oficinas e o tratamento ambulatorial representavam um ganho em autonomia e interação social. Guedes et al. (2014) chegaram a conclusões semelhantes acerca desse papel de facilitador da reinserção social dos usuários a partir de sua pesquisa com 11 sujeitos frequentadores de um CAPS II no sul do país.

Bessa et al. (2014) aplicaram instrumento desenvolvido pelos próprios pesquisadores em 32 usuários de um CAPS tipo I a partir de quatro domínios: relacionamento, autonomia, volição e crises, resultando em avaliações positivas da assistência em saúde em todos estes domínios, embora também aparecessem pontos que precisavam ser melhorados, como a participação da família, o fluxo de atendimento e maior número de atividades externas ao CAPS.

Paranhos-Passos e Ayres (2013) realizaram estudo com 20 usuários de um CAPS e concluíram que, embora percebessem o CAPS como um local de acolhimento e segurança, ainda sofriam preconceitos por frequentarem este tipo de serviço e enfrentavam dificuldades para inserir-se no mercado de trabalho, o que segundo as autoras poderia ser indicativo da dificuldade em proporcionar plena reinserção social dos usuários, conforme preconizam as leis e portarias que regem estes dispositivos.

É interessante notar que os pontos positivos e negativos na avaliação dos usuários não divergem muito mesmo se tratando de públicos diferentes. Barbosa et al. (2015) realizaram pesquisa exclusivamente com usuários de um CAPS ad e eles também apontaram uma

satisfação maior com o tratamento recebido por parte da equipe em contraponto a uma satisfação menor com a estrutura física e condições gerais das instalações.

1.3 O usuário jovem nos CAPS

Conforme explicou-se nas páginas iniciais deste capítulo, na apresentação da pesquisa, o problema que deu origem a este estudo surgiu a partir da própria experiência da pesquisadora enquanto trabalhadora do CAPS em que se deu a coleta de dados para este estudo.

Ao longo dos dez anos em que atuei no serviço foi possível observar que os usuários que mais frequentavam as propostas de atividade oferecidas por aquele CAPS tinham os seguintes perfis: pacientes mais velhos, pacientes com quadros de retardo mental em comorbidade com outros transtornos e aqueles pacientes ditos “cronificados”, isto é, oriundos das práticas de tratamento antigas, com histórico de internações psiquiátricas, e que apresentavam prejuízo em função de uso prolongado de medicações antipsicóticas.

Por outro lado, um problema era observado com frequência: a baixa adesão às atividades por parte dos pacientes jovens, na faixa etária dos 18 até cerca de 35 anos. Essa parcela de usuários frequentava menos o CAPS e construía menor vínculo com a instituição/equipe, quando comparados aqueles em faixas etárias mais avançadas. Os mais jovens não se sentiam atraídos pelas oficinas oferecidas e acabavam não aderindo à proposta de um cuidado multidisciplinar. Era comum que muitos destes usuários frequentassem o CAPS ocasionalmente, apenas para as consultas médicas ou para buscar medicação. Também não era raro que muitos deles não tivessem contato com nenhum outro membro da equipe a não ser o médico psiquiatra, o que acabava contrariando todo o propósito do serviço, caracterizando-o mais como ambulatório do que como serviço para cuidado da pessoa em crise, cuja saúde e autonomia deve-se promover.

Enquanto integrante desta equipe, a pesquisadora notava que nas reuniões e discussões de caso havia uma percepção por parte dos outros membros da equipe (compartilhada também por ela) de que existia a possibilidade de que as oficinas não fossem “atrativas” o suficiente para uma população que tem adoecido mais cedo e que previamente ao adoecimento teria uma vida mais produtiva, preenchida por estudos, trabalho, relacionamentos afetivos e vida social.

Para estes jovens, muitas vezes experimentando o que a psiquiatria chama de “primeiro surto psicótico”, estar numa instituição que carrega ainda todo um estigma associado ao adoecimento mental, mesmo que se proponha a oferecer tratamento baseado nos moldes propostos pela Reforma Psiquiátrica, pode representar uma experiência negativa, vivenciada como um fracasso em seus papéis sociais.

Se pesquisas que contemplem o ponto de vista dos usuários a respeito do CAPS são mais escassas em relação àquelas que discorrem sobre a equipe ou os familiares, quando falamos do público jovem esta escassez se mostra ainda mais evidente. Um exemplo de estudo inteiramente centrado em usuário jovem é o trabalho apresentado por Rocha (2012) em que, utilizando-se de referenciais das teorias psicanalíticas, fez uma análise do caso de um jovem de 18 anos que, até então usuário de um CAPS infantil passou a frequentar um CAPS adulto por ter atingido a maioridade. A partir das atividades feitas no CAPS, o autor fez importantes considerações acerca do processo de construção identitária deste jovem.

Podemos citar ainda o trabalho de Pacheco, Rodrigues e Benatto (2018), desenvolvido como estudo de caso com uma usuária de CAPS de 35 anos com objetivo de demonstrar a importância do empoderamento para o sucesso do tratamento. Além disso, demonstram que quanto mais ativamente engajado o usuário está em seu tratamento, compreendendo o seu sofrimento, mais adesão e evolução ocorrem no processo terapêutico.

Milhomens e Martin (2017) em pesquisa de caráter etnográfico com jovens (uma mulher e cinco homens entre 20 e 28 anos) residentes em bairro da periferia do município de

São Paulo destacaram que para os participantes o CAPS era percebido como local de confiança e acolhimento, em especial nas crises. Nestas, os jovens tendiam a ficar isolados, afastando-se dos amigos, e adotando como estratégias de enfrentamento o aumento do consumo de álcool e outras drogas e medicamentos. As autoras completam que “É importante pensar políticas públicas voltadas para as especificidades e demandas da população jovem em sofrimento psíquico severo, uma vez que esta vem fugindo aos olhos nos CAPS Infantis e Adultos” (Milhomens & Martin, 2017, p.1118).

Alguns autores demonstraram ainda a importância de intervenções precoces nos quadros de psicose para evitar os efeitos mais devastadores da doença. Carvalho e Costa (2008) apontaram em sua pesquisa que o sofrimento experienciado pelas famílias quando um de seus integrantes adoece é maior que o daquelas famílias cuja pessoa encontra-se “cronificada”, ou seja, doente há muito tempo e com perfil mais institucionalizado. Isto se deve à quebra de expectativas e mudanças na rotina familiar provocadas pelo adoecimento. Ainda segundo os autores, intervenções nessa fase inicial podem diminuir os níveis de estresse e angústia tanto para o paciente quanto para a família.

Desviat (1999) citado por Amarante e Pande (2009) categorizou a cronicidade em quatro tipos, a saber: (1) os remanescentes institucionais, aqueles pacientes dificilmente desinstitucionalizáveis e que acabam retornando aos hospitais depois de tentativas de reinserção em novos serviços; (2) os crônicos externalizados, que são aqueles indivíduos com longo histórico de internações psiquiátricas e que tiveram alta devido às novas políticas de redução de leitos; (3) usuários crônicos dos ambulatórios, que compreendem aqueles sujeitos que embora frequentem os CAPS e ambulatórios e demandem muita atenção das equipes não o fazem de forma regular, pois não conseguem estabelecer uma relação terapêutica, já que não estão dispostos a trabalhar seus conflitos internos; (4) e por fim, os pacientes adultos jovens crônicos, que se caracterizam por não terem internações prolongadas, mas por serem

de difícil adaptação social, além de impulsividade, agressividade e problemas com a lei. São chamados também, de acordo com Desviat, de “pacientes porta-giratória”, por sua dificuldade em estabelecer vínculos e permanecer nos serviços, circulando por vários dispositivos da rede sem nunca seguir de fato um tratamento adequado.

São estes últimos usuários, os adultos jovens com transtornos mentais, que pretendemos investigar neste estudo. Para esta população jovem, que muitas vezes está vivenciando o início do processo de adoecimento, é urgente encontrar formas de criar vínculos com a equipe, para que a chance de intervenção precoce junto ao paciente e família possibilitem um prognóstico mais favorável a médio e longo prazo.

Neste estudo, consideraremos como um adulto jovem aquele que se encontra na faixa etária dos 18 aos 35 anos, visto que na literatura esta idade é descrita por Berger (2013) como um período que compreende o fim da adolescência e uma zona de transição para a meia idade. Para Berger (2013) “em termos de desenvolvimento biossocial, o início da idade adulta, dos 20 a aproximadamente 35 anos, pode ser considerado a melhor parte ou o apogeu da vida” (p.298)

Temos ainda a obra “Juventude e Adolescência no Brasil” organizada por Maria Virgínia de Freitas (2005) em que busca-se contemplar as diversas noções de juventude para nossa sociedade, ressaltando que os limites etários não podem ser definidos rigidamente, uma vez que pode-se partir de referenciais diversos como geração, contingente populacional, faixa etária, categoria social, dentre outros. Ainda de acordo com os autores

Convencionalmente, tem-se utilizado a faixa etária entre os 12 e 18 anos para designar a adolescência; e para a juventude, aproximadamente entre os 15 e 29 anos de idade, dividindo-se por sua vez em três subgrupos etários: de 15 a 19 anos, de 20 a 24 anos e de 25 a 29 anos. Inclusive para o caso de designar o período juvenil, em determinados contextos e por usos instrumentais associados, este se amplia para baixo e para cima, podendo estender-se entre uma faixa máxima desde os 12 aos 35 anos, como se constata em algumas formulações de políticas públicas dirigidas ao setor juvenil, como no caso de Costa Rica em sua ‘Política Pública da Pessoa Jovem (Freitas, 2005, p.13)

Milhomens e Martin (2017) alertam para a existência de pesquisas sobre crianças e adolescentes em Centros de Atenção Psicossocial, mas carência de pesquisas sobre as juventudes, no plural, como preferem, para marcar a diversidade que é própria deste público. Para as autoras, além de poucas pesquisas sobre esse público, há muitas vezes nos documentos oficiais do Ministério da Saúde o uso do termo adolescência como sinônimo. A palavra juventude:

[...] é definida e restrita aos critérios etários como observado nas modalidades de CAPS cuja nomenclatura já especifica o público-alvo a ser atendido: CAPS Adulto, para pessoas a partir de 18 anos; CAPS Infantil ou Infantojuvenil, para crianças e adolescentes até 18 anos (Brasil, 2004 citado por Milhomens & Martin, 2017, p.1109).

As autoras ainda alertam que “Não especificar essa população nos documentos de saúde mental abre a possibilidade para uma menor visibilidade desta, principalmente nos CAPS Adultos, uma vez que a população jovem não costuma ser sua maioria.” (Milhomens & Martin, 2017, p.1109)

1.4 Adesão e itinerários terapêuticos

Para investigar o ponto de vista de usuários jovens sobre o CAPS esta pesquisa se propôs a buscar pistas para compreender o movimento de adesão ou não a esse serviço. A respeito da adesão, adotaremos a explicação a seguir:

Sabe-se que quando a pessoa é agente de sua própria saúde e compartilha com os profissionais de saúde o processo de tomada de decisão acerca do seu plano de cuidados, existe maior sucesso terapêutico. O termo comumente utilizado na prática clínica e nas publicações científicas em português é adesão (Correr & Otuki, 2013 citado por Brasil, 2016, p.14).

O artigo de Bertoluzzi et al. (2009) nos traz uma importante reflexão a respeito do conceito de adesão. Esse conceito não é apenas relacionado a vontade do indivíduo em comprometer-se ou não com determinado tratamento. Ela depende de fatores como a concepção de saúde-doença da pessoa que passa pela enfermidade; o lugar social que a pessoa doente ocupa e o próprio processo de produção dos serviços de saúde.

Pensando a adesão como algo que não depende apenas do sujeito, mas relaciona-se também com a forma como o serviço se organiza para receber este sujeito, podemos evocar uma função importante dentro dos CAPS, que é a do profissional de referência. Também chamado de técnico de referência, este é definido no “Manual dos CAPS”, elaborado pelo Ministério da Saúde (2004), como o membro da equipe que tem como uma de suas atribuições o acompanhamento mais próximo do usuário, supervisionando e ajudando a construir seu projeto terapêutico individual, mediando o contato com a família e avaliando as metas traçadas no projeto. Para Furtado e Miranda (2006) o técnico de referência ajuda a concretização do PTS, isto é, o projeto terapêutico singular que melhor atenderá às necessidades do usuário naquele momento.

Alguns estudos apontam que, embora até frequentem o serviço, alguns usuários não estão, de fato, inseridos em uma proposta terapêutica que contemple suas necessidades. Como exemplo, citamos o estudo de Silva et al. (2018) que parte de uma experiência em CAPS de Minas Gerais onde alguns usuários são nomeados pela equipe como “circulantes”, isto é, frequentadores do espaço, mas que não participavam das atividades oferecidas. No referido estudo, pode-se constatar que estes usuários se sentiam cansados de propostas repetitivas e não construía vínculo com os profissionais por não se sentirem contemplados, de fato, em suas necessidades de cuidado.

Para que, de fato, se efetive a proposta da Reforma Psiquiátrica e que os CAPS cumpram o seu papel de dispositivos substitutivos aos antigos manicômios, faz-se necessário que eles encontrem formas de efetivar sua atuação enquanto serviços de cuidados humanizados e que de fato promovam a reabilitação e reinserção de seus usuários na sociedade. Para que este cuidado atenda às necessidades dos usuários em sua singularidade é preciso investigar a percepção destes usuários sobre as atividades desenvolvidas pelo serviço de saúde e sua relação com a RAPS.

Para Cabral et al. (2011) a compreensão sobre a adesão a um determinado tratamento ou serviço pode ser beneficiada pelo uso do conceito de itinerário terapêutico (I.T.) que se refere às escolhas feitas pelo usuário e determinados recursos em busca de preservar ou melhorar sua saúde. Os I.T. também podem ser compreendidos como o percurso do usuário pela rede de saúde em busca de soluções para seu adoecimento. Para os autores é importante “conhecer mais profundamente as características e os determinantes da busca de cuidado” (p. 4440) e o conceito de I.T. pode auxiliar “descrever o perfil do usuário ou padrões de utilização de serviços de saúde” (p.4440). Segundo Martinez (2006 apud Cabral et al., 2011, p. 4435):

[...] itinerários terapêuticos são constituídos por todos os movimentos desencadeados por indivíduos ou grupos na preservação ou recuperação da saúde, que podem mobilizar diferentes recursos que incluem desde os cuidados caseiros e práticas religiosas até os dispositivos biomédicos predominantes (atenção primária, urgência, etc.). Referem-se a uma sucessão de acontecimentos e tomada de decisões que, tendo como objeto o tratamento da enfermidade, constrói uma determinada trajetória.

Os estudos em torno do itinerário terapêutico surgem do interesse da socioantropologia pela maneira como os conceitos de saúde e doença se desenvolveram ao longo do tempo. O artigo de Cabral et al (2011) traz um panorama de como a literatura socioantropológica teria sido o ponto de início para que a compreensão dos percursos dos sujeitos ao trazer o resgate histórico de como as pessoas buscaram cuidados ao longo do tempo e quais fatores influenciaram nesta busca de acordo com as noções de saúde e enfermidade que cada época preconizava. Ao longo dos anos, esses estudos evoluíram de forma a contemplar não só as noções do que é estar enfermo ou saudável, mas também quais aspectos culturais, étnicos, econômicos, religiosos poderiam estar envolvidos nos processos de como as pessoas buscam e acessam formas de cuidar de sua saúde (Gerhardt, Burille & Müller, 2016).

Além de permitirem refletir os caminhos percorridos pelos indivíduos em busca de soluções e cuidados para suas questões de saúde, os itinerários terapêuticos também se

mostram uma ferramenta valiosa na avaliação de serviços sob a ótica do usuário. É o que sugere o estudo de Silva Junior et al (2016). Os autores reforçam que, desde sua criação, o SUS está embasado em três princípios: integralidade, equidade e participação social. Este último requer que o usuário participe ativamente das decisões políticas que dizem respeito à promoção de saúde para a população. Assim, ao fazer um levantamento de estudos sobre as práticas avaliativas envolvendo o usuário do sistema de saúde, os autores ressaltam a potência formativa dessas práticas, na medida em que produzem aprendizagem por meio do diálogo e tornam os indivíduos mais autônomos em suas buscas e escolhas relativas a cuidados de saúde, através de seus itinerários terapêuticos.

A partir do que foi anteriormente exposto é possível dizer que carecemos de mais pesquisas que avaliem de que modo os usuários de CAPS, principalmente no tocante aos usuários jovens, que estão iniciando o processo de adoecimento, buscam e percebem os cuidados recebidos, e o que contribui para que desenvolvam ou não adesão a esses pontos de cuidado na RAPS.

Neste sentido, ao buscar entender o ponto de vista de usuários jovens sobre o CAPS, investigar de que forma esse serviço foi buscado ou encontrado, que serviços estiveram presentes em suas trajetórias anteriormente, e que práticas não oficiais de cuidado em saúde estão presentes no seu dia-a-dia, este estudo se vale dos itinerários terapêuticos dos participantes como instrumento para pensar os cuidados em saúde buscados e recebidos.

2. Aspectos metodológicos

2.1 Tipo de Estudo

No presente estudo foi utilizada a abordagem qualitativa em pesquisa, caracterizada pela busca do pesquisador em compreender os fenômenos estudados a partir da valorização da experiência, das vivências, dos eventos, dos significados e representações que estes têm para o indivíduo participante. No campo da saúde, é a partir dos relatos e lembranças dos sujeitos que ocorre a construção do conhecimento acerca destes fenômenos (Turato, 2005).

2.2 Local do Estudo

Esta pesquisa foi realizada com usuários de um Centro de Atenção Psicossocial tipo 1 em um município da região centro-oeste.

Segundo a Portaria MS 3088/2011, os CAPS tipo I são aqueles com capacidade operacional para atendimento em municípios com população a partir de 20.000 habitantes e que funcionem no período de 08 às 18 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana. Esse tipo de CAPS também deve contar com uma equipe mínima (Brasil, 2002) composta por um médico com formação em saúde mental, um enfermeiro, três outros profissionais de nível superior (sugere-se psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional ou pedagogo) e quatro profissionais de nível médio (técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão).

No referido município, o horário de funcionamento era de 07 às 17 horas, em dois turnos, nos cinco dias úteis da semana. Faziam parte da equipe duas médicas psiquiatras, uma enfermeira, quatro psicólogas e uma assistente social. Contava com apenas três profissionais de nível médio (um técnico de enfermagem e duas técnicas administrativas), em desacordo portanto com a equipe mínima indicada pela portaria.

O CAPS é o único do município, funciona como tipo I em atendimento a demanda em saúde mental do município e de outros municípios menores que compõem uma regional de saúde. Durante muitos anos, esse CAPS atendeu não só as demandas de sofrimento psíquico como também as pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas. À época das entrevistas para esta pesquisa, no entanto, os atendimentos para este último público estavam sendo feitos em um ambulatório, em imóvel alugado para este fim, com projetos por parte da equipe de pleitear a implantação de um CAPS ad. As demandas em saúde mental de crianças e adolescentes sempre foram atendidas em um outro ambulatório.

O município contava com 12 unidades de saúde, sendo que duas dessas eram unidades básicas de saúde (UBS) e as outras dez eram unidades básicas de saúde da família (UBSF). Não havia centro de especialidades, mas existiam alguns ambulatórios específicos, como por exemplo ambulatório de saúde da mulher, ambulatório de pediatria, ambulatório de hanseníase, dentre outros. Havia, ainda, um hospital geral, que embora tenha uma esfera administrativa privada, possui natureza filantrópica realizando internação pelo SUS e uma UPA para os serviços de urgência e emergência.

2.3 Participantes

Foram convidados para participar da pesquisa adultos jovens de 18 a 35 anos de idade em atendimento em um Centro de Atenção Psicossocial de tipo I.

Em relação ao número de participantes convidados a participar da pesquisa, foi usado o critério da amostragem por saturação, que é uma ferramenta muito empregada no campo das pesquisas qualitativas, especialmente na área da saúde. De forma geral, neste tipo de amostragem, há a interrupção da inclusão de novos participantes na amostra quando os dados obtidos passam a apresentar, na avaliação do pesquisador, alguma redundância ou repetição,

ou seja, as informações colhidas com novos participantes não acrescentariam significativamente ao material já obtido. (Fontanella et al, 2008).

Foram considerados então, como critério para serem incluídos nesta pesquisa: (a) a idade dos participantes (18 a 35 anos); (b) que estivessem vinculados ao Centro de Atenção Psicossocial e em tratamento por, pelo menos, três meses; (c) que desejassem ceder entrevista audiogravada e (d) que estivessem em condições de compreender e responder às questões da entrevista.

Foram considerados critérios para exclusão de participantes: (a) aqueles usuários que, segundo a equipe da instituição, foram considerados incapazes de ser entrevistados, seja por suas condições cognitivas, seja por estarem em momento de surto ou crise; (b) tenham sido hospitalizados por questões psiquiátricas nos dois meses anteriores ao convite para ceder entrevista e (c) sejam curatelados (o que demandaria a autorização do responsável legal).

2.4 Instrumentos

Foi utilizado um roteiro de entrevista individual e semi-estruturado (Apêndice 1) composto por questões de caracterização geral tais como idade, sexo, escolaridade, estado civil e residência (se mora só, com família ou companheiro(a)) e perguntas norteadoras sobre a temática do estudo, tais como há quanto tempo fazia tratamento no CAPS, com que frequência comparecia ao serviço, quais atividades realizava, qual sua relação com a equipe, as opiniões sobre o serviço, sugestões, dentre outras.

2.5 Coleta dos dados e aspectos éticos

Após a autorização do secretário de saúde do município e assinatura da carta de co-participante, a pesquisa foi encaminhada para apreciação de Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos. Após a aprovação (CAAE: 16704619.4.0000.5152), a entrevistadora

entrou em contato com a coordenadora do serviço para solicitar permissão para apresentar o projeto à equipe. Em seguida, visitou a instituição para explicar para os profissionais ali presentes o intuito da pesquisa e pedir a colaboração destes para intermediar o contato com os possíveis participantes.

Houve um acordo entre pesquisadora e equipe para que, conforme fossem se recordando sobre possíveis usuários que se encaixassem nos critérios de inclusão da pesquisa, contatassem a entrevistadora para que ela pudesse ir ao CAPS na data em que os referidos usuários lá estivessem para serem convidados a participar do estudo. Dessa forma, a entrevistadora conseguiu a anuência de oito pessoas para concederem entrevistas, que foram realizadas no período de setembro de 2019 a janeiro de 2020, todas individualmente.

As entrevistas ocorreram em dias e horários escolhidos pelos próprios usuários. Além disso, eles puderam indicar também se gostariam de ser entrevistados no próprio CAPS (em sala disponibilizada pela equipe) ou em suas residências. Dos oito participantes, três preferiram conceder a entrevista no CAPS e cinco em suas casas.

Antes de cada entrevista, foi entregue a cada participante o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 2), em duas vias, que eles puderam ler antes de assinar e foram esclarecidas quaisquer dúvidas acerca do termo. Uma via foi arquivada pela pesquisadora.

Por fim, para preservar a identidade dos jovens, optamos por usar nomes fictícios, e substituir quaisquer informações sobre nomes de serviços do município que tenham sido mencionados ou profissionais de saúde e familiares.

2.5.1 Os Bastidores das Entrevistas e o Diário de Campo

Conforme foi narrado na apresentação deste projeto, cabe aqui destacar que o fato da pesquisadora ter trabalhado no CAPS em que se deu a pesquisa foi um facilitador em vários aspectos. Por já saber de antemão que haveria dificuldades em localizar e contatar estes

jovens, foi possível sugerir estratégias para a equipe auxiliá-la na abordagem mais adequada para o convite a possíveis participantes.

Assim, como era de conhecimento da pesquisadora que a equipe não teria um instrumento ou sistema de catalogação de todos os usuários do serviço por faixa etária, e pela estreita relação com a equipe, ela considerou mais fácil abordar os profissionais para que eles indicassem algum participante que estivesse frequentando o CAPS no momento e atendesse aos critérios de inclusão da pesquisa, bem como solicitar apoio das funcionárias da recepção, já que estas normalmente sabem de todos os atendimentos agendados e possuem boa memória para recordar mesmo daqueles que frequentam o serviço esporadicamente, por ficarem responsáveis por agendar consultas e intermediar demandas dos usuários e famílias junto à equipe.

Dessa forma, logo na visita inicial ao CAPS para explicar à equipe sobre o trabalho, uma das psicólogas já sugeriu o nome de uma jovem que teria atendimento agendado com ela nos próximos dias e se propôs a fazer a intermediação entre pesquisadora e usuária para que o convite para a entrevista fosse feito.

As demais pessoas foram convidadas de maneira semelhante. Geralmente, os profissionais, em especial a assistente social, com quem a pesquisadora tem uma relação mais próxima, ligavam para informar que em determinada data havia uma atividade agendada para um jovem que se encaixava no perfil (normalmente atendimentos individuais com psicólogo, consulta médica ou consulta de enfermagem) e a pesquisadora se deslocava até o local na hora combinada, avisava sua chegada e o motivo às recepcionistas e ao membro da equipe que havia lhe indicado o possível entrevistado e aguardava na recepção. A dificuldade nestes casos estava apenas no fato de que era comum que estes jovens faltassem ao atendimento marcado, tendo assim que solicitar à equipe novas indicações, fato que ocorreu duas vezes ao longo do processo de coleta. Por outro lado, um fator facilitador foi o próprio porte da cidade,

possibilitando deslocamento rápido. Assim, em dois casos ocorreu de um jovem “aparecer” no serviço, ou seja, comparecer sem necessariamente estar agendado algum atendimento e a pesquisadora ser rapidamente contatada pela equipe, conseguindo chegar a tempo de encontrar o jovem aguardando atendimento e com isso poder convidá-lo para participar da pesquisa. O relacionamento anterior e a proximidade com muitos membros da equipe certamente foram favoráveis para que a pesquisa pudesse acontecer.

Ao longo deste processo a pesquisadora manteve um diário de campo, na forma de um caderno, no qual anotava os acontecimentos. Assim, registrou as idas ao CAPS para convidar os usuários, bem como o número de deslocamentos ao serviço para conduzir entrevistas, conforme preferência dos participantes. Durante tais ocasiões, em que ficava na recepção aguardando, pôde notar a escassez de pessoas jovens frequentando o serviço. Os usuários que passavam a caminho de atividades ou indo ao bebedouro e banheiro eram os mesmos que ela já conhecia, pessoas um pouco mais velhas do que o delimitado para esta pesquisa, e que participavam de oficinas terapêuticas e grupos. Por sua experiência, ela sabia que pessoas jovens eram atendidas no CAPS, o problema estava na irregularidade, ou talvez a melhor palavra seja na pouca frequência com que isso ocorria. Conforme será descrito com detalhes mais à frente, na etapa de resultados, havia jovens que iam ao serviço a cada três ou quatro meses apenas para consulta médica, o que resultava num total de três ou quatro idas por ano. Além disso, havia a questão de que muitos jovens que poderiam estar sendo atendidos no CAPS não estavam por um motivo que ficou registrado no diário de campo:

Hoje, por volta das 15h estive no CAPS. A psicóloga XX, que me indicou alguns pacientes das outras vezes, estava em atendimento. A assistente social e as duas recepcionistas (uma delas é coordenadora administrativa do CAPS) olharam alguns prontuários e tentavam recordar alguns nomes. Ocorreu um fato que me chamou muita atenção, alguns nomes que elas recordavam eram pacientes jovens que, quando foram conferir os prontuários, haviam sido “encaminhados para a rede”. Pude folhear alguns destes prontuários e me recordei desse problema recorrente que sempre houve na instituição, onde o paciente que muitas vezes nem aderiu a nenhuma proposta de tratamento, passa algum tempo em consulta apenas com os médicos do CAPS e estes decidem encaminhá-los para a tal “rede” sem consultar a equipe. A “rede” no caso é o

psiquiatra dr. XX, que faz uma espécie de rodízio nas UBS atendendo casos mais leves e estes casos que o “CAPS” (na verdade as médicas do CAPS) julgam que devem ir para a rede. Lembro de ter ficado muito ansiosa e preocupada se todos os possíveis candidatos a pesquisa estariam já fora do CAPS (Diário de Campo, ano 2019).

Além de observações como esta, ficaram registradas impressões da entrevistadora sobre os jovens participantes, tais como tom de voz, linguagem corporal, se houve impressão de que estavam abertos ou desconfortáveis sobre determinadas perguntas, além dos sentimentos da própria pesquisadora despertados por tópicos difíceis e dúvidas surgidas nos momentos da entrevista que ela anotou para discutir com sua orientadora em um momento posterior.

As entrevistas feitas no CAPS transcorreram sem dificuldades, já que a equipe disponibilizou uma sala para isso. Tratava-se de uma sala utilizada apenas pela equipe, com armários onde os funcionários guardavam seus pertences, uma mesa com computador usada para os trabalhos administrativos e uma mesa redonda usada para reuniões e que serviu para que entrevistadora e entrevistados se sentassem para conversar. Duas entrevistas ocorreram nesta sala. Uma terceira entrevista teve que ser feita em um dos consultórios usados para atendimentos individuais, já que a sala estava ocupada no momento, mas isso não constituiu problema. A ida à residência dos que preferiram ser entrevistados em casa ocorreu sem problemas, uma vez que foi tudo combinado previamente com eles da forma que lhes fosse mais conveniente. Em alguns momentos, o fato da entrevista ser feita em casa preocupou a entrevistadora, pois embora tenha explicado cordialmente que apenas os usuários seriam entrevistados, os familiares se mantinham por perto, atentos à conversa. Isso é compreensível tanto do ponto de vista da curiosidade natural que uma entrevista pode gerar, mas também pela própria configuração das casas visitadas, que muitas vezes não permitia uma privacidade maior. Isso porque as moradias eram simples e pequenas, muitas vezes a separação de cômodos era inexistente (por exemplo, entrevista feita na sala, mas a cozinha onde a mãe ficou durante a conversa, era conjugada à sala). De toda forma, conforme veremos à frente na

etapa de resultados, a interrupção pontual de alguns membros das famílias acabou por revelar dados interessantes que talvez não tivessem surgido de outra forma.

2.6 Análise dos dados

Foi realizada a transcrição integral das entrevistas audiogravadas e em seguida, a leitura atenta destas. As entrevistas foram relidas várias vezes para que se pudesse delinear os pontos divergentes e os dados que se repetiam no conjunto. A partir da identificação de temas que se repetiam no conjunto das entrevistas, em cada entrevista foram feitos recortes das falas dos usuários de acordo, atribuindo uma cor a cada tema, e arquivando-as em um arquivo word. Esses recortes foram novamente relidos diversas vezes, para a verificação de se tratarem de um mesmo tema e para a identificação de subtemas. Tais agrupamentos foram modificadas diversas vezes até que se chegasse às unidades temáticas que apresentamos na etapa dos resultados, o que nos permite apontar que esse processo foi inspirado na análise temática de Bardin (1977). Após o exame de qualificação, as categorias apresentadas naquela oportunidade foram relidas exaustivamente e utilizamos o conceito de indicador segundo Gonzalez Rey (2002) para (re)analisar os dados, tendo como princípio o fato de que em pesquisas qualitativas o dado não é uma entidade objetiva tradicional, mas um elemento que ganha significação de acordo com o problema estudado. A partir das falas dos sujeitos, foram-se identificando elementos em seus discursos que juntos poderiam apontar para inter-relações com significados que adquiriram sentido com a interpretação da pesquisadora. Estes elementos foram o que denominamos indicadores. Isolados, eles não tinham valor ou mesmo representavam algo mas, quando agrupados, viabilizaram a construção de um conjunto de ideias semelhantes, originando as categorias temáticas. Assim, para cada uma das quatro categorias de análise aqui apresentadas, tivemos um número variável de indicadores provenientes das respostas dos jovens entrevistados.

No capítulo de Resultados e Discussão, a seguir, apresentaremos a caracterização geral dos participantes e quatro categorias temáticas (A, B, C e D), juntamente com os indicadores que embasaram a construção destas categorias:

(A) O início do percurso pela rede de saúde e o papel da família

Indicador 1: *Alterações de comportamento e busca de ajuda pelas famílias*

Indicador 2: *A vida escolar e o início de sintomas*

(B) Crise, diagnóstico e medicação

Indicador 1: *O primeiro diagnóstico e como o jovem o entende*

Indicador 2: *O que é crise para o jovem e sua relação com o uso de medicação*

Indicador 3: *O uso de serviços de Urgência e Emergência na crise*

(C) Uso do CAPS como ambulatório

Indicador 1: *Não se recordam do acolhimento*

Indicador 2: *Foco na figura do Médico*

Indicador 3: *Consultas a psiquiatras particulares antes do CAPS*

Indicador 4: *Desconhecimento sobre atividades oferecidas, pouca participação/frequência e pouco vínculo com outros membros da equipe que não sejam os médicos*

Indicador 5: *Baixa vinculação com as famílias*

(D) Vulnerabilidade

Indicador 1: *Autolesão com e sem ideação suicida*

Indicador 2: *Rede de apoio restrita*

Indicador 3: *Planos para o futuro*

3. Resultados e Discussão

3.1 Apresentação dos jovens

Dos oito jovens entrevistados, dois são do sexo masculino. As idades variaram de 18 a 30 anos. Em relação ao nível de escolaridade, temos um participante com ensino fundamental incompleto, um com ensino fundamental, um com ensino médio incompleto, dois que concluíram o ensino médio e três que estão cursando ensino superior. Nenhum dos entrevistados tem companheiro(a) e apenas uma têm um filho. Apenas uma pessoa dentre as oito passou por internação psiquiátrica, sendo neste caso uma internação única. O tempo de tratamento no CAPS variou de 6 meses (menor tempo) a dez anos (maior tempo). Dos oito entrevistados, três do sexo feminino disseram ter diagnóstico de esquizofrenia, uma pessoa do sexo feminino e uma do sexo masculino relatou diagnóstico de transtorno afetivo bipolar e três pessoas não relataram seus diagnósticos, sendo duas do sexo feminino e uma do masculino (Quadro 1).

Pesquisas com usuários de CAPS I, o mesmo tipo onde este estudo foi conduzido, apontaram dados sociodemográficos a partir dos perfis epidemiológicos dos serviços, com as amostras variadas e maiores do que nosso estudo, uma vez que os objetivos diferem. Os usuários desses CAPS I estudados eram predominantemente mulheres (Freitas et al., 2017; Peixoto et al., 2017; Pinheiro, Sehnem, & Rosa, 2017;), com baixa escolaridade (Freitas et al., 2017; Peixoto et al., 2017; Pinheiro, Sehnem, & Rosa, 2017;) e solteiras (Freitas et al., 2017; Peixoto et al., 2017). No estudo de Peixoto et al. (2017) a faixa etária é de usuários mais jovens (18 – 40), mais próxima aos participantes desta pesquisa e na investigação de Pinheiro, Sehnem e Rosa (2017), a média etária difere, sendo igual a 42 anos, retratando também um serviço com maior demanda por cuidados a pessoas com transtornos depressivos e uso abusivo de álcool.

Quadro 1 – Caracterização dos participantes.

Entrevista	Gênero	Idade (anos)	Escolaridade	Companheiro (a)	Trabalha	Número de filhos	Número de internações	Tempo de tratamento no CAPS
Laura	F	18	EM completo	Não	não	0	1	6 meses
Cíntia	F	29	ES incompleto (cursando)	Não	não	0	0	6 anos
Rosa	F	24	EM completo	Não	não	0	1	5 anos
Júlia	F	24	Cursando ES	Não	Jovem aprendiz	0	0	4 anos
Tomás	M	22	EM incompleto	Não	não	0	0	2 anos
Alberto	M	20	EF	Não	sim	0	0	1 ano
Catarina	F	23	Cursando ES	Não	não	1	1	4 anos
Eva	F	30	EF incompleto	Não	não	0	0	10 anos

Legenda: EF = ensino fundamental, EM = ensino médio, ES = ensino superior

3.2 Itinerários Terapêuticos dos Jovens

Laura (E1, 18 anos)

Laura, a entrevistada 1 teve os primeiros sintomas aos 15 anos. Segundo ela, estes sintomas incluíam crises frequentes de choro, isolamento, recusa em ir para a escola. Relatou ter sofrido bullying no colégio e a partir disso desenvolveu medo de sair à rua, sensação de estar sendo perseguida. Ela se refere a esses primeiros sintomas como traumas “*Meu primeiro trauma foi as meninas do colégio querer me bater (...) fazer bullying, essas coisas*”. Ela usou o termo “alucinações” para explicar a sensação de estar sendo importunada de alguma forma

Aí comecei a ficar com trauma de andar sozinha [...] não queria sair de casa. Eu fiquei bem traumatizada, sabe? [...]se eu saía na rua eu ficava com medo, eu ficava olhando, falava que tinha gente me seguindo (...), mas na verdade não!_O que aconteceu com as meninas foi verdade, mas essas coisas assim que estavam me seguindo aí já foi uma ... tipo assim...um, como eu posso dizer? uma coisa que ficou na minha cabeça. Tipo uma recaída né. Que aí fiquei com trauma né. Aí com esse trauma deve que eu fiquei imaginando, tendo alucinações. Porque deve que eu estava pensando muito que elas queriam me bater e aí que eu via elas querendo me seguir né.[Laura, E1]

Com a piora de seu comportamento, incluindo insônia, recusa em comer, tomar banho e sair do quarto, sua família resolve buscar ajuda do ambulatório de saúde mental infantil, onde foi acolhida por uma psicóloga e inicia tratamento medicamentoso acompanhada pelo psiquiatra da unidade.

[...] eu estava chorando muito, muito, não conseguia comer. Porque eu fiquei uma semana sem comer, uma semana sem dormir, uma semana sem fazer nada só deitada numa cama, sem escovar os dentes, sem ir ao banheiro, sem pentear cabelo, passar batom, nada [...]aí minha mãe foi notando meu comportamento, estava estranho né? [...]e aí ela resolveu procurar uma ajuda de um especialista né. .[Laura, E1]

Vale destacar que ela se refere ao ambulatório como CAPS infantil, uma forma comum que muitos usuários se referiam a ele, embora de fato o município nunca tenha comportado um CAPSi.

Laura (E1) relatou ter feito uso do serviço de emergência antes de se tornar usuária do CAPS “*Quando eu estava em crise...eu estava tratando...com... dr. [nome do médico do ambulatório infantil], estava lá na Santa Casa internada. Eu fiquei sete dias*”. Ela contou que esse período de uma semana no hospital foi o mais longo que já passou internada.

Segundo ela, O CAPS surge como uma continuidade ao tratamento, tendo sido encaminhada para ele pela própria equipe do ambulatório infantil ao fazer 18 anos “*eu vim...é porque mudou, só porque mudou de lugar, aí eu vim e passei para cá [...] mas também foi porque eu fiquei de maior né?*” .[Laura, E1]

Ao discutir sobre seu diagnóstico, Laura(E1) demonstrou estar familiarizada com os termos utilizados pela equipe. Relatou que houve dúvidas em relação a isso e que acreditava que os médicos do CAPS discutiram seu caso “*eles fizeram uma reunião[...] ahhh eles não falam [sorri] mas eu tenho certeza que eles fizeram isso[...] para saber o que era...por que eles falam...esquizofrenia ou transtorno bipolar afetivo.*”

Ela apontou o motivo de acreditar que seu diagnóstico seja de transtorno bipolar

[...] porque eles falam...esquizofrenia ou transtorno bipolar afetivo [...] esquizofrenia é mais um modo isolado, deixa mais para o lado assim... não quer comunicar. Agora não...transtorno bipolar afetivo comunicaaaa, quer ser famosa, quer...sabe? Assim, quer falar com todo mundo. Porque eu falo com todo mundo [sorri][...] é meu desejo virar atriz ou cantora, mas tipo assim a doença ainda dá maaaais. .[Laura, E1]

Mesmo após ter iniciado os cuidados no CAPS, ainda é comum que procure, com ajuda da família, o pronto socorro do hospital para intervenções pontuais nas crises:

[...] foi só uma vez...mas [...] se eu ficar doente, eufórica, aí eu tenho que ir lá tomar um remédio para me tranquilizar [..]) tipo assim, eu fui várias vezes, nossa já fui tantas vezes, andei tantas vezes de ambulância, sabe? Por que [...] eu fico muito ansiosa, eu dou crise de ansiedade [...] tomo uma injeção e aí acaba a crise. [Laura, E1]

Ela descreveu as crises como períodos em que fica agitada e com ideias grandiosas “*quando eu estou em crise eu começo a falar que eu vou pra Inglaterra...entendeu? ela faz isso [se referindo à crise]*”

Além disso, a busca por serviços de emergência ocorreu também após tentativas de suicídio. De acordo com Laura, a primeira tentativa ocorreu logo no início dos sintomas, anteriormente ao tratamento no CAPS

[...] eu já tentei três suicídios... [...]eu tentei meu suicídio no começo [...] eu tomei remédio. Tomei 60 comprimidos. Cinquenta ou sessenta. Aí eu estava em casa, sozinha. Eu falei para minha mãe que eu ia ficar sozinha... eu fiz isso sozinha sem contar para ninguém que eu ia fazer, entendeu? [...] falei vou ficar aqui dormindo. Aí eu peguei os remédios e tomei.

[...] aí eu cheguei lá na...na Santa Casa, na maca...na cama lá...e aí eles falaram assim, nossa tem que correr com ela urgentemente porque o rosto dela está muito inchado. Estava o meu rosto muito inchado, a boca, o nariz, muito inchado, sabe? Estava quase fazendo os efeitos...o remédio estava quase fazendo efeito. Aí eu tive que fazer uma lavagem. [Laura, E1]

Laura contou que não se recordava das datas exatas e por isso não soube precisar se já se tratava no CAPS quando das outras tentativas de suicídio, retornando para o atendimento em serviço de urgência:

[...] mas depois desse dia, lá vem mais uma. Foram três ...tomei outros remédios...tive que fazer outra lavagem...aí depois tentei mais outro. Tive que fazer [...] outras lavagens. Tomei outros remédios e fiz outra lavagem. Mas aí, quando eu fiz esse terceiro, eu escutei uma voz falando assim, se você fizer mais outro, você vai ficar em coma numa cadeira de roda. Aí eu parei de fazer [sorri] e comecei a me tratar e comecei a aceitar a minha doença. E comecei a aceitar também o atendimento. [Laura, E1]

Quando questionada se já havia passado por internações fora do atendimento de urgência, ela respondeu de forma muito enfática “*nãooooo(...)em Goiânia não! Onde...como é que fala? No manicômio não!*” citando a capital do Estado de Goiás, que é para onde geralmente se encaminham os pacientes para internações em clínicas psiquiátricas, mas costumeiramente chamadas de hospitais psiquiátricos pela população em geral.

Laura nunca interrompeu o tratamento no CAPS nem buscou por tratamento em outros locais. No momento da entrevista, já estava sendo acompanhada no CAPS há seis meses, frequentando oficinas, consultas com psiquiatra e psicóloga. Relatou que às vezes ainda têm algumas crises, mas que nestes casos sua família a leva ao hospital geral, onde recebe medicação e é liberada após algumas horas.

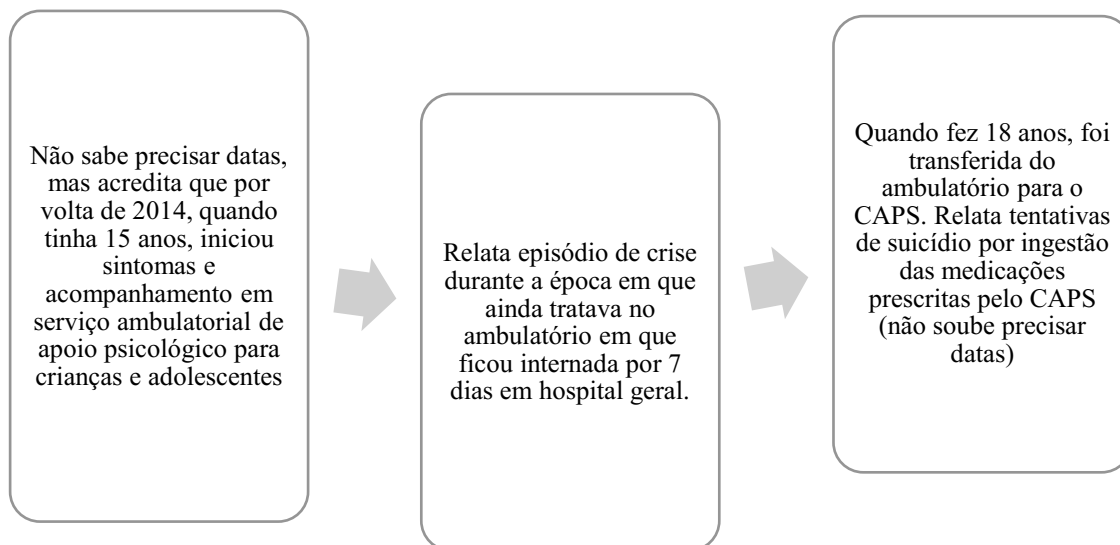


Figura 1. Itinerário Terapêutico de Laura (Entrevistada 1)

Cíntia (E2, 29 anos)

Quando a entrevista foi realizada, Cíntia, de 29 anos, estava em tratamento no CAPS há seis anos. Em comum com a primeira entrevistada, ela relatou que seus primeiros sintomas incluíam a sensação de estar sendo perseguida pelos colegas de classe, com a diferença de que ela já nessa época estava iniciando os estudos na faculdade.

Não sei se foi coisa da minha cabeça, se foi verdade, mas assim, eu comecei umas implicâncias na minha sala. Coisa que hoje, se acontecesse de novo eu não importaria. Mas na época, para mim, eu dei muita importância. Aí na minha cabeça [...]tinha uma menina, que não gostava de mim porque eu não conversava com a amiga dela. Na minha cabeça ela não deixava os outros meninos da minha sala conversar comigo porque eu não conversava com essa amiga dela [...]não consigo recordar direito e também não sei se é verdade ou se foi coisa da minha cabeça mesmo.[Cíntia, E2]

De acordo com seu relato, boa parte dos problemas que ela vivenciou na época estavam relacionados ao ambiente da faculdade

[...] tinha medo das pessoas [...] tinha medo das pessoas me fazerem mal lá [...] na [nome de uma Instituição de Ensino Superior] parece que eu tinha uma espécie de trauma. Eu não sei. Começou com essas meninas, eu tinha medo de entrar ali, às vezes quando eu entrava lá eu chorava. Eu tive crise de pânico. .[Cíntia, E2]

Cíntia (E2) refletiu sobre o que se passava com ela nessa fase inicial do transtorno. Ela cita a esquizofrenia, embora na época ainda não tivesse buscado nenhum tratamento e portanto não houvesse sido diagnosticada ainda:

*Eu lembro assim, foi em 2010 [...]de repente eu vi, assim, que ninguém olhava...conversava comigo. A impressão que eu tinha era que essa menina...quando ela conversava com alguém, na minha cabeça ela estava falando mal de mim [...] todo sintoma de esquizofrenia né? Aí também a impressão minha era que a sala inteira tinha se virado contra mim. Eu chegava nas minhas colegas e perguntava o que ela estava falando...e falavam 'Cíntia, não tem nada, ninguém está falando de você'.
[...]*

[.....] eu cheguei a ter espasmo. Ficava pulando assim [mostra com o corpo]. Eu ia para lá....eu falei gente, eu...eu...não aguentava mais! Eu não aguentava mesmo! Foi a pior fase da minha vida, eu queria me livrar daquilo ali. .[Cíntia, E2]

Cíntia (E2) disse que a partir destes sintomas iniciais começou uma busca na internet na tentativa de entender o que se passava com ela:

[...]primeiramente eu vi que tinha alguma coisa estranha comigo. Eu pesquisava na internet alguns sintomas, eu falava gente eu tenho esquizofrenia! Ou tenho algum problema, eu estou com algum problema, porque eu tinha espasmo. Eu falava gente eu não estou certa. Mas eu pensava então que não tinha cura né, e pensava que a culpa de eu ter adoecido eram essas meninas. .[Cíntia, E2]

Após a busca na internet, Cíntia (E2) marcou uma consulta com um neurologista, mas não chegou a comparecer “eu marquei no Dr. (nome do médico). Marquei uma vez, aí eu não fui...que eu tinha outras coisas...para fazer”

Foi somente quando a irmã interveio que Cíntia (E2) foi ao médico pela primeira vez:

[...] conversando com minha irmã, minha irmã percebendo né, percebendo que eu não estava bem, que eu tinha largado a faculdade, aí ela falou assim 'Cíntia, vamos lá no médico, vamos marcar lá'. Eu falei 'vamos, vamos!' Aí ela marcou. Deixa eu ver... isso foi em ...outubro de 2011.Por aí...eu tinha largado em agosto né, a faculdade. Aí nós fomos lá .[Cíntia, E2]

Cíntia (E2) relatou como positiva essa primeira intervenção médica já que ela percebeu mudança em relação aos sintomas que a incomodavam

Aí quando...[ri] antes de eu tomar os remédios eu via a cidade, o povo da cidade, mexendo comigo. Mexendo assim...me olhando com raiva, por mim as pessoas da

cidade sabiam o que estava acontecendo comigo lá na minha sala de aula [...] todos estavam com algum complô contra mim! .[Cíntia, E2]

No entanto, é interessante observar o que Cíntia contou sobre o diagnóstico. Por ter pesquisado seus sintomas previamente na internet, ela relatou certa desconfiança em relação ao diagnóstico recebido:

Porque o dr. [médico neurologista] falava que eu tinha depressão [...] daí eu falei...eu estava meio deprimida, mas eu achava que não era depressão. Às vezes eu falava “ah, talvez ele não quer falar”; eu tinha esse entendimento ‘ele não quer falar que eu tenho outro problema.’ .[Cíntia, E2]

Em seguida, ela contou sobre as dificuldades financeiras impostas pelo custo do tratamento e de como o próprio profissional que acompanhava seu caso sugeriu a busca pelo CAPS, que ocorreu no ano de 2013:

[...] aí como o remédio era muito caro, ele era trezentos reais, e nós aqui não temos condição né, aí a gente pagava a consulta e ele dava o remédio para nós, que era amostra grátis. Aí ele falou assim “você não estão com condições de pagar, porque vocês não procuram o CAPS?” Aí [...] nós resolvemos ir lá né. [Cíntia, E2]

É possível notar uma certa resistência à ideia de procurar o CAPS por parte da entrevistada, seja porque para ela no momento era interessante apenas continuar usando a medicação, seja por uma ideia pré-concebida que ela poderia ter sobre a instituição já que ela mencionou espontaneamente a palavra “preconceito”:

[...] Eu não estava querendo muito ir não...eu queria só esses remédios. Aí minha irmã falou assim “Cíntia, vamos lá”. Ela falou assim “não, não tem nada demais não, Cíntia. muita gente vai lá”. Eu falei “não, não tenho preconceito nenhum não”. Ela foi e marcou para eu ir lá. .[Cíntia, E2]

Ela relatou que, após passar por acolhimento, foi encaminhada para um grupo, mas que em sua percepção não era a melhor opção para ela, uma vez que o grupo teria uma proposta de acolher pessoas passando por depressão e, baseada em suas próprias pesquisas na internet e sua percepção ela acreditava estar enfrentando um outro tipo de problema:

[...] eu ia na palestra de depressão, aí só que...um dia eu cheguei na moça [psicóloga do CAPS] e falei assim moça...tem muitos meses, moça eu acho que eu não tenho depressão não, porque eu não sou triste, eu não choro, eu não tenho tristeza, o meu problema é outro. Eu acho que eu tenho é esquizofrenia. .[Cíntia, E2]

Após manifestar essa preocupação para a psicóloga, foi encaminhada para avaliação da psiquiatra, que confirmou o diagnóstico de esquizofrenia e passou a medicá-la. Relatou que interrompeu o tratamento no CAPS por cerca de um ano, entre 2014 e 2015, motivada por um aumento de peso que ela associou ao uso da medicação bem como por opiniões negativas de seu círculo de amizades a respeito do uso de psicotrópicos:

[...] eu falava “ah eu estou engordando, é por causa dos remédios que estou tomando”. “para com isso, para de tomar esses remédios”. Eu escutei, eu escutei isso de uma pessoa, aí eu escutei também lá no Senac, os colegas falaram assim “ah, para de tomar isso”. Às vezes a pessoa nem sabia o que era, falava “para de tomar isso, você está engordando, a médica está errada”. E eu parei de tomar o remédio. Aí eu parei de tomar o remédio e foi a maiooor burrada que eu dei na minha vida. Eu fiquei completamente louca. Louca, louca, louca mesmo[...]fora da razão. Eu não sabia o que era certo, o que era errado, eu acho que eu fiquei igual uma criança[...]sem saber o que é certo, o que é errado, o que se deve fazer. Um dia eu cheguei aqui, os vizinhos (aponta com a mão para a casa ao lado) estavam fazendo festa aqui, eu taquei uma pedra lá, porque eu pensei que eles estavam rindo de mim, queriam chamar a polícia para mim. .[Cíntia, E2]

Ela descreveu esse período em que interrompeu o tratamento dizendo “*eu cheguei no fundo do poço*” ao explicar como seus sintomas não apenas retornaram, mas também se agravaram

Por mim tinha um complô muito grande comigo, até a televisão eu era implicada com a televisão, por mim eles estavam falando coisas para mim, o povo da rua, os vizinhos fazendo festa aqui, era Natal, todo mundo fazendo festa, e eu pensava que esse povo estava reunindo para falar de mim. .[Cíntia, E2]

Ela relatou aumento de agressividade “*eu quebrei um computador meu que eu gostava muito*”, bem como sintomas típicos de delírios:

Para você ver o nível que eu cheguei, achar que o povo da televisão, o jornal da Record estava falando alguma coisa sempre indireta para mim” e alucinações “as vozes do vizinho [...]eu pensava que eles estavam falando coisas de mim, eu escutava muita gargalhada[...]alguém rindo de mim, uma voz assim muito maléfica rindo de mim..[Cíntia, E2]

Segundo ela, a situação se tornou insustentável, pois sua família percebeu que ela estava colocando a própria saúde em risco:

Tinha emagrecido uns 20 quilos, sem fazer dieta, né. Também, não comia...ficava uns quatro dias sem comer, porque eu pensava que tinha veneno na minha comida. Pensava que na água tinha veneno. Eu vivia assim...eu vivia num pesadelo. Não, vivia num filme de terror assim, sabe a sensação que eu tinha, que eu estou vendo um filme de terror e eu estava lá dentro do filme, de tão horrível que era a sensação. .[Cíntia, E2]

Além disso, teria iniciado com comportamentos de autolesão, após a morte do pai ocorrida nesse período:

[...] me cortei, nessa época que eu tive crise, que eu parei os remédios, eu me cortei. Eu me cortava...talvez eu teria feito até uma besteira com minha vida [...] foi quando meu pai morreu! Na minha ideia eu...às vezes eu queria morrer também. Porque eu gostava muito dele. [Cíntia, E2]

A família interferiu, fazendo-a procurar novamente os cuidados do CAPS e retomar o uso de medicação, com supervisão de sua mãe:

Aí comecei a tomar os remédios, minha mãe ficou em cima, na hora que minha mãe tomava o remédio da pressão, ela dava o medicamento, eu tomava e eu fui melhorando...com o remédio eu fui vendo “nossa, que é isso!” Televisão parou de mexer comigo, o povo da rua...aí de repente assim eu fui voltando aos poucos a minha vida normal. .[Cíntia, E2]

Ela citou ainda que em uma dessas ocasiões em que não estava fazendo o tratamento corretamente, a médica chegou a cogitar uma internação psiquiátrica:

[...] minha irmã me levou lá no CAPS, minha irmã falou Cíntia, vamos lá, você gosta dela, ela é boazinha, vamos lá nela''. Aí ela conversou comigo. E eu conversei, desabafei, falei tudo, tudo que estava passando na minha cabeça, ela falou assim [...] ‘ vamos tomar os remédios, eu vou te internar se você não tomar. Aí eu falei assim nãooooo'', aí como era lá em Goiânia e eu gosto muito de Goiânia, eu falei assim aí, eu vou, eu vou porque eu quero ir para Goiânia'' [ri]. Por mim eu...eu pensei que eu ia passear no shopping lá [ri] [Cíntia, E2]

Cíntia e a médica que a acompanhava no CAPS chegaram a um acordo a respeito da internação:

Aí ela falou assim ah, então você quer ir?'' Aí ela falou assim não, então deixa, vamos tomar a medicação, você toma a medicação, se você quiser, precisar mesmo...você que decide se você quer ir internar ou não.'' Aí eu não quis internar não. Aí comecei a tomar os remédios, minha mãe ficou em cima, na hora que minha mãe tomava o remédio da pressão, ela dava o medicamento, eu tomava e eu fui melhorando... [Cíntia, E2]

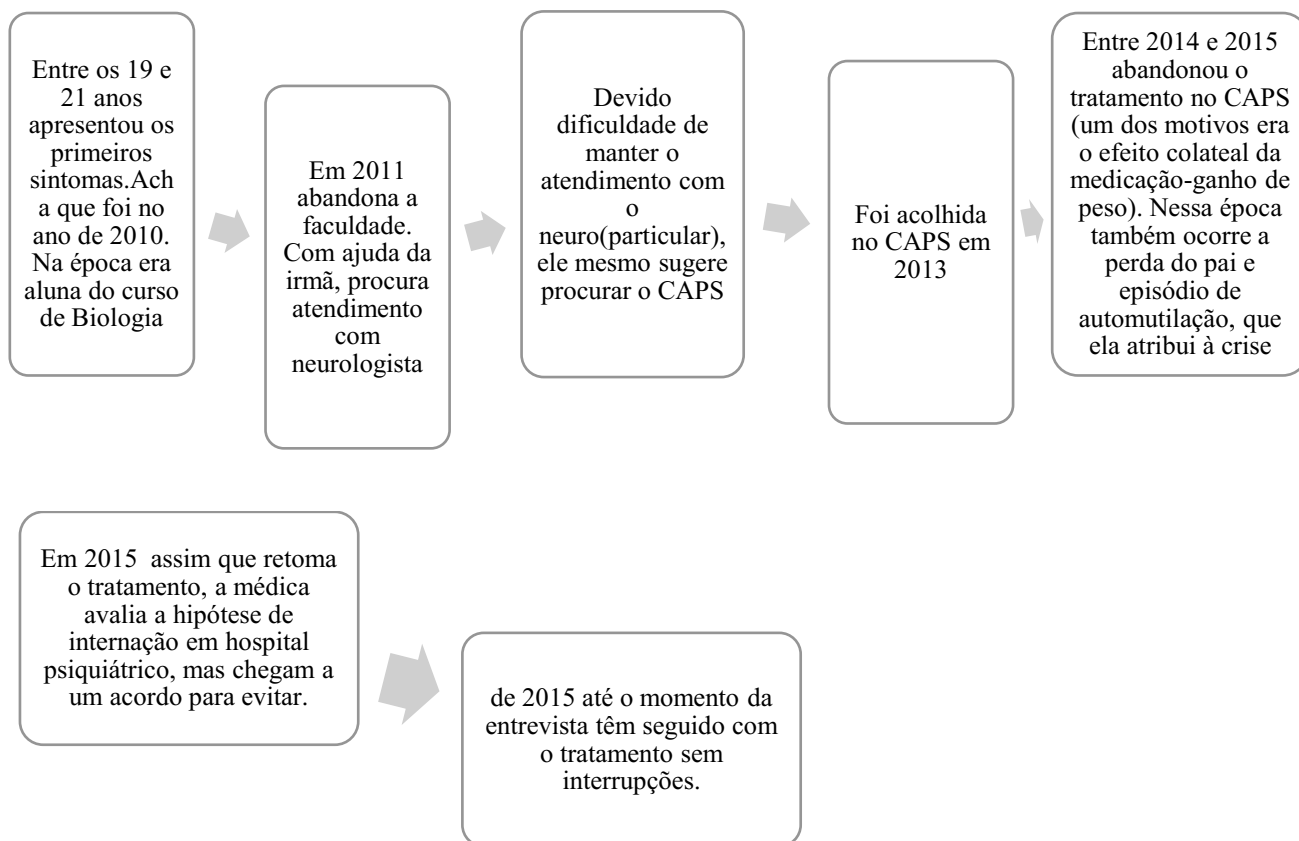


Figura 2. Itinerário Terapêutico da Cíntia (Entrevistada 2)

Rosa (E3, 24 anos)

A entrevistada Rosa tinha 24 anos no momento da entrevista. Ao contrário das primeiras usuárias, que forneceram muitos detalhes sobre os tópicos abordados, Rosa mostrou-se um pouco mais reservada e pareceu não querer se aprofundar muito nas respostas. Apesar disso, foi possível entender a trajetória percorrida por ela até então.

Ela contou que aos 15 anos passou por duas consultas com uma psicóloga, mas ressaltou que “*não tinha nada a ver com esquizofrenia não. Era mais...fases da vida mesmo.*” Aos 19, pouco tempo após iniciar os estudos no curso superior, iniciou com sintomas de

alucinação, aos quais ela se referiu como pânico, ao dizer “...*eu tinha ficado uma semana no hospital por pânico né*”. Ao ser questionada mais detalhadamente sobre os sintomas, *ela disse “de perseguição, né”* e também “*É que escuta né... aí a gente acha que é para a gente*”, quando questionada se estava se referindo a escutar vozes, ela confirmou e acrescentou:

[...] *ajuntou paranoia com...eu tinha vontade de estudar outra coisa né. Eu peguei e tranquei a matéria, tranquei o curso, para eu ir me organizar e saber o que fazer...só que aí...só que aí eu tive mais ação da doença, aí tive que interromper os estudos.*[Rosa, E3]

Segundo Rosa, o CAPS surgiu em sua trajetória após essa internação de uma semana em hospital geral, pois a psiquiatra que a atendeu no hospital sugeriu a ida ao CAPS:

[...] *eu tinha ficado uma semana no hospital por pânico. Aí ela resolveu...a mulher...a doutora falou que se quisesse entrar em contato com ela, para entrar com internação, para fazer uso de remédios, essas coisas (...)ela falou que procurasse ela aqui...para entrar em tratamento, aí minha mãe entrou.* .[Rosa, E3]

Cabe aqui explicar que o município onde a pesquisa foi feita contava, à época dos fatos narrados pelos entrevistados, com um sistema de plantão para intercorrências psiquiátricas em um hospital geral público e que os médicos psiquiatras que atendiam nesse plantão faziam também parte da equipe do CAPS. Tais internações foram mencionadas por vários dos entrevistados no decorrer das entrevistas.

Em relação ao diagnóstico recebido no CAPS, Rosa afirmou “*Eu passei por uma psicóloga antes e ela me ...ela me... categorizou como esquizofrênica.*” A dúvida em relação ao diagnóstico, principalmente por parte da família, e a busca por outras opiniões, geralmente de médicos particulares, apareceu em diversos relatos, não sendo diferente no caso de Rosa, que contou ter passado por outro médico durante o tratamento no CAPS, mas como o diagnóstico foi o mesmo “*a gente foi só uma vez e voltou para cá e continuou aqui*”.

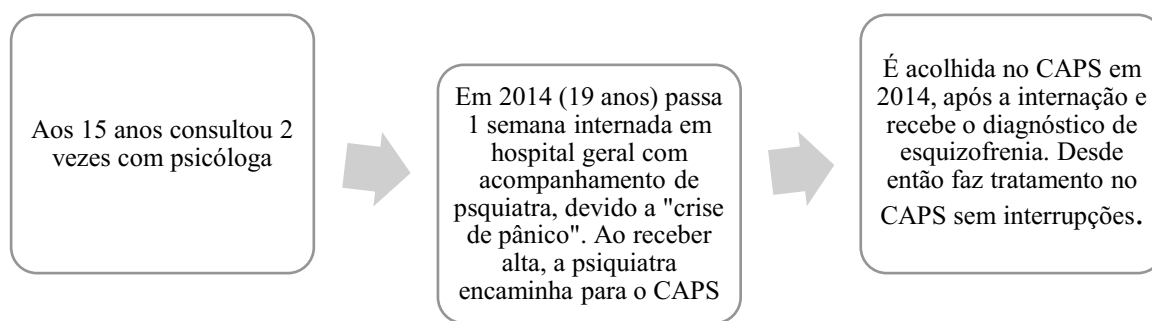


Figura 3. Itinerário Terapêutico de Rosa (Entrevistada 3)

Júlia (E4, 24 anos)

Júlia (E4) foi levada ao CAPS por sua mãe e sua irmã, após começar a ter sintomas delirantes em 2015, quando tinha 20 anos. Em suas palavras:

[...] é por causa que eu estava com umas paranoias, tipo...eu dei esquizofrenia né? Aí eu ficava tipo encucada com as coisas, aí minha mãe quis me levar [...] eu ficava pensando que tinha câmara no meu quarto, tipo eu pensava que tinha gente me perseguindo na...rua [...] eu pensava que as pessoas jogavam indireta para mim nas redes sociais, eu inventava coisas sabe? Muita história doida que eu pensava, nossa! [Júlia, E4]

Ela relatou que no primeiro dia que foi ao CAPS, levada pela mãe, o acolhimento nem chegou a acontecer, pois como estava agitada e se recusando a entrar, foi chamada uma ambulância do SAMU para levá-la ao hospital geral “[...] aí que não queria entrar lá [no CAPS], por...por bobeira mesmo. Aí eu não quis entrar e eles foram e chamaram a ambulância para mim, aí eu fiquei internada. [ri]”

Perguntada sobre quem teria chamado a ambulância nessa ocasião, ela disse “*não sei, acho que foi uma das mulheres lá do CAPS*”. Disse não se recordar de quanto tempo teria

ficado no hospital, mas sua mãe, que estava num cômodo próximo durante a entrevista, contou ter sido uma semana.

Ela contou que sua trajetória foi marcada por uma constante busca de atendimento e que tanto antes quanto depois de já estar em tratamento no CAPS, sua família sempre buscava por outras opiniões:

No início, na verdade, eu fui no [nome do neurologista]. Antes de eu ser internada, antes de tudo. Eu fui lá no Dr. [nome do neurologista]. Mas eu não lembro como que chama a clínica, sabe? Aí ele me passou uns remédios para dormir, eu ficava só dormindo, sabe? [Júlia, E4]

Durante a entrevista, a mãe da usuária ficou por perto e atenta à conversa, apesar de ter sido esclarecido que para esta pesquisa precisaríamos apenas do relato da jovem. No entanto, as interrupções da mãe não foram de todo negativas, uma vez que permitiram detectar essa inconstância no tratamento e as constantes buscas por soluções fora do CAPS. Inclusive mãe e filha divergiam em relação à linha do tempo em que tais buscas aconteciam. Um exemplo disso é quando Júlia menciona a busca de um médico em um município de maior porte “*eu já fui para fora de [município em que reside] já! Por causa desse problema mesmo! Eu fui para Uberlândia, no dr.[nome do médico]*”

Quando a pesquisadora questionou se esse fato ocorreu antes ou depois de já estar em tratamento no CAPS, a mãe respondeu rapidamente que foi antes, mas a entrevistada, com uma risada, corrigiu a mãe “*acho que foi depois, até porque a dra. [se referindo à médica do CAPS] foi e falou assim “tem que escolher ou é o de Uberlândia ou é o do...do dela” ela falou, a senhora não lembra não?*”

Logo em seguida, a própria entrevistada voluntariou a seguinte informação “*eu também fui no [..] Dr. [nome], da clínica [nome] de psiquiatria. Eu fui em um monte [ri].*”

A entrevistadora questionou se o motivo de buscar estes outros profissionais era devido à alguma dúvida em relação ao diagnóstico recebido no CAPS, ao que ela respondeu:

[...] minha mãe que estava! Por mim eu...onde arranjasse eu ia [...]eu não sei por que minha mãe queria que eu fosse nesses tudo. De Uberlândia foi porque a minha cunhada falou [...]leva ela que ele é muito bom, aí eu fui. Aí, aí fui lá umas duas vezes. Aí o Dr.[nome]., ali na clínica J., daqui de [nome da cidade], eu não sei por que eu fui, sendo que eu tinha a dra. [médica do CAPS] [Júlia, E4]

A mãe interrompeu mais uma vez para dizer “*Nós paramos de ir lá, porque lá era particular, não tinha condição de manter ela lá, no tratamento [..])por isso que nós pesquisamos aqui e fomos para o CAPS.*”

Júlia disse ter sido diagnosticada com esquizofrenia, mas não acreditar no diagnóstico “*na verdade eu penso que eu não preciso de remédio, não preciso de tratamento, não preciso de nada, acho que eu sou uma pessoa normal, mas eu tomo por causa da minha mãe mesmo.*”

Para ela, existe uma outra explicação para os sintomas que apresentou: “*eu penso que o que eu passei foi espiritual, sabe? Porque eu sou evangélica, sabe? Aconteceu as coisas porque eu sou...porque aconteceu, foi espiritual, não foi físico, não foi saúde.*”

Embora sua trajetória contemple uma série de buscas por diferentes profissionais na rede privada, o tratamento no CAPS nunca foi abandonado. Além disso, ao longo da entrevista ela mencionou fazer uso dos serviços de emergência ocasionalmente, durante episódios de agitação em que teria recorrido novamente ao pronto socorro, mas não soube precisar quantas vezes.

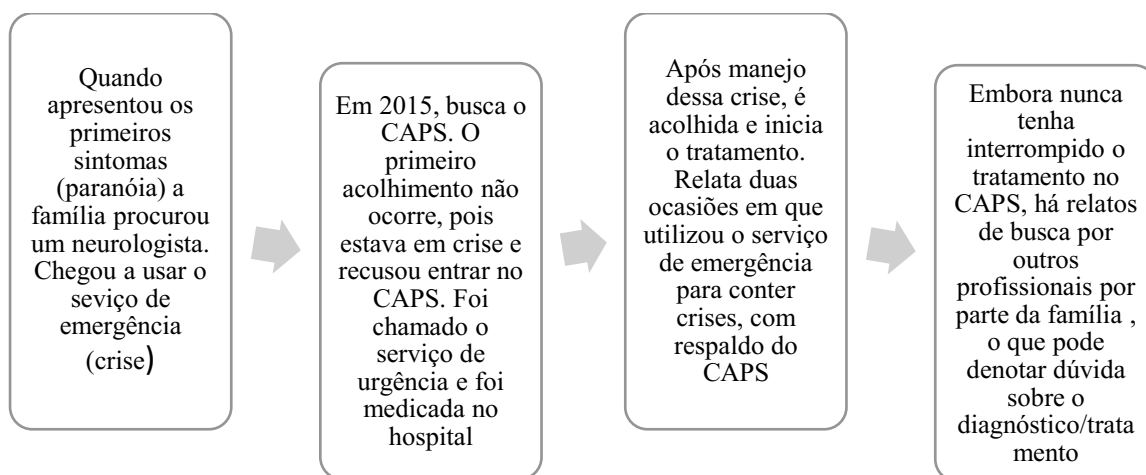


Figura 4. Itinerário Terapêutico de Júlia (Entrevistada 4)

Tomás (E5, 22 anos)

Na data da entrevista, ele disse estar em tratamento no CAPS há dois anos, sendo o primeiro e único lugar em que fez tratamento. Ele contou que recebeu o diagnóstico de transtorno bipolar e que nunca interrompeu o tratamento, mas que em algumas ocasiões teve que recorrer ao pronto-socorro do hospital geral em virtude de episódios de crise que ele descreve da seguinte forma: “*eu tive crise psicótica e aí me internaram lá (...) deve ter mais ou menos um ano e pouquinho [...] minha mãe ligou pros Bombeiros, aí os bombeiros me levaram para lá.*” Segundo contou, nessas ocasiões a iniciativa de acionar os serviços de emergência parte de sua mãe, com quem vive.

Contou que isso o primeiro episódio de crise teria ocorrido pouco após iniciar os cuidados no CAPS “*[...] tinha mais ou menos uns seis meses [...] foi porque eu tive crise psicótica e aí me internaram lá.*” Tomás não se recorda com clareza destas circunstâncias “*não lembro, aquele dia estava bem confusa minha cabeça, não lembro, não recordo os detalhes*” mas apesar de ter usado o termo internação, acreditava ter ficado no hospital apenas por algumas horas pois não crê que tenha dormido lá. Logo, podemos entender que ele foi

atendido em setor de urgência de um hospital, similar ao que foi relatado por outros entrevistados. Tomás nunca interrompeu o tratamento no CAPS e nunca buscou ajuda em outros lugares.

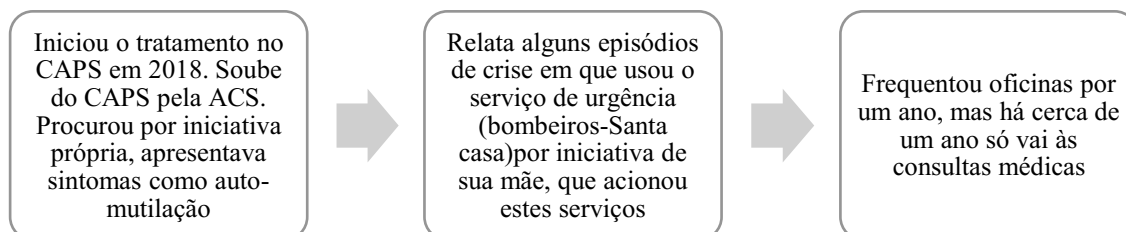


Figura 5. Itinerário Terapêutico de Tomás (Entrevistado 5)

Alberto (E6, 20 anos)

Alberto, que tinha 20 anos a época da entrevista, foi um dos participantes que menos conseguiu dar detalhes sobre sua história. Dizia não se recordar muito bem de alguns fatos. Além disso, ele estava em tratamento no Caps há menos de um ano quando entrevistado.

Quando questionado se já havia feito algum tipo de tratamento anterior ao CAPS, ele disse recordar ter feito tratamento quando criança, quando residia em outro Estado, mas não soube dizer que tipo de tratamento, se era em um CAPS, ou com que tipo de profissional. Relatou que partiu de seus pais a iniciativa de buscar o CAPS, pois ele apresentava sintomas de falta de concentração e dificuldade para dormir. Quando perguntado se poderia informar seu diagnóstico, disse não saber. Nunca passou por internações nem mesmo buscou serviços de emergência. Negou episódios de autolesão ou tentativas de suicídio. Não houve busca por outros profissionais desde que iniciou os cuidados no CAPS.

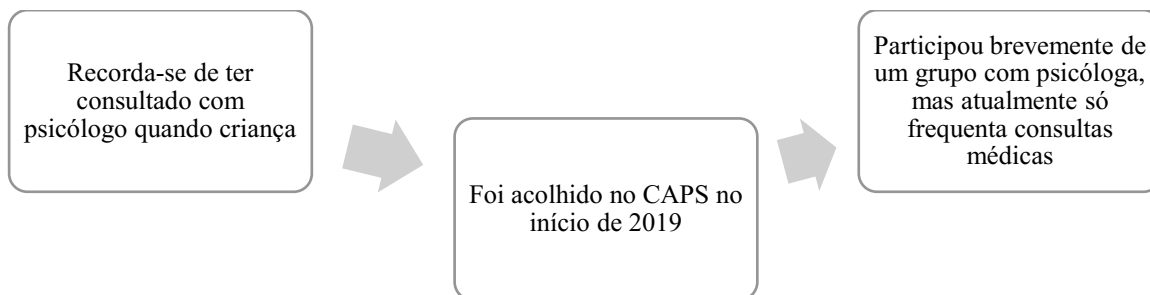


Figura 6. Itinerário Terapêutico de Alberto (Entrevistado 6)

Catarina (E7, 23 anos)

A entrevistada Catarina não soube precisar com exatidão, mas acreditava que os sintomas, e a conseqüente busca por atendimento profissional, iniciaram na adolescência “*eu tinha...tinha 14 anos eu acho [...])14? Não, 15 anos eu acho. Quinze anos.*” Segundo ela, os primeiros sintomas se manifestaram da seguinte maneira:

[...] eu lembro assim que...comecei a ficar com sono e eu dormia muito. Depois eu dei...aí eu fiquei acho que uma semana? Uma semana! Com sono, muito sono, sonolenta, só dormia, não...nem queria levantar, não queria comer. Aí depois eu comecei a dar crise, aí eu sonhava muito, achava que estava acordada e quando estava acordada achava que estava dormindo! [Catarina, E7]

Quando perguntada se poderia explicar como era essa situação que ela chamou de crise, Catarina descreveu:

[...] tinha medo das pessoas, saía correndo, não confiava... corria das pessoas, essa foi a crise [...] era bem confuso, eu não sabia [...] por isso que eu dei as crises, porque eu não entendia o que estava acontecendo. Aí ia no hospital, eles me aplicavam alguma...medicamento, não sabia o que que era. Aí depois que eu fui conhecer quando...fui no Hospital S.N. que eu vi ela, a dra. Aí foi quando ela foi me atender mesmo. Foi passar a ser a médica. A me medicar. [Catarina, E7]

Segundo Catarina, tratou por cerca de 6 anos com a psiquiatra, pagando consultas particulares, porém a questão financeira acabou sendo um determinante para a busca pelo CAPS como alternativa a um tratamento que estava além das possibilidades financeiras da mesma e de sua família:

Porque uma consulta era muito, era muito cara. Para a gente estar fazendo acompanhamento com ela. E aí...meu pai era aposentado, não ajuda a gente, aí nós pedimos para poder ir lá, porque ia ficar bem mais fácil, porque dinheiro...igual, os remédios eram caros, eram muito caros, eu tomava até mais na época. Por isso que a gente correu atrás do CAPS. [Catarina, E7]

Conforme mencionado antes, à época dos acontecimentos relatados pelos entrevistados, os psiquiatras disponíveis no município estavam quase todos ligados de alguma forma ao serviço público, seja integrando a equipe do CAPS, ambulatório de saúde mental infante juvenil ou UBS:

[...] eu era atendida pela dra. [nome]., que [...] na época eu pagava particular [...] aí a gente queria atender com ela lá no CAPS, mas ela não...ela recusou atender a gente. Ela não quis. Aí quando foi...foi quando a dra. A. aceitou é... atender [Catarina, E7]

O episódio acima mencionado por Catarina, embora ela não tenha conseguido detalhar melhor, pode tratar-se de uma situação que acontecia às vezes, a qual relato baseada na minha experiência enquanto trabalhadora deste CAPS. Muitas vezes, o usuário busca o CAPS com objetivo de ser atendido pelo profissional psiquiatra, já que já faz uso de medicação e se trata na rede particular. No entanto, ao chegar ao Caps não é feita marcação de consulta imediatamente, uma vez que a equipe parte do princípio de que aquele é um usuário novo no serviço e portanto passa pelo procedimento padrão, que envolve o acolhimento e a proposta de um plano terapêutico. Além disso, sendo o único CAPS da cidade, a demanda por consulta

com psiquiatra e a fila de espera são grandes, o que muitas vezes gera conflitos. Registro essa informação como uma hipótese do que pode ter ocorrido, já que Catarina relatou

[...] eu lembro assim, o dia que a gente foi para procurar atendimento com a dra. J, que ela recusou, eu lembro de...da minha mãe ficar muito brava e eu chorar demais, eu estava grávida e...e virar uma briga lá e...para eles não estar atendendo, não querer atender...minha mãe insistindo e assim, naquele meio daquela confusão, como eu já estava meio é...precisando de medicamento, de atendimento porque eu estava grávida e ainda estava sem atendimento, eu estava em crise [...] Eu comecei a chorar, a ficar nervosa, e aí acho que ...depois, depois ...que eles atenderam. Já fez o cadastro mesmo na hora né. Na mesma hora, depois disso, depois desse desespero, aí eles fizeram.

Após esse impasse inicial, ela passou a fazer tratamento no CAPS, mas com uma psiquiatra diferente da que a atendia no serviço particular. Acreditava que teria iniciado o tratamento em 2016.

Quando questionada a respeito de internações, descobriu-se que Catarina foi a única dos 8 entrevistados que passou pela internação em hospital psiquiátrico. Na entrevista, ela afirma que a internação teria ocorrido em 2017, portanto de acordo com as informações que ela concedeu previamente, ela já seria paciente do CAPS. No entanto, quando perguntada sobre isso, ela afirmou que ainda não estava tratando na instituição. Aqui novamente temos a questão da memória imprecisa, compreensível já que se tratava de um período de crise. Como ela relatou que ao buscar o CAPS pela primeira vez estava grávida e que a internação também teria ocorrido no período da gestação, acredito que a busca pelo serviço do CAPS e a estadia no hospital psiquiátrico tenham ocorrido em períodos muito próximos. Soma-se a isso o fato de que a médica psiquiatra que a encaminhou para internação via emergência do pronto socorro é a mesma médica que a atendia no Caps, é fácil entender por que ela não se recorda da ordem destes acontecimentos com precisão. Quando a entrevista foi conduzida para este tópico, ela se emocionou bastante e relatou as condições em que essa internação ocorreu: “*Eu*

fui internada numa clínica lá em Goiânia [...] foi quando eu estava grávida. [...] eu fui uma vez com uma crise lá no Hospital Santa Casa, aí a dra. [nome]. estava lá e me mandou para [...] Goiânia.”

Catarina não conseguiu recordar o nome do local onde foi internada, mas relatou que ficou lá sozinha “*ah...é para doido mesmo né? Aí ficava só eu [..]) foi...eu acredito que foi um mês.*” E que teria nesse tempo recebido a visita de seu pai e sua avó.

Sobre a crise e o que teria motivado a internação, ela apenas disse “*é porque eu engravidei e fiquei ruim*”. Catarina parecia magoada com a situação, já que em suas palavras ela nem mesmo compreendeu o que estava acontecendo. Colocaremos aqui as perguntas feitas pela entrevistadora a fim de deixar mais claro o que ela disse:

Entrevistadora: Você foi para essa internação assim [...] você quis, a médica sugeriu isso para você, como que foi?

Catarina: Não, é porque eu estava em crise né, aí ela falou assim...para mim, nada! Porque para mim eu achava que eu ia em outro médico.

Entrevistadora: Você não entendeu muito bem o que ia acontecer...

Catarina: Não, eu fui de ambulância. Aí eles me levaram lá, aí chegou lá eu fiquei lá...aí até eles falarem para a minha família que eles não podiam ficar comigo lá porque eu não tinha problema para ficar lá.

Foi preciso pausar a entrevista por alguns minutos para que ela tivesse condições de falar, uma vez que ela chorou um pouco ao narrar a experiência

[...] lá não tinha...lá os quartos eram juntos, não tinha luz, a gente dormia na cama...a gente dormia na cama e a cama era quebrada (...)aí dependendo, tinha gente que saía e entrava, a gente não sabia nem para onde ia, às vezes ia embora, não sei. Aí quando a gente pegava uma cama quebrada, era...eu lembro que era trancado e tinha três quartos. E o banheiro não funcionava, o vaso era uma porqueira, ninguém tinha nem coragem de sentar, eu estava grávida...aí eu deitava no chão, quando eu queria fazer xixi eu fazia lá mesmo... [Catarina, E 7]

Catarina contou que essa foi a única internação. Pouco tempo depois, deu seguimento ao tratamento no CAPS e não teve outras crises nem precisou recorrer ao pronto socorro.

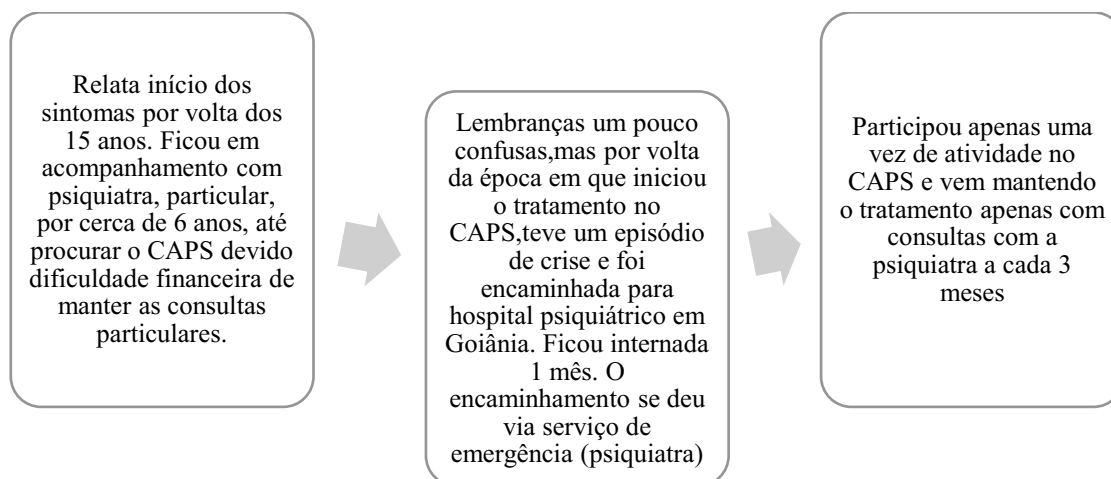


Figura 7. Itinerário Terapêutico de Catarina (Entrevistada 7)

Eva (E 8, 30 anos)

Eva (E8) é a entrevistada que estava há mais tempo no CAPS. Ela iniciou seu tratamento em 2010, levada pela mãe. Segundo Eva, o CAPS foi o primeiro e único lugar onde buscou algum tipo de tratamento, mas se recordava que “quando eu era mais nova, lá na minha cidade, eu estudava numa escola especial [...] quando eu era novinha, porque depois eu fui para a escola normal”. Segundo ela, nessa escola ela teve algumas conversas com um psicólogo “conversava com ele, mas...era muito raro, acho que era uma vez por mês.”

A chegada de Eva ao CAPS se deu de uma maneira bem diversa dos demais participantes da pesquisa, pois de acordo com ela, sua mãe ficou sabendo da existência do serviço quando estava em busca de ajuda para o irmão de Eva

[...] na verdade, quando ela foi arrumar para eu ir para o CAPS, quem tinha que ir para lá era o meu irmão, que morreu. Ele que mexia com droga...parece que ele deu um negócio lá, acho que foi overdose e ele ficou internado. Daí, isso nós morávamos no [nome do bairro]. Aí o médico que cuidou dele pegou e falou para a minha mãe que era para a minha mãe arrumar para pôr ele lá. [Eva, E8]

O irmão não aceitou ir ao CAPS “aí a minha mãe foi, só que ele não quis ir! Aí como ele era complicado, ele foi mexendo com droga, minha mãe foi e esqueceu isso”, mas a iniciativa para que Eva fosse ao serviço parte da própria mãe

[...] aí quando foi em 2010, aí não sei o que me deu um dia lá em casa...aí eu peguei e falei nossa, eu podia tanto ter um lugar para eu ir, aí a minha mãe falou assim 'uai, Eva sei de um lugar, você pode ir todo santo dia fazer as coisas, mas acho que você não vai gostar de lá não. Aí eu peguei e falei assim ''uai, mas porquê?' Ela falou assim 'porque lá assim e assim. Aí nós pegamos e fomos. Aí eu lembro, a primeira psicóloga que me atendeu, ela chamava [nome]. Aí o que complicou para mim foi quando eu fui passar pela psiquiatra, que eu tive que começar a tomar remédio. [Eva, E8]

Eva relatou que chegou a interromper o tratamento por dois anos “acho que foi em 2013 e 2014 porque aí eu voltei para lá em 2015” e que a interrupção teria se dado em virtude de um desentendimento com outra paciente. Nunca houve procura por outros profissionais, uso de serviços de emergência ou internações.

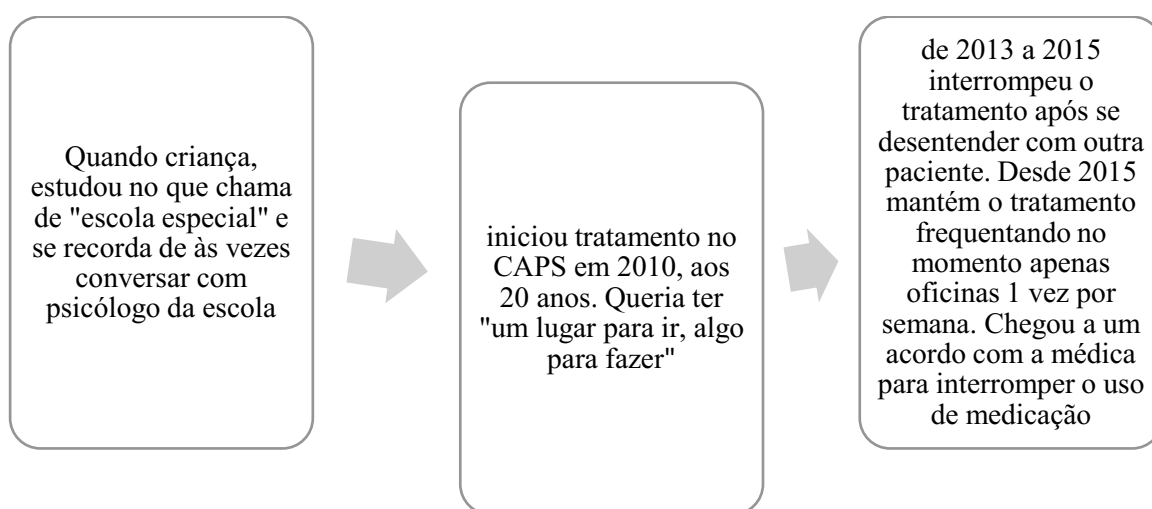


Figura 8. Itinerário Terapêutico de Eva (Entrevistada 8)

A partir da descrição detalhada dos itinerários, chegamos aos seguintes destaques: tratamentos realizados na infância (neurologista e psicólogo), a presença de tentativas de suicídio e autolesão em suas trajetórias, frequência a serviços de urgência em crise, internação em leito de hospital geral após crise e internação em leito psiquiátrico. Foi possível também compreender a trajetória que cada indivíduo percorreu em sua busca de cuidado até o momento em que o CAPS surgiu em suas vidas. Como podemos ver, essa trajetória é diversa, em alguns casos o CAPS surge como um dispositivo de continuidade no tratamento iniciado em outros pontos da rede; em outros casos surge como uma alternativa ao alto custo dos tratamentos na rede particular. Na análise temática que surge dos pontos abordados nas entrevistas, buscamos entender o que o CAPS significa para cada um destes sujeitos.

3.3 Categorias Temáticas

A partir da leitura das entrevistas, encontramos muitos indicadores, isto é, aspectos trazidos pelos entrevistados que, analisados em conjunto nos permitiram construir categorias que nos mostram qual papel o CAPS tem exercido na vida destes jovens, bem como outros fatores que interferem no cuidado. São elas:

- (A) O início do percurso pela rede de saúde e o papel da família
- (B) Crise, Diagnóstico e Medicação
- (C) Uso do CAPS como Ambulatório
- (D) Vulnerabilidade

(A) O início do percurso pela rede de saúde e o papel da família

Primeiramente, precisamos ressaltar que este trabalho não tinha como um de seus objetivos o detalhamento do itinerário terapêutico de cada jovem. No roteiro de entrevistas dentre as questões disparadoras previstas (Apêndice 1), havia uma indagação a respeito de como o CAPS teria surgido na vida de cada usuário. No entanto, foi comum em boa parte das entrevistas que os jovens se aprofundassem no percurso que os levou a buscar ajuda no serviço. Foi a partir da riqueza de respostas obtidas que foi possível construir um apanhado do itinerário de cada um, conforme apresentamos no item 3.2 e que nos serviu de base para criar esta categoria. A partir dos seguintes indicadores, foi possível entender como o percurso dos entrevistados pela rede de saúde mental aconteceu:

Indicador 1: Alterações de comportamento e busca de ajuda pelas famílias

Em muitos dos relatos, as alterações no comportamento sinalizaram para o jovem e, mais frequentemente, para sua família, que alguma coisa não estava indo bem e motivaram a busca inicial por ajuda profissional. Como eram muito jovens quando do início dos sintomas, foi natural que não compreendessem de imediato o que estava ocorrendo e que as famílias tenham tomado a iniciativa de busca por soluções. Mesmo no caso em que o próprio usuário decidiu buscar ajuda psicológica após um episódio de auto-mutilação (Tomás, E5), ainda assim coube a sua mãe a iniciativa de ir até o serviço buscar informações acerca do funcionamento.

De forma geral, percebemos que o CAPS não é a primeira alternativa buscada por estes usuários e suas famílias quando do início dos sintomas. Dos oito entrevistados, três tiveram o CAPS como primeiro serviço em seus itinerários terapêuticos, isso se desconsiderarmos buscas pontuais/ consultas escassas com psicólogos na infância, como foi o caso de Alberto (E6) e Eva (E8). Três buscaram atendimentos na rede particular, com

especialistas em psiquiatria e neurologia; Laura (E1) buscou um ambulatório de saúde mental infantojuvenil e de lá foi transferida ao CAPS ao atingir a maioridade e uma buscou serviço de urgência em hospital geral e a partir desse serviço foi sugerido a ela procurar o CAPS.

A literatura nos mostra que o CAPS como esse “desconhecido” não é incomum. Rodovalho e Pegoraro (2020) ao pesquisarem o itinerário terapêutico como forma de compreender a visão dos familiares de usuários de um CAPS encontraram, num universo de 10 famílias entrevistadas, oito que não tiveram o CAPS como primeiro serviço buscado. Segundo seus achados, o CAPS surge nos itinerários a partir de encaminhamentos de outros serviços, como atenção básica, internação hospital e internação em serviços de emergência psiquiátrica.

Além disso, os relatos tornam claro como o envolvimento da família se faz importante para que o tratamento ocorra. Não foram raros os relatos de que a família é a responsável por ir ao CAPS para buscar a medicação e acompanhar estes jovens nas consultas médicas. No caso de abandono do uso das medicações ou mesmo abandono do tratamento, a família aparece como principal fator de intervenção para que estes cuidados sejam retomados. Houve também relato de que a família auxilia no uso correto da medicação. Para a usuária Júlia (E4), que acredita ter um “problema espiritual” e que não crê no diagnóstico médico, o uso da medicação é feito para agradar à família, já que ela mesma não vê necessidade em usá-la.

Rossi e Cid (2019) conduziram um estudo que objetivava verificar a compreensão de familiares de adolescentes usuários de um CAPS cujos dados revelam como a experiência do adoecimento dos filhos gera emoções ligadas ao medo, perplexidade e culpa. No entanto, ao se envolverem na rotina de cuidados com estes filhos, experienciaram também um fortalecimento do vínculo.

Indicador 2: A vida escolar e o início de sintomas

A menção ao início dos sintomas relacionados de alguma forma com acontecimentos da vida escolar se fez presente nos relatos, seja de forma direta, como nos casos em que os sintomas estavam ligados à situações estressantes presentes no dia a dia da escola, conforme relataram as jovens Laura(E1) e Cíntia (E2) para as quais bullying e sensação de não pertencimento ao grupo de pares foram marcantes no surgimento dos primeiros sintomas, com a diferença de a primeira ainda estava no ensino médio e a segunda estava iniciando os estudos na faculdade. De forma indireta, temos a vida escolar sendo de alguma forma prejudicada pelo aparecimento dos sintomas, ocorrendo abandono escolar ou mudança de planos motivada pela dificuldade em conciliar os estudos e o tratamento.

A literatura nos mostra que a questão da promoção e prevenção de saúde mental dos jovens vêm ganhando papel de destaque no âmbito escolar. Amaral e Caponi (2020) por meio de uma pesquisa bibliográfica e documental comprovam que o saber psiquiátrico esteve próximo ao ambiente escolar desde o século XIX, mas que atualmente essa aproximação têm se legitimado ainda mais com os avanços das neurociências. Segundo os autores, a identificação e tratamento precoce serviriam tanto para evitar a cronificação, na vida adulta, de patologias não tratadas devidamente quanto para antecipar problemas temidos na sociedade neoliberal que acredita-se advir em partes de transtornos disruptivos do desenvolvimento, como homicídios, suicídios e criminalidade.

Nas falas dos jovens entrevistados em nossa pesquisa, a escola não aparece como um fator de proteção ou identificação precoce, embora tenha sido em seu ambiente que muitos dos sintomas iniciais começaram a se desenvolver.

Buscando identificar quem faz e como é feita a prevenção em saúde mental no Brasil, Abreu, Miranda e Murta (2016) fizeram revisão sistemática da literatura, encontrando uma predominância de estudos focados em ações preventivas com público alvo de crianças e

adolescentes em idade escolar, sendo justamente o ambiente da escola o local de implantação das ações, o que condiz com a noção de que há mesmo um foco em descobrir e tratar questões de adoecimento psíquico o quanto antes como forma de mitigar agravos futuros.

O que os dados do presente estudo sinalizam não é para a eleição da escola como local de prevenção de saúde mental, mas sim a necessidade de diálogo intersetorial que deva se estabelecer territorialmente entre serviços (de saúde, escolares, de assistência social, de justiça, e terceiro setor) que busquem estratégias de cuidado de modo articulado (não-fragmentado como usualmente ocorre), formando uma rede pública ampliada de atenção a crianças e jovens (Duarte et al., 2010). A integralidade que norteia o funcionamento do SUS pode se fazer presente no diálogo e nas ações quando são territorialmente organizadas e sem o olhar estanque de cada representante dos serviços ao se propor espaços de debate e planejamento intersetorial, afinal, jovem que vivencia dificuldades emocionais no cotidiano da escola é o mesmo atendido no serviço de saúde, mas muitas vezes cada serviço desconhece o vínculo do usuário com um serviço que não integra sua área de especialidade.

(B) Crise, Diagnóstico e Medicação

Nesta categoria, exploramos as noções dos jovens sobre o que eles consideram “crise”, seus pensamentos acerca do diagnóstico recebido e como o uso de medicação se insere em suas rotinas e é percebido por eles. Para isso, extraímos de suas falas indicadores que podem nos auxiliar na exploração destes tópicos.

Indicador 1: O primeiro diagnóstico e como o jovem o entende

Primeiramente, tivemos um relato de diagnóstico anterior ao tratamento no CAPS, exemplificado pela entrevistada Cíntia (E2) que procurou médicos neurologistas que a diagnosticaram com depressão e com quem tratou por algum tempo. Ela contou que ao

procurar o CAPS, também foi diagnosticada com depressão no acolhimento e encaminhada para um grupo terapêutico voltado para usuários com tal diagnóstico. Por pesquisar seus sintomas na internet e discordar do diagnóstico, conversou com a profissional que a atendia e marcaram uma consulta com psiquiatra no CAPS, que dessa vez a diagnosticou com esquizofrenia, diagnóstico que é bem aceito por ela e que faz mais sentido para ela, já que gosta de buscar informações sobre o assunto.

Laura (E1) não se recorda de ter sido diagnosticada no ambulatório de saúde mental infanto-juvenil que frequentou dos 15 aos 18 anos. No CAPS, ela diz ter sido diagnosticada com transtorno afetivo bipolar e relatou espontaneamente características que observa em seu próprio comportamento que acredita serem condizentes com o transtorno, indicando conhecimento sobre este. A terceira entrevistada (E3) também recebeu o diagnóstico no CAPS. Segundo ela, a psicóloga que a atendeu constatou esquizofrenia, o que teria sido confirmado posteriormente pela psiquiatra do serviço. A usuária Júlia (E4) menciona ter feito tratamento anterior ao CAPS com um neurologista, mas não se recorda dos fatos com precisão, contudo acredita que o diagnóstico de esquizofrenia tenha sido feito quando passou a ser atendida no CAPS. Tomás (E5) foi diagnosticado no CAPS com transtorno afetivo bipolar. O usuário Alberto (E6) não soube dizer se tinha recebido um diagnóstico. As entrevistadas 7 e 8 não informaram seu diagnóstico, mas Catarina (E7) relata ter feito tratamento com psiquiatra particular desde a adolescência, quando iniciaram os primeiros sintomas e posteriormente deu continuidade no tratamento frequentando consultas psiquiátricas no CAPS.

Um fator que merece destaque nos relatos é a busca por diagnósticos por médicos fora do CAPS, mesmo que não haja uma interrupção formal do tratamento. Nestes casos, conforme relataram os jovens, a iniciativa parte da família e parece estar pautada em uma dúvida sobre o diagnóstico recebido. Como pessoa que trabalhou no CAPS por dez anos, a

experiência da pesquisadora com este tipo de situação não é incomum e muitas vezes parte de uma crença enraizada na sociedade de que o tratamento (e por associação, o diagnóstico) na rede pública não seria tão confiável como o da rede particular.

Em pesquisa com usuários de um ambulatório de saúde mental, Severo e Dimenstein (2009) por meio de entrevistas procuraram identificar os sentidos dos diagnósticos psiquiátricos para estes. Destaca-se uma concepção mecanicista da doença, pautada na necessidade de encontrar no (mau) funcionamento do corpo alguma explicação para os sintomas e/ou comportamentos. No entanto, se considerarmos que os sujeitos do estudo dessas autoras passaram por internações psiquiátricas, ainda muito pautadas na intervenção médica e no uso massivo de medicações, podemos compreender esse sentido mecanicista que surge nas falas destes indivíduos. De forma geral, eles relatam mudanças permanentes na vida após o diagnóstico, percebidas na dificuldade de retomar atividades cotidianas, principalmente o trabalho.

Quando indagados sobre início de sintomas ou motivação para buscar o CAPS, alguns de nossos entrevistados, mais jovens do que os participantes do estudo anteriormente mencionado, relataram o que a literatura chama de primeiro episódio psicótico. Levy e Coentre (2014), autores responsáveis pelo capítulo sobre primeira crise psicótica do Manual de Psiquiatria Clínica, ressaltam que devido à inespecificidade de sintomas relatados por jovens experienciando os primeiros sintomas de adoecimento, preferem o uso do termo psicose em detrimento de esquizofrenia, já que esta última está associada a estigmas e a um quadro menos favorável. Os autores salientam a importância da observação clínica, já que o diagnóstico não pode ficar restrito apenas aos critérios observados em manuais como DSM-V e CID-10. Além disso, ressaltam a importância de cuidados focados no aspecto psicossocial, para além da medicação.

Ainda sobre a temática da primeira crise psicótica, Costa (2006) afirma, baseado nas experiências de um grupo de intervenção precoce nas psicoses, que entre os jovens adultos encontramos os sintomas clássicos das crises psicóticas, como delírios, alucinações, retraimento social e afetivo, mas ressalta que tanto o diagnóstico quanto as intervenções devem ser pensadas levando-se em conta muito mais que a sintomatologia, mas as complexidades de fatores como família, sociedade, instituições e biologia. Para ele, embora seja válido pensar em intervenções precoces, é preciso antes de tudo compreender e respeitar a complexidade de experiências para não reduzir angústias essencialmente humanas (e que surgem com mais força na idade adulta jovem) a condições necessariamente patológicas.

No caso de nossa pesquisa, observamos relatos destes sintomas clássicos sugestivos de psicose, como “ouvir vozes”, sentir-se vigiado e perseguido pelos colegas de escola ou vizinhos, isolamento, dentre outros e como observado nos relatos, as intervenções quase sempre privilegiaram o uso de psicofármacos, reforçando o pouco envolvimento do CAPS para além da sintomatologia.

A família também aparece com papel de destaque na literatura pertinente ao primeiro episódio psicótico. Fendrich et al. (2016) destacam o apoio familiar para a correta condução do tratamento, principalmente sob o ponto de vista dos profissionais que estão cuidando do usuário, já que este poderá ter dificuldades em compreender todos os cuidados de que precisa. No entanto, ressaltam que muitas vezes esse apoio encontra barreiras seja na própria condição financeira da família, o que impossibilita deslocamentos até o serviço, seja na concepção muito focada no saber médico, que pode fazer com que se acredite que apenas a intervenção medicamentosa é eficiente, não encontrando sentido em participar de outras propostas como grupos de apoio e psicoeducativos e mesmo a barreira prática como questões de horários, já que pode ser difícil para o familiar conciliar a presença no serviço com suas demais responsabilidades cotidianas.

No caso dos jovens entrevistados para esta pesquisa, alguns mencionaram que a família desconhece/ nunca foi convidada para alguma atividade exclusivamente voltada para ela, outros mencionaram que o convite foi feito em algum ponto, mas justificam a falta de tempo como motivo para não participar.

Indicador 2: O que é crise para o jovem e sua relação com o uso de medicação

Foi comum que os jovens trouxessem a palavra “crise” durante as entrevistas para se referirem a períodos que eles consideram de agravamento dos sintomas. Alguns deles fizeram descrições detalhadas de comportamentos que eles mesmos ou suas famílias observaram durante estes períodos e que eles consideram negativos e passíveis de intervenção a fim de minimizar estes comportamentos, tais como persecutoriedade, ilustrada pela sensação de estar sendo perseguido por colegas de classe, vizinhos e estranhos na rua, alteração de padrões de sono, como insônia ou dormir em excesso, agitação psicomotora e mesmo auto-mutilação e tentativas de auto-extermínio.

Nas falas, surge a associação da crise com a interrupção da medicação, numa relação causal. A interrupção se dá por motivos diversos, desde a crença de que ao melhorar os sintomas iniciais a medicação não se faz mais necessária, até a interrupção provocada pelos efeitos adversos da medicação, como ganho de peso, sonolência e mal-estar, como relatou Cíntia (E2). Para ela, além destes fatores, pareceu pesar o fato de que não usar a medicação a faria se sentir mais pertencente a seu círculo social, no caso os colegas de curso, que inclusive incentivaram-na a abandonar os medicamentos.

A conotação negativa do uso da medicação, aliás, surge nas entrevistas ainda que dissociada da crise. Conforme relatamos anteriormente, para Julia (E4) a medicação é desnecessária já que ela olha para os sintomas que teve por um viés espiritual e deixa claro que “ eu não posso parar (o medicamento) porque minha mãe não deixa” .

A entrevistada Rosa (E3) menciona a interrupção do uso dos remédios, juntamente com o tratamento no CAPS em si como um anseio para o futuro.

Na fala de Cíntia (E2) que passou por crises e dificuldades quando da interrupção da medicação, surge uma compreensão de que, apesar de alguns efeitos negativos percebidos como oriundos da medicação, como não conseguir acordar mais cedo para fazer atividades físicas, ainda assim há a percepção de que utilizando corretamente a prescrição os sintomas incômodos (como persecutoriedade e alucinações) são combatidos de forma a proporcionar o que ela chamou de “uma vida normal”.

Ficou evidente na fala dos jovens entrevistados que, ao se referirem à crise, estão falando majoritariamente de um conjunto de sintomas que provavelmente eles aprenderam e internalizaram como definição desta palavra. Episódios de auto-mutilação e tentativas de suicídio também entram na definição sobre crise presentes nas entrevistas. Na fala de Cíntia (E2) há uma tímida tentativa de associar crise à falta que sentia de seu pai. Mas de modo geral, a percepção de crise ou esteve associada ao surgimento dos sintomas ou a uma consequência da falta/interrupção de medicação.

A esse respeito, encontramos na literatura estudos como o de Kinker e Moreira (2021) que valendo-se do recurso da cena ilustrativa, em que um caso fictício é levado para discussão com a equipe de um CAPS, concluem que é comum que a crise esteja associada somente a sinais e sintomas, como se houvesse uma hegemonia na experiência de crise, quando na verdade é preciso abrir espaço nos serviços para que os sentidos individuais desta sejam melhor explorados por usuários e equipe. Além disso, um olhar mais amplo sobre a crise, envolvendo diferentes pontos da rede traria uma maior eficácia em seu manejo.

Similarmente, Dassoler e Palombini (2020) apontam como a atenção à crise ainda se constitui um dos grandes desafios da Reforma Psiquiátrica, já que a predominância do discurso psiquiátrico, no qual crise está fortemente associada à patologia, ainda se faz

presente. Eles propõem um resgate da dimensão simbólica da crise como algo que faz parte da vida, não necessariamente definindo o sujeito que passa por ela.

Indicador 3: O uso de serviços de Urgência e Emergência na crise

Não foi raro que os sujeitos que descreveram passar por situações de crise mencionassem que a resolução destas se desse por vias externas ao CAPS. Via de regra, nestas ocasiões eles buscam o serviço de Urgência do pronto socorro da cidade. Em alguns casos, isso se justificou porque, por terem interrompido o tratamento no CAPS, estavam sem nenhum outro amparo profissional para um momento como este ou porque existe um entendimento informal de que o manejo de crises deve se dar por esta via.

Nesse sentido, chama atenção o relato da jovem Julia (E4) que ao procurar o CAPS pela primeira vez, acompanhada de seus pais, nem chegou a ser atendida. Por estar apresentando agitação e resistência em adentrar a unidade, foi acionada uma ambulância do SAMU que a levou ao pronto-atendimento para intervenção. Alberto (E6) e Laura (E1) mencionaram que suas famílias recorrem ao SAMU para levá-los ao hospital geral durante crises. Lá, são medicados e ficam por algumas horas em observação, sendo em seguida liberados.-,

Somente um dentre os 8 jovens entrevistados passou por uma internação em hospital psiquiátrico (Catarina, E7). Ela ficou um pouco confusa se essa internação teria ocorrido antes ou após procurar o CAPS pela primeira vez. Acredito que essa confusão possa ter se dado devido ao fato de que a médica que a atende no CAPS é plantonista no serviço de emergência psiquiátrica do pronto-socorro, dificultando saber com precisão de qual serviço teria partido a decisão pela internação. De toda forma, ela relatou que buscou atendimento no CAPS pela primeira vez durante sua gestação e contou que durante a internação estava gestante, o que

indica que estes fatos (busca pelo CAPS e internação) teriam ocorrido muito próximos um do outro.

Willrich et al (2014) explicam que a dificuldade em compreender o papel do CAPS na crise não está restrita aos usuários ou familiares. Em pesquisa com profissionais do serviço, constataram que as principais dificuldades levantadas por estes para conduzir a crise estariam ligados à dificuldade de fazer a contenção química no CAPS, devido à falta de estrutura e equipamentos. Expressam também divergências dentro da própria equipe em relação à contenção física, nas ocasiões em que julgam necessária. Nas falas também surgem as figuras das equipes de enfermagem e da polícia militar como aqueles que estariam aptos a manejar a crise. Os autores concluem que, com o apoio e qualificação adequadas, mesmo práticas como contenção química e física podem acontecer de maneiras mais eficientes e que ainda assim estarão distantes das antigas práticas manicomiais.

Almeida et al (2014) agregam um ponto de vista interessante ao conduzirem um estudo com os profissionais de equipes de unidades de suporte básico do SAMU que prestam atendimento à pessoas em crise psíquica. Os resultados indicam uma queixa destes profissionais provenientes de um déficit de conhecimento técnico para atuar neste tipo de intercorrência bem como de local adequado para encaminhamento dos casos, mas uma abertura na forma de sugestões de treinamento e melhor sistematização do serviço.

Uma outra questão que se sobrepõe é a da crise manifesta na forma de autolesão, conforme relatado por Tomás (E5) e Cíntia (E2). A automutilação em jovens têm sido observada com frequência, o que a tem aumentado o interesse de tê-la como objeto de estudo e investigação, apesar de ainda não ser tão pesquisada pela comunidade científica do Brasil, conforme constata por exemplo o estudo de Cronemberger et al (2019), que investigaram a produção científica sobre o tema no Brasil e Portugal, com foco na população de mulheres jovens. Entre os achados, encontram que o comportamento autolesivo tem origem em

componentes fisiológicos, mas também ocorre como forma de lidar com emoções e conflitos. Dentre as motivações citadas chamam a atenção “atenuar a dor” e “cessar maus pensamentos”. Isso nos ajuda a refletir as falas de entrevistados como Tomás (E5) que mencionou o alívio da dor como uma de suas motivações e Cíntia (E2) que falou da autolesão surgindo à época em que perdeu o pai e com isso teria tido pensamentos de que não deveria viver.

Bahia et al (2017) buscaram caracterizar o perfil das vítimas de lesões autoprovocadas nas grandes capitais do Brasil, utilizando-se de uma base de dados construída para este fim (Viva Inquérito). Encontraram uma predominância deste comportamento em mulheres, o que segundo os autores está em concordância com dados internacionais de vários países que apontam o sexo feminino como mais vulnerável à este comportamento.

Moraes et al (2020) que direcionaram seu estudo sobre este fenômeno para o público adolescente de um CAPSi , relatam como fatores de risco os problemas familiares (separação dos pais, conflitos familiares, rejeição materna, uso de álcool e drogas), o contágio social (seja conhecer alguém que se mutila ou entrar em contato pelas mídias como internet e televisão) e fatores adversos da vida (bullying, perda de ente querido e violência sexual) e uma categoria mais ampla que diz respeito às próprias características de personalidade dos indivíduos que podem ocasionar a autolesão (ansiedade, baixa auto-estima, dificuldade em se expressar, isolamento social, ideação suicida, orientação sexual, religiosidade, raiva, tentativa de suicídio e medo). Além de apresentarem estes fatores, os autores concluem que o CAPS, embora seja um serviço especializado, apresenta estratégias frágeis de comunicação com estes jovens, além disso a família seria um fator de proteção, mas também apresenta por vezes vínculos frágeis com esses jovens, seja pela falta de dialogo ou mesmo de conhecer mais profundamente os interesses, medos e modos de vida desses adolescentes.

No caso de nossos jovens entrevistados, não houve uma abordagem mais íntima do comportamento. Embora Cintia (E2) relate que a automutilação foi um acontecimento pontual e que não se repetiu, o cuidado recebido esteve restrito à medicação e negociação de uma possível internação (que não ocorreu) com a médica. Tomás (E5) indicou que este é um comportamento que, embora menos frequente após buscar o CAPS, ainda é presente em sua vida, mas com o qual tem lidado de forma solitária, já que em suas palavras “a psiquiatra fala que está melhor, mas eu só acho que parece melhor. Acho que disfarço bem...”

Automutilação é um comportamento que sempre deveria despertar cuidados e atenção, não só pelo que simbolizam, mas também pelas consequências que podem advir da não intervenção, conforme destaca Le Breton (2010):

Esses comportamentos dolorosos permitem o enfrentamento, são formas de adaptação a uma situação pessoal dolorosa. Apontar o caráter antropológico ou patológico, insistindo em sua natureza provisória, não significa tampouco que é preciso deixar o adolescente se machucar. Se esses comportamentos são chamados para viver, eles também são pedidos de ajuda, solicitando um reconhecimento, um acompanhamento do jovem, uma compreensão de que são signos de um sofrimento intenso a montante. Eles não devem passar como indiferentes, mobilizando órgãos de saúde pública, organizações de prevenção, de apoio aos adolescentes, para impedi-los ou, se não for possível, para acompanhá-los e reduzir a violência (Le Breton, 2010, p.39)

Em relação às tentativas de suicídio, também abordadas por nossos entrevistados, a literatura nos mostra que infelizmente se trata de um fenômeno que ocorre com frequência. Vidal e Gontijo (2013) conduziram uma pesquisa com participantes do sexo feminino que haviam sido atendidas em ambulatório por tentativas de suicídio e concluíram, a partir de entrevistas sob a perspectiva delas, de que ainda há uma enorme incompreensão acerca das pessoas que cometem este ato. As participantes relataram maus tratos das equipes dos hospitais, tanto médicos como enfermeiros, através de falas que tentavam minimizar seus sentimentos e do não oferecimento de suporte e encaminhamentos adequados.

(C) Uso do CAPS como ambulatório

Ao longo das entrevistas, foi possível inferir que os entrevistados não possuem um vínculo muito estreito com o serviço. Frequentavam o CAPS de forma irregular e, em sua maioria, não tinham o CAPS como um serviço que fizesse parte significativa de sua rotina. A partir de suas falas, podemos encontrar indicadores de qual papel este serviço ocupa em suas vidas.

Indicador 1: Não se recordam do acolhimento

Se considerarmos que o acolhimento nos CAPS constitui um momento importante que abre as portas de um novo modo de cuidado para aqueles que o procuram e serve como o primeiro passo na construção de um vínculo com o serviço, veremos nas histórias relatadas que muitos dos jovens entrevistados não se recordam do acolhimento, como por exemplo Cíntia (E2), que citou a médica quando questionada sobre seu primeiro atendimento no CAPS “*eu acho...que foi a dra. [nome da psiquiatra] mesmo...a minha história da faculdade foi a dra. [nome da psiquiatra] Porque eu não contava essa história para ninguém*”. Quando a entrevistadora sugeriu que normalmente antes de passar por uma consulta médica era feito um primeiro atendimento a fim de detectar a queixa, conhecer a história, ela disse recordar vagamente “*psicólogaaaa, uma moça morena. Eu não sei o nome dela [...] só sei que ela tem o cabelo comprido e é morena.*”

Júlia (E4) disse não ter nenhuma recordação sobre o acolhimento. Alberto (E6) se recordou apenas que “*foi uma loira que eu não lembro o nome, uma psicóloga [...] E aí ela fez uma entrevista [...] perguntou como que eu estava, o que eu estava sentindo*”.

Tomás (E5) e Eva (E8) foram os entrevistados que partilharam mais lembranças sobre o primeiro atendimento, inclusive o nome do profissional que os acolheu. Coincidentemente, eles são os únicos que chegaram a frequentar o CAPS de forma mais assídua, participando de

oficinas e outras atividades. Eva relatou *“a primeira psicóloga que me atendeu, ela chamava [nome da profissional]”*. Tomás disse que quem o atendeu *“foi a dra. [nome da profissional] [...] psicóloga [...] foi só eu e ela.”* Segundo ele, não gostou muito porque *“foi um tanto de pergunta [ri] [...] foi uma ficha... com um tanto de pergunta, era muita pergunta! [ênfase]”*

O que fica implícito na fala dos entrevistados, de modo geral, é que o acolhimento significou uma etapa a mais antes de conseguir a consulta com o médico, principalmente para aqueles que já haviam buscado atendimento com médicos particulares antes de decidirem buscar o CAPS.

Pegoraro e Bastos (2017) apresentam uma pesquisa com profissionais de CAPS em que se investiga as concepções destes sobre o acolhimento. Dentre os achados, observaram como o acolhimento neste serviço específico sofreu mudanças ao longo do tempo para tentar atender a alta demanda. O acolhimento passou de uma entrevista única, do tipo triagem, para entrevista em dupla (de profissionais) para por fim constituir-se num grupo de acolhimento com objetivo de observar o usuário por mais tempo a fim de entender se ele se beneficiaria mais de um encaminhamento para outros serviços da rede ou do tipo de tratamento oferecido pelo CAPS. O grupo de acolhimento mencionado nesta pesquisa tem similaridades com um grupo que acontecia no CAPS onde se deu esta pesquisa, para o qual eram encaminhados, após o acolhimento, usuários que provavelmente tinham transtornos menos severos (ansiedade, depressão) ou cujo diagnóstico não estivesse muito claro, de modo que o grupo funcionava como uma forma de observar a pessoa por algumas semanas, mas também cumpria o papel de ser uma espécie de lista de espera pela consulta com psiquiatra. Este grupo foi mencionado pelos jovens entrevistados por nós, como por exemplo Cíntia (E2) chegou ao CAPS com diagnóstico de depressão dado pelo médico que a atendia particular e contou que após ser acolhida foi encaminhada para um grupo *“ai depois ela me passou para reuniões*

com a dra...com a [nome da psicóloga], sabe? Aquelas que tem de manhã...aí minha irmã ia, me levava” porém na visão de Cíntia ela necessitava de outro tipo de ajuda:

[...] aí eu vi que não era, não era isso que ia resolver o meu problema [...])eu ia na palestra de depressão, aí só que...um dia eu cheguei na moça e falei assim moça...tem muitos meses, moça eu acho que eu não tenho depressão não, porque eu não sou triste, eu não choro, eu não tenho tristeza, o meu problema é outro. Eu acho que eu tenho é esquizofrenia. Aí [...] aí ela me passou para o psiquiatra. Aí eu escolhi a [nome], que era a mais próxima, mais perto. [Cíntia, E2]

Júlia (E4) citou a participação em um grupo, que para ela funcionou como uma espécie de triagem para que chegasse à figura médica

[...] eu lembro que teve uma triagem, tipo ...não! foi assim, uma reunião, todo [...] toda semana, uma reunião de grupo. Aí toda semana que ia, aí tinha que completar umas dez, não sei...aí quando eu completasse era para eu consultar com a [nome da médica] Aí eu fui, fiz...fui em todas as reuniões e fui e consultei. [Júlia, E4]

Embora cada usuário tenha usado um nome para descrever, esse grupo descrito por Júlia é o mesmo que Cíntia citou, uma espécie de grupo operativo aberto com temáticas pré-definidas ao longo de 10 encontros que serve como uma “lista de espera” para a marcação de consultas. É a este grupo que Cíntia se referia quando disse que abordou a psicóloga para dizer que não achava que tinha depressão, mas sim esquizofrenia e por isso precisava logo passar por um médico.

Esta alternativa em comum entre o CAPS de nossa pesquisa e o da literatura nos mostra como muitas vezes, com a alta demanda e a necessidade que as equipes têm de absorver casos e dar encaminhamentos, acabam por não fazer do acolhimento a ferramenta importante na criação de vínculo com o usuário. A desarticulação com a rede faz que com que o CAPS seja sobrecarregado por pessoas com as mais diferentes demandas e o acolhimento se reduz a um processo mecânico de triagem, perdendo seu propósito inicial de ‘acolher’ a pessoa em sofrimento com um olhar amplo, humanizado e que busque construir com ela alternativas e soluções para as questões que a trazem ao serviço.

Indicador 2: Foco na figura do Médico

Conforme visto no indicador 1, se o acolhimento causava a impressão de ser percebido como uma formalidade para conseguir agendar a consulta médica, a figura do profissional médico parece predominante como o principal e, não raro, único vínculo que eles mantem com o serviço para boa parte dos entrevistados.

Pode-se notar a partir das falas dos usuários um vínculo frágil com a instituição, muitas vezes sustentado apenas pela figura do médico. Apesar disso, quando questionados sobre o que mais gostavam no CAPS, a equipe aparecia em algumas falas, principalmente daqueles que frequentavam algum tipo de oficina ou consulta com psicólogos, por exemplo. Laura (E1) cita a equipe quando perguntada sobre o que mais gosta do CAPS *“da atenção que eles me dão...os funcionários”*. Sobre o que mais gostava, Rosa (E3) disse *“de vir aqui, ela sempre pergunta o que está acontecendo, fala assim comigo”* [se refere à psicóloga].

Cíntia [E 2] disse *“da dra. [psiquiatra][...] Porque ela me ajudou muito, se não fosse ela...nem sei o que seria de mim hoje...”* A resposta de Júlia também contemplou a médica e a equipe de forma mais geral *“vou bem pouco, eu não sei. Mas [...] acho que a Dra. A. (...)eles são certinhos assim, sabe? Para entregar os remédios, para a gente ser atendida quando vai lá para consultar, essas coisas assim”*.

Catarina (E7) falou sobre a médica *“a ajuda que tem da psiquiatra né? A conversa com ela e...de estar indo lá de três em três meses, de ela estar me fazendo algumas perguntas, vendo como está, ela me acompanhando, tem tudo anotado, é isso.”*

Faz sentido que aqueles que frequentam o serviço mais vezes tenham nomeado outros profissionais que não apenas o médico quando questionados sobre vínculo, pontos positivos do serviço e se o CAPS os ajuda de alguma forma, enquanto aqueles que frequentam o serviço mais esporadicamente, apenas para consultas ou buscar receitas e medicações tenham centralizado no médico suas impressões sobre o mesmo. Essa divisão não é incomum, como

nos mostram estudos como o de Silva, Ferreira e Santos (2018), que ao pesquisar o processo de saúde-doença-cuidado na ótica dos usuários de um CAPS obtiveram resultados que mostram que embora alguns usuários tenham uma percepção mais biopsicossocial do cuidado em saúde mental, ainda há primazia do modelo biomédico, em grande parte devido à medicalização vista como a solução para os problemas advindos do adoecimento.

Nunes, Guimarães e Sampaio (2016) trazem um estudo do qual participaram gestores, profissionais e usuários de CAPS que apontam também a dificuldade de consolidar o modelo psicossocial na prática, uma vez que nas ações do dia-a-dia há dificuldades de gestão, capacitação, financiamento e articulação territorial, dentre outros problemas. Para além disso, relatam uma grande centralidade na figura do médico, fazendo do CAPS um local de passagem ou de porta de entrada para internações psiquiátricas.

Indicador 3: Consulta a psiquiatras particulares antes do CAPS

Como demonstrado no itinerário terapêutico de cada jovem, não foi incomum que eles buscassem como primeira alternativa a intervenção de médicos da rede particular, geralmente de especialidades como psiquiatria e neurologia.

Isso não seria um problema a princípio, pois o desconhecimento em relação ao CAPS pode estar ligado à falta de articulação com os demais dispositivos da rede, à falta de divulgação do serviço para a população ou simplesmente uma tendência cultural que ainda pressupõe a crença de que apenas medicações (e portanto, a figura do médico) seriam adequadas ao tratamento das questões de ordem psicológica. No entanto, isso causou alguns impasses quando da busca pelo CAPS por parte de alguns dos jovens entrevistados, já que o motivo para buscarem estaria simplesmente na substituição de uma consulta médica paga por uma gratuita. Catarina (E7), relatou como a questão financeira determinou a busca pelo CAPS

como alternativa a um tratamento particular com psiquiatra que estava além das possibilidades financeiras da mesma e de sua família:

[...] eu era atendida pela dra. [nome].., que [...] na época eu pagava particular [...] aí a gente queria atender com ela lá no CAPS, mas ela não...ela recusou atender a gente. Ela não quis. Aí quando foi...foi quando a dra. A. aceitou é... atender [Catarina, E7]

De fato, conforme explorado na entrevista, o impasse que ela relata acima se deu muito mais por um desconhecimento do serviço CAPS do que por uma recusa de atendimento. Investigando melhor, percebe-se que o que de fato ocorreu foi uma recusa, por parte da jovem e de sua família, em passar pelo acolhimento, já que chegaram ao serviço com uma ideia clara do que queriam: consulta médica, uma vez que a psiquiatra com quem tratava de forma particular era também psiquiatra no CAPS, conforme explicou:

[...] eu lembro assim, o dia que a gente foi para procurar atendimento com a dra. (nome da psiquiatra), que ela recusou, eu lembro de...da minha mãe ficar muito brava e eu chorar demais, eu estava grávida e...e virar uma briga lá e...para eles não estar atendendo, não querer atender...minha mãe insistindo e assim, naquele meio daquela confusão, como eu já estava meio é...precisando de medicamento, de atendimento porque eu estava grávida e ainda estava sem atendimento, eu estava em crise[...]Eu comecei a chorar, a ficar nervosa, e aí acho que ...depois, depois ...que eles atenderam. Já fez o cadastro mesmo na hora né. Na mesma hora, depois disso, depois desse desespero, aí eles fizeram [...]Na recepção mesmo eles recusaram...a dra. [nome]recusou. Aí depois, portanto é... pedir, brigar mesmo, lá na portaria, porque acho que todo...todo mundo tem esse direito, aí só porque a gente atende o particular, não é... a gente precisa, se tem um de graça, a gente precisa né. Porque os remédios são caros. Aí de tanto brigar, de pedir, aí a no mesmo dia conseguiu com a dra.[nome de outra médica].” [Catarina, E7]

Cintia (E2) relatou uma motivação similar ao buscar os serviços do CAPS, o que teria sido sugerido pelo próprio médico particular que a acompanhava até então:

[...] aí como o remédio era muito caro, ele era trezentos reais, e nós aqui não temos condição né, aí a gente pagava a consulta e ele dava o remédio para nós, que era amostra grátis. Aí ele falou assim “você não estão com condições de pagar, porque vocês não procuram o CAPS?” Aí [...]nós resolvemos ir lá né. .[Cintia, E2]

É possível notar uma certa resistência à ideia de procurar o CAPS por parte da entrevistada, seja porque para ela no momento era interessante apenas continuar usando a

medicação, seja por uma ideia pré concebida que ela poderia ter sobre a instituição já que ela mencionou espontaneamente a palavra “preconceito”:

[...] Eu não estava querendo muito ir não...eu queria só esses remédios. Ai minha irmã falou assim “Cíntia, vamos lá”. Ela falou assim “não, não tem nada demais não, Cíntia. muita gente vai lá”. Eu falei “não, não tenho preconceito nenhum não”. Ela foi e marcou para eu ir lá. .[Cíntia, E2]

Para além disso, conforme mencionamos no indicador referente ao diagnóstico, foram comuns também a busca por médicos da rede particular concomitantemente ao tratamento do CAPS, como uma forma de confirmar o diagnóstico ou se a medicação indicada pelo CAPS era a melhor opção.

Indicador 4: Desconhecimento sobre atividades oferecidas, pouca participação/frequência e pouco vínculo com outros membros da equipe que não sejam os médicos

Quando questionados sobre as atividades do CAPS e sua participação, pode-se notar de forma geral uma baixa adesão a propostas que não sejam a consulta médica.

Cíntia (E2) chegou a frequentar uma oficina por um breve tempo , mas hoje só vai às consultas psiquiátricas:

[...] eu fiz...eu participei de umas...de tapete, de alguma coisa assim...é...mas como eu estava melhorando, eu vi , eu não sei se eu estou errada em falar isso, mas eu vi que tinha gente assim...muito pior do que eu...eu falava, gente...eu já estava melhorzinha, eu falei ‘gente, eu acho que eu não preciso disso, eu preciso...sei lá, ter uma vida normal, arrumar um emprego, conseguir alguma coisa assim, não...(pausa) ficar aqui. Tipo assim, eu não estava tão debilitada, entendeu?’ . [Cíntia, E2]

Parecendo insegura de sua fala, ela ponderou que o fato de morar distante do serviço constituiu um empecilho “*Meu problema é que geralmente é de manhã e eu assim, eu não dirijo né. Ai eu tenho que ir de coletivo e é uma distância enorme e... é muito longe aqui para mim, sabe?*” [Cíntia, E2]

Rosa (E3), que foi entrevistada no CAPS após sua consulta semanal com a psicóloga, afirmou que no momento frequentava “*Só consulta psiquiátrica e ...com a psicóloga*”. Ela

não frequentava outras atividades, mas já foi convidada a participar “*já fui convidada para fazer é... como que é... encontro em grupo, meditação, mas eu não quis não...*” pois “*é que eu prefiro ficar mais quieta...tratar mais particular [...] é, eu ainda não gosto muito não*” [referindo-se a grupos].

Júlia (E4) chegou a ir em uma oficina, apenas uma vez, mas não se interessou:

Eu fui, mas eu não quis participar [...] tinha que fazer um...tipo um cartaz, não! Tinha que fazer um jornal sobre alguma coisa, era um jornal sobre alguma coisa. A gente fazia um jornal, sabe? Mas aí eu, ah, eu não quis fazer não [...] porque é muito chato.

Alberto (E6) participou de um grupo também apenas uma vez: “*já fiz um grupo lá...numa sala que era um monte de pessoas, aí não sei quem, eu acho que era uma psicóloga que perguntava, sobre a vida das pessoas. Era uma conversa em grupo [...] fui só uma vez*”. Não achou que o grupo era uma boa alternativa para ele “*eu não gosto de me abrir assim com quem eu não conheço*”. Disse que não houve por parte da equipe proposta de uma outra atividade.

Catarina (E7) é outra participante que frequentou atividade grupal no CAPS uma única vez. Ela contou que foi a própria médica que sugeriu que ela participasse de algo no CAPS:

[...] fui uma vez é...num grupo de uma psicóloga. Aí, depois eu não fui mais, não fui em nenhum outro, só nesse mesmo [...] agora não estou lembrada o nome do grupo, mas a atividade era um filme. A gente assistiu um filme, aí eu lembro que no dia não terminou esse filme, a gente ia assistir numa outra data. [Catarina, E7]

Questionada a respeito da atividade ela disse “*eu não gostei [sorri]. Aí...é porque eu acho que foi o dia do filme. Eu não...não me senti bem aí eu não fui mais*”. A médica teria sugerido tentar outra coisa:

[...] eu procurei a minha psiquiatra para ver sobre o curso de pintura (...)mas eu acho que tinha jeito de fazer e eu não fui...Ah! é porque era em horário que eu não podia, porque eu estava na faculdade. É isso. Tinha jeito de fazer, mas é por conta do horário. [Catarina, E7]

Laura (E1) contou que no ambulatório infanto-juvenil “[...] jogava jogo de memória, quebra cabeça, cara a cara”. Agora ela tem frequentado o CAPS para sessões com a

psicóloga, que ela chama de terapia e oficina “*participo da oficina de música*”. Segundo ela, essa oficina era conduzida por uma estagiária e Laura gostava bastante “[*sorri*] *é bastante animada. Tem que cantar, tem que saber fazer com palmas...a gente tá fazendo com palmas!*”

Tomás (E5) chegou a participar de atividades várias vezes por semana, durante um ano, mas atualmente não participa mais.

[...] a gente fazia de tudo um pouquinho [...] tinha a oficina de jornal, que era quarta feira. A de desenho, e uma de escrita. Aí eram essas [...] a de terça feira que não gostava muito porque tinha muita gente [...] eu vinha quase a semana toda”
[Tomás, E5]

Relatou que dentre as oficinas, a que mais gostava era “*a de jornal, que tinha menos gente [...] não, porque era divertida mesmo,*” e que eram estagiárias as responsáveis por essas atividades. Sobre as oficinas das quais participou, ele tinha a seguinte opinião “*Eu gostava mas não mudava muita coisa*”. Perguntado se achava que as oficinas haviam o ajudado de alguma forma, ele respondeu “*acho que não [...] porque está tudo na mesma.*”

Eva (E8), que frequentava o CAPS há uma década, relatou que no início do tratamento participava mais vezes. Ela diz que passou a frequentar o CAPS como forma de, em suas palavras “*ter um lugar para ir*”. Em seu relato percebemos que o vínculo com a equipe permitia inserir atividades de seu cotidiano no CAPS

[...] no começo eu ficava só desenhando. Eu não sabia fazer muitas coisas, não tinha habilidade. Aí um dia conversando com uma outra psicóloga de lá, a [nome], não sei o que eu falei para ela, ela falou assim “ué, você pode fazer aqui”, aí todas foram e acataram [...] Aí eu peguei e falei que eu sabia bordar! E nisso, em 2010 quando eu fui para lá era legal porque lá o que não faltava era material. Dava para a gente escolher o que queria fazer. Aí eu peguei e comecei a bordar, pintar, aí uma coisa que foi ficando muito rara foi eu desenhar... [Eva, E8]

Na época da entrevista ela frequentava uma oficina semanalmente:

[...] aí é que está...agora assim, eu vou toda terça, mas nunca dá para você saber o que você vai fazer. Você tem que esperar chegar lá (...)tem vezes que nós chegamos a pintar, tem vezes que nós fazemos comida, tem vezes que nós vemos filme, nós brincamos (...) E nunca tem como você sair da sua casa e falar ah, hoje eu vou fazer isso, não tem. Porque eles nunca falam “olha, próxima terça, nós vamos fazer isso”. Só quando chega lá que nós ficamos sabendo. [Eva, E8]

Questionada se para ela era um problema não saber de antemão a atividade a ser feita, ela disse “*não, para falar a verdade, eu não incomodo*”.

Como podemos ver, com exceção de duas jovens que frequentam as oficinas de forma mais assídua, os demais não se identificam com a proposta ou não conseguem encaixar tais atividades em seus cotidianos, por falta de horários ou distância de suas casas ao serviço. Milhomens e Martin (2017) conduziram um estudo com jovens usuários de um CAPS adulto e tiveram entre seus achados o fato de que, embora reconheçam o CAPS como aliado em momentos de crise, pelo menos um dos entrevistados criticou algumas atividades oferecidas no serviço, como desenhos e pinturas, que ele considerou infantilizadoras. A escassez de pesquisas sobre este tópico específico não nos permite fazer generalizações, nem acenar uma resposta sobre a relação entre baixa frequência de jovens nos CAPS, mas as falas dos jovens apontam um possível fator a ser melhor investigado.

Pareceu haver de modo geral um desconhecimento sobre o funcionamento do CAPS e o que ele pode oferecer além da consulta médica. Mesmo entre aqueles que mencionaram ter chegado a conhecer alguma oficina, após irem uma vez e decidir não ir mais, não pareceu haver um diálogo com a equipe no sentido de entender se apenas a consulta seria suficiente para atender a estes jovens.

Com exceção de Eva (E8) e Laura (E1) que estavam bem informadas sobre as oficinas e mencionaram bom relacionamento com estagiários, funcionárias da recepção, psicólogas e assistente social, os demais disseram conhecer e interagir apenas com o médico ou, para aqueles que frequentam atendimento psicológico individual, com o profissional da psicologia com quem conversam nessas sessões.

Tomás (E5) considerou que tinha uma boa relação com a equipe “*eles são todos muito hospitaleiros*”, mas por ter deixado de frequentar as oficinas há um ano, admitiu que atualmente seu contato está restrito à médica. Alberto (E6) desconhecia a equipe, não soube

dizer quais profissionais acreditava comporem o serviço, além da psicóloga cujo grupo frequentou uma vez e da médica que o atende esporadicamente.

Catarina (E7) disse *“hum...com a médica, com a minha psiquiatra, é tranquilo. Eu chego, converso...na recepção eu só falo com elas “cheguei” e sento”*. Apesar de ser a única entrevistada que passou pela experiência de internação, o CAPS em sua vida cumpre o papel de ambulatório, não tendo formado nenhum vínculo com outras figuras da equipe.

Rodvalho e Pegoraro (2016) ao pesquisarem sobre a construção do Projeto Terapêutico Singular (PTD), apontam direcionamentos importantes que podem nos auxiliar a pensar estes dados obtidos sobre como o CAPS é um desconhecido para estes usuários. Dentre os principais achados, destacam-se o pouco envolvimento do usuário na construção de seu PTS, inclusive não podendo escolher seu profissional de referência, serviços em que o PTS era inexistente e serviços em que o PTS contempla exclusivamente atividades internas, isto é, oferecidas pelo CAPS. Para as autoras, o usuário engajado na construção de seu próprio PTS tem mais autonomia sobre seus cuidados e sua própria trajetória. Além disso, elas citam a existência de PTS que estão em tese elaborados pelo profissional no papel, mas que não se constituem na prática.

Em relação à frequência ao serviço, a usuária Laura (E1) frequenta duas vezes por semana, sendo uma para oficina de música e uma para terapia com a psicóloga, além de consultas médicas periódicas. Cíntia só frequentava as consultas médicas que segundo ela estão mais espaçadas

[...] era uma no mês, aí depois, tem meses que é a cada três meses, acho que até quatro meses, quatro em quatro meses, três em três meses. Porque ela vê que eu estou muito bem e não...eu acho assim, tem casos mais graves ali. Eu estou assim, estou muito bem, estou consciente, tenho consciência que eu tenho que tomar remédio, então levo uma vida normal né. [Cíntia, E2]

Rosa frequentava consultas com psicóloga a cada 15 dias e com psiquiatra a cada três meses. Júlia apenas vai ao CAPS para as consultas médicas. A princípio não soube precisar a

frequência *“Faz tempo que não vou lá, acho que não lembro o último dia que eu fui. Mas o próximo vai ser dia...ah, eu não sei também”*. Em um outro momento da entrevista disse acreditar que seja a cada seis meses. Quem vai ao CAPS para buscar sua medicação é sua mãe.

Tomás (E5), que estava no CAPS há dois anos, disse que primeiro ano frequentava várias oficinas, mas que há um ano parou de ir *“acho que eu fiquei cansado”*. Questionado se o cansaço era em relação a ter que se deslocar até o CAPS ele respondeu *“acho que os dois. Foi indo eu parei porque eu não estava tendo mais muito interesse em vir. Meio...deixar de lado, aí eu deixei de lado”*. Atualmente só vai às consultas com psiquiatra, a cada dois meses.

Alberto (E6) vai ao CAPS todo mês para buscar sua medicação e também comparece às consultas médicas, que ele não soube dizer com qual periodicidade acontecem. Catarina (E7) vai ao CAPS de três em três meses para consultas com psiquiatra e Eva vai uma vez por semana para uma oficina.

Indicador 5: Baixa vinculação com as famílias

De modo geral, foi possível observar que a participação da família em atividades no CAPS era muito baixa ou quase nula. Vale ressaltar que isso não parece indicar pouco envolvimento da família com o usuário e seu sofrimento. A maioria dos entrevistados relatou, por exemplo, que partiu da família a busca por ajuda profissional. Embora isso possa ser, em parte, explicado pelo fato de que muitos adoeceram muito jovens e provavelmente não teriam condições de buscar essa ajuda sozinhos, ainda assim as falas sinalizam que a família está envolvida em suas vidas e os auxilia, seja comparecendo ao CAPS para acompanhar em consultas, buscar medicações ou até mesmo supervisionando o uso correto destas. O que as entrevistas apontaram foi que as famílias não frequentavam atividades no CAPS voltadas para elas.

Alguns usuários relataram que, quando da busca inicial pelo serviço, houve participação das famílias em grupos ou reuniões *“minha irmã ia comigo na palestra de depressão, é... reunião de depressão”* [Cíntia, E2]. Júlia (E4) também relatou que logo após o acolhimento foi encaminhada para um grupo e sua mãe ia junto. Eva (E8) contou algo semelhante *“no começo tinha uma reunião lá que a minha mãe ia. Essa reunião acho que era com a [nome da profissional]”* mas conforme o tempo foi passando tornou-se comum que as famílias compareçam apenas em ocasiões muito específicas *“eles vêm quando...quando é para chamar né. Igual quando a psicóloga chama, quer conversar com a minha mãe...aí ela vem”* [Laura, E1]

Alberto (E6) citou a falta de tempo como um motivo para que os familiares não frequentem atividades no CAPS e Rosa (E3) acredita que *“eu acho que não participam porque eu não participo”*.

Rossi e Cid (2019) que pesquisaram a vivência da crise sob a ótica dos familiares apontaram como um dos desafios no cuidado com estes jovens era o de conseguir apoio por parte dos profissionais para que se sentissem mais aptos a lidar com as dificuldades impostas pelo sofrimento mental no dia a dia e também durante as crises, já que os familiares não se sentiam incluídos nas práticas do serviço.

No caso de nossa pesquisa, observamos que a família também está pouco incluída na rotina do serviço e que, nos momentos de crise, recorrem quase sempre sozinhos aos serviços de urgência, sem participação do CAPS.

(D) Vulnerabilidade

Nesta categoria, abordamos fatores que podem ser indicativos de vulnerabilidade, no sentido de colocar os jovens em risco não só de não receber o tratamento mais adequado para

os transtornos com os quais foram diagnosticados, mas também fatores que colocam suas vidas em risco, como a autolesão com e sem risco de suicídio e a rede de apoio restrita.

Bertolozzi et al. (2009) alertam para dimensão individual sobre a vulnerabilidade (projeto de vida, percepção quanto ao futuro desejado/possível) e para a representação subjetiva referente a normas, práticas saudáveis de vida e representação sobre o outro. Mais especificamente, adotamos essa definição:

O conceito de vulnerabilidade propõe uma renovação das formas de construção de diagnósticos de saúde, de modo a ampliar a compreensão das necessidades de saúde, incorporando, para além dos saberes biomédicos e epidemiológicos, saberes originários dos campos das ciências sociais e humanas, assim como saberes práticos - de ordem leiga e cotidiana - daqueles envolvidos nos cenários sob diagnóstico. Partindo de tais diagnósticos ampliados, o conceito de Cuidado, por sua vez, volta-se para a construção de práticas de saúde que considerem a autonomia dos sujeitos e seus saberes acerca da saúde e da vida. (Calazans, Pinheiro, & Ayres, 2018, p.268)

Nesta categoria são abordados indicadores que revelam que, apesar da vulnerabilidade, eles manifestam sonhos e aspirações para o futuro.

Indicador 1: autolesão com e sem intenção suicida

Este indicador apareceu na fala de dois jovens. Tomás(E5) conforme mencionado em seu itinerário terapêutico, decidiu buscar o CAPS após episódios de automutilação. No momento da entrevista, ele revelou que ainda se autolesiona ocasionalmente, tendo inclusive tido um episódio recente em que isto teria ocorrido. A usuária Cíntia (E2) contou que chegou a se autolesionar por um curto período de tempo (uma semana segunda se recordou) quando teve uma crise após a perda do pai e interrompeu o uso de medicações

[...] me cortei, nessa época que eu tive crise, que eu parei os remédios, eu me cortei. Eu me cortava...talvez eu teria feito até uma besteira com minha vida [...] foi quando meu pai morreu! Na minha ideia eu...às vezes eu queria morrer também. Porque eu gostava muito dele. [Cíntia, E2]

Segundo ela, estes episódios de autolesão teriam ocorrido à mesma época em que a família decidiu levá-la ao CAPS, quando estava em crise e com agravamento dos primeiros

sintomas, e a internação em hospital psiquiátrico chegou a ser cogitada pela médica, mas decidiram tentar usar a medicação e evitar a internação.

Duas entrevistadas mencionaram suicídio . Cíntia (E2) relatou ideação, mas sem tentativas. Laura (E1), por sua vez, tentou três vezes. Segundo ela, , a primeira tentativa ocorreu logo no início dos sintomas, anteriormente ao tratamento no CAPS

*[...] eu já tentei três suicídios... [...]eu tentei meu suicídio no começo [...] eu tomei remédio. Tomei 60 comprimidos. Cinquenta ou sessenta. Aí eu estava em casa, sozinha. Eu falei para minha mãe que eu ia ficar sozinha... eu fiz isso sozinha sem contar para ninguém que eu ia fazer, entendeu? [...] falei vou ficar aqui dormindo. Aí eu peguei os remédios e tomei.
[...] aí eu cheguei lá na...na Santa Casa, na maca...na cama lá...e aí eles falaram assim, nossa tem que correr com ela urgentemente porque o rosto dela está muito inchado. Estava o meu rosto muito inchado, a boca, o nariz, muito inchado, sabe? Estava quase fazendo os efeitos...o remédio estava quase fazendo efeito. Aí eu tive que fazer uma lavagem. [Laura, E1]*

Laura contou que não se recordava das datas exatas e por isso não soube precisar se já se tratava no CAPS quando das outras tentativas de suicídio, retornando para o atendimento em serviço de urgência:

[...] mas depois desse dia, lá vem mais uma. Foram três ...tomei outros remédios...tive que fazer outra lavagem...aí depois tentei mais outro. Tive que fazer [...] outras lavagens. Tomei outros remédios e fiz outra lavagem. Mas aí, quando eu fiz esse terceiro, eu escutei uma voz falando assim, se você fizer mais outro, você vai ficar em coma numa cadeira de roda. Aí eu parei de fazer [sorri] e comecei a me tratar e comecei a aceitar a minha doença. E comecei a aceitar também o atendimento. [Laura, E1]

Cíntia (E2), conforme mencionamos, após a perda do pai, passou por um período de profunda tristeza e automutilação. Ela não chegou a fazer tentativas concretas de auto extermínio, mas teve ideação :

[...]aí minha família me levou no CAPS, eu tomei os remédios, foi passando tudo...eu fui entendendo melhor as coisas [...] eu não tinha coragem, mas vontade, eu tinha vontade de morrer, mas eu não tinha coragem [...] não querer estar mais aqui! Porque assim, na minha cabeça eu não podia andar na rua, as pessoas me conheciam, eu não podia fazer faculdade, sei lá... [Cíntia, E2]

Podemos entender que o risco de ideação ou tentativas de suicídio está presente, seja pela vulnerabilidade destes jovens ou pelas próprias características dos transtornos e que nestes casos nada garante que o CAPS estará apto a ajuda-los e às suas famílias. Na verdade, se considerarmos que a questão do suicídio ainda não tem um conjunto de ações de prevenção e pós-venção suficientemente sólidos no Brasil (ainda que exista a Lei nº 13.819/2019 que oriente para tal), compreende-se melhor a fragilidade do CAPS frente a esta situação. Pegoraro e Vicentin (2021) realizaram uma pesquisa bibliográfica a fim de levantar as experiências de prevenção desenvolvidas no Brasil e obtiveram como resultado uma predominância de ações isoladas, sem articulação intersetorial. Além disso, parece haver uma invisibilidade das ações, o que não permite saber com precisão o que, como e por quem está sendo feito. Em outro estudo (Pegoraro & Vicentin, no prelo) as autoras pesquisaram autolesão sem intenção suicida na trajetória de jovens até 24 anos em análise de prontuários de uma unidade de internação em saúde mental de hospital geral universitário e por meio de entrevistas com jovens que estiveram internados nesta mesma unidade. Na pesquisa, a autolesão sem intenção suicida, muitas vezes recorrente, precede uma tentativa de suicídio. Muitas vezes, os jovens são levados a serviços de urgência para atendimento (ex: lavagem estomacal, pois a medicação foi a forma mais comum de efetivar a tentativa) e recebem alta sem encaminhamento a nenhum ponto de cuidado na rede. Permanecem, assim, com seus corpos tratados nas unidades de urgência dos municípios, mas sem vínculo a uma equipe de saúde que possa lhes apoiar, ofertar cuidados e espaço de reflexão para as situações que levaram à tentativa.

Indicador 2: Rede de Apoio Restrita

O núcleo familiar mais imediato, composto de pais e irmãos, pareceu ser a rede de apoio mais forte para todos os jovens que participaram desta pesquisa. Laura (E1), ao contar sobre um dos episódios em que tentou suicídio por meio de ingestão de medicações, relatou

ter sido auxiliada por vizinhos, por uma amiga e a mãe desta, e por seus tios. Ela mencionou ter amigos com quem se encontra para passeios. No dia da entrevista contou que, na mesma semana, iria a um show de música sertaneja com um desses amigos. Relatou também que era sua mãe quem a ajudava a tomar as medicações e que o pai a acompanhou no hospital por ocasião de emergências relacionadas às tentativas de suicídio.

Cíntia (E2) fez uma comparação entre as pessoas que ela considerava como seu verdadeiro apoio para lidar com a doença. Segundo ela, tinha muitos conflitos com a mãe “[...] brigava com minha mãe, sabe? Hoje assim, a melhor coisa que eu tenho na vida é a mãe[...]. Relatou ainda que

[...] antigamente eu falava que minha mãe era contra mim...e hoje eu vejo que ela é minha melhor amiga, a pessoa que mais me quer bem. Minha família... eu não dava valor na minha família[...] hoje eu sei que quando eu precisei foi minha mãe e minha irmã que me ajudaram. Meu pai não pôde porque estava doente. [Cíntia, E2]

Ela mencionou, ao longo da entrevista, que sua irmã, por várias vezes, a acompanhou aos médicos e insistiu para que ela fosse ao CAPS quando se mostrou um pouco hesitante. Ela também comparou com quem podia contar antes e depois de adoecer:

[...] quando eu era normal, tinha muitas amizades, quando eu adoeci, as amizades se foram, quem ficou foi só o povo aqui de casa, que me ajudou, entende? [...] Foi só precisar, acabou. Hoje eu vejo que quem me ajudou foi minha família. [Cíntia, E2]

Rosa (E3), que no dia da entrevista estava no CAPS para uma consulta com a psicóloga, disse que mais tarde seu pai viria buscá-la. Júlia (E4) e Catarina (E7) contavam com o apoio da família para prosseguir com o tratamento, muitas vezes sendo acompanhadas em consultas. Tomás (E5) contou que, apesar de ir ao CAPS sempre sozinho, em momentos de crise era sua mãe quem se encarregava de buscar uma solução. Nos relatos, portanto, a família se (re)firma como aquela que acompanha os jovens às consultas, aquela que constrói uma ponte entre o jovem e os serviços de saúde, sendo parte ativa no itinerário terapêutico de cada entrevistado.

Ainda que tenham mencionado amigos, alguns jovens explicitaram que não comentavam sobre o CAPS com eles. Cíntia (E2) afirmou ter algumas amizades na faculdade, mas frisou “ [...]só que os meus amigos assim...eu não sei se porque eu não bebo, eles não costumam me chamar para sair, porque sempre é assim, festa regada a bebida, essa coisas, bar[...]também eu não gosto muito.”

Cíntia relatou que nenhum dos seus colegas de faculdade sabiam que ela faz tratamento. Segundo ela “olha, eu não tenho preconceito não. Preconceito assim, de eu fazer... mas às vezes as pessoas tem. Às vezes assim, se eu estiver lá e algum colega me ver lá, eu vou ficar com vergonha” E completou:

[...] eu não gostaria que o povo da minha sala, meus amigos, soubessem [...]prefiro assim... porque eu gosto de passar despercebida [...] passar como normal. Porque hoje eu, hoje eu tenho uma vida normal[...]ninguém da minha sala sabe que eu tenho esses problemas [...]isso para mim é uma vitória [...]ninguém saber, isso para mim é uma benção, eu sou tratada como um pessoal normal! [Cíntia, E2]

Rosa (E3), quando questionada sobre ter amigos ou pessoas com quem se encontrava para momentos de lazer, respondeu que “não...essa parte social (pausa)é mais em casa mesmo. É muito de vez em quando que saio de casa.” Questionada se fez amizades nos dois cursos técnicos que frequentava, ela afirmou “não, eu resolvi ficar mais calada, mais quieta.”

Quando questionado sobre ter amigos, Tomás (E5) respondeu que tinha mas que havia se distanciado deles. Não contou que frequentava o CAPS. Perguntado sobre como ia se sentir se eles soubessem, afirma “eu não ia gostar muito. Porque eles iam começar a perguntar o motivo. E eu não ia querer falar.” Em seguida relatou que a maior parte de seus amigos eram pessoas com quem conversava em grupos na internet e disse que para esses ele contava sobre seu tratamento. Indagado se em algum momento ele encontrava essas pessoas fora do ambiente virtual, ele respondeu com um sorriso triste “não, infelizmente”.

Diferentemente deles, Júlia (E4) relatou que alguns de seus amigos sabiam a respeito de seu tratamento e outros não. Segundo ela “[...] tanto faz. Para mim não muda nada, não.”

À pergunta sobre amizades, Alberto (E6) respondeu sorrindo que tinha amigos no local em que começou a trabalhar há três meses.

Carlos et al. (2020) em uma escola de ensino fundamental e médio buscaram investigar o uso de mapas de rede pessoal social como estratégia metodológica junto a adolescentes em sofrimento psíquico. Esses mapas, preenchidos pelos jovens, apontam três tipos de vínculos: significativos, fragilizados e rompidos (ou inexistentes) e investigam as seguintes áreas de suas vidas: família, amizades, escola/trabalho e relações comunitárias. Para as adolescentes participantes deste estudo, os resultados obtidos mostram redes reduzidas ou medianas, com maior concentração na família e amigos e lacunas importantes nas áreas referentes às relações comunitárias e estudos. Isso pode ter impacto em seu desenvolvimento, já que redes mais amplas proporcionam maior potencialidade de cuidado e maior autonomia por ampliarem acesso à informação e recursos de ajuda.

Borges e Schneider (2017) conduziram um estudo sobre a rede social de usuários de um CAPSad. Seus achados sobre este tema podem se estender a outros usuários de CAPS de forma geral, uma vez que apontam para uma quase ausência de amizades e relações no campo profissional como relações significativas na vida desses usuários, ficando em sua maioria restritos a relações com o núcleo familiar mais imediato, como o presente estudo também destacou. As autoras apontaram que estabelecer vínculos com outras pessoas reforça a autonomia dos sujeitos e potencializa o cuidado.

Embora o público-alvo do estudo de Borges e Schneider (2017) (usuários de álcool e drogas) tenha particularidades que podem justificar esse afastamento de relações mais significativas, ainda assim podemos traçar paralelos com os jovens que investigamos em nosso estudo. Conforme abordado por Cintia (E2) existe um estigma em torno de quem se trata no CAPS, razão pela qual ela prefere esconder isso de seus colegas de faculdade. Tomás (E5) expressa pesar por não ter amigos fora do ambiente virtual. Essa rede restrita pode se

tornar um problema em um futuro onde não possam contar com o apoio de seus familiares. Como disse Cíntia (E2): “[...] *porque infelizmente eu não vou ter minha mãe para sempre. Eu tenho que correr atrás para eu me manter. Por que senão vou ficar sozinha.*”

Indicador 3: Planos para o futuro

Inicialmente esses recortes das entrevistas foram chamados de “a vida fora do CAPS”. Foi possível identificar os interesses, se exerciam trabalho (ocupação), as amizades e se possuíam sonhos ou planos para realizar.

No rol de interesses foram incluídas atividades de lazer, esporte e estudos. Laura (E1) faz academia e gosta de música. Contou, sorridente “*inclusive eu vou no show do Luan Santana...*” Cíntia (E2) estava fazendo graduação desde 2017 no período noturno e estudava para as provas durante o dia. Quando não tinha atividade, usava o celular ou tablet. Nas sextas costumava ir à praça de alimentação do shopping acompanhada pela mãe, sua irmã e seu sobrinho. Assistia novelas no canal VIVA no período da tarde (não acordava cedo em virtude da medicação). Gostaria de realizar caminhadas. Declarou que:

[...] e eu não sou aquela pessoa assim que, igual minha mãe, minha mãe gosta de ficar andando em tudo quanto é lado, todo dia se ela for lá no centro ela acha bom. Eu não, prefiro ficar em casa, fazendo minhas coisas, estudando, vendo televisão, essas coisas. [Cíntia, E2]

Rosa (E3) estava fazendo cursos de qualificação sobre logística e estética à noite e aos sábados pela manhã. Júlia (E4) também estava estudando. Fazia faculdade à noite. Tomás (E5) contou que, fora do CAPS não fazia “*nada de importante. Meu dia é bem chato. [...] não gosto de sair*” Alberto (E6) dedicava-se apenas ao trabalho quando não estava no CAPS e não gostava de sair. Catarina (E7) gostava de futebol, mas era muito caseira. Visitava o pai aos finais de semana e o acompanha em consultas médicas ou tratamentos quando necessário. Eva (E8) contou que “*minha rotina fora do CAPS é a televisão e a internet depois que eu descobri a internet [...] ah, e também tem a igreja que eu vou, mas a igreja é só dia de domingo*”.

A vida laborativa dos jovens (ocupação) também foi investigada. A maior parte deles não estava no mercado de trabalho no momento da entrevista. Laura (E1) disse que estava se recuperando, indicando que ainda não sentia pronta para ingressar no mercado de trabalho. Cíntia expressou descontentamento por não conseguir emprego, relatou que procurou por um tempo, mas desistiu e estava se dedicando a estudar para concursos, os quais ela pretendia prestar quando se formar. Ela atribuiu à dificuldade de adentrar o mercado de trabalho ao processo de adoecimento:

[...]mas às vezes eu tenho algumas dificuldades de conseguir estágio, igual os outros colegas da minha sala, gente de 20 anos, já tem experiência, trabalha desde os 15. Eu não tenho experiência nenhuma,[...]meu problema de conseguir emprego é esse. As pessoas pensam assim “o que você fez da sua vida?” “o que você fez que você não trabalhou até hoje?” [Cíntia, E2]

Cíntia (E2) também pensava em atuar em uma área diferente da qual estava estudando na faculdade, tendo se matriculado recentemente em um curso na área de estética. Rosa (E3) não trabalhava, mas estudava e faz cursos de qualificação. Júlia (E4) integrava um programa de jovens aprendizes pela manhã, pelo qual recebia uma bolsa que usava para pagar a mensalidade da faculdade. Alberto (E6), no momento da entrevista, revelou estar trabalhando há 3 meses em seu primeiro emprego. Tomás (E5), Catarina (E7) e Eva (E8) nunca trabalharam, porém Catarina manifestou expectativa de trabalhar quando concluísse o curso superior.

Além dessas atividades, os entrevistados também falaram sobre planos/ sonhos para suas vidas. Laura (E1) pretendia entrar na faculdade em breve

[...] eu quero estudar medicina [...] eu tenho um sonho...virar cirurgiã [...] aham..mas eu quero trabalhar assim num hospital de clínico geral... [...] prefiro medicina, saúde. Por que, assim, gosto de ajudar as pessoas. [Laura, E1]

Também disse que se imaginava no futuro casada e com filhos. Cíntia (E2) manifestou várias ideias quando questionada sobre planos futuros e sonhos. Expressou desejo de possuir um apartamento e um veículo, estudar para concursos assim que o ano letivo se encerrasse, e

que pensava em se matricular em mais um curso na área de estética. Ela fez uma distinção em relação aos planos: segundo ela, os cursos na área de estética seriam um plano mais imediato, para conseguir alguma renda já que dependia financeiramente da família; enquanto os concursos e a continuidade dos estudos (mencionou desejo de cursar mestrado e outra graduação) seriam planos a longo prazo. Foi possível notar em sua fala uma preocupação com a independência financeira em relação à família *“a ideia de me manter é essa, porque infelizmente eu não vou ter minha mãe para sempre. Eu tenho que correr atrás para eu me manter. Por que senão vou ficar sozinha.”*

Rosa (E3) fez uma observação semelhante, informando que pretendia retomar a faculdade em algum momento, mas estava se dedicando a cursos técnicos. Deixou claro que sua vontade era ser capaz de se sustentar. Júlia (E4) pensava em fazer outra graduação, na área de Educação Física, já que gosta muito de ginástica e já fez aulas nessa modalidade por muitos anos, inclusive menciona que gostaria de voltar a frequentar aulas de ginástica mas tinha dificuldade com a compatibilidade de horários, já que estudava à noite e trabalhava de manhã.

Tomás (E5), que estudou até o primeiro ano do ensino médio, planejava concluir os estudos e fazer faculdade de Literatura. Para ele, voltar a estudar seria *“uma forma de ocupar a cabeça”*. Alberto (E6) planejava conseguir um emprego melhor e com maior remuneração. Catarina (E7) disse que, no futuro, sonhava em ter sua própria casa para morar com sua filha e trabalhar na área em que está se formando. A entrevistada Eva (E8) diferiu um pouco dos demais quando questionada sobre sonhos e planos, já que afirmou

.....[...] eu queria fazer curso de maquiagem. [...]depois eu pensei... 'não, curso de maquiagem não adianta, porque eu não gosto de maquiagem, eu só uso batom'. Aí, depois veio na minha cabeça, fazer um curso de informática, já que eu gosto tanto da internet. Mas aí quando eu penso que tudo é lá no centro da cidade, que é longe, eu já desanimo, eu já penso, eu vou ficar quieta aqui deitada na minha cama. [Eva, E8]

Cabe ressaltar que, assim como o próprio conceito de juventude é amplo, abrangendo desde a adolescência até adultos jovens conforme abordamos no capítulo de introdução desta dissertação, também os modos de existir dos jovens são plurais. Isso porque juventude deixou de ser uma noção mais ou menos definida, quase como uma etapa transitória ou de espera entre a infância e a vida adulta, para ser um conceito fluido que abarca diferentes realidades. León (apud Freitas, 2--5) nos lembra que fatores como entrada mais tardia no mercado de trabalho, maior permanência no sistema educativo, maior dependência em relação à família de origem são processos que promovem o que ele chama de alargamento ou prolongamento da juventude. Além disso, não é possível determinar o que de fato caracteriza a experiência de ser jovem nos dias de hoje, já que embora pertencentes a uma mesma geração, suas vivências não são homogêneas, visto que a sociedade e cultura na qual se inserem influenciam diretamente sua subjetividade e visão do mundo.

Frente a esses planos dos jovens entrevistados para suas vidas, vale refletir, qual o papel do CAPS? Rotelli (1990) nos ensina sobre a necessidade de serviços que atuem para a auxiliar os usuários na produção de vida. Vale aqui apontar o que Costa Rosa define como modo psicossocial de cuidar:

Quanto aos meios de tratamento podemos afirmar que se definirmos o contínuo saúde-doença psíquica como certo modo do posicionamento do sujeito em relação aos conflitos e contradições que o atravessam, então se pode dizer que o que se visa no modo psicossocial é um reposicionamento do sujeito de tal modo que ele, em vez de apenas sofrer os efeitos desses conflitos, passe a se reconhecer, por um lado, também como um dos agentes implicados nesse 'sofrimento'; por outro, como um agente da possibilidade de mudanças. (Costa-Rosa, 2000, p. 155).

A partir de nossas entrevistas, surgem questionamentos diversos. Não se pode negar a grande contribuição do CAPS enquanto novo dispositivo de cuidado em substituição às antigas práticas asilares. Se observarmos as portarias que legislam sobre os serviços de CAPS no Brasil, veremos que o CAPS ao qual estavam vinculados nossos entrevistados cumpre a maior parte das exigências previstas, como por exemplo a composição da equipe, o prédio

onde o serviço se localiza, as atividades oferecidas e que são encontradas em muitos outros CAPS, como desenho, artesanato, exibição de filmes, dentre outras. A pergunta que fica é: esse novo modelo serve a todos? Contempla as necessidades de uma população diversa em gênero, idades, escolaridade, situação sócio econômica e cultural ?

Podemos esperar que jovens que estão cursando, ou contemplam a possibilidade de cursar o ensino superior encontrem sentido em frequentar um espaço que para eles pode adquirir um sentido de “ocupação do tempo”?

Tais perguntas não têm o sentido de questionar a validade do que é oferecido atualmente nos CAPS, já que muitos usuários podem se beneficiar deste modelo de funcionamento. O que se discute é como um serviço como o CAPS pode se inserir de forma mais significativa na vida de usuários que não necessariamente necessitam estar presentes na instituição de maneira cotidiana.

No capítulo de introdução a esta pesquisa, abordamos na revisão de literatura o conceito de adesão, relacionando-o com o quanto o usuário de um determinado serviço pode estar inserido ou não em suas propostas. Não foi raro, em nossos resultados, usuários que frequentam o CAPS no máximo três ou quatro vezes ao ano. Conforme já explorado, a adesão não diz respeito apenas à vontade do sujeito em comprometer-se ou não com um determinado tratamento. Ela depende das noções desse sujeito sobre o que significam para ele saúde e doença, do lugar social que ele ocupa e de como este serviço se organiza para receber seu público.

Assim, a problemática que se impõe não diz respeito tanto ao fato de termos pessoas jovens em situação de sofrimento mental que frequentam o CAPS de maneira ambulatorial, para consultas escassas ou acesso à medicação, afinal contemplar a independência ou até mesmo a alta do serviço é uma questão para a qual todos os CAPS devem se atentar, mas sim ao fato de que muitos destes esses jovens não chegam a receber do serviço um olhar

multidisciplinar, em que a sua pouca frequência faça sentido dentro de um plano terapêutico singular que foi construído em conjunto pelo usuário e equipe.

Apesar de pontos positivos, como o da usuária que conseguiu negociar com sua médica uma forma segura de suspender a medicação, com ajuda de outro profissional da equipe em que confia para procurar caso esta estratégia não dê certo, ainda vemos um CAPS com um funcionamento, pelo menos para parte de seu público, muito similar a um ambulatório, com um vínculo frágil e para onde os usuários não recorrem em situações de crise ou agravamento de sintomas. Além disso, muitos deles não conseguiam, quando questionados, fazer críticas ou sugerir melhoras por conhecerem tão pouco do serviço.

Apesar disso, um aspecto a ser levado em consideração é o fato de o CAPS ser o único da cidade, funcionando com uma demanda muito acima de sua capacidade e com uma rede muito precária. O funcionamento de um CAPS, nos moldes em que se idealizou após a Reforma, requer que a equipe tenha tempo e condições de trabalhar com cada usuário de maneira a acompanhar de perto sua rotina e conseguir construir com ele uma possibilidade de encaixar o CAPS como um ponto de genuíno suporte e que faça sentido dentro do itinerário terapêutico percorrido até chegar a este serviço.

Se os CAPS mostraram-se bem sucedidos em seus propósitos iniciais, quando de sua criação, de oferecer uma alternativa de cuidado aos manicômios, privilegiando um modelo de cuidar aberto, humanizado e com vistas à reinserção social, precisam dar agora um passo à frente para acomodar uma crescente leva de usuários que não mais tem a privação de liberdade como principal questão, mas que requerem um cuidado que contemple suas necessidades, seu modo de vida e com foco na não cronificação de sua condição.

Considerações Finais

Esta pesquisa buscou investigar a percepção de adultos jovens sobre o tratamento oferecido por um Centro de Atenção Psicossocial, a partir dos relatos de suas vivências. O tema parte da experiência da própria pesquisadora, tendo como pergunta disparadora “porque há pouca presença de usuários jovens na rotina do CAPS?”. Assim, delimitou-se um público que compreende as idades de 18 a 35 anos, considerando conceitos ampliados de juventude, como etapa da vida que compreende não só o fim da infância, mas a condição de ser um jovem adulto construindo sua identidade no meio social em que está inserido.

Por meio de entrevistas semi-estruturadas, organizadas a partir de perguntas norteadoras, investigou-se junto a estes jovens as circunstâncias de sua chegada ao serviço, como o mesmo se insere em suas vidas e o que pensam sobre ele.

Embora não fosse a intenção inicial deste estudo, ocorreu que, devido ao detalhamento com que boa parte dos jovens relataram suas experiências de adoecimento ao longo das entrevistas, desde os primeiros sintomas até os caminhos percorridos até chegarem ao CAPS, pôde-se ter um panorama bastante detalhado de suas trajetórias em busca de cuidados de saúde, que na literatura tem o nome de Itinerários Terapêuticos.

Esse percurso pela rede em busca de ajuda foi de forma geral liderado pelas famílias destes jovens, como era de se esperar em uma faixa etária em que a dependência dos cuidados dos familiares está muito presente. Além disso, o contexto educacional se faz bastante presente, já que as descrições dos sintomas iniciais muitas vezes esteve associada à escola/universidade.

A partir das falas e dos relatos sobre estes itinerários, foi possível compreender que o CAPS, apesar de único dispositivo público na cidade especializado em demandas de transtornos mentais, não foi o local em que primeiro buscaram ajuda, com algumas exceções. Observa-se uma busca de cuidados muito centralizada na figura do profissional da medicina,

geralmente da rede particular. Aos passarem para os cuidados do CAPS, entretanto, essa centralização na figura do médico se mantém, pois boa parte dos entrevistados não frequenta atividades no serviço além das consultas médicas. Além disso, ocorreu em alguns casos a busca por outros médicos da rede particular, por parte das famílias, para “confirmar” o diagnóstico recebido no CAPS.

Além da baixa adesão destes jovens às propostas do serviço, como grupos e oficinas, foi notória também a pouca participação das famílias. Chamou atenção o fato de que, em casos de crises ou acontecimentos como autolesão e tentativas de suicídio, o caminho “aprendido” por estes jovens e suas famílias é recorrer ao serviço de urgência e emergência, o que somado aos outros fatores como pouca adesão, pouco vínculo com equipe e desconhecimento sobre o funcionamento do CAPS levanta questionamentos acerca do papel que o CAPS têm exercido na vida destes sujeitos.

Podemos considerar que o objetivo do estudo foi alcançado. Ao longo das entrevistas, foi possível conhecer o que pensam estes jovens sobre o CAPS, ainda que muitas vezes a resposta deles sobre o serviço tenha sido “não sei”. Este não-saber também diz muito sobre a relação que estabeleceram com este local e sobre o uso do CAPS como um ambulatório.

A partir desta pesquisa, apresentamos algumas reflexões que podem servir de norte para discussões não somente entre equipes de CAPS, mas também gestores de serviços de saúde mental e demais atores envolvidos na rede pública de saúde. A cada vez será menos comum termos usuários de CAPS remanescentes das antigas práticas de asilamento e internações, o que cumpre um dos objetivos da Reforma Psiquiátrica, mas também se faz necessário reavaliar se os moldes de funcionamento dos centros de atenção psicossocial contemplam as novas gerações, com suas particularidades, modos de vida e anseios para o futuro.

Referências

- Abreu, S. , Miranda, A. A.V. & Murta, S. G. (2016). Programas Preventivos Brasileiros: Quem Faz e como É Feita a Prevenção em Saúde Mental?. *Psico-USF [online]*, 21 (1) , 163-177. <https://doi.org/10.1590/1413-82712016210114>
- Almeida, B. A. et al (2014). Intervenção nas situações de crise psíquica: dificuldades e sugestões de uma equipe de atenção pré-hospitalar. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 67 (5), 708-714. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2014670506>
- Amaral, L. H., & Caponi, S. (2020). Novas abordagens em psiquiatria no século XXI: a escola como locus de prevenção e promoção em saúde mental. *Revista Ibero-Americana De Estudos Em Educação*, 15(esp5), 2820–2836. <https://doi.org/10.21723/riaee.v15iesp5.14560>
- Amarante, P. (2017). Loucura, cultura e subjetividade: conceitos e estratégias, percursos e atores da Reforma Psiquiátrica Brasileira. In P. Amarante, *Teoria e crítica em saúde mental: textos selecionados* (pp. 15-46) (2ª ed.). São Paulo. Editora Zagadoni.
- Bahia, C. A. et al. (2017). Lesão autoprovocada em todos os ciclos da vida: perfil das vítimas em serviços de urgência e emergência de capitais do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* .22 (9), 2841-2850. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017229.12242017>
- Ballarin, M. L. G. S., Ferigato, S.H., Carvalho, F.B., & Miranda, I. M.S. (2011). Percepção de profissionais de um CAPSaps sobre as práticas de acolhimento no serviço. *O Mundo da Saúde*, 35(2), 162-168.
- Barbosa, G., Oliveira, M., Moreno, V., Padovani, C., Claro, H., & Pinho, P. (2015). Satisfação de usuários num centro de atenção psicossocial em álcool e outras drogas. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (14), 31-37. <https://doi.org/10.19131/rpesm.0103>
- Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Batista, E., Ferreira, D., & Batista, L. (2018). O cuidado em saúde mental na perspectiva de profissionais de um CAPS I caps i da Aamazônia. *Revista PsicoFAE: Pluralidades em Saúde Mental*, 7(1), 77-92. Disponível em Recuperado de <https://revistapsicofae.fae.edu/psico/article/view/152> em 28 de janeiro de 2021.
- Berger, K. (2003). Início da idade adulta: o desenvolvimento biossocial. In K. Berger, *O desenvolvimento da pessoa da infância à terceira idade* (5 ed., p. 297-348). Rio de Janeiro: LTC.
- Bertolozzi, M. R., Nichiata, L. Y. I., Takahashi, R. F., Ciosak, S. I., Hino, P., Val, L. F. do, Guanillo, M. C. de L. T. U., & Pereira, E.G. (2009). Os conceitos de vulnerabilidade e

- adesão na Saúde Coletiva. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 43(spe2), 1326-1330. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342009000600031>
- Bessa, M. S., Filho, J. D. A., Azevedo, D. M., Salvetti, M. G., & Torres, G. V. (2019). Avaliação de Resultados da Assistência em Saúde Mental por Usuários. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, 23 (1), 89-96. <https://doi.org/10.22478/ufpb.2317-6032.2019v23n1.32173>
- Bielemann, V. L. M. et al. (2009). A inserção da família nos centros de atenção psicossocial sob a ótica de seus atores sociais. *Texto Contexto Enfermagem*, 18(1), 131-139. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072009000100016>
- Borges, C. D. & Schneider, D. R. (2017). Rede social significativa de usuários de um CAPSad: perspectivas para o cuidado. *Pensando famílias*, 21(2), 167-181. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-494X2017000200013&lng=pt&tlng=pt.
- Brasil (1994). Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde Mental. (1994). *Relatório Final da 2 a Conferência Nacional de Saúde Mental* (1992). Brasil Brasília: Ministério da Saúde, Coordenação de Saúde Mental/MS.
- Brasil. (2004). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial*. Brasília. Disponível em Recuperado em 03 janeiro, 2021, de: http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf
- Brêda, M. Z., Ribeiro, M. C., Silva, P. P. A. C., Silva, R. C. O., & Costa, T. F. (2011). Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial do Estado de Alagoas: A Opinião do Usuário. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 12(4), 817-24. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=3240/324027977020>
- Cabral, A. L. L. V., Martinez-Hemáez, A., Andrade, E. I. G., & Cherchiglia, M. Leal. (2011). Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(11), 4433-4442. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011001200016>
- Calazans, G. J., Pinheiro, T. F. A. & José, R. Vulnerabilidade programática e cuidado público: Panorama das políticas de prevenção do HIV e da Aids voltadas para gays e outros HSH no Brasil. *Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro) [online]*, n. 29, 263-293. <https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2018.29.13.a>
- Cançado, M.L. (2016). *Hospício é Deus: Diário 1*. Belo Horizonte: Autêntica
- Carlos, D. M. ., Gabriel, I. M. ., Lopes, D. G. ., Santos, F. M. ., França de Oliveira, A. P. ., & Riani Costa, L. C. . (2020). O uso de mapas da rede pessoal social: Estratégia de pesquisa e intervenção junto a adolescentes em sofrimento psíquico. *New Trends in Qualitative Research*, 3, 555–566. <https://doi.org/10.36367/ntqr.3.2020.555-566>

- Carvalho M. D. A., Silva H. O., & Rodrigues L. V. (2010). Perfil epidemiológico dos usuários da Rede de Saúde Mental do Município de Iguatu, CE. *SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogas*, 6 (2), 337-349. <https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.v6i2p337-349>
- Carvalho, N. R., & Costa, I. I. (2008). Primeiras Crises Psicóticas: Identificação De Pródromos Por Pacientes E Familiares. *Psicologia Clínica*, 20 (1), 153 – 164. <https://doi.org/10.1590/S0103-56652008000100010>
- Costa, I. I. (2006). Adolescência e primeira crise psicótica: problematizando a continuidade entre o sofrimento normal e o psíquico grave. In: *Anais do II Congresso Internacional de Psicopatologia Fundamental*. Disponível Recuperado deem: http://www.psicopatologiafundamental.org.br/uploads/files/ii_congresso_internacional/mesas_redondas/ii_con_adolescencia_e_primeira_crise_psicotica.pdf
- Costa-Rosa, A. (2000). O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: P. Amarante. (org). *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade* (pp. 141-168). Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ. Disponível em Recuperado de: <https://repositorio.observatoriodocuidado.org/bitstream/handle/handle/1276/O%20modo%20psicossocial.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Covelo, B. S. R. & Badaró-Moreira, M. I. (2015). Laços entre família e serviços de saúde mental: a participação dos familiares no cuidado do sofrimento psíquico. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 19(55), 1133-1144. <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0472>
- Cronemberger, G.L. et al (2019). O corte da própria carne: comportamento autolesivo em mulheres adolescentes. In: *Atas- Investigação qualitativa em saúde*, v.2. <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/CIAIQ2019/article/view/2054>
- Cunha, V.C.A. & Galera, S. A. F. (2016). Perfil das equipes dos centros de atenção psicossocial de uma região do Estado de Minas Gerais. *Arquivos de Ciências da Saúde*, 23(1), 32-36. <https://doi.org/10.17696/2318-3691.23.1.2016.179>
- Dassoler, V. A. & Palombini, A. L. (2020). Atenção à crise na contemporaneidade: desafios à Reforma Psiquiátrica Brasileira. *Saúde em Debate [online]*, 44 (3) , 278-291. <https://doi.org/10.1590/0103-11042020e323>
- Duarte et al. (2010). A rede pública ampliada de atenção à saúde mental da criança e do adolescente: um estudo piloto em quatro localidades do estado do Rio de Janeiro. In: E. Lauridsen-Ribeiro & O. Y. Tanaka. (orgs). *Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS* (pp.280-302). São Paulo: Hucitec.
- Faria, J. G. & Schneider, D. R. (2009). O perfil dos usuários do Capsad - Blumenau e as políticas públicas em saúde mental. *Psicologia & Sociedade*, 21 (3), 324-333. <https://doi.org/10.1590/S0102-71822009000300005>

- Fendrich, L., Badagnan, H.F., casaburi, L.E., Zanetti, A.C.G. & Galera, S. A.F. (2018). Intervenções familiares no primeiro episódio psicótico :facilitadores e barreiras na perspectiva da equipe de saúde. *Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde*, 7 (3), 89-101. <https://doi.org/10.18554/reas.v7i2.3011>
- Fontanella, B. J. B., Ricas, J. & Turato, E. R. (2008). Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cadernos Saúde Pública*, 24(1), 17-27. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100003>
- Freitas, B. S., Matos, C. C. R., Silva, P. M., Santos, J. S & Batista, E. C. (2017). Perfil de usuários diagnosticados com esquizofrenia de um CAPS do interior de Rondônia. *Nucleus*, 14 (1). 41-54. <https://doi.org/10.3738/1982.2278.1704>
- Freitas, Maria Virgínia de (Org.). (2005). *Juventude e adolescência no Brasil: referências conceituais*. 2ª ed. São Paulo: Ação Educativa.
- Furtado, J. P., & Miranda, L. (2006) O dispositivo "técnicos de referência" nos equipamentos substitutivos em saúde mental e o uso da psicanálise winnicottiana. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, ano IX (, n. 3), p. 508-524. <https://doi.org/10.1590/1415-47142006003010>
- Gerhardt, T.E., Burille, A. & Müller, T. L. (2016). Estado da arte da produção científica sobre itinerários terapêuticos no contexto brasileiro. In: T. E. Gerhardt, R. Pinheiro, E. N. Francescato, & R. A. G. da Silva Junior (orgs) itinerários terapêuticos : integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde (pp.27-98). Rio de Janeiro: CEPESC Editora/ IMS-UERJ/ ABRASCO.
- Goldberg, J. (1994). *Clínica da Psicose um projeto na rede pública*. Rio de Janeiro. Te Corá
- Gonzalez Rey, F. (2002). O trabalho de campo na pesquisa psicológica e o processo de construção da informação na pesquisa qualitativa. In: *Pesquisa qualitativa em Psicologia. Caminhos e desafios* (pp. 95-158). São Paulo: Pioneira Thomson Learning.
- Grigolo, T. M., & Pappiani, C. (2014). Clínica ampliada: recursos terapêuticos dos centros de atenção psicossocial de um município do norte de Santa Catarina. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 6(14), 1-26.
- Guedes, A. C., Kantorski, L. P., Coimbra, V. C. C., Olschowsky, A., Cortes, J. M., & Cantarelli, K. J. (2014). Tratamento em Liberdade: Pontos de Tensionamento e Avanço no Centro dDe Atenção Psicossocial. *Revista de Enfermagem UFSM*, 4 (1),133-143. <https://doi.org/10.5902/217976928931>
- Kantorski, L. P., Jardim, V. R, Wetzell, C., Olschowsky, A., Schneider, J. F., Heck, R. M., Bielemann, V. L., Schwartz, E., Coimbra, V. C. C., Quevedo, A. L. A., & Saraiva, S. S. (2009). Satisfação dos usuários dos centros de atenção psicossocial da região Sul do Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 43(Suppl. 1), 29-35. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102009000800006>

- Kinker, F. S. e& Moreira, M. I. B. (2021). Abertura de possíveis no cuidado em saúde mental, em momentos de crise. *Saúde em Debate [online]*.45, (128), 178-190. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202112814>
- Le Breton, D. (2010). Escarificações na adolescência: uma abordagem antropológica. *Horizontes Antropológicos*. 16, (33), 25-40. <https://doi.org/10.1590/S0104-71832010000100003>
- Leal E. M., & Delgado P. G. G. (2007). Clínica e cotidiano. O CAPSaps como dispositivo de desinstitucionalização. In: R. Pinheiro R., A. P. Guljor AP, A. G. Silva Jr. AG, & R. A. Mattos (Orgs). RA, organizadores. *Desinstitucionalização da saúde mental: contribuições para estudos avaliativos* (pp.137-154). Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/LAPPIS: ABRASCO .
- Lei nº 13.819, de 26 de abril de 2019. Institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, a ser implementada pela União, em cooperação com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios; e altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Disponível em: Recuperado de: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/lei-n%C2%BA-13.819-de-26-de-abril-de-2019-85673796>
- Leitão, I. B., Figueiredo, D. D., Marbach, M. A. J., & Martins, K. S. (2017). Caracterização dos Transtornos Psiquiátricos Diagnosticados no CAPS I, em Jaguaré, ES, no período de Janeiro a Outubro de 2014. *Revista Psicologia e Saúde*, 9(1), 19-35. <https://doi.org/10.20435/pssa.v9i1.430>
- Levy, P. & Coentre, R. (2014). Primeiro episódio psicótico. In: M. L. Figueira, D. Sampaio, P. Afonso (edit). *Manual de Psiquiatria Clínica*. Lisboa: LIDEL.
- Mello, R., & Furegato, A. R. F. (2008). Representações de usuários, familiares e profissionais acerca de um centro de atenção psicossocial. *Escola Anna Nery*, 12(3), 457-464. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452008000300010>
- Mielke, F. B., Kantorski, L. P., Jardim, V. M. R., Olschowsky, A., & Machado, M. S. (2009). O cuidado em saúde mental no CAPS no entendimento dos profissionais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(1), 159-164. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000100021>
- Milhomem, M. A. G. C. & Oliveira, A. G. B. (2007). O trabalho em equipe nos centros de atenção psicossocial-CAPS. *Cogitare Enfermagem*, 12(1), 101-108. <https://doi.org/10.5380/ce.v12i1.8277>
- Milhomens, A. E. & Martin, D. (2017). Rupturas e transformações na vida de jovens acompanhados em um CAPS adulto. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 27(04), 1105-1123. <https://doi.org/10.1590/s0103-73312017000400013>

- Moraes, D. X. et al. (2020) . “Caneta é a lâmina, minha pele o papel”: fatores de risco da automutilação em adolescentes. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73 (1).
- Moura, G. A., Roncalli, A. G., & Noro, L. R. A. (2016). Impacto do Trabalho em Profissionais de Serviços de Saúde Mental em um Município do Nordeste Brasileiro. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 36(2), 401-410. <https://doi.org/10.1590/1982-3703000342014>
- Nasi, C., & Schneider, F. (2011). O Centro de Atenção Psicossocial no cotidiano dos seus usuários. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 45(5), 1157-1163. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000500018>
- Nunes, J. M. S., Guimarães, J. M. X. & Sampaio, J.J. C. (2016). A produção do cuidado em saúde mental: avanços e desafios à implantação do modelo de atenção psicossocial territorial. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 26,(4),1213-1232. <https://doi.org/10.1590/s0103-73312016000400008>
- Oliveira, R. F., Andrade, L. O. M., & Goya, N. (2012). Acesso e Integralidade: a compreensão dos usuários de uma rede de saúde mental. *Ciência e Saúde Coletiva*, 17(11), 3069-30178. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001100023>
- Pacheco, S. U. C., Rodrigues, S. R., & Benatto, M. C. (2018). A importância do empoderamento do usuário de CAPS para a (re)construção do seu projeto de vida. *Mental*, 12(22), 72-89. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272018000100006&lng=pt&tlng=pt.
- Pande, M. N. R., & Amarante, P. D. C. (2011). Desafios para os Centros de Atenção Psicossocial como serviços substitutivos: A nova cronicidade em questão. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(4), 2067-2076. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000400006>
- Paranhos, F. P. & Aires, S.. (2013). Reinserção social de portadores de sofrimento psíquico: o olhar de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 23(1), 13-31. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312013000100002>
- Pegoraro, R. F., & Vicentin, M. C. G. (no prelo). “Comecei para aliviar a dor”: algumas pistas sobre autolesão em adolescentes/jovens. *Revista Psicologia em Pesquisa*
- Pegoraro, R.F. & Bastos, L.S.N. (2017). Experiências de acolhimento segundo profissionais de um centro de atenção psicossocial. *Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde*, 6 (1), 3-17. <https://doi.org/10.18554/reas.v6i1.1525>
- Pinheiro, S. R. P., Sehnem, S. B., & Rosa, A. P. (2017). Perfil epidemiológico dos usuários do Ccentro de Aatenção Ppsicossocial (CAPS I) do município de Jaoçaba. *Pesquisa Em Psicologia - Anais eletrônicos*, 171-180. Disponível em Recuperado de https://portalperiodicos.unoesc.edu.br/pp_ae/article/view/15444

Portaria n. 3.088, de 23 de novembro de 2011. Diário Oficial da União, seção 1, Brasília.

Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. *Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)*. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html

Rasera, E. F., & Rocha, R. M. G. (2010). Sentidos sobre a prática grupal no contexto de saúde pública. *Psicologia em Estudo*, 15 (1), 35-44. <https://doi.org/10.1590/S1413-73722010000100005>

Rocha, T. H. R. (2012). Costuras da construção identitária de um jovem psicótico usuário de um CAPS. *Revista da SPAGESP*, 13(1), 79-88. Disponível em Recuperado em 15 de fevereiro de 2021, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702012000100009&lng=pt&tlng=pt.

Rodvalho, A. L. P., & Pegoraro, R. F. (2016). Revisão integrativa de literatura sobre a construção de Projetos Terapêuticos Singulares no campo da saúde mental. *Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e drogas*, 12(4):240-48. <https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.v12i4p240-248>

Rodvalho, A. L. P., & Pegoraro, R. F. (2020). O Centro de Atenção Psicossocial segundo familiares de usuários: um estudo a partir dos itinerários terapêuticos. *SMAD Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool E Drogas (Edição Em Português)*, 16(1), 1-8. <https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2020.150161>

Rossi, L.M. & Cid, M.F.B. (2019). Adolescências, saúde mental e crise: a história contada por familiares. *Caderno Brasileiro de Terapia Ocupacional*, 27(4), 734-742. <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO1811>

Rotelli, F. (1990). A instituição inventada (pp.89-99). In: F. Nicácio (Org.) *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec.

Severo, A. K. S. & Dimenstein, M. (2009) .O diagnóstico psiquiátrico e a produção de vida em serviços de saúde mental. *Estudos de Psicologia (Natal) [online]*, 14 (1), 59-67. <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2009000100008>

Silva Junior, A. G., Pinheiro, R., Alves, M. G. M., Lima, R. H. P. & Silva, V. M. N. (2016). Práticas avaliativas centradas no usuário e suas aproximações com os estudos de itinerários terapêuticos. In: *Itinerários Terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde* (pp. 99-124).. Rio de Janeiro: CEPESC Editora/ IMS-UERJ/ ABRASCO.

Silva, F. S., Ferreira, C. B. & Santos, Y. L. Q. (2018). Descrições do processo saúde-doença-cuidado na perspectiva de usuários de um centro de atenção psicossocial. *Revista Família, ciclos de vida e saúde no contexto social*, 6 (4), 1-8. <https://doi.org/10.18554/refacs.v6i4.3290>

- Silva, S. N., Lima, M. G., & Ruas, C. M. (2018). Avaliação de Serviços de Saúde Mental Brasileiros: satisfação dos usuários e fatores associados. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(11), 3799-3810. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182311.25722016>
- Surjus, L. T. L. S. & Onocko-Campos, R. (2011). A Avaliação dos usuários sobre os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de Campinas, SP. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 14(1), 122-133. <https://doi.org/10.1590/S1415-47142011000100009>
- Tenório, F. (2002): A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. *História, Ciências, Saúde- Manguinhos*, Rio de Janeiro, vol. 9(1), :25-59, jan.-abr. 2002. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702002000100003>
- Turato, E. R. (2005). Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Rev Saúde Pública*, Campinas 39(3), 507-514. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102005000300025>
- Vidal, C. E. L. , & Gontijo, E. D. (2013). Tentativas de suicídio e o acolhimento nos serviços de urgência: a percepção de quem tenta. *Cadernos Saúde Coletiva*. 21 (2),108-114. <https://doi.org/10.1590/S1414-462X2013000200002>
- Vieira, N. R. S. & Pegoraro, R. F. (2020). Explicações de familiares sobre o sofrimento psíquico: diversidade e integralidade em questão. *Psicologia em Eestudo*., v. 25, e41796. <https://doi.org/10.4025/psicoestud.v25i0.41796>
- Willrich, J. Q. et al. (2014). Da violência ao vínculo: construindo novos sentidos para a atenção à crise. *Revista Brasileira de Enfermagem [online]*, 67, (1) , 97-103.

Apêndice 1 - Roteiro de Entrevista

(a) **Dados sociodemográficos:** Serão levantados dados como sexo e idade dos participantes; grau de escolaridade, estado civil e se tem filhos.

(b) Questões norteadoras:

- Quando iniciou o tratamento no CAPS e como foi o primeiro atendimento na instituição
- Se foi encaminhado ao CAPS e por quem
- Por qual motivo começou frequentar o CAPS
- No momento da entrevista, quantas vezes por semana ou por mês frequenta o CAPS e que atividades realiza/ participa (solicitar para detalhar cada atividade citada)
- As atividades das quais participa ajudam no tratamento e de que modo
- Como você se sente fazendo tratamento no CAPS e se o serviço lhe ajuda a cuidar de si
- Do que mais gosta e do que menos gosta no CAPS
- Relação com a equipe
- Participação da família em atividades oferecidas pelo CAPS
- Atividades ou atendimentos que gostaria de sugerir para implementação no CAPS
- Se já fez tratamento em outro serviço de saúde mental: qual tipo e como avalia o tratamento ali recebido
- Rotina de vida fora do CAPS: se estuda, se trabalha, relação com família e amigos, relacionamentos afetivos
- O que familiares, amigos ou conhecidos conhecem sobre o CAPS e como avaliam o tratamento ali oferecido
- Se tem planos para o futuro

Apêndice 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada “**O Usuário Jovem No Centro De Atenção Psicossocial: Fatores de Adesão ao Tratamento**”, sob a responsabilidade das pesquisadoras Patrícia Lorena Resende Rocha e Renata Fabiana Pegoraro (Orientadora), vinculadas à Universidade Federal de Uberlândia.

Nesta pesquisa nós estamos buscando investigar junto aos usuários jovens que estão em tratamento no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) sua percepção sobre o tratamento oferecido neste serviço de saúde mental, a partir dos relatos de suas vivências. Além disso, esta pesquisa busca conhecer a sua opinião sobre as propostas de atendimento do CAPS, possíveis motivos para faltas ou abandono de atividades e os fatores que contribuem para a criação de vínculo com o CAPS e permitem a sua frequência neste serviço de saúde.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será obtido pela pesquisadora Patrícia Lorena Resende Rocha e será entregue a você no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), em data combinada previamente com o responsável pela unidade e em dia e horário que sejam mais convenientes para você. Ao receber o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) será dado a você o tempo necessário para avaliar se deseja ou não participar desta pesquisa, sendo possível consultar uma pessoa de sua confiança antes de decidir por sua participação ou não nesta pesquisa. Neste caso, a entrevista poderá ser reagendada. Caso seja de sua preferência, a entrevista poderá ser realizada em sua residência e neste caso, a pesquisadora se deslocará até lá, em data e horário combinados antecipadamente com você. O TCLE será assinado se você estiver de acordo com os dizeres, e depois disso, terá início a coleta de dados (entrevista).

Na entrevista será gravada apenas a sua fala (áudio). As informações dessa entrevista serão transcritas (passadas para o papel) e os áudios serão excluídos (apagados) após a transcrição.

A entrevista começará com perguntas de caracterização geral (tais como idade, sexo, se tem filhos, se vive com companheiro ou companheira) e depois perguntas mais específicas sobre sua experiência enquanto usuário/paciente dos serviços oferecidos pelo CAPS.

Em nenhum momento você será identificado(a). Os resultados da pesquisa serão publicados e ainda assim a sua identidade será preservada.

Você não terá nenhum gasto nem ganho financeiro por participar na pesquisa. Caso exista necessidade de seu deslocamento unicamente para coleta de dados, os gastos com transporte serão ressarcidos pela equipe de pesquisa. Caso você não deseje participar da pesquisa, não haverá qualquer prejuízo com relação ao seu tratamento no CAPS.

Os riscos consistem em possíveis mudanças na sua rotina devido à necessidade da sua presença para responder a entrevista, que acontecerá em um dia e horário escolhido por você mesmo. Também é possível que você se sinta desconfortável com alguma pergunta feita a você e, neste caso, você pode escolher não responder à pergunta ou mesmo interromper a entrevista, se assim o desejar. Outro risco pertinente às pesquisas científicas é a identificação do participante. Para minimizar este risco, as pesquisadoras não utilizarão o nome de nenhum participante, nem divulgarão em que unidade de saúde ele(a) realiza seu tratamento. Outro cuidado será o uso de números para identificar cada entrevista transcrita, bem como uso desses mesmos números no momento de divulgação científica de resultados. Esclarecemos que em caso de comprovação de dano médico ou psicológico em função da pesquisa, os custos serão cobertos ou ressarcidos pelos pesquisadores. Os benefícios dizem respeito à oportunidade de expressar suas opiniões e compreensões a respeito das atividades desenvolvidas no CAPS e sobre os cuidados prestados pela equipe. E você também se beneficiará indiretamente, pois nos auxiliando com esta pesquisa estará contribuindo para ampliar a compreensão sobre os pontos positivos e negativos do tratamento oferecido no CAPS, o que gerará novas informações sobre a temática.

Você é livre para deixar de participar da pesquisa a qualquer momento sem qualquer prejuízo ou coação. Até o momento da divulgação dos resultados, você também é livre para solicitar a retirada dos seus dados da pesquisa.

Uma via original deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com você.

Em caso de qualquer dúvida ou reclamação a respeito da pesquisa, você poderá entrar em contato com: Renata Fabiana Pegoraro na Av. Pará, 1720 - Bloco 2C, Sala 47, Bairro Umuarama, Instituto de Psicologia, no Campus Umuarama da Universidade Federal de Uberlândia, em Uberlândia - MG, CEP 38405-320, Telefone: (34) 3225-8534. Você poderá também entrar em contato com o CEP - Comitê de Ética na Pesquisa com Seres Humanos na Universidade Federal de Uberlândia, localizado na Av. João Naves de Ávila, nº 2121, bloco A, sala 224, *campus* Santa Mônica – Uberlândia/MG, 38408-100; telefone: 34-3239-4131. O CEP é um colegiado independente criado para defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e para contribuir para o desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos conforme resoluções do Conselho Nacional de Saúde.

Município, de de 20.....

Assinatura do(s) pesquisador(es)

Eu aceito participar do projeto citado acima, voluntariamente, após ter sido devidamente esclarecido.

Assinatura do participante da pesquisa

Anexo 1 – Parecer de Aprovação de Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O USUÁRIO JOVEM NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: FATORES DE ADESÃO AO TRATAMENTO

Pesquisador: Renata Fabiana Pegoraro

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 16704619.4.0000.5152

Instituição Proponente: Instituto de Psicologia - UFU

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.530.132

Apresentação do Projeto:

É uma pesquisa de mestrado no Instituto de Psicologia na UFU.

A pesquisa será com adultos jovens em tratamento num Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do estado de Goiás, acerca de suas vivências enquanto usuários deste serviço. Pretende-se avaliar as propostas de atendimento para esta parcela da população a partir de seus relatos de experiências, os fatores que os levam a aderir ou abandonar o tratamento, bem como os fatores que contribuem para a criação de vínculo com o CAPS.

Em pesquisas qualitativas, Zanette (2017) destaca que os problemas do cotidiano percebidos pelo pesquisador devem ser transformados em problemas de pesquisa. Assim, este projeto traz a experiência da pesquisadora enquanto psicóloga em CAPS, para além da literatura, como justificativa para o estudo e amparo para a construção do problema de pesquisa e objetos do estudo. O período em que a pesquisadora esteve vinculada a um CAPS gerou questionamentos: Qual público, dentre as centenas de usuários dos serviços de tipo CAPS, as atividades oferecidas pelo serviço conseguem atingir? Todos os usuários conseguem ser beneficiados com estas atividades? O usuário precisa se adequar ao que é ofertado pela equipe ou o serviço atende às necessidades singulares de cuidado dos usuários?

Eram oferecidas atividades terapêuticas similares a de vários CAPS da região, dentre elas, oficinas de artesanato e trabalhos manuais; oficina "do relacionamento", em que temáticas do cotidiano eram sugeridas pelos usuários e discutidas a partir da facilitação de profissional responsável pela

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
 Bairro: Santa Mônica CEP: 38.408-144
 UF: MG Município: UBERLÂNDIA
 Telefone: (34)3239-4131 Fax: (34)3239-4131 E-mail: cep@propp.ufu.br



Continuação do Parecer: 3.530.132

oficina através de rodas de conversa, filmes e dinâmicas grupais.

A pesquisadora observou que os usuários que mais frequentavam as propostas daquele CAPS tinham os seguintes perfis: pacientes mais velhos, pacientes com quadros de retardo mental em comorbidade com outros transtornos e aqueles pacientes ditos "cronificados", isto é, oriundos das práticas de tratamento antigas, com histórico de internações psiquiátricas, e que apresentavam prejuízo em função de uso prolongado de medicações antipsicóticas. Por outro lado, um problema era observado com frequência: a baixa adesão às atividades por parte dos pacientes jovens, na faixa etária entre 18 e 35 anos. Essa parcela de usuários frequentava menos o CAPS e construía menor vínculo com a instituição/equipe, quando comparados aqueles em faixas etárias mais avançadas. Os mais jovens não se sentiam atraídos pelas oficinas oferecidas e não aderiam à proposta de um cuidado multidisciplinar. Era comum que muitos destes usuários frequentassem o CAPS ocasionalmente, apenas para as consultas médicas ou para buscar medicação. Muitos deles não tinham contato com nenhum outro membro da equipe a não ser o médico psiquiatra, o que contrariava o propósito do serviço, caracterizando-o mais como ambulatório do que como serviço para cuidado da pessoa em crise, cuja saúde e autonomia devem-se promover.

Enquanto a pesquisadora integrava a equipe do CAPS, pode notar nas reuniões e discussões de caso uma percepção de que exista a possibilidade de que as oficinas não fossem "atrativas" o suficiente para uma população que tem adoecido mais cedo e que previamente ao adoecimento teria uma vida mais produtiva, preenchida por estudos, trabalho, relacionamentos afetivos, vida social. Para os jovens, muitas vezes experimentando o que a psiquiatria chama de "primeiro surto psicótico", estar numa instituição que carrega ainda todo um estigma associado ao adoecimento mental, mesmo que se proponha a oferecer tratamento baseado nos moldes propostos pela Reforma Psiquiátrica, pode representar uma experiência negativa, vivenciada como um fracasso em seus papéis sociais.

As pesquisadoras pretendem investigar os adultos jovens com transtornos mentais. Para a população jovem, que muitas vezes está vivenciando o início do processo de adoecimento, é urgente encontrar formas de criar vínculos com a equipe, para que a chance de intervenção precoce junto ao paciente e família possibilite um prognóstico mais favorável a médio e longo prazo. Para compreender o movimento de adesão ou não ao CAPS, esta pesquisa se propõe a investigar o ponto de vista de usuários jovens sobre esse serviço de saúde mental.

Em pesquisas qualitativas, não se adotam hipóteses e sim problemas de pesquisa. Neste estudo, o problema de pesquisa que norteia sua construção é: "De que modo os usuários jovens percebem os cuidados oferecidos por um Centro de Atenção Psicossocial?"

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
 Bairro: Santa Mônica CEP: 38.408-144
 UF: MG Município: UBERLÂNDIA
 Telefone: (34)3239-4131 Fax: (34)3239-4131 E-mail: cep@propp.ufu.br



Continuação do Parecer: 3.530.132

Critério de Inclusão

Para participar neste estudo, será necessário que os participantes tenham entre 18 e 35 anos; que estejam vinculados ao CAPS e em tratamento por, pelo menos, três meses; que desejem ceder entrevista audiogravada; que estejam em condições de compreender e responder à entrevista.

Critério de Exclusão

Não poderão participar deste estudo aqueles usuários que, segundo a equipe da instituição, forem considerados: incapazes de ser entrevistados, seja por suas condições cognitivas, seja por estarem em momento de surto ou crise; tenham sido hospitalizados por questões psiquiátricas nos dois meses anteriores ao convite para ceder entrevista; sejam curatelados (o que demandaria a autorização do responsável legal).

Metodologia proposta

a) Tipo de estudo

Será usada a pesquisa qualitativa, por entendê-la como o meio mais satisfatório para alcançar os objetivos pretendidos, com base em Bogdan e Biklen (2003), que entendiam que pesquisadores qualitativos buscam uma forma de: [...] melhor compreender o comportamento e a experiência humanos. Eles procuram entender o processo pelo qual as pessoas constroem significados e descrevem o que são aqueles significados. Usam observação empírica porque é com os eventos concretos do comportamento humano que os investigadores podem pensar mais clara e profundamente sobre a condição humana. (p.38)

b) Local do estudo

A pesquisa será desenvolvida em um Centro de Atenção Psicossocial tipo I, no município de Catalão-GO. Catalão localiza-se no Sudeste do Estado de Goiás, ocupando uma área de 3.777,6 km². A população de Catalão estimada pelo IBGE (2010) é de 86.597 habitantes.

De acordo com a Portaria MS 336/2002, os CAPS tipo I são aqueles com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes e que funcionem no período de 08 às 18 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana. Esse tipo de CAPS também deve contar com uma equipe mínima composta por um médico com formação em saúde mental, um enfermeiro, três outros profissionais de nível superior (sugere-se psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional ou pedagogo) e quatro profissionais

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
 Bairro: Santa Mônica CEP: 38.408-144
 UF: MG Município: UBERLÂNDIA
 Telefone: (34)3239-4131 Fax: (34)3239-4131 E-mail: cep@propp.ufu.br



Continuação do Parecer: 3.530.132

de nível médio (técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão). Haverá um contato prévio da pesquisadora com a equipe do serviço, para que sejam listados os usuários que preenchem os critérios necessários para participação; em seguida será feito um convite a estes usuários para que participem de forma voluntária.

c) Participantes

Serão convidados para participar da pesquisa, adultos jovens dos 18 a 35 anos de idade em atendimento no Centro de Atenção Psicossocial. Neste estudo, será considerado como um adulto jovem aquele que se encontra na faixa etária dos 18 aos 35 anos, visto que na literatura esta idade é descrita por Berger (2013) como um período que compreende o fim da adolescência e uma zona de transição para a meia idade. Para Berger (2013) "em termos de desenvolvimento biossocial, o início da idade adulta, dos 20 a aproximadamente 35 anos, pode ser considerado a melhor parte ou o apogeu da vida" (p. 298). Em relação aos convidados a participar da pesquisa, será usado o critério da amostragem por saturação, que é uma ferramenta empregada nas pesquisas qualitativas, especialmente na área da saúde. Em geral, neste tipo de amostragem, há a interrupção da inclusão de novos participantes na amostra quando os dados obtidos passam a apresentar, na avaliação do pesquisador, alguma redundância ou repetição, ou seja, as informações colhidas com novos participantes não acrescentariam significativamente ao material já obtido. (Fontanella et al , 2008). Pela experiência da orientadora, o número de entrevistas costuma girar em torno de 10, sendo este número delimitado inicialmente para o estudo.

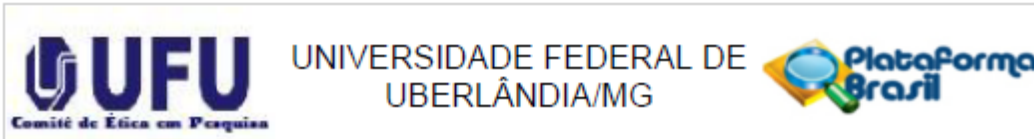
No momento da entrevista, que será audiogravada, será entregue ao participante o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias para leitura e assinatura.

d) Instrumentos

Através de entrevista semiestruturada audiogravada serão coletados dados sociodemográficos. Na entrevista terão questões norteadoras acerca da adesão ao CAPS e participação neste serviço. Após transcrição das entrevistas, será realizada análise de conteúdo temática. Foi elaborado um roteiro de entrevista no qual constam:

a) Perguntas de caracterização geral do usuário (sexo e idade dos participantes; grau de escolaridade, estado civil e se tem filhos.)

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
 Bairro: Santa Mônica CEP: 38.408-144
 UF: MG Município: UBERLÂNDIA
 Telefone: (34)3239-4131 Fax: (34)3239-4131 E-mail: oep@propp.ufu.br



Continuação do Parecer: 3.530.132

b) questões norteadoras para investigar: a experiência sobre o primeiro atendimento no CAPS; motivos para procura por tratamento no CAPS; frequência semanal ao serviço e atividades das quais participa; relação com a equipe; de quais atividades participa no CAPS; do que gosta e do que não gosta no CAPS; qual seu sentimento em relação ao tratamento e se considera que o CAPS o ajuda a cuidar de si; se tem sugestões de atividades que o CAPS possa implantar; se já frequentou outro serviço de saúde mental e, em caso positivo, como avalia o mesmo; qual sua rotina de vida fora do CAPS; qual a opinião de parentes e amigos a respeito do CAPS.

e) Forma de coleta de dados e aspectos éticos (por falta de espaço, na plataforma Brasil, este item foi colado na célula referente a "Outras informações, justificativas ou considerações a critério do Pesquisador"). O projeto será avaliado pelo gestor responsável da Secretaria Municipal de Saúde de Catalão – GO. Em seguida, assinada a declaração de co-participante, o projeto será submetido à avaliação de um Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos.

Após sua aprovação pelo CEP, os passos para a coleta de dados serão:

- 1º: agendar uma reunião da pesquisadora com a equipe do CAPS para elaboração de uma listagem dos pacientes que estão na faixa etária proposta pelo estudo;
- 2º: identificar, junto à equipe, os dias e horários em que a pesquisadora poderá ir ao CAPS para, de forma pessoal e individual, convidar os usuários para participar da pesquisa;
- 3º: Agendar entrevistas em dia e horário de acordo com a disponibilidade dos entrevistados e da pesquisadora;
- 4º: Realização das entrevistas. Estas serão feitas em local de escolha do paciente, podendo ser no CAPS ou em seu domicílio. As entrevistas devem ter duração máxima de 60 minutos.

No momento da entrevista, que será audiogravada, será entregue ao participante o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias para leitura e assinatura. Uma das vias ficará com o participante e a outra com a pesquisadora. Será dado o tempo necessário ao paciente para que decida sobre sua participação sendo possível que consulte pessoa de sua confiança antes de assinar o Termo, o que implica em reagendamento da entrevista para garantir aos participantes condições plenas de optar por participar ou não da pesquisa. No TCLE são esclarecidos os objetivos do estudo, a forma de participação do usuário (por entrevista), o direito de participar ou não, bem como de interromper a participação a qualquer momento. Após a transcrição, as entrevistas serão desgravadas.

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
 Bairro: Santa Mônica CEP: 38.408-144
 UF: MG Município: UBERLÂNDIA
 Telefone: (34)3239-4131 Fax: (34)3239-4131 E-mail: cep@propp.ufu.br



Continuação do Parecer: 3.530.132

Nº de participantes = 10

Objetivo da Pesquisa:

Segundo o projeto:

Objetivo primário

Compreender a percepção de adultos jovens sobre o tratamento oferecido por um Centro de Atenção Psicossocial, a partir dos relatos de suas vivências.

Objetivos secundários:

Avaliar, segundo a ótica dos usuários:

- 1) as propostas de atendimento ao psicótico jovem dentro de um Centro de Atenção Psicossocial (atendimentos individuais, grupais, atividades externas, consultas, visitas domiciliares);
- 2) os motivos para a baixa adesão ao tratamento (faltas, abandono) e às oficinas de forma geral;
- 3) os fatores que contribuem para a criação de vínculo como CAPS e permitem a adesão do usuário ao serviço.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Dentre os riscos para os participantes, poderá haver mudanças em sua rotina devido à necessidade de sua presença para a entrevista, considerando que esta ocorrerá em dia e horário escolhidos pelos participantes. Outro possível risco é que o(s) entrevistado(s) se sintam desconfortáveis com alguma pergunta, mas neste caso, poderão optar por não responder à pergunta ou até mesmo interromper a entrevista. Um outro risco comum em pesquisas desta natureza é a identificação do participante, mas tal risco será minimizado através da não utilização dos nomes dos participantes, e do uso de números para identificar cada questionário ou entrevista transcrita, bem como uso desses mesmos números no momento de divulgação científica de resultados. Esclarecemos que em caso de comprovação de dano médico ou psicológico em função da pesquisa, os custos serão cobertos ou ressarcidos pelos pesquisadores.

O benefício ao participar desta pesquisa será a oportunidade dos entrevistados de expressar

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
 Bairro: Santa Mônica CEP: 38.408-144
 UF: MG Município: UBERLÂNDIA
 Telefone: (34)3239-4131 Fax: (34)3239-4131 E-mail: cep@propp.ufu.br



Continuação do Parecer: 3.530.132

livremente suas opiniões e percepções acerca de seu tratamento. Além disso, os participantes se beneficiarão indiretamente, pois ao nos auxiliar com esta pesquisa estarão contribuindo para ampliar os conhecimentos acerca das condutas terapêuticas mais eficazes para o tratamento dos jovens acometidos por transtornos mentais.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Foram atendidas as 3 pendências apontadas no Parecer Número 3.477.302 – CAAE: 16704619.4.0000.5152.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os Termos obrigatórios foram apresentados adequadamente no Protocolo de pesquisa: Folha de Rosto; TCLE; Termo de Compromisso da Equipe Executora; Declaração da Instituição Coparticipante; Roteiro de Entrevista.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O Protocolo de pesquisa não apresenta óbice ético porque foram atendidas as 3 pendências.

De acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12, o CEP manifesta-se pela aprovação do protocolo de pesquisa proposto.

O protocolo não apresenta problemas de ética nas condutas de pesquisa com seres humanos, nos limites da redação e da metodologia apresentadas.

Considerações Finais a critério do CEP:

Data para entrega de Relatório Parcial ao CEP/UFU: março de 2020.

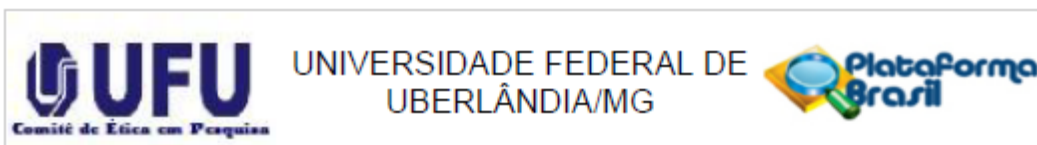
Data para entrega de Relatório Final ao CEP/UFU: março de 2021.

OBS.: O CEP/UFU LEMBRA QUE QUALQUER MUDANÇA NO PROTOCOLO DEVE SER INFORMADA IMEDIATAMENTE AO CEP PARA FINS DE ANÁLISE E APROVAÇÃO DA MESMA.

O CEP/UFU lembra que:

a- segundo a Resolução 466/12, o pesquisador deverá arquivar por 5 anos o relatório da pesquisa

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
 Bairro: Santa Mônica CEP: 38.408-144
 UF: MG Município: UBERLÂNDIA
 Telefone: (34)3239-4131 Fax: (34)3239-4131 E-mail: cep@propp.ufu.br



Continuação do Parecer: 3.530.132

- e os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido, assinados pelo Participante da pesquisa.
- b- poderá, por escolha aleatória, visitar o pesquisador para conferência do relatório e documentação pertinente ao projeto.
- c- a aprovação do protocolo de pesquisa pelo CEP/UFU dá-se em decorrência do atendimento a Resolução CNS 466/12, não implicando na qualidade científica do mesmo.

Orientações ao pesquisador :

- O Participante da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 466/12) e deve receber uma via original do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado.
- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS 466/12), aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao participante da pesquisa ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata.
- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS 466/12). É papel de o pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.
- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprobatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res.251/97, item III.2.e).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1352338.pdf	31/07/2019 15:44:23		Aceito
Outros	RespostaPendenciasCEP.docx	31/07/2019 15:44:05	Renata Fabiana Pegoraro	Aceito

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
 Bairro: Santa Mônica CEP: 38.408-144
 UF: MG Município: UBERLÂNDIA
 Telefone: (34)3239-4131 Fax: (34)3239-4131 E-mail: cep@propp.ufu.br



Continuação do Parecer: 3.530.132

Outros	projetomestradoPATRICIArespostaCEP31julho2019.docx	31/07/2019 15:43:40	Renata Fabiana Pegoraro	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetomestradoPATRICIA CEP.docx	03/07/2019 10:19:44	Renata Fabiana Pegoraro	Aceito
Outros	ROTEIROdeENTREVISTA.docx	03/07/2019 10:15:51	Renata Fabiana Pegoraro	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEPATRICIA.doc	03/07/2019 10:15:25	Renata Fabiana Pegoraro	Aceito
Outros	LATTES.pdf	03/07/2019 10:10:04	Renata Fabiana Pegoraro	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	DeclaracaoInstituicaoCOParticipante.pdf	03/07/2019 10:09:52	Renata Fabiana Pegoraro	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TermoCompromissoEquipeExecutora.pdf	03/07/2019 10:09:34	Renata Fabiana Pegoraro	Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRosto.pdf	03/07/2019 10:09:14	Renata Fabiana Pegoraro	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

UBERLANDIA, 24 de Agosto de 2019

Assinado por:
Karine Rezende de Oliveira
(Coordenador(a))

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica CEP: 38.408-144
UF: MG Município: UBERLANDIA
Telefone: (34)3239-4131 Fax: (34)3239-4131 E-mail: cep@propp.ufu.br