

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA CURSO DE PSICOLOGIA

UM ESTUDO DA RAPS LOCAL A PARTIR DOS ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS

A study of the local RAPS through therapeutic itineraries

Discente: **LÍVIA RANIER GUSMAN GALDINO DOS SANTOS**

Docente: **PROFA. DRA. LUCIANA NOGUEIRA FIORONI**

Livia Ranier G. G. dos Santos

SÃO CARLOS

Março 2023

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha mãe Christine por ter me ensinado que eu posso chegar onde quiser, me apoiando e sendo meu porto seguro. Sei que com você sempre terei colo.

Ao meu pai Marcio por sempre ter feito todo o possível para me garantir o privilégio de poder estudar e aproveitar ao máximo a experiência da graduação.

Aos meus irmãos Armando e Francisco por me darem forças para seguir todos os dias, podendo trilhar o meu caminho e ser um exemplo para vocês.

À minha avó Solange por todo o afeto e almoços de domingo que cuidaram de mim quando eu mais precisava.

Ao meu companheiro Gabriel por nunca sair do meu lado, mesmo nos momentos mais difíceis. Você me deu motivação e acreditou em mim quando nem eu acreditava mais. Sem você essa conquista não seria possível.

À minha orientadora Luciana por ter trilhado esse caminho comigo, me guiando e contribuindo para o meu aprendizado.

À minha amiga Clara por se fazer presente na minha vida de tantas maneiras, sempre acompanhando minhas conquistas com muito companheirismo e afeto.

Às amigas que pude conquistar durante a graduação Sara, Julie, Camila, Laura, Rapha, Ana Paula e Rafa. Com vocês essa experiência foi mais leve, tranquila e cheia de memórias. Levo todas no meu coração.

À minha amiga e companheira de moradia Gabriela, com você eu pude construir meu lar em São Carlos, compartilhando vivências e experiências inesquecíveis.

Ao meu amigo Murilo, por ter feito o período de pandemia ser mais leve e divertido apenas sendo quem ele era, uma pessoa maravilhosa. Sinto muito a sua falta todos os dias.

RESUMO

Os itinerários terapêuticos buscam analisar os recursos individuais e coletivos que um indivíduo percorre para buscar respostas aos seus problemas de saúde. Desse modo, ter conhecimento sobre os itinerários terapêuticos de uma população pode ser muito benéfico para compreender como a rede de saúde daquele território está funcionando e quais são as suas fragilidades. Assim, o presente estudo insere-se no campo das abordagens qualitativas, com o objetivo de investigar e descrever formas de (des)articulação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de São Carlos - SP, a partir dos itinerários terapêuticos de usuários desta rede. Para tanto, a coleta e produção de dados foi feita de forma on-line através de entrevistas semiestruturadas. Participaram do estudo um usuário de cada Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do município: um CAPS de álcool e drogas, um CAPS II e um CAPS infanto-juvenil, seus respectivos acompanhantes e profissionais, totalizando oito participantes. Os dados das entrevistas foram trabalhados com base na técnica de análise de conteúdo temática, permitindo a produção de categorias analíticas articuladas entre si. Como principais resultados temos que há um distanciamento entre os pontos da RAPS, com pouca articulação do cuidado compartilhado, principalmente em relação à atenção básica e com um vácuo no cuidado de crianças e adolescentes; há dificuldades dos CAPS em elaborar e desenvolver um cuidado no modelo psicossocial, especialmente nas situações agudas de sofrimento psíquico, quando a RAPS local lança mão de estratégias manicomiais como as internações e medicalização excessiva. Como possíveis respostas a essas dificuldades encontradas temos as capacitações dos profissionais, o fortalecimento da educação permanente, a presença de gestores engajados com a saúde mental, cuidados com saúde mental do trabalhador e ações que incentivem a participação da sociedade civil.

Palavras-chave: Itinerário Terapêutico; Saúde Mental; Cuidado; Centro de Atenção Psicossocial; Rede de Atenção Psicossocial.

ABSTRACT

Therapeutic itineraries aim to analyze the individual and collective resources that an individual goes through to seek answers to their health problems. Knowledge about the therapeutic itineraries of a population can be very beneficial to understand how the health network of that territory is functioning and what its weaknesses are. This study investigates and describes the (dis)articulation of the Psychosocial Care Network (RAPS) of São Carlos - SP, based on the therapeutic itineraries of users of this network. The study used semi-structured online interviews with a user from each Psychosocial Care Center (CAPS) in the municipality, their respective companions and professionals. The main results show a gap in the RAPS, with little coordination of shared care, especially regarding primary care and a gap in the care of children and adolescents. The CAPS faces difficulties in developing psychosocial care, especially in acute situations of psychological distress. The study suggests possible solutions such as professional training, strengthening of continuing education, engagement of mental health managers, care for mental health workers, and actions that encourage the participation of civil society.

Keywords: Therapeutic Itinerary; Mental Health; Care; Psychosocial Care Center; Psychosocial Care Network.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	3
1. INTRODUÇÃO.....	4
1.1 Sistema Único de Saúde.....	4
1.2 Saúde mental: aspectos conceituais e históricos.....	7
1.3 A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).....	10
1.4 Justificativas.....	14
1.4.1 <i>Justificativa social</i>	14
1.4.2 <i>Justificativa científica</i>	15
1.5 Objetivos.....	15
1.5.1 <i>Objetivo Geral</i>	15
1.5.2 <i>Objetivos específicos</i>	15
2. MÉTODO.....	16
2.1 Tipo de pesquisa.....	16
2.2 Contexto empírico da pesquisa.....	17
2.3 Participantes.....	17
2.4 Cuidados éticos.....	19
2.5 Instrumentos e modos de produção dos dados.....	19
2.6. Análise de dados.....	20
3. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	21
3.1 Biografia resumida das usuárias.....	25
3.1.1 <i>Anna Freud (U1)</i>	25
3.1.2 <i>Melanie Klein (U2)</i>	28
3.1.3 <i>Nise da Silveira (U3)</i>	32
3.2 O itinerário terapêutico.....	35
3.3. As perspectivas das acompanhantes e profissionais.....	54
3.3.1 <i>Familiares/Acompanhantes</i>	54
3.3.2 <i>Profissionais</i>	57
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	68
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	70

APRESENTAÇÃO

A escolha e motivação do tema deste projeto de pesquisa se deu através da minha trajetória pessoal entrelaçada com uma demanda emergente e atual de saúde mental. Minha mãe é professora de enfermagem em uma Universidade Federal e uma grande defensora do Sistema Único de Saúde (SUS), desse modo termos como USF (Unidade de Saúde da Família), UBS (Unidade Básica de Saúde), agente comunitário, saúde coletiva, entre outros, fizeram parte da minha infância, porém não entendia seus significados. Foi apenas após ingressar em uma Universidade Federal que comecei a dar sentido a todos os termos e conceitos escutados, e a minha visão em saúde se expandiu.

Entendi que se fazer um cuidado na rede pública engloba mais do que apenas os elementos biomédicos do paciente, é preciso pensar no contexto que ele está inserido, quais são as complexidades dele, pois a saúde não é só a ausência de doenças, e a doença não é só um conjunto de sintomas orgânicos. Ao estudar a Rede de Atenção Básica em Saúde e (RAS) e Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) me deparei com o conceito de itinerários terapêuticos, um dispositivo de Durante essa minha busca em compreender melhor a rede, que tive acesso ao conceito de itinerário terapêutico, um dispositivo de cuidado que pode ser utilizado pela rede para entender como ela está funcionando da perspectiva do usuário.

O meu interesse em compreender as lógicas do cuidado em saúde mental a partir dos itinerários terapêuticos do usuário de uma RAPS local se deu também ao ver a escassez de estudos sobre essa temática, principalmente no estado de São Paulo. Segundo Ferla (2010) apesar da saúde mental ter obtido diversos avanços estratégicos e multiprofissionais no SUS, essa atenção em saúde ainda é muito fragmentada e centrada na clínica biomédica, não proporcionando o cuidado da forma mais integral como prevêem os princípios norteadores do SUS (BRASIL, 1990).

1. INTRODUÇÃO

1.1 Sistema Único de Saúde

Durante a década de 1970 surge no Brasil o Movimento de Reforma Sanitária (MRS), o qual se desenvolve a partir da organização dos trabalhadores na época de redemocratização pós-ditadura para lutarem por uma saúde mais justa, com equidade na atenção, universalidade de acesso, descentralização e participação popular na gestão. O MRS dará origem ao Sistema Único de Saúde (MACHADO, 2006).

Dessa forma, o SUS foi instituído com a Constituição de 1988, onde a saúde tornou-se um direito dos cidadãos e um dever do Estado (BRASIL, 1988). Com ele, repensou-se vários conceitos de saúde pública, entendendo o cuidado não somente em um nível biomédico e orgânico, mas também cultural e social, produzindo um cuidado em rede integrado e integral. Assim, novos termos foram surgindo, como determinantes sociais, cuidado territorial e itinerários terapêuticos - tema deste estudo.

Ademais, ele é pautado em alguns princípios norteadores: descentralização, regionalização e hierarquização (BRASIL, 1990). Isso significa que as responsabilidades dos serviços de saúde foram redistribuídas entre o nível federal, estadual e municipal, dando maior liberdade administrativa aos municípios. Aliado a isso, cada cidade deve dividir o seu território, instituindo onde cada população deve ser atendida e os serviços a serem oferecidos.

Para que tudo ocorra de forma organizada, o SUS é estruturado em um sistema de rede com níveis poliárquicos, a chamada Rede de Atenção à Saúde (RAS), formada por: atenção básica (AB), atenção especializada (AE) e hospitalar urgência e emergência. A AB se configura como a principal porta de entrada para o sistema de saúde, dessa forma ela é a responsável por fazer o acolhimento das demandas e busca ativa com avaliação de vulnerabilidade. Isso implica em ser capaz de acolher os pacientes no momento em que demandam, treinando e organizando a equipe para realizar o melhor atendimento com a máxima resolutividade, encaminhando, se necessário, a AE ou hospitalar. Ela também deve

se vincular ao território em que está localizada através de visitas domiciliares e análise das condições da comunidade, para assim avaliar as famílias e o risco e vulnerabilidade que elas enfrentam (CAMPOS, GUTIÉRREZ, GUERRERO E CUNHA, 2010).

Além disso, a atenção básica rompe com a ideia de uma clínica biomédica centrada na doença e produz uma clínica ampliada e compartilhada em saúde, ou seja, é necessário considerar não apenas a dimensão orgânica da doença, mas também seus aspectos subjetivos e sociais. Para isso, a equipe deve planejar intervenções que incidam nessas três áreas do paciente, a construção de vínculos ajuda a tornar o processo mais fácil. Assim, a clínica deve ser ampliada no sentido de olhar para todos os determinantes sociais de saúde de cada indivíduo, e compartilhada, pois tanto o diagnóstico quanto o processo terapêutico dependerão da participação do usuário juntamente com os profissionais da rede (CAMPOS, GUTIÉRREZ, GUERRERO E CUNHA, 2010).

Neste sentido, os procedimentos de prevenção e promoção de saúde também se configuram como responsabilidade da AB. Através de um trabalho territorial, os equipamentos da AB devem se mobilizar para realizar campanhas de vacinação, educação, busca ativa de doentes, entre outras tecnologias leves de cuidado, a depender da necessidade identificada no território.

Com o intuito de incluir ainda mais a população no processo de cuidado territorial existe a cogestão da população na administração desses serviços de saúde. Essa foi uma das principais conquistas da Reforma Sanitária, empoderando a comunidade a participar de toda a estrutura de saúde de seu território, colaborando para a elaboração de intervenções e práticas que beneficiem mais ativamente toda a população (CAMPOS, GUTIÉRREZ, GUERRERO E CUNHA, 2010).

Toda a RAS deve ser gerida pelo princípio de cuidado integral e integrado. O conceito de Cuidado aqui tem um sentido mais amplo do que apenas tratar ou curar, Cuidar no sentido ontológico, segundo Ayres (2017), seria considerar a dimensão existencial, além das dimensões biopsicossociais, envolveria articular a produção da saúde com a produção da própria vida, dos modos de ser de cada pessoa, considerar os projetos de vida e o lugar da saúde nestes projetos. Esta perspectiva

de Cuidado coloca presente e futuro em relação, demanda pensar junto com o paciente como caminhar em direção aos projeto de vida, pensar a longo prazo e qual seria a viabilidade dos tratamentos propostos (AYRES, 2017). A integralidade assume aqui um papel maior que um simples conceito, é um horizonte ético-político, pautado na práxis e também um dos princípios norteadores do SUS, e o mais polissêmico deles é ela que irá nos dizer como realizar um cuidado em saúde que abarque universalmente às necessidades de cada indivíduo (AYRES, 2009; 2012).

O significado mais conhecido de integralidade do cuidado é o olhar ampliado ao sujeito atendido, que vai além do nível biomédico, considerando os determinantes de saúde, mas isso também significa adequar as nossas práticas a esse contexto, compreendendo a complexidade que existe entre a equipe médica e o usuário (MATTOS, 2004). Assim, não é apenas receitar um medicamento, ou fazer um encaminhamento, mas entender como aquele sujeito irá se comportar diante dos tratamentos propostos e qual é o mais adequado considerando o seu contexto.

Ademais, na dimensão da integração os diferentes pontos da rede devem se articular para elaborarem um plano de cuidado que corresponda ao contexto do usuário, não o abandonando em nenhum ponto da rede, oferecendo um suporte adequado. Dessa forma a RAS deve conversar entre si para fazer o melhor cuidado, assim se um ponto falha toda a rede será prejudicada, diminuindo a qualidade da assistência à população.

1.2 Saúde mental: aspectos conceituais e históricos

Na Grécia antiga, a saúde era vista como um estado de equilíbrio entre corpo, mente e alma. Esse conceito holístico de saúde foi promovido por figuras como Hipócrates, que defendia que a saúde era uma consequência natural de uma vida em harmonia com a natureza (HIPÓCRATES, 1975). Esse conceito foi influente na medicina ocidental até o século XVII, quando a revolução científica e a descoberta da anatomia humana começaram a mudar a forma como a saúde era compreendida.

No século XVIII e XIX, com o surgimento de epidemias e guerras, a saúde começou a ser vista como um estado de normalidade a ser preservado. A medicina se desenvolveu como ciência, buscando definir patologias e propor tratamentos e curas para as doenças (PORTER, 1997). Nesse período, houve uma ênfase

crescente na identificação e tratamento de doenças específicas, em detrimento do entendimento da saúde como um todo (JACKSON, 2011).

No entanto, nas últimas décadas do século XX, a saúde coletiva vem buscando mudar esse conceito reducionista e biomédico de saúde para uma definição mais ampla e holística, como na Grécia antiga. Essa visão inclui não apenas a ausência de doenças, mas também a promoção de um estilo de vida saudável, que engloba a alimentação adequada, o exercício físico, o sono regular e o equilíbrio emocional (CECCIM, FERLA, 2010).

Quando se trata de saúde mental em um sentido transcultural, o termo torna-se polissêmico e difícil de definir de uma única maneira. A Organização Mundial da Saúde (OMS) define saúde mental como "um estado de bem-estar no qual um indivíduo percebe suas próprias habilidades, pode lidar com os estresses cotidianos, pode trabalhar produtivamente e é capaz de contribuir para sua comunidade". No entanto, essa definição se torna problemática quando se considera a visão mecanicista da saúde que se baseia em uma definição de saúde mental reduzida a um completo estado de bem-estar físico, mental e social. Isso ignora a complexidade da vida cotidiana, onde estresses, desafios e problemas são inevitáveis e fazem parte da experiência humana. Além disso, essa visão reducionista da saúde mental tende a enfatizar a ausência de transtornos mentais, ignorando a importância de promover a resiliência e a capacidade de lidar com os desafios da vida.

Segundo Foucault (1975) o contexto histórico e a sociedade em que o indivíduo está inserido são essenciais para que nós possamos construir uma definição de saúde mental. Pois, como tudo na ciência, as teorias são constructos, compreensões sobre a realidade, atravessadas por questões históricas, econômicas, ideológicas e culturais. O louco do século XIX não era mais um estado de total perda da razão, mas sim uma visão dialética em que há uma contradição em sua racionalidade, o que possibilita, a cura e tratamento. Assim, "o louco não pode ser louco para si mesmo, mas apenas aos olhos de um terceiro que, somente este, pode distinguir o exercício da razão da própria razão" (FOUCAULT, 1978, p. 206).

Contudo, a saúde mental ainda é muito negligenciada na maior parte dos países (WHO, 2000). Segundo o Relatório Mundial da Saúde emitido pela OMS em

2001 mais de 450 milhões de pessoas sofrem de perturbações mentais ou comportamentais, porém apenas uma pequena parcela recebe tratamento. O relatório ainda traz que na maioria dos países em desenvolvimento a população com transtornos mentais não recebe nenhum tratamento do Estado, o que as transforma em vítimas de suas doenças e se tornam alvos de estigma e discriminação.

No contexto brasileiro Mari (2011, p.4594), afirma que:

O aumento da longevidade e a melhora dos indicadores de saúde das últimas décadas posicionaram os transtornos mentais entre os problemas mais importantes de saúde pública, aproximando os do câncer, das doenças cardiovasculares e das doenças infecto contagiosas. O impacto estimado dos transtornos mentais na carga de doenças é de 18%, podendo se acrescentar mais 10% devido a causas externas, principalmente homicídios e acidentes de trânsito.

Quando olhamos para o campo da atenção psicossocial no Brasil, vemos que é um espaço que foi ganhando sua personalidade diversa e multiprofissional com novas propostas de cuidados terapêuticos desde dos anos 1990 quando o movimento da Reforma Psiquiátrica começou a ganhar força no país (ALMEIDA 2002).

A Reforma Psiquiátrica foi um movimento internacional em favor da mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde mental, que defendia a saúde coletiva, equidade nos tratamentos, autonomia dos trabalhadores e usuários e formas de cuidado integradas (BRASIL 2005). Desde os anos 1940 já existiam movimentos pontuais de humanização do tratamento da loucura, contudo a reforma psiquiátrica ganha força nos anos 1970, resultado de uma crise no modelo de assistência manicomial pós Segunda Guerra Mundial - marco histórico onde várias discussões sociais ganharam amplitude social o que culminou na elaboração da Declaração Universal dos Direitos Humanos proclamada pela Assembléia Geral das Nações Unidas em 10 de dezembro de 1948 (MACHADO, 2006).

No Brasil a Reforma Psiquiátrica surgiu em paralelo e articulada com do Movimento de Reforma Sanitária (MRS) inspirada nos acontecimentos que ocorriam na Europa, principalmente na Itália - precursora da luta antimanicomial - e também

do período ditatorial que o país passava. O movimento rejeitava principalmente o modelo asilar, biomédico, em que os pacientes ficavam presos em instituições por longos períodos de tempo - em alguns casos toda a vida - sem contato com o mundo social e sem visar uma reintegração à sociedade.

No final dos anos 1980 o primeiro Centro de Atenção Psicossocial foi inaugurado em Santos/SP, o que fortalece ainda mais o movimento. Em 1989 será apresentado o Projeto de Lei nº 3657/89 do deputado Paulo Delgado que só será aprovada em 2001, constituindo um marco na luta antimanicomial no Brasil. A Lei Paulo Delgado (como ficou conhecida) prevê a extinção progressiva dos Manicômios e a substituição por novos mecanismos como os CAPS.

A III Conferência Nacional de Saúde Mental também merece destaque como um dispositivo fundamental de participação e controle social, foi convocada logo após a promulgação da lei 10.216 e teve etapas municipais e estaduais. Durante a conferência foi elaborado o Relatório Final que trouxe propostas, estratégias, princípios e diretrizes para a reforma psiquiátrica. Assim, a III Conferência Nacional de Saúde Mental e a Lei Paulo Delgado foram os marcos para os processos de desinstitucionalização com a redução de leitos nos hospitais psiquiátricos, a criação do Programa de Volta para Casa e as Residências Terapêuticas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

O Programa de Volta para Casa foi um auxílio do Governo para ajudar na inserção social de pessoas há muito tempo hospitalizadas. Já as Residências Terapêuticas são casas com no máximo 8 moradores, fornecidas pelo Estado para reintegrar os indivíduos institucionalizados que não tinham para onde ir após saírem das instituições de volta à sociedade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005). Desse modo, podemos dizer que o Brasil avançou muito para construir uma clínica antimanicomial durante a década de 2010.

Porém, a Política Nacional de Saúde Mental vem sofrendo um desmonte gradativo, em especial no período de dezembro de 2016 a maio de 2019 foram divulgados quinze documentos que formam a nota técnica 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS. Esses documentos contrariam o modelo de saúde mental pautado na liberdade, respeito e autonomia para com as pessoas com transtornos mentais, eles pregam incentivam a internação psiquiátrica, financiando

comunidades terapêuticas religiosas que se baseiam em abordagens punitivistas e privativas para lidar com as questões de álcool e outras drogas (CRUZ et al, 2020).

1.3 A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)

Como produto da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), foi instituída a A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) foi instituída em 23 de dezembro de 2011 com a Portaria n.º 3.088 do Ministério da Saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS, essa rede seria responsável por realizar o acolhimento e cuidado de pessoas em crises agudas de transtornos mentais, decorrente ou não do uso de drogas, incluindo possíveis internações. O centro coordenador de todo o cuidado seriam os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) (BRASIL, 2011).

Ainda, segundo a Portaria n.º 3.088 de 2011, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011, página 2), a RAPS é formada pelos seguintes componentes:

I - Atenção básica em saúde, formada pelos seguintes pontos de atenção:
a) Unidade Básica de Saúde; b) Equipe de atenção básica para populações específicas: 1. Equipe de Consultório na Rua; 2. Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório; c) Centros de Convivência;

II - Atenção psicossocial especializada, formada pelos seguintes pontos de atenção: a) Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades;

III - Atenção de urgência e emergência, formada pelos seguintes pontos de atenção: a) SAMU 192; b) Sala de Estabilização; c) UPA 24 horas; d) portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro; e) Unidades Básicas de Saúde, entre outros;

IV - Atenção residencial de caráter transitório, formada pelos seguintes pontos de atenção: a) Unidade de Recolhimento; b) Serviços de Atenção em Regime Residencial;

V - Atenção hospitalar, formada pelos seguintes pontos de atenção: a) enfermaria especializada em Hospital Geral; b) serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas;

VI - Estratégias de desinstitucionalização, formada pelo seguinte ponto de atenção: a) Serviços Residenciais Terapêuticos; e

VII - Reabilitação psicossocial.

Os CAPS, estão organizados nas seguintes modalidades (BRASIL, 2011 página 4):

I - CAPS I: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e também com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas de todas as faixas etárias; indicado para Municípios com população acima de vinte mil habitantes;

II - CAPS II: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, podendo também atender pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, conforme a organização da rede de saúde local, indicado para Municípios com população acima de setenta mil habitantes;

III - CAPS III: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS Ad, indicado para Municípios ou regiões com população acima de duzentos mil habitantes;

IV - CAPS AD: atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço de saúde mental aberto e de caráter comunitário, indicado para Municípios ou regiões com população acima de setenta mil habitantes;

V - CAPS AD III: atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades de cuidados clínicos contínuos. Serviço com no máximo doze leitos para observação e monitoramento, de funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana; indicado para Municípios ou regiões com população acima de duzentos mil habitantes; e

VI - CAPS I: atende crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço aberto e de caráter comunitário indicado para municípios ou regiões com população acima de cento e cinquenta mil habitantes.

Os princípios e diretrizes definidas pelo Ministério da Saúde se configuram como um grande passo para a efetivação da Reforma Psiquiátrica, porém para que ela realmente seja aplicada é preciso que todos os equipamentos da rede se articulem com a dimensão micropolítica de produção de subjetividade (BARROS, 2003; COSTA e PAULON, 2012; PANDE e AMARANTE, 2011). A clínica produzida pelos CAPS não pode ser construída de forma separada dos outros elementos da RAPS, pois se pretendem oferecer ao usuário um auxílio integral e integrado, os profissionais devem experimentar a multidisciplinaridade que a rede proporciona (RODRIGUES, 2003). Se não o fizerem correm o risco de que os CAPS acabem por reproduzir o antigo modelo manicomial, ainda que de uma forma sutil (KAMMER, MORO, ROCHA, 2020).

Desse modo, é preciso acompanhar a RAPS para saber se as diretrizes propostas pelas portarias realmente estão sendo cumpridas na prática e como está sendo a implementação desses serviços no município. Quais as expectativas que os usuários possuem sobre os equipamentos? Elas estão sendo cumpridas? O trabalho que está sendo feito realmente vai de acordo com o proposto na Reforma Psiquiátrica ou práticas antigas ainda são reproduzidas?

Neste sentido, define-se como foco de pesquisa os caminhos percorridos pelos usuários da Rede de Atenção Psicossocial de um município no interior do estado de São Paulo em busca do cuidado. O conceito chave e recurso metodológico da pesquisa será o **Itinerário Terapêutico**, que é um dispositivo de cuidado que permite investigar a rede, entendendo se está ocorrendo o cuidado integral e articulado, como também permite compreender a perspectiva do usuário sobre a rede.

Os itinerários terapêuticos buscam analisar as práticas individuais e coletivas - em um âmbito cultural - que um indivíduo percorre para buscar a solução de seus problemas de saúde (GERHARDT, 2006). As escolhas que o sujeito toma na preservação ou recuperação de sua saúde podem ser determinadas por fatores de custo benefício (MECHANIC & VOLKARTY, 1960), culturais, cognitivos e sociais (CABRAL et al, 2011).

Os primeiros estudos sobre itinerários terapêuticos ocorreram na década de 1960 e buscavam compreender de que forma os indivíduos buscavam resoluções

para seus problemas de saúde. Percebeu-se que cada sociedade constrói uma noção de saúde e doença diferente da outra, tendo, desse modo, diferentes formas de conduta e tratamento (FERREIRA, SILVA, 2012).

De acordo com Mângia e Yasutaki (2008, p. 62):

Conhecer a construção de itinerários terapêuticos propicia o entendimento sobre como ocorre o movimento de identificação dos problemas acarretados pelos transtornos mentais e a busca de soluções que possam estabilizar o cotidiano dos sujeitos e sustentar novas maneiras de organizar suas vidas.

Um estudo realizado por Santos e Silva (2014) visava investigar as condições de vida e os itinerários terapêuticos de duas populações quilombolas em Goiás. Para tanto, elas utilizaram um questionário familiar, entrevista semiestruturada e observação participante. A partir dos dados coletados, as pesquisadoras puderam identificar que a principal forma de cuidado dessa população são os saberes populares, religiosos e os conhecimentos biomédicos que os serviços de saúde disponibilizam, muitas vezes presentes através da automedicação. Porém, os postos de saúde do bairro estão frequentemente sem profissionais, o que mostra a falta de atenção pública e a marginalização da população.

Ademais, um outro estudo realizado por Ribas, Concone e Picoli (2016) teve como objetivo investigar os itinerários terapêuticos dos indígenas Teréna do Mato Grosso do Sul. Desse modo, elas utilizaram, como método qualitativo, entrevistas semiestruturadas e a observação participante. As pesquisadoras identificaram que a tribo entendia a saúde e a doença como relacionadas principalmente às questões climáticas, influências do meio urbano, quebra de regras e a disponibilidade de terras. Além disso, observaram que a busca pelo cuidado era mais voltada para os saberes populares e religiosos, enquanto o atendimento biomédico ficava em segundo plano.

Assim, ao entender os itinerários terapêuticos da população do nosso território, tomamos posse de um conhecimento sobre etnográficos da região, que ajudam os profissionais de saúde a formarem estratégias de cuidado que cheguem com mais efetividade nos usuários. O modo como o usuário anda pela rede nos reflete como ela está funcionando e quais são as suas fragilidades.

E, quando falamos de SUS, é preciso pensar no usuário como indivíduo e cultura/comunidade. Como o sistema pode atingir todas as pessoas e cumprir o que a lei garante - o acesso aos serviços de saúde e um cuidado integral para todos? Assim, têm-se como hipóteses que:

- Ao investigar os itinerários terapêuticos dos usuários da RAPS local será possível verificar em que medida a rede está articulada e produzindo um cuidado em saúde mental integrado, coletivo e público.
- Os indivíduos se usam da racionalidade singular ao caminhar e buscar ajuda na RAPS, ou seja, eles seguem prioritariamente o que valorizam como experiências positivas, compreensões sobre sua saúde e informações - e a qualidade dessas - sobre a RAPS. Nem sempre este conjunto de elementos está condizente com o fluxo estabelecido pela linha de cuidado em saúde mental daquele município. Quando um indivíduo está na fase aguda do seu transtorno mental ele poderá ter dificuldades em se encaixar exclusivamente no fluxo pré definido pela gestão da RAPS. Desse modo, a lógica da organização da RAPS precisa ter sensibilidade e equidade para acolher esse usuário, evitando agravar a vulnerabilidade da fase aguda.

1.4 Justificativas

1.4.1 Justificativa social

Onocko-Campos e Furtado (2006) dissertam sobre a importância de pesquisas que tratem do CAPS e da RAPS, pois estas não só auxiliam na geração de subsídios para a Reforma Psiquiátrica, como também, geram materiais sobre as nossas políticas públicas e avaliação dos serviços de saúde. Neste sentido, é preciso saber se o cuidado que está sendo ofertado aos usuários corresponde ao que é defendido pelas portarias, ele está sendo integrado e integral como deveria?

Portanto, o presente estudo buscou investigar os caminhos que um usuário da RAPS local faz em busca de cuidado e, deste modo, avaliar como a rede está atendendo os interesses da população, seguindo, ou não, as diretrizes previstas.

1.4.2 Justificativa científica

A relevância científica evidencia-se pela escassez de materiais com uma abordagem qualitativa-interpretativa sobre esta temática, especialmente no estado

de São Paulo. Ao fazer um levantamento bibliográfico utilizando as plataformas Scielo, Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e Sociedade Brasileira de Psicologia (SBP) com o descritor “saúde mental”, encontramos mais de 6.000 materiais, porém quando o correlacionamos com “rede de atenção psicossocial” esse número cai para 300, e ao adicionar “itinerários terapêuticos” temos menos de 20 estudos, um número ainda mais reduzido se pensarmos apenas no estado de São Paulo. Dessa forma, é importante ressaltar que a escassez aqui apresentada, é de estudos que relacionam Saúde Mental, Rede de Atenção Psicossocial e Itinerários Terapêuticos, pois se considerarmos apenas esses conceitos isolados temos muitos estudos.

Nesse sentido, um novo estudo sobre a RAPS é de extrema relevância, principalmente considerando o momento de ataque que o sistema vem sofrendo. Levantar dados sistematizados podem trazer novos elementos de reflexão sobre o cuidado e embasar, a partir de evidências, novas estratégias para fortalecer a RAPS local.

1.5 Objetivos

1.5.1 Objetivo Geral

Investigar e descrever formas de (des)articulação da RAPS local, a partir dos itinerários terapêuticos de usuários da rede.

1.5.2 Objetivos específicos

Investigar e descrever o itinerário terapêutico de usuários da RAPS local.

Investigar e descrever a lógica de cuidado em saúde mental da RAPS local, a partir da experiência dos usuários

Investigar e descrever as estratégias de articulação entre pontos da RAPS, a partir da experiência dos usuários.

2. MÉTODO

2.1 Tipo de pesquisa

O presente estudo está inserido no campo das abordagens qualitativas-interpretativas, da pesquisa empírica e, por conta da pandemia por COVID19, da pesquisa virtual. Considerando que o objetivo geral foi investigar e

descrever o grau de articulação da RAPS local, a partir dos itinerários terapêuticos de usuários da RAPS local, o desenho da pesquisa configura um estudo de caso.

Utilizou-se a Hermenêutica-Dialética (MINAYO, 2014) como epistemologia, que se caracteriza pela compreensão dos discursos e sentidos através de uma perspectiva histórica e dialética, sendo este movimento contínuo e circular. Desse modo, a hermenêutica dialética busca compreender o sentido que se dá a interação (comunicação), cuja a linguagem é o elemento central. O pesquisador também assume o papel de sujeito de análise, não havendo separação entre o sujeito-objeto, pois ele também está inserido nessa interação. Assim, ao tentar compreender o discurso do outro o pesquisador percebe as contradições do fenômeno, reflete e gera uma síntese das afirmações e negações, sem excluir ou sobrepor nenhum dos lados (MINAYO, 2014). Por fim, a hermenêutica-dialética nos permite entender os discursos como o resultado de uma interação social, que ocorreram em um determinado tempo, espaço e local, como um processo crítico, intersubjetivo e social.

O estudo de caso pode ser definido como um meio de sistematizar dados sociais, preservando as subjetividades dos sujeitos envolvidos na pesquisa (GOODE, HATT, 1969, p. 422). Desse modo, esse caminho metodológico nos permite compreender a forma com que tal grupo se organiza e relaciona, entender seus significados e evidenciar quais fatores interferem em seus processos internos (MINAYO, 2014). Por meio do estudo de caso, a pesquisadora pode compreender melhor as experiências e intersubjetividades dos participantes.

2.2 Contexto empírico da pesquisa

A pesquisa foi realizada em um município no interior do estado de São Paulo. O município possui aproximadamente 250.000 habitantes, e destaca-se a presença de duas importantes universidades públicas que impactam positivamente na educação, ciência e tecnologia, economia e cultura do município.

Em relação à política de saúde, o município possuía, até 2016, uma organização territorial, conforme previsto nas diretrizes do SUS, constituída por cinco regionais de saúde responsáveis por coordenar as ações em saúde junto às unidades localizadas em seu território, realizando um cuidado integral que atenda as necessidades dos moradores locais. Atualmente as regionais formalizadas não

existem mais, porém ainda são utilizadas informalmente para organizar o território, no sentido de marcarem as lógicas cotidianas de trabalho dos profissionais nos diferentes equipamentos da RAPS.

É importante pontuar que o município não conta com todos os serviços de saúde mental que são recomendados pelo Ministério da Saúde levando em conta os parâmetros populacionais (BRASIL, 2009). O município, local da pesquisa, deveria ter os seguintes equipamentos da RAPS: 01 CAPS adulto III, 01 CAPSad III, 01 CAPSij, todos credenciados juntos ao Ministério da Saúde; além do suporte da Rede de Atenção Básica, com ações de saúde mental; serviços ambulatoriais de saúde mental e atuação adequada do SAMU. A realidade local se apresenta de forma diferente, uma grande fragilidade do suporte de urgência e emergência (FIORONI e DOBIES, 2010), inexistência de pontos intermediários da RAPS entre a atenção primária e os CAPS, em especial no cuidado infanto-juvenil, o município oferece um CAPSad III (respondendo ao que é preconizado pela portaria), um CAPS adulto II e um CAPSij sem credenciamento junto ao Ministério da Saúde.

Em estudo sobre a RAPS local, Oliveira (2016) identificou ausência de uma estrutura específica e estável para a implantação e implementação de política de saúde mental, o que demonstra importante fragilidade e aponta necessidade de investimentos e investigações que possam apoiar direcionamentos para avanços nesta área.

2.3 Participantes

O presente estudo teve como foco os usuários, seus familiares e profissionais de referência da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de um município no interior de São Paulo, que vivenciaram a trajetória de buscar apoio nesta rede conforme descrito pelo conceito de Itinerário Terapêutico. Para garantir uma maior abrangência e variabilidade de experiências, decidiu-se por definir um usuário de cada CAPS: um do CAPS II, um do CAPSad, e um adolescente do CAPSij. Associado a cada usuário de cada CAPS, estavam previstas entrevistas com um cuidador ou acompanhante correspondente, e pelo menos um profissional de saúde de cada equipamento que figurar no itinerário terapêutico dos participantes. Porém, não foi possível realizar entrevistas com profissionais de outros pontos da RAPS além dos CAPS, isso se deve a múltiplos fatores: muitas vezes os usuários não

sabiam quem eram os profissionais que os atenderam nos outros serviços, o que impossibilitou a busca por esse profissional; os profissionais identificados foram buscados pela pesquisadora, mas sem sucesso na resposta para uma entrevista. Os critérios para participar da pesquisa foram: i) aceitar participar do estudo; ii) estar em condições psíquicas e físicas de participar de uma entrevista; iii) ter sido ou estar sendo atendido em pelo menos dois serviços de saúde da RAPS, há pelo menos 06 meses, iv) ser cuidador ou acompanhante de uma pessoa que recebe os cuidados em saúde mental, v) ser profissional de saúde atuante na RAPS local há pelo menos 6 meses, vi) no caso do participante menor de idade atendido pelo CAPSij, ter entre 12 e 18 anos.

No início de 2021 foi feita uma aproximação inicial com a gestão da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), por meio da coordenação do Departamento de Gestão do Cuidado Ambulatorial (DGCA), responsável pelo campo empírico do estudo. A partir de reunião *on-line* foi apresentado o projeto em questão, bem como solicitado apoio para seu desenvolvimento, e informado o fluxo de submissão junto ao CEP UFSCar, e nos comprometendo a manter o parceiro gestor informado das situações de aprovação e/ou adequações do projeto. A autorização da SMS foi recebida em junho de 2021 (anexo 1) Em outubro de 2021 a orientadora da pesquisa retomou conversa com a coordenação do DGCA e com a coordenação de Saúde Mental do município, visando pactuar aspectos sobre recrutamento e seleção dos participantes da pesquisa. Tais pactuações refletem as etapas e fluxos descritos neste tópico.

No início de 2022, a pesquisadora, após pactuação com a gestão de cada serviço, participou da reunião de equipe dos três CAPS para divulgar a pesquisa e pactuar os participantes que seriam convidados. O CAPSij indicou 2 participantes, ambos aceitaram participar da pesquisa, porém foi concluída apenas a análise de uma participante; o CAPS II indicou uma participante, que aceitou participar da pesquisa; o CAPSad indicou dois participantes, ambos aceitaram o convite, porém foi concluída a análise de apenas uma participante, desta forma a pesquisa totalizou 8 participantes.

2.4 Cuidados éticos

Essa pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) em 15 de janeiro de 2022, sob registro CAAE: 53248921.9.0000.5504, e foi aprovada em 14 de fevereiro de 2022 sob o parecer número 5.242.255.

2.5 Instrumentos e modos de produção dos dados

Os instrumentos utilizados foram roteiros de entrevista semi-estruturados para cada um dos 3 tipos de participantes, As entrevistas foram realizadas de forma remota-virtual em decorrência das restrições impostas pela pandemia por covid19. De acordo com Minayo (2002) a entrevista se caracteriza como um procedimento eficaz e usual no trabalho de campo de uma pesquisa. Através dela conseguimos nos apropriar do discurso do participante e compreender seus significados, valores e crenças trazendo assim uma série de dados subjetivos e objetivos a serem analisados.

Na entrevista semi-estruturada o pesquisador propõe um foco para a conversa, e o participante discorre livremente sobre suas experiências. Considerando o desenho dos grupos de participantes, foram elaborados 3 roteiros de entrevistas: i) roteiro de entrevista com o usuário - 25 questões, ii) roteiro de entrevista do cuidador/acompanhante - 13 questões, iii) roteiro de entrevista com o profissional de saúde - 6 questões, todas foram elaboradas a fim de melhor responderem aos objetivos da pesquisa e seus embasamentos teóricos. Estes instrumentos podem ser visualizados nos apêndices 1, 2 e 3 respectivamente.

As entrevistas virtuais foram realizadas com os usuários da RAPS, pessoas que o próprio usuário indicou que o acompanham e um profissional de referência também indicado pelo usuário. É importante ressaltar que esse desenho de participantes resultou na formação de três trios usuário-acompanhante-profissional, sendo esperado, dessa forma, 9 participantes, porém uma acompanhante se recusou a participar da pesquisa, o que resultou em 8 participantes no total. Os roteiros de entrevista utilizados não foram seguidos à risca como um interrogatório, foi priorizada a dinâmica de diálogo interativo, oferecendo um espaço seguro e agradável para o participante. Neste sentido, no início de todas as entrevistas foi

feito um momento inicial de *rapport* que teve a função de receber a pessoa no *setting* virtual da entrevista, verificando se ela estava confortável e com condições de acessar as ferramentas digitais necessárias, além de deixá-la mais tranquila para o desenvolvimento da entrevista em si e da explicação do TCLE. Após este *rapport* (conversa inicial) foi pedido para que o participante narre a sua experiência com a RAPS e as partes do roteiro não foram contempladas pela narrativa espontânea foram investigadas de forma complementar.

Ademais, as entrevistas com os usuários foram feitas de forma individualizada, onde os participantes se encontraram em um ambiente privativo e que melhor representou seu conforto em relação a sigilo e autonomia. Destacamos ainda que ao longo das entrevistas os participantes tiveram liberdade em manifestar quaisquer dúvidas e comentários à pesquisadora.

2.6. Análise de dados

A análise de dados foi feita a partir da análise de conteúdo temática, tendo em vista que os dados coletados foram narrativos/discursivos. Para Bardin (2006) a análise de conteúdo busca obter, através de estratégias sistemáticas e objetivas, conhecimentos sobre os valores, crenças e significados presentes no discurso.

Desse modo, a análise de dados começou a partir da sistematização dos registros das entrevistas - os dados brutos - em pastas individualizadas. A próxima etapa foi a leitura exaustiva, suspendendo quaisquer compreensões prévias, para, dessa forma, estabelecer uma relação hermenêutica com o material e apropriar-se dos principais sentidos colocados no discurso. Para isso, a análise de dados já começou na postura da pesquisadora. Esses passos estão previstos na etapa de pré-análise descrita por Minayo (2014).

Posteriormente, a pesquisadora adentrou na etapa de exploração do material, que consiste em destacar os sentidos mais relevantes, baseados nos objetivos da pesquisa, os mais frequentes e comuns, e, uma terceira possibilidade, são sentidos que não estão previstos nos objetivos, não se repetem nas demais entrevistas, porém possuem uma grande relevância para quem falou (MINAYO, 2014). Essas marcações permitiram a identificação de possíveis núcleos de sentidos. É importante destacar que essa análise foi feita na verticalidade para cada participante.

Em seguida, realizou-se a análise transversal, dividida em três blocos: uma para os usuários, uma para os profissionais e outra para os acompanhantes/familiares. Este nível de análise permitiu confirmar, rejeitar ou reagrupar os núcleos de sentido individuais, estabelecendo as categorias temáticas que representam os sentidos coletivos/comuns do grupo pesquisado. Desta forma, a partir dos núcleos de sentidos identificados individualmente (análise vertical), foram definidas as categorias temáticas da pesquisa. Uma vez finalizadas as análises em cada um dos três grupos, a pesquisadora foi capaz de encontrar articulações entre as categorias temáticas encontradas em cada conjunto. Resultando, assim, numa compreensão analítica, sintética e ampliada dos resultados, o que justifica a escolha dos participantes (ver modelo de sistematização e análise de dados no apêndice 1)

Os produtos finais desta etapa - categorias temáticas - serão apresentados no capítulo 'Resultados e discussão', de forma articulada com as figuras dos itinerários terapêuticos, e em diálogo com a literatura e os conceitos base apresentados no tópico Introdução.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo apresentaremos os dados sistematizados a partir de uma análise qualitativa interpretativa, conforme descrita anteriormente. Considerando que o desenho metodológico previa três usuários de cada um dos CAPS e o objetivo principal era discutir o itinerário terapêutico dessas pessoas, optamos por apresentar os resultados da seguinte maneira: inicialmente teremos uma caracterização dos usuários e das entrevistas realizadas, seguida por uma síntese da história clínica (e elementos biográficos) e de vínculos de cada uma das três usuárias, que chamaremos de forma fictícia de Anna Freud, Melanie Klein e Nise da Silveira¹.

¹ Como todas as nossas participantes são mulheres, escolhemos esses nomes como uma forma de homenagear essas figuras femininas que foram tão importantes para o cenário da psicologia e dos estudos em saúde mental. Anna Freud foi uma psicanalista austríaca, filha do fundador da psicanálise, Sigmund Freud. Ela nasceu em Viena, em 1895, e, assim como seu pai, estudou medicina e psicanálise. Anna Freud ficou conhecida por suas contribuições à psicanálise infantil e ao tratamento de crianças e adolescentes com problemas emocionais e comportamentais. Melanie Klein foi uma psicanalista austríaca-britânica que se destacou por suas contribuições para a teoria psicanalítica e a psicanálise infantil. Sua abordagem se concentrou na relação mãe-bebê e na importância das primeiras experiências na formação da personalidade. Além disso, ela desenvolveu conceitos como as posições esquizoparanoides e depressivas, que tiveram grande influência na teoria psicanalítica e na psicologia clínica. Nise da Silveira foi uma psiquiatra brasileira que revolucionou o tratamento de doenças mentais no Brasil, defendendo a humanização e valorização dos pacientes. Ela criou a Seção de Terapêutica Ocupacional e Reabilitação do Hospital Pedro II, no Rio de Janeiro, onde promoveu a arte como forma de terapia. Nise também foi pioneira na aplicação da psicoterapia junguiana e na luta contra os tratamentos violentos como o eletrochoque e a lobotomia. Sua contribuição para a reforma psiquiátrica no Brasil a tornou uma figura icônica na história da psiquiatria e da saúde mental no país.

Posteriormente, será exposto o itinerário terapêutico das três participantes, já incluindo os relatos das acompanhantes e dos profissionais de referência, ilustrando o caminhar das pessoas pela RAPS com figuras e analisando criticamente esse caminhar. Logo após, serão apresentadas as percepções dos acompanhantes e profissionais.

A pesquisa contou com um total de 8 participantes, divididos em três trios, a identificação dos participantes seguirá através dos nomes fictícios expostos anteriormente e números que indicarão se são pessoas do 1º, 2º ou 3º trio. O primeiro trio é do CAPSij, onde temos: Anna Freud (U1), uma adolescente de 15 anos, indicou sua tia, A1, como acompanhante e PR1 como profissional de referência. O segundo trio, que virou uma dupla, é do CAPSad, onde temos: Melanie Klein (U2), uma mulher de 34 anos, indicou sua esposa, A2, como acompanhante, porém a mesma se recusou a participar da pesquisa, e PR2 como profissional de referência. O último trio é do CAPS II, onde temos: Nise da Silveira, uma mulher de 24 anos, indicou sua mãe, Lídia A3, como acompanhante e PR3 como sua profissional de referência.

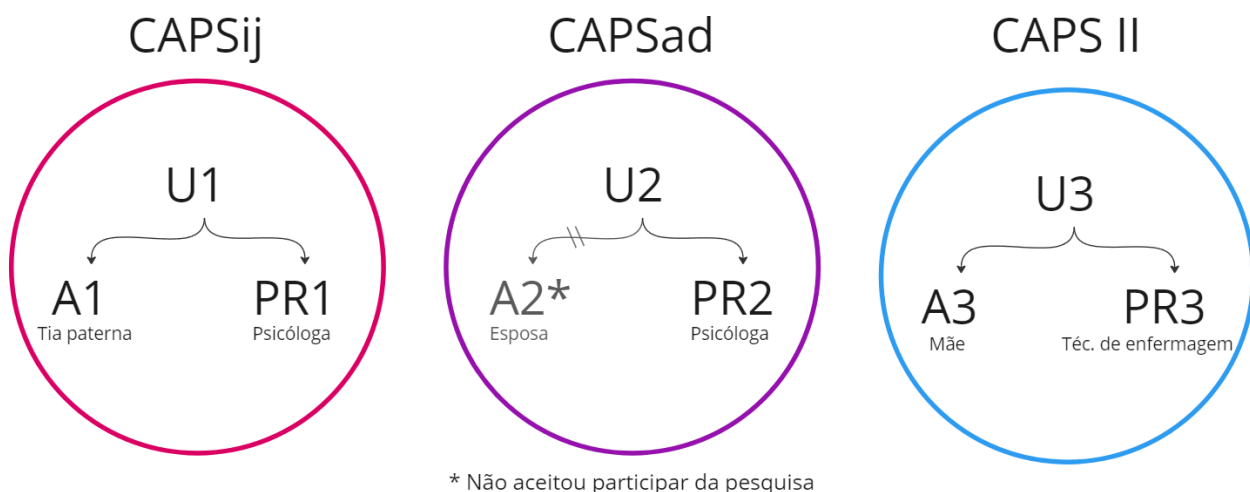
Abaixo temos o quadro de caracterização das participantes, seguido por uma figura ilustrativa para melhor visualização.

Quadro 1 - Caracterização das participantes

Participante	Idade	Gênero	Raça/etnia	Escolaridade	Profissão/Trabalho	Renda	Tempo de trabalho no serviço	Estado Civil
CAPSij								
U1	15a	Feminino	Negra	1º ano do EM	Estudante	R\$ 3.000,00	-	Solteira
A1	30a	Feminino	Parda	EM Completo	Vendedora	R\$ 3.000,00	-	Casada
PR1	34a	Feminino	Branca	ES Completo	Psicóloga	-	3 anos	-
CAPSad								
U2	34a	Feminino	Parda	EM Completo	Açougueira e Eletricista	R\$ 3.000,00	-	Casada
PR2	42a	Feminino	Branca	Mestre	Psicóloga	-	6 anos e 6 meses	-
CAPS II								
U3	24a	Feminino	Parda	EM Completo	Desempregada	R\$ 3.000,00	-	Solteira
A3	51a	Feminino	Parda	EM Incompleto	Auxiliar de Limpeza	R\$ 3.000,00	-	Casada
PR3	41a	Feminino	Negra	EM Completo	Técnica de Enfermagem	-	6 anos	-

Fonte: Dados dos participantes compilados pela pesquisadora

Figura 1 - Representação ilustrativa dos participantes, de acordo com cada CAPS



Fonte: Dados dos participantes compilados pela pesquisadora

As entrevistas semi-estruturadas para a coleta de dados ocorreram entre abril e junho de 2022 e tiveram duração média de 62 minutos, o quadro a seguir mostra detalhadamente essas informações.

Quadro 2 - Datas e duração das entrevistas

Participante	Data da Entrevista	Duração da Entrevista
U1	07/04/2022	46min
PR1	13/04/2022	43min
U2	14/04/2022	1h
A1	26/04/2022	1h12
PR2	10/05/2022	1h19
U3	06/06/2022	1h22
A3	14/06/2022	1h8
PR3	19/06/2022	46min
Média de tempo das entrevistas:		1h2min

Fonte: Dados das entrevistas compilados pela pesquisadora

3.1 Biografia resumida das usuárias

Este tópico dos resultados foi construído a partir dos relatos das participantes (usuárias, familiares, profissionais) e também das categorias analíticas que se relacionam intimamente com a compreensão das histórias de vida e histórias clínicas das pacientes. A categoria analítica que estará presente no tópico 3.1. é: Compreensões de si e formas de lidar com o próprio sofrimento.

3.1.1 Anna Freud (U1)

Anna Freud, que na época da entrevista tinha 15 anos, tem uma história de vida marcada por abandono e negligência familiar. Seus pais se conheceram no nordeste, local de seu nascimento. O pai de Anna Freud é dependente químico, o que gerava muitos conflitos dentro de casa, principalmente com a mãe de Anna, o que culminou na separação do casal. Após o divórcio, Anna foi morar com a avó paterna, junto com sua meia-irmã 3 anos mais velha. Quando Anna tinha 3 anos, a avó materna assumiu a criação de Anna e sua irmã, e a família paterna se mudou para o interior de São Paulo, fazendo com que a criança tivesse um contato mínimo e esporádico com eles. A avó cuidou de Anna e suas irmãs, que atualmente são três, até 2018, quando entregou as meninas para a mãe cuidar. A mãe, então, resolveu que mandaria as filhas para os respectivos pais, e Anna veio para o interior de São Paulo pela primeira vez.

“Aí chegou uma época que essa avó entregou todos os netos pras mães, tipo “não vou cuidar mais, estou entregando”. E aí, acho que ela falou “não, vou mandar pro pai agora cuidar, já cuidei foi demais”, mas não sei te fala muito porque. E aí mandou a menina, só que, conhecendo o meu irmão do jeito que eu conheço e o que meus pais passam, é muito complicado... eu como mãe jamais mandaria minha filha para um lugar desse.”

(A1)

Não há muitas informações sobre essa primeira estadia de Anna na cidade, apenas que ela ficou um ano aqui, morando com o pai na casa dos avós paternos, um ambiente hostil, com inúmeras brigas por conta do vício do pai de Ana. Depois desse primeiro um ano, Anna retorna para o nordeste, porque o pai não conseguia se responsabilizar pelo cuidado dela, não fica claro se ela volta a morar com a mãe ou com a avó materna. Em 2021 a mãe a manda novamente para o interior de São

Paulo, contra a vontade da adolescente, e essa vinda é marcada por ainda mais violências, negligências e abandonos.

É uma casa que vive, tipo assim, não estão os meus pais, nem meus outros irmãos, é o pai dela, entendeu? Que vive em brigas, brigas, ele começa as brigas, porque ele é... ele é usuário de... acho que é cocaína, né? Então tem época que ele tá bom, tem época que ele tá ruim. Tem época que ele tá tomando remédio, mas aí ele usa droga ou bebe, e aí tem muitas brigas e gritaria. Então não dá certo, não pode mandar uma criança para ver isso.

(A1)

Desse modo, o quadro psíquico de Anna vai se agravando, até que, em meados de julho de 2021 ocorre uma tentativa de suicídio por overdose de medicamento. O gatilho para a tentativa foi uma briga com o pai, onde ele se encontrava alcoolizado e ameaçou o avô de Anna com uma faca, ela foi tentar defender o avô e levou um tapa do pai. Após essa situação, ela foi até o banheiro, ingeriu as medicações do pai que estavam acessíveis e voltou para a sala, dizendo "Você quer que eu vou embora, pai? Eu vou embora, se você quiser, eu vou embora". A tia foi a única que teve a sensibilidade de perceber que havia algo de errado com Anna e conseguiram levar ela a tempo para cuidados médicos.

Fomos para a igreja e ficou ela, o pai dela e meu pai em casa e ele (o pai da U1) estava bebendo e aí eu acho que aconteceu alguma briga dele. (...) E aí ela veio andando do quarto, e daí ela virou assim: "você quer que eu vou embora, pai? Eu vou embora, se você quiser, eu vou embora". E aí eu percebi que ela estava muito mole. E aí, na hora, ele meio que deu uma sacudida nela "tá vendo? tá tomando remédio", aí eu vi que ela estava mole. Aí ela voltou para o quarto e se trancou lá dentro e eu saí correndo atrás dela, comecei a bater na porta e aí ela não respondia. E aí foi aí que teve que arrebentar a porta, mas se não, ia achar que era tipo um drama dela."

(A1)

Ah, no momento eu não estava passando por uma fase boa. Tive um gatilho e acabei... fazendo isso.

(Anna Freud, U1)

O itinerário terapêutico que Anna percorreu será apresentado no próximo tópico, porém é importante pontuar que ela teve uma internação breve em um hospital psiquiátrico. Após a alta, Anna retorna para a casa dos avós, porém assim que ela chega o pai a trata de forma hostil. A avó de Anna pede para que ela vá para

a casa da tia, “até se acalmar” e a menina acaba morando de vez com a tia, que assume sua guarda provisória e se torna a principal cuidadora de Anna. Construindo, pela primeira vez, um vínculo afetivo sem abandono, negligência ou violência. A tia assume para si o papel materno que Anna nunca teve, sendo inclusive verbalizado pela adolescente “*Queria que minha mãe fosse igual você tia. Queria que você fosse minha mãe*”.

No momento das entrevistas estava em andamento um processo junto ao CREAS para que a guarda de Anna fosse passada para a avó materna, o que era um desejo e pedido da adolescente. A mãe nunca mandou mensagem ou manifestou interesse por essa guarda. A tia se encontrava em grande sofrimento, não querendo que Anna fosse embora.

Eu quero... no momento eu optei por poder ir embora, porque... quando eu comecei a passar por isso, eu não tava pronta. Tipo assim eu não queria vim pra São Paulo pra isso. Porque eu era muito próxima da minha avó do nordeste, então eu ficar passando por isso sem ela, pra mim foi muito difícil. Não imaginava como seria, como foi [balança a cabeça em negativo]. Também não gostei de certas coisas que aconteceram. Então eu achei que... não seria bom pra mim aqui.

(Anna Freud, U1)

É um processo doloroso porque... ela quer ir embora. Tipo ao mesmo tempo que eu quero que vai, eu não quero que vai. Tipo assim, eu já tô sofrendo antecipado, né? (começa a chorar) Você se apega à pessoa e, querendo ou não, eu tenho medo, sabe? De chegar lá, e tipo, eu não sei o que ela está pensando.

(A1)

É uma história onde a negligência e o abandono familiar se constituíram nos maiores fatores de risco para o adoecimento de Anna. Toda a experiência e vivência dela com o sofrimento psíquico e com a busca por ajuda, está atravessada por isso. Ela sai do nordeste, que era o lugar mais seguro, mais familiar pra ela, vem para um lugar completamente estranho e sem vínculos significativos. Nesse momento Anna se vê abandonada, está se sentindo à deriva. E isso é um componente estrutural importante para agravar a situação dela de saúde mental, e é quando acontece o estopim da briga com o pai, ela tenta suicídio e é internada em hospital psiquiátrico fora do município.

É importante citar um detalhe marcante da história da mãe de Anna, ela também foi abandonada por sua mãe biológica durante a infância, e a avó materna citada no decorrer do texto é a sua madrasta, que assumiu o papel materno da mãe de Anna. Então vemos que a negligência e o abandono materno é geracional e atravessada por uma questão de gênero.

Através desse breve resumo da história clínica e de vínculos de Anna podemos ver que o seu sofrimento psíquico é um produto de determinantes psicossociais do processo de saúde-doença, marcado por um vazio no cuidado infantil, principalmente quando se fala de cuidado materno-infantil. Dessa forma, a família se configura como o principal desencadeador do sofrimento psíquico de Anna.

Normalmente, os outros problemas bem menor e acabo esquecendo disso. Então, não fica tão... presente ali, mas familiares me afeta mais. Por ser família eu não... me afeta mais.

(Anna Freud, U1)

Ademais, Anna relata que a sua única estratégia para lidar com o próprio sofrimento é a música, que costuma escutar quando não está bem, fora isso não procura ninguém e/ou nenhum serviço quando está mal, nem mesmo o CAPSij que é o equipamento de vínculo dela. Isso é um reflexo direto de sua história de abandono e negligência.

Ah... eu... na verdade eu normalmente não faço nada, eu só ignoro e fico escutando música até eu... eu começar a me sentir melhor.

(Anna Freud, U1)

Através desse olhar clínico podemos pensar em ações intersetoriais de promoção de saúde que devem ser ofertadas para Anna, para que ela consiga romper com esse ciclo de abandono.

3.1.2 Melanie Klein (U2)

A história de Melanie Klein começa há 19 anos, quando ela tinha 15 anos, período em que estava descobrindo sua sexualidade e acabou beijando sua professora da escola. Ela divide com a mãe o ocorrido, que reage de forma negativa, conta para o pai de Melanie e expõe a situação para a escola. O pai era homofóbico,

segundo relatos de Melanie Klein, e a expulsou de casa. Assim, a adolescente se viu desamparada e, sem saber para onde ir, foi morar com a professora, que naquela circunstância ficou desempregada.

Nesta nova rotina, Melanie Klein ficava muito sozinha na casa da professora, e sem o contato com os pais, os amigos se mostravam muito presentes e configuraram sua principal rede de apoio. Ela relata que seu cunhado ia todo dia visitá-la, e ele foi quem introduziu a conversa sobre droga para Melanie, dizendo que a turma toda estava usando e era “mó da hora”. Isso despertou o interesse na adolescente, agora com 16 anos, que decidiu que queria experimentar maconha e eles combinaram de usar. Porém, no dia combinado os amigos informaram Melanie que não tinha maconha, só “leite”, a gíria utilizada para se referir a cocaína, e ela decidiu que usaria mesmo assim e a partir do primeiro uso Melanie se viciou. Ela relata que cheirava de segunda a segunda de 30 a 50 pinos de cocaína por dia, por praticamente 18 anos. Até que aos 31 anos resolveu buscar ajuda.

A busca de Melanie pelo tratamento da adicção foi atravessada por diversos fatores. Primeiramente vemos que ela estava em um outro contexto de vida, mais velha, casada, em um relacionamento duradouro, com uma mulher que a princípio não sabia do seu vício e esconder da esposa estava se tornando uma tarefa difícil. Melanie começou a emagrecer muito e não ser mais capaz de manter a mesma “postura de antes”, como a mesma diz, fazendo com as pessoas a sua volta comesçassem a perceber a sua dependência química.

Conforme ela ia percebendo que outras pessoas estavam cientes da sua condição, pior ela ficava, aumentando um pensamento de paranóia que limitava seu cotidiano: não saia mais de casa, a não ser para trabalhar e comprar cocaína, e usando um dinheiro que era dela e da sua esposa para isso. Melanie Klein e sua esposa passaram a ser reconhecidas em biqueiras, o que a afetou profundamente, já que teve a consciência que estava prejudicando sua companheira, tanto financeiramente como socialmente. Tudo isso agravou sua condição de saúde mental, fazendo com que ela perdesse a vontade de viver. Até que Melanie decide procurar a esposa e juntas elas foram até o CAPSad, dando início ao tratamento na rede de saúde mental.

Já estava começando a gastar dinheiro do meu apartamento, do meu carro, tipo, eu estava afundando o meu relacionamento todo, sabe? Aí eu já

estava começando a entrar em depressão por eu estar afundando não só eu, tava afundando ela também, tipo, tava gastando um dinheiro que era nosso na biqueira, tipo, o pessoal tava reconhecendo a gente na biqueira, ela também, sabe?

Eu estava começando a ficar com vergonha de andar na rua com ela, o pessoal tava reconhecendo o nosso carro em biqueira quando ela dirigia, sabe? Aí eu estava começando a ficar com síndrome do pânico por causa disso, com vergonha do que ela estava passando por minha culpa

Aí eu comecei a ficar com pensamentos de suicídio, cê entendeu? Aí eu comecei a ficar me trancando dentro de casa, eu só saía para trabalhar, do trabalho eu ficava trancada dentro do quarto.

Fiquei, fiquei paranoica, cê entendeu? Eu fiquei num grau, eu cheguei num grau máximo que uma pessoa podia chegar.

(Melanie Klein, U2)

Segundo Melanie Klein, a fase mais difícil para um dependente químico é quando ele expõe sua condição para buscar o tratamento, pois há muito julgamento e as pessoas começam a “vigiá-lo” para que não use a droga, tendo assim, sua liberdade privada. No momento da entrevista já fazia 3 anos desde que começou a ser acompanhada pelo CAPSad, porém só havia parado de usar a cocaína há 1 ano, após uma internação em uma comunidade terapêutica, que foi um momento crítico. Antes disso, toda vez que melhorava, sentia que conseguia “esconder” novamente e voltava ao uso.

Melanie Klein também apresenta inúmeros juízos de valores sobre si mesma, com falas como:

É que a gente, o adicto é foda. A gente é muito foda. A gente é folgado, a gente é revoltado.

O adicto ele é... a gente é manipulador, a gente é mentiroso, é foda.

Quando eu vou buscar, eu já sei o caminho que eu vou fazer. (...) Tá tudo pensado aqui, a gente é inteligente, vai ficar se fazendo de coitado? Ah, eu pego por impulso", mentira.

(Melanie Klein, U2)

Em relação às estratégias de coping de Melanie, vemos que o trabalho tem um papel importante para sua saúde mental, dessa forma ela trabalha de segunda à

domingo de manhã. Ademais, Melanie também acompanha sua esposa em shows, pois a mesma faz parte de uma banda, e relata o consumo de álcool nessas ocasiões, que segundo ela, não desencadeia um gatilho para o uso de cocaína. Fora isso, Melanie não possui mais nenhum mecanismo de defesa, apresentando pouquíssimas ferramentas para lidar com seu sofrimento.

Trabalho o dia inteiro e não tenho tempo para pensar. (...) Então, aí... de sábado é a mesma coisa, eu trabalho. Aí de domingo, eu trabalho até... não tenho folga, de domingo faço bico até as 15h00, mas geralmente fico de domingo, que minha esposa tem a banda dela, aí eu fico vendo eles ensaiar. De sábado eles ensaiam também ou eles vão fazer apresentação com a banda em algum barzinho, vou junto. Fico tomando uma cerveja que não pode, né? Dá gatilho. Mas eu não estou tendo. Acompanho eles, com a esposa do baterista, que é nosso grupinho, nos barzinho aí, vendo eles tocar, tietando. Ou vendo eles ensaiar também.

(Melanie Klein, U2)

A história clínica de Melanie Klein é atravessada por questões de gênero e sexualidade, onde vemos que a negligência e o abandono familiar, causada por um preconceito (homofobia), se constituíram como fatores de risco para o uso da substância. Naquele contexto, os amigos eram as principais fontes de vínculo e a substância psicoativa apareceu nessa rede de apoio. É possível perceber que o julgamento de terceiros é algo que causa muito sofrimento psíquico nela, se configurando como uma das principais causas para a busca de tratamento. O maior problema para Melanie não era o uso da substância em si, mas sim as outras pessoas a perceberem como uma dependente química e todos os juízos de valor que acompanham esse papel.

3.1.3 Nise da Silveira (U3)

A história clínica de Nise da Silveira começa em 2011, quando ela tinha 13 anos. O sonho de criança dela era frequentar uma escola muito bonita e famosa no município, bem localizada na região central da cidade. Em 2011 Nise da Silveira conseguiu a tão sonhada vaga, porém ao começar a frequentar a escola percebeu que não seria tão bom como ela havia idealizado, pois começou a sofrer bullying. As ofensas eram direcionadas ao seu cabelo, seu peso e seus gostos - pois Nise era fã de bandas de rock. Somado a isso, ela teve seu primeiro amor e também a primeira

desilusão amorosa com uma pessoa que estaria presente em sua vida por muitos anos.

Porque era meu sonho de criança estudar lá, só que eu sofri bullying, né? As pessoas falavam do meu cabelo...

Aí depois quando eu fui para o ensino médio, eu ainda gostava desse mesmo menino, da desilusão amorosa dos 13 e, tipo, ele esteve minha vida durante muitos anos.

(Nise da Silveira, U3)

A mãe de Nise, relatou que após entrar na nova escola, ela começou a desafiar os pais, e a ter comportamentos “rebeldes” que não tinha antes, como faltar às aulas escondido. Um episódio marcante na vida de Nise e que iniciou a busca por tratamento pelos seus pais foi quando, no final de 2011, a adolescente fugiu de casa no meio da noite para ir em uma festa universitária que estava acontecendo na cidade. Porém ela acabou sendo detida pela polícia que foi, junto com o conselho tutelar, devolver a menina para a casa dos pais. No dia seguinte foi pedido para que os responsáveis fossem até o conselho tutelar junto com Nise, chegando lá a família relatou os problemas de convivência e comportamento da adolescente e o conselho indicou que procurassem uma psiquiatra particular, pois não havia nenhum psiquiatra infantil na RAPS local na ocasião.

A mãe relata que foi difícil levar ela na médica particular, já que eles tinham algumas limitações financeiras, mas conseguiram marcar a consulta. A psiquiatra diagnosticou Nise da Silveira com bipolaridade, dizendo que a causa havia sido a desilusão amorosa que havia sofrido aos 13 anos de idade, além disso, ela também passou medicações para a adolescente. Eles mantiveram esses atendimentos particulares por um período, até que não tiveram mais condições financeiras e continuaram o tratamento medicamentoso na rede pública. Na época Nise chegou a fazer algumas sessões de psicoterapia em um ambulatório infantil localizado em um centro de especialidade da RAPS local, quando ainda não existia o CAPSij, quando o mesmo inaugurou Nise também teve alguns atendimentos lá.

Aí um dia a gente estava aqui em casa dormindo, ela saiu sem a gente ver, eu, meu marido, dormindo aqui no quarto do fundo, e ela saiu sem a gente ver. (...) Então, aí eu estava aqui em casa e deu sinal na campainha. E eu saí, aí era a polícia, estava a polícia e o guarda municipal e o Conselho Tutelar com ela. E falou para mim: você é a mãe da U3? E eu não entendi nada porque eu falei: como assim? Eu falei: sou. Aí ela falou assim: a gente,

está com ela aqui. (...) Porque aí a gente no outro dia teve que ir lá no Conselho Tutelar com ela. (...) Só que como não tinha na rede (psiquiatra), não tinha pra adolescente, falaram dessa doutora particular. Aí a gente não tinha condição, na época, a gente fez das tripas coração e levou ela. (...) até que a gente não aguentou mais e foi para a rede pública porque não tinha condição. E é isso, ela ficou tomando medicamento e ela ficou bem.

(A3)

Ó, assim, a médica que descobriu o transtorno bipolar, ela falou que é uma desilusão amorosa (que causou o quadro).

(Nise da Silveira, U3)

Nise foi seguindo sua vida com os tratamentos terapêuticos e medicamentosos que recebia. Aos 15 anos teve uma gravidez fruto da mesma relação amorosa desde os 13 anos, ao comunicar ao parceiro, este se afastou justificando que tinha outro relacionamento. , A primeira “crise” de Nise, nome com que ela e a família se referem ao episódio, aconteceu quando ela tinha 19 anos e decidiu que não queria mais continuar tomando as medicações que fazia uso desde os 13 anos de idade, além disso ela não estava frequentando nenhuma terapia na época.

Durante a crise Nise dissocia, não se lembrando de nada do que aconteceu, dessa forma, todos os relatos dela sobre esse período são baseados no que as outras pessoas contam a ela. Nise diz que quando ela está em crise vira uma outra pessoa, assumindo uma “nova personalidade”, começa a sair muito de casa, passa dias sem dormir, fica “rebelde”, sai do emprego, rompe amizades e relacionamentos.

Na ocasião de sua primeira crise, a mãe a levou para a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) - serviço de urgência-emergência, que por sua vez a encaminhou para internação em um hospital geral universitário (HU) com leitos psiquiátricos. Essa internação durou 9 dias, e Nise diz que a única coisa que se lembra era que sentia que não deveria estar lá.

Quando eu estou em crise, não parece que sou eu.

Essas coisa que eu estou te falando são baseadas nas coisas que meus pais contaram para mim, porque eu lembrar mesmo eu não lembro de nada.

Aí vai fugindo, fugindo, fugindo da realidade, por causa da falta da medicação, aí a hora que vai ver já está lá internada, entendeu?

Eu sei te falar da primeira vez que eu me sentia tipo, para mim eu não tinha que estar lá, entendeu? Eu me sentia como se eu estivesse deslocada. Tipo assim, "O que eu estou fazendo aqui? Eu não preciso estar aqui", sabe?

(Nise da Silveira, U3)

Depois da internação no HU, Nise foi encaminhada para o CAPS II, onde recebeu atendimentos em grupos psicoterapêuticos e acompanhamento psiquiátrico. Passado um tempo Nise foi encaminhada para o território, onde chegou a fazer sessões terapêuticas com uma terapeuta ocupacional na UBS local, até que teve que parar os atendimentos pois havia começado um emprego e não tinha mais disponibilidade de horário. Nise também começou a se relacionar com um rapaz que acabou indo morar junto com ela e sua família. Porém, depois de um tempo de namoro este homem começou a questionar o tratamento medicamentoso de Nise, dizendo que ela não precisava dos medicamentos e a incentivando a interromper os remédios. Em setembro de 2021 Nise teve sua segunda crise, após o término do relacionamento.

Esse segundo episódio foi muito similar ao primeiro, com os mesmos comportamentos que se assemelham a uma crise maníaca, com dissociação, perda de memória e insônia. Seu itinerário terapêutico seguiu o mesmo caminho da primeira vez: UPA, depois HU, e por fim CAPS II. Porém sua internação foi mais longa, foram 16 dias até a alta.

Em relação às formas de lidar com o próprio sofrimento Nise discorre:

E não quero fazer nada também para mudar o que está acontecendo, entendeu? Tipo, fico ali só existindo. E eu choro também, tenho meus draminha de ficar chorando às vezes. Mas eu não gosto muito de chorar na frente das outras pessoas (...) porque na minha cabeça não tem mais ninguém que entenda, sabe? (...) O sentimento é só você mesmo que vai estar sentindo. Só que na minha cabeça ninguém entende nem 5%. Aí eu não quero contar para ninguém, aí eu me isolo e já era, sabe? Fico nessa zona de conforto aí, de achar que as pessoas me querem mal.

(Nise da Silveira, U3)

Nessa fala vemos momentos de lucidez e compreensão do seu próprio momento de sofrimento, como perceber que quando está mal não busca fazer nada para mudar essa situação. Porém, também é possível perceber muito julgamento e

juízos de valor sobre ela mesma de uma forma muito pouco acolhedora, como chamar seu choro de “draminha”.

Em relação às figuras de apoio, Nise parece contar muito com a sua mãe e ter uma relação bem próxima à ela, se apoiando nos conselhos e opiniões dela.

Minha mãe [dá risada]. É, eu sempre vou falar para minha mãe, porque ela sempre tem os melhores conselhos. (...) aí se ela acha que é alguma coisa muito grave, aí ela vai e fala “Não, a gente tem que procurar ajuda profissional”

(Nise da Silveira, U3)

Além disso, quando não está se sentindo bem, Nise aparenta ter mais estratégias de *coping* como, navegar no celular, assistir filmes e séries, ouvir músicas e sair para comer com os pais ou amigos.

Ah, eu gosto de ver série. Eu fico bastante no celular. (...) No geral é isso, eu gosto de ver filme, de ver série. Gosto de sair para comer, tudo envolve comida, né? (...) Gosto dessas coisas mais leve, sabe? Eu pareço uma velhinha, na verdade.

(Nise da Silveira, U3)

Dessa forma, podemos perceber que Nise e sua mãe associam totalmente a “crise” com a internação, pois a primeira sempre vai levar a segunda. Também há o entendimento que apenas o tratamento medicamentoso é capaz de impedir esses episódios. Nesse caso percebemos uma grande dicotomia na vida Nise, formada por muitos extremos, onde ou ela está bem e medicada, ou ela está em crise, ou ela faz o “certo”, ou age “errado”.

3.2 O itinerário terapêutico das participantes

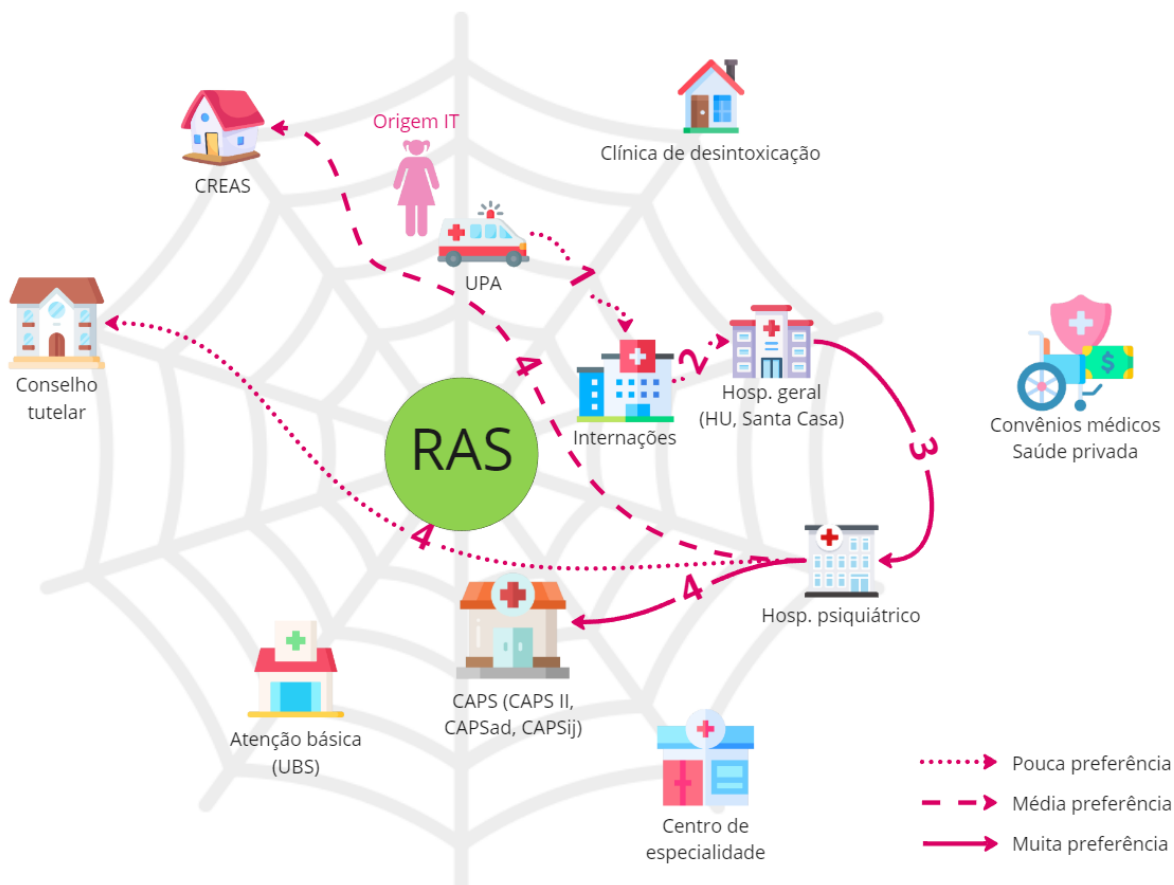
Nessa seção será apresentado e discutido o itinerário terapêutico das três usuárias, com dados já sistematizados de cada um dos trios usuário-acompanhante-profissional. Ademais, também estão incluídas categorias analíticas que se relacionam intimamente com os itinerários terapêuticos das participantes. As categorias analíticas que estarão presentes no tópico 3.2 são: demandas para a busca de cuidado em saúde mental na RAPS e a descrição qualitativa da demanda; a experiência da internação; formas de enfrentamento das

dificuldades da RAPS; comunicação entre os pontos da RAPS (des)articulações; tecnologia de cuidados ofertados pela RAPS local e a experiência do usuário

Como dito anteriormente na introdução deste trabalho, o itinerário terapêutico representa o caminhar do usuário pelos pontos da RAPS em sua busca pelo tratamento de sua condição de saúde mental. As escolhas que os indivíduos tomam durante esse percurso podem ser determinadas por diversos aspectos, tais como custo benefício, fatores culturais, cognitivos e sociais.

A seguir serão apresentadas três figuras que ilustram os itinerários terapêuticos das participantes, logo após as imagens será feita uma breve descrição do itinerário terapêutico

Figura 2 - Representação ilustrativa do itinerário terapêutico de Anna Freud (U1)

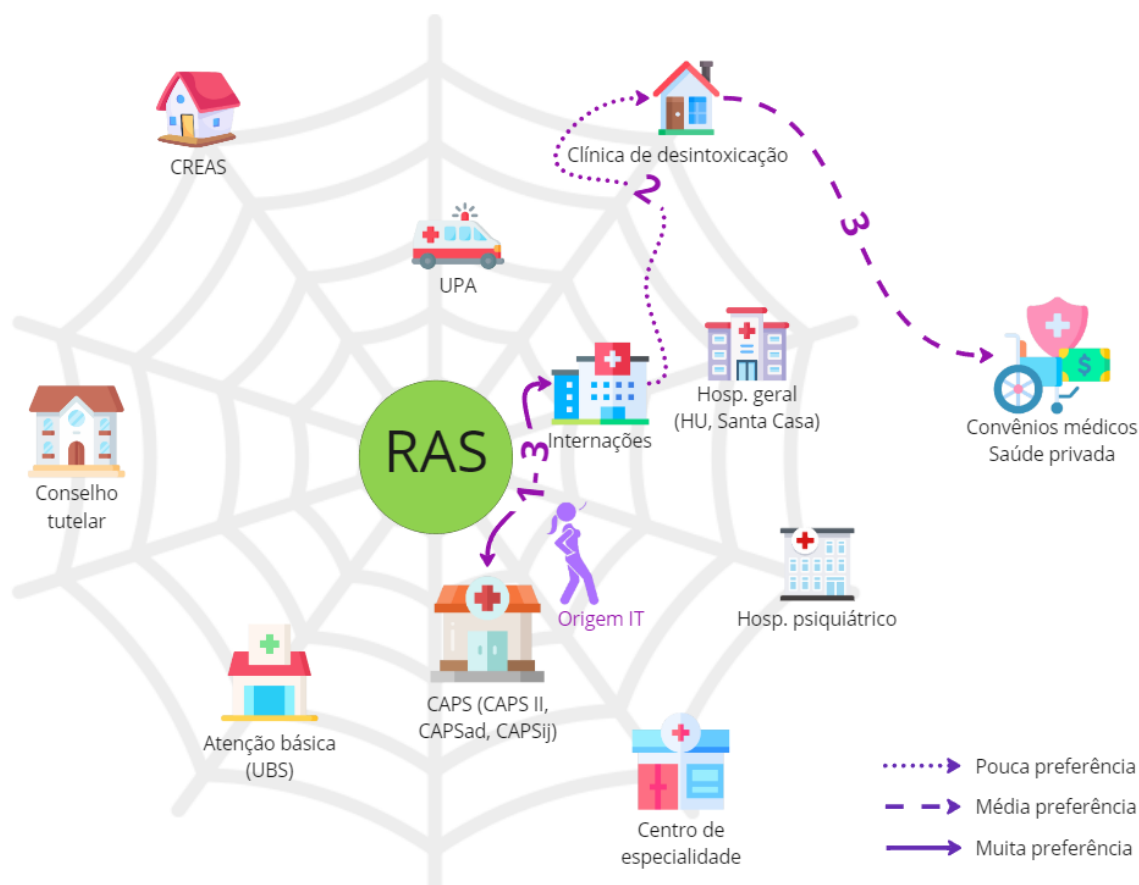


O primeiro acesso de Anna Freud a cuidados em saúde mental se dá em um equipamento de urgência e emergência, a UPA, em uma situação já agudizada onde a demanda dela estava vinculada à conflitos familiares, abandono, mudança de

moradia e tentativa de suicídio. Na UPA ela fica apenas um dia e é encaminhada para um hospital geral, onde é internada por quase uma semana e, posteriormente, vai para um hospital psiquiátrico onde também permanece por uma semana. O hospital psiquiátrico na tentativa de alta responsável faz contato com o serviço de atenção psicossocial do município e ela é encaminhada. Por se tratar de uma menor de idade ela também é acompanhada pelo conselho tutelar. Ademais, também podemos notar a presença do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) em seu itinerário terapêutico através de um auxílio na mudança de guarda de Anna Freud. No momento de finalização da monografia Anna Freud conseguiu voltar para o nordeste sob os cuidados de sua avó materna e foi encaminhada para o CAPSij de lá para a continuidade do tratamento.

É importante ressaltar que Anna Freud tem menos de 18 anos e teve como porta de entrada para seu IT um equipamento de urgência e emergência, já em uma situação agudizada, o que evidencia uma dificuldade da RAPS que não foi capaz de acessar as necessidades dessa jovem antes, uma falha da atenção básica. Um segundo ponto a ser destacado é que o leito psiquiátrico em um hospital geral, que deveria ser o equipamento de cuidado em situações de saúde mental agudas, incluindo a demanda de suicídio, não foi capaz de suprir essa necessidade, encaminhando Anna para um hospital psiquiátrico, sem justificativa técnica-clínica, pois não havia nenhum sintoma psicótico ou de um quadro grave que justificasse essa internação. Os serviços de urgência-emergência e hospitalares têm muita dificuldade em compreender e fazer o manejo adequado e humanizado de tentativas de suicídio, em especial quando se trata de adolescentes e jovens. Há uma falha na articulação destes pontos da RAPS com os demais e com a família, há uma preocupação hegemônica com a integridade física, e as respostas em geral são de internações em hospitais psiquiátricos que muitas vezes são mais traumáticas do que a própria tentativa de suicídio. Dessa forma, há uma falha em trabalhar de forma inclusiva a questão da saúde mental nos hospitais gerais. Por fim, vemos que o itinerário terapêutico de Anna termina por onde deveria ter começado: o CAPSij.

Figura 3 - Representação ilustrativa do itinerário terapêutico de Melanie Klein (U2)

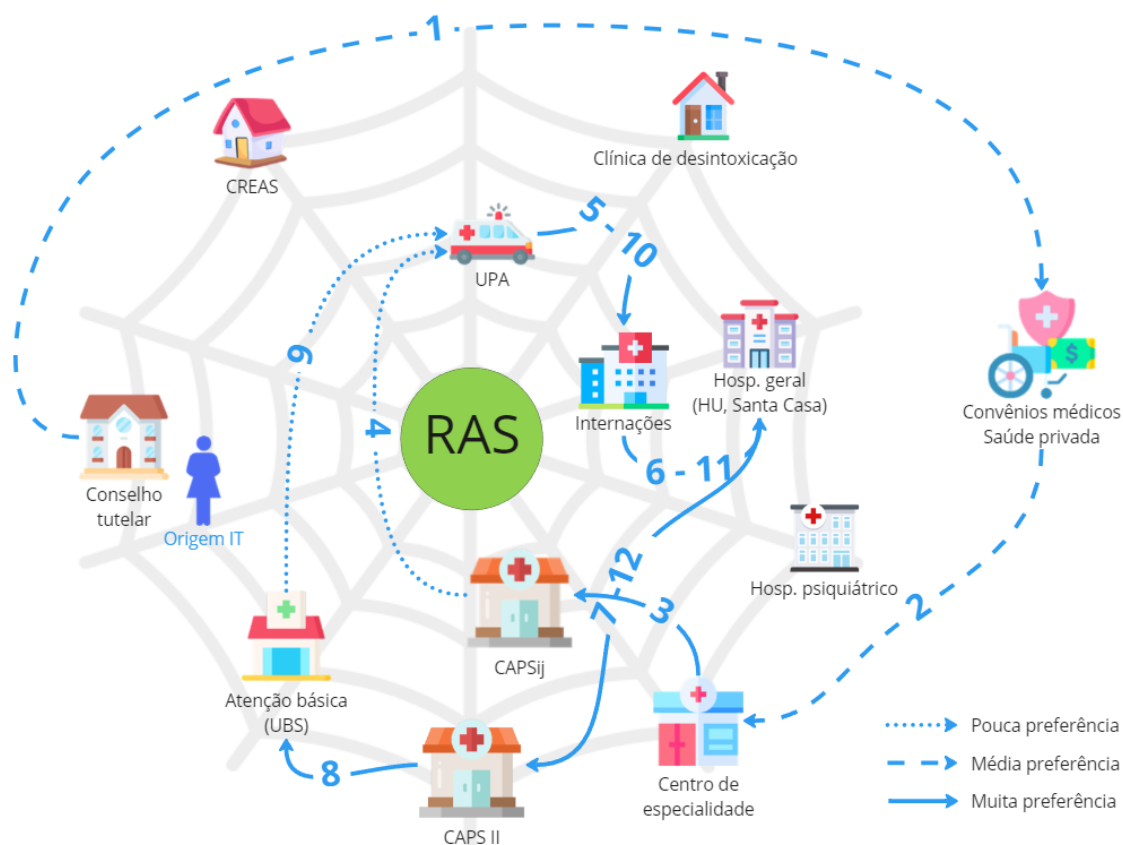


O itinerário terapêutico de Melanie Klein se inicia no CAPSad, onde ela procura o serviço por demanda espontânea para tratar a sua adição em cocaína que começou em sua adolescência, com 16 anos, além de uma demanda de ideação suicida com pensamentos persecutórios. Após aproximadamente um ano desde que havia buscado tratamento, Melanie tem uma piora drástica em seu quadro clínico e pede para que sua profissional de referência do CAPSad a encaminhe para uma internação. Nesse momento, ela relata que a profissional insistiu para que ela não fizesse isso, e explicou que o CAPSad poderia oferecer um tratamento alternativo para a sua dependência química, porém Melanie insistiu no seu desejo de ser internada e o serviço a encaminhou para uma clínica de desintoxicação particular custeada pela município, onde ela fica o período de um mês e retorna para os cuidados no CAPSad. Atualmente sua demanda é de lidar com sua ideação suicida e manejar a adição de cocaína.

No caso de Melanie Klein é importante destacar que a sua adição à cocaína começa desde muito cedo, com 16 anos, e ela só começa a ser atendida pela RAPS

aos 31 anos, o que mostra uma fragilidade da rede, que não foi capaz, novamente, de suprir identificar e atender as necessidades da usuária antes. Além disso, percebemos que mesmo após um ano de tratamento no CAPSad, o equipamento não foi capaz de atender a todas as necessidades e a internação faz-se necessária no momento de crise aguda. A experiência de Melanie durante seu período de internação na clínica de desintoxicação particular foi marcado por práticas manicomiais como, por exemplo, a privação de liberdade do sujeito, além de inúmeras violências psicológicas e agressões verbais por parte dos profissionais, juntamente com uma negligência e descaso institucional, que culminaram em uma tentativa de suicídio de Melanie dentro das dependências da clínica que não foi informada ao CAPSad. Dessa forma, fica evidente no itinerário terapêutico de Melanie a desarticulação entre CAPSad e a clínica, além de uma falha no cuidado psicossocial previsto nas diretrizes do SUS.

Figura 4 - Representação ilustrativa do itinerário terapêutico de Nise da Silveira (U3)



Nise da Silveira é a usuária que possui um maior tempo de cuidados na RAPS local, são 11 anos desde o começo da busca por um tratamento. Dessa forma, a participante já passou por inúmeros serviços e possui um itinerário terapêutico mais complexo. Sua jornada em busca de cuidados em saúde mental começa aos 13 anos, acessando um equipamento intersetorial de proteção à criança e o adolescente, o conselho tutelar e em função de compreensões equivocadas da família em relação ao comportamento de uma adolescente, ela é “encaminhada” pelo conselho tutelar para uma psiquiatra infantil particular, com a justificativa que não havia nenhum profissional dessa especialidade na RAPS local, onde começa a fazer uso de medicações que estão presentes até hoje em sua vida. Em seguida Nise recebe alguns atendimentos em psicoterapia individual em um ambulatório infantil, posteriormente é criado o CAPSij e ela continua os atendimentos lá. Aqui existe um vácuo de alguns anos no tratamento de Nise, onde ela fica um período sem nenhum acompanhamento fora o medicamentoso, até a sua primeira “crise” onde passa pela UPA para ser internada em um hospital geral universitário em um leito psiquiátrico. Em uma tentativa de alta responsável, Nise segue para acompanhamento no CAPS II, que posteriormente a encaminha para a atenção básica, onde ela recebe alguns atendimentos em terapia ocupacional até que fica novamente desassistida de terapias. Em seguida ocorre a segunda “crise” de Nise e ela segue o mesmo caminho de UPA e internação em hospital geral universitário, após sua alta ela continua comparecendo no ambulatório do HU até que é encaminhada para o CAPS II e começa a fazer terapia em grupo, que é onde ela se encontrava no momento da entrevista. Atualmente, sua demanda é conseguir voltar ao mercado de trabalho e recuperar as perdas que teve com suas últimas crises. No momento de conclusão da monografia, atualizando a sua condição clínica, Nise foi encaminhada do CAPS II para a atenção básica e para uma atividade intersetorial em um projeto local.

É importante ressaltar que no início do itinerário terapêutico de Nise tanto sua família como o conselho tutelar, não foram capazes de desenvolver um olhar de clínica ampliada e clínica do sujeito para as demandas e necessidades de uma adolescente de 13 anos, patologizando Nise. Além de uma postura antiética do serviço em “encaminhar” a usuária para um serviço particular, demonstrando também uma falha na RAPS local que não foi capaz de suprir com essa demanda,

observamos que no caso de Nise há um grande problema em relação a continuidade do cuidado e acompanhamento em psicoterapia e assistência, pois vemos que existem longos períodos em que essa rede não realiza esse tipo de cuidado com Nise, apenas o tratamento medicamentoso, o que nos mostra uma hipervalorização dos remédios, que se reflete na vida e julgamentos de Nise e sua família, pois tanto sua mãe como a própria jovem entendem que o tratamento médico tem mais importância que o terapêutico. O seu novo encaminhamento para a rede básica nos faz pensar se ela seguirá com o padrão de desassistência seguido de uma nova “crise” com internação. Seu itinerário terapêutico nos mostra uma grande falha na RAPS local de desresponsabilização e compartimentação do cuidado, pois a usuária precisa ir em vários locais para ter o seu atendimento completo. Essa forma de cuidado estaria mascarada no sistema de referência e contra-referência, chamado por alguns autores de "assistência partida", um modelo é prejudicial para o paciente, pois causa uma destituição de vínculo e referência (ALVES & GULJOR, 2006). Ademais, é uma maneira dos serviços se desresponsabilizarem pelo cuidado, transferindo a responsabilidade e não realizando um cuidado compartilhado entre CAPS, AB, assistência social, etc.

Visando trazer mais resultados que permitam uma compreensão detalhada da RAPS local, será apresentado o Quadro 3 que contém dados sistematizados sobre as tecnologias de cuidados ofertados pela RAPS local e a experiência do usuário e formas de enfrentamento das dificuldades da RAPS. O quadro apresenta as estratégias de cuidado que compuseram os itinerários terapêuticos das participantes, bem como demais ofertas elencadas pelos profissionais nas entrevistas. Também estão presentes no quadro as respostas que as participantes e suas acompanhantes encontraram para as dificuldades vividas na RAPS local. Posteriormente, estes dados apresentados serão discutidos juntamente com uma síntese dos três itinerários terapêuticos aqui apresentados.

Quadro 3 - Tecnologias de cuidado ofertadas pela RAPS/Intersetorialidade e formas de enfrentamento das dificuldades da rede na percepção dos usuários/acompanhantes

SUS Equipamento da RAPS	Serviços/Ações ofertadas	Intersetorialidade SUAS/rede de proteção à infância e adolescência	Serviços/Ações ofertadas	Formas de enfrentamento das dificuldades na percepção dos usuários	Formas de enfrentamento das dificuldades na percepção dos acompanhantes
CAPS II	Atendimentos da enfermagem, orientações sobre medicamentos, atendimentos psiquiátricos, atendimentos de referência, visitas e atendimentos domiciliares, ações intersetoriais, grupos terapêuticos, orientação familiar	Conselho Tutelar	Visitas domiciliares, atendimento de orientação familiar	-	<i>Olha, sinceramente, a única coisa... eu acho que não está na pesquisa, mas o conselho tutelar (...) Porque eu achei que eles estariam... sei lá, mais presentes. (...) E eu achei que o conselho tutelar ficava mais em cima, por ser uma menor de idade, ser a tia e ter ocorrido uma tentativa de suicídio, eu achei que estaria mais presente. (...) Eles foram duas vezes, que eu me lembro, que eles foram lá na minha casa. Foram a primeira vez assim que ela chegou do hospital, né? Pouco tempo ela chegou ao hospital, eles foram, conversou com ela e foi uma outra vez para assinar a documentação. - A1</i>
CAPSij	Acolhimento, atendimento de referência, visitas e atendimentos domiciliares, orientação familiar, psicoterapia individual, grupos psicoterapêuticos, atendimento psiquiátrico	CREAS	Atendimentos de orientação familiar, alteração na guarda de crianças e adolescentes	<i>"Bom... eu acho que... o atendimento com a psicóloga podia ser com mais frequência... tipo assim, eu venho uma vez na semana, mas eu acho que seria melhor se pudesse vim tipo duas vezes, três vezes na semana... parece corrido, como é público, é muito corrido tem toda... mais de três vezes na semana, mas pra mim seria melhor. Eu acho que... seria bem melhor." - Anna Freud</i>	-
CAPS ad	Acolhimento, grupos e oficinas psicoterapêuticas, apoio matricial, PTS, atendimentos individuais, ambiência, permanência dia, atendimento psiquiátrico, visitas e atendimentos domiciliares, reunião de equipe e de rede, ações intersetoriais				

Quadro 3 - Tecnologias de cuidado ofertadas pela RAPS/Intersetorialidade e formas de enfrentamento das dificuldades da rede na percepção dos usuários/acompanhantes

SUS Equipamento da RAPS	Serviços/Ações ofertadas	Formas de enfrentamento das dificuldades na percepção dos usuários	Formas de enfrentamento das dificuldades na percepção dos acompanhantes
Atenção hospitalar	Internações breves, atendimento de enfermagem, atendimento médico psiquiátrico,	<i>Eu não lembro, mas demoraram alguns dias para eu conseguir a vaga no HU, por essa dificuldade (...) de ter mais quarto, sabe? Porque é uma ala psiquiátrica só que tem. Então, sei lá, se tivesse mais uma para facilitar nas internações, porque eu tive que esperar pra ter uma vaga, sabe? Então, aí já ficou mais complicado - Nise da Silveira</i>	<i>Ah, eu acho que, por exemplo, o HU. La tinha que ser maior, né? (...) Então precisa ter mais, acho que precisa ser ampliado lá no HU. Ou ter um outro hospital aqui, porque é uma cidade grande, uma cidade cheia de tecnologias, né? Então devia ter um hospital maior, mas só pra pessoas com saúde mental. - A3</i>
Atenção urgência emergência	Porta de entrada para os leitos psiquiátricos, internações breves, atendimento de urgência	-	<i>Uma das coisas que eu acho um absurdo, que eu acho que tem que melhorar 100% na minha opinião é a internação ser entrada pela UPA, sendo que a UPA não tem estrutura nenhuma. (...) Eu acho que tinha que mudar essa forma de porta de entrada ou em outro lugar por em outra... sabe? Não na UPA. Acho que essa porta de entrada não teria que ser pela UPA. - A3</i>
Hospital psiquiátrico/ clínica de internação para desintoxicação	Atendimento em fisioterapia e psicológicos, atendimento médico psiquiátrico	<i>Bom da clínica, o que tem que ter é... sei lá. Ter alguém para... como é que eu posso verbalizar para você? Em questão de... para socorrer as meninas, para atender as meninas, que o pessoal lá chama as meninas de vagabunda pra baixo. (...) Mas na clínica mesmo, a parte de atenção com os pacientes, eles não estão nem aí para nós. (...) É, eles não dão atenção, não dão atenção. Na alimentação também. É só. - Melanie Klein</i>	-
Atenção Básica	Atendimentos em terapia ocupacional, atendimentos médicos de clínicos gerais	<i>Porque, que nem, clínico geral tem bastante, mas a gente que precisa de profissionais para saúde mental eu ainda acho que a cidade está um pouco fraca, sabe? Porque precisava de bem mais pessoas tratando dessa parte, porque, afinal, está cada dia maior, né? As pessoas que têm uma ansiedade, uma depressão, alguma coisa assim. - Nise da Silveira</i>	<i>Ai, lá, sinceramente, deveria ter mais médicos, mais salas (...) Eu lembro que antes de eu ter a minha bebê, na última consulta, quando eu fui tava meio que chovendo, a sala do médico, aonde era consulta antes, tava molhando e ele foi para uma outra sala menor ainda. (...) Porque lá mesmo que está até sem farmácia para buscar os remédios da Anna Freud (...) E a farmácia, não tem. Quem precisar de remédio, ou vai comprar, ou vai ter que ir lá no centro de especialidade, só que nem todo mundo tem essa possibilidade de estar indo no centro de especialidade - A1</i>

A partir da leitura e análise dos itinerários terapêuticos, juntamente com o quadro 3, podemos perceber alguns elementos críticos comuns aos três itinerários terapêuticos. Em primeiro lugar vemos uma inversão no fluxo de cuidado da rede, pois conforme citado na portaria nº 3.088 a atenção básica compõe a RAPS e um dos objetivos específicos de toda a RAPS é promover cuidados em saúde especialmente para grupos mais vulneráveis, entre eles, crianças e adolescentes. O Caderno de Atenção Básica nº 34 prevê a atuação da AP para essa população, englobando a prevenção e o cuidado a mesma, explicita que o encaminhamento para um serviço especializado (como os CAPS) deve ocorrer apenas em caso de sintomas graves como alucinações, tentativa de suicídio, uso abusivo de drogas, entre outros. Porém, a realidade da RAPS local é outra, já que nenhum dos itinerários terapêuticos se iniciaram na atenção básica, o da Anna Freud foi em um serviço de urgência e emergência, o da Melanie Klein foi diretamente com um serviço especializado em cuidado psicossocial o CAPSad e o de Nise da Silveira foi em um serviço de proteção à criança e o adolescente. Ademais, apenas o itinerário terapêutico de Nise da Silveira apresenta um cuidado na rede básica, os outros dois não recebem nenhum tipo assistência por esses equipamentos, o que nos mostra que não existe um cuidado compartilhado entre a atenção básica e os serviços especializados (CAPS).

A fragilidade da AB também é identificada pelas próprias participantes, como mostrado no quadro 3, tanto Nise da Silveira como A1 percebem que existe uma falha no cuidado e na assistência desses equipamentos e sugerem como resposta a presença de mais profissionais qualificados, principalmente em relação à saúde mental, que se encontra precária, com pouquíssimas intervenções.

Um outro ponto a ser discutido é a localização dos CAPS no município, impactando a acessibilidade da comunidade. O CAPSij está na região central da cidade, que fica de mais fácil acesso através do transporte público, porém também é identificado dificuldades de locomoção para a população mais carente que reside na região periférica do município. O CAPS II também se localiza perto da região central, porém já é um pouco mais afastado. O CAPSad é o mais longe do centro, sendo bem distante e de difícil acesso através do transporte público. Os CAPS possuem alguns vales transportes que são distribuídos de acordo com a organização de cada serviço, o CAPSij consegue fornecer passes para a maioria das pessoas que

necessita, porém o CAPSad, por possuir uma população em maior vulnerabilidade, apresenta dificuldades em suprir a necessidade de locomoção de todos os usuários. Em relação às participantes Anna Freud relata que o CAPSij fica distante de sua casa e escola, porém consegue acessá-lo através de ônibus ou carro de aplicativo ocasionalmente. Melanie Klein avalia como boa a localização do CAPSad, pois acessa o serviço com seu carro particular. Por fim, Nise da Silveira reside no mesmo bairro que o CAPS II, avaliando como boa a sua localização, já que consegue acessá-lo a pé em poucos minutos.

Os itinerários terapêuticos de Anna Freud e Nise da Silveira tiveram um equipamento em comum: a UPA. Esse serviço aparece em ambos os itinerários como uma ponte entre o usuário e a internação, é lá que é feita a regulação das vagas leitos psiquiátricos em hospitais gerais pelo sistema CROS. No município existem apenas dois hospitais gerais com vagas em leitos psiquiátricos, a maioria se concentra no HU que contém aproximadamente 16 leitos psiquiátricos que são distribuídos em pares por quarto. O maior problema é que se um quarto está com um leito disponível, mas possui no outro leito um adulto do sexo masculino essa vaga não poderá ser alocada nem para uma mulher adulta e nem para um menor de idade do sexo masculino. Desse modo, as vagas se tornam muito restritas, principalmente quando pensamos na população menor de idade. Se não há vaga na cidade, os usuários são alocados em hospitais gerais de outras cidades, porém é difícil para que as famílias os acompanhem e é nesse momento que ocorrem muitas evasões. Desse modo, devido a essa escassez de leitos psiquiátricos e dificuldades nos encaminhamentos para as internações o que acontece é que a UPA, que deveria ser responsável apenas por um atendimento pontual e emergencial acaba tendo que comportar um paciente psiquiátrico por vários dias, o que é extremamente prejudicial, pois esse serviço não possui uma estrutura uma internação mais longa e os profissionais não são capacitados em como atender os usuários com demanda em saúde mental, muitas vezes em crises psicóticas e/ou pós tentativa de suicídio.

Na UPA é aquilo, eles não tem uma estrutura, então eu não coloco como pior, coloco como mais dificuldade. (...) Porque como eu não tenho condição de internar, de internar minha filha numa clínica particular, por mais que foi difícil, foi lá que foi a porta de entrada. Então eu cheguei até o HU foi através da UPA, mesmo com todas as dificuldades, entendeu?

(A1)

A proposta RAPS, instituída em 2011 com a portaria nº 3.088, é organizada através de um cuidado territorial, que valoriza a autonomia e liberdade do sujeito. Nesse sentido, ela retira os hospitais psiquiátricos e instituições asilares na rede de atenção, sendo prevista apenas internações breves para casos agudizados, em situações em que o indivíduo seja um risco para si e/ou para os outros. Porém, a partir de 2016 a política de saúde mental foi modificada substancialmente, sendo editados mais de 15 documentos normativos, que retomaram práticas manicomiais, entre elas a reinserção dos hospitais psiquiátricos na RAPS e o aumento de leitos psiquiátricos em hospitais gerais (CRUZ, GONÇALVES & DELGADO, 2020).

Nesse sentido, observamos que um ponto comum entre os três itinerários terapêuticos apresentados é a internação, seja ela em leito psiquiátrico em hospital geral, em hospital psiquiátrico ou em clínica de desintoxicação. Os períodos de internação variaram de 5 dias a 1 mês e as motivações para tal foram: tentativa de suicídio, adição à cocaína e crise psicótica de desassociação. A seguir serão apresentados alguns relatos das usuárias sobre as suas experiências de internação seguidos de uma análise dos mesmos.

Ah, é que é algo novo. Eu fico assim “nossa eu to num hospital psiquiátrico meu deus”. No começo eu fiquei chateada tipo “Nossa, meus tios me deixaram aqui?”, fiquei assim... [balança a cabeça negativamente].

Sim, no hospital psiquiátrico depois que eu saí eu... senti falta, queria voltar pra lá. Porque... eu não sei explicar o porque... mas ficar um pouco longe da minha família foi bom pra mim. Então depois que eu voltei pra casa, eu senti muita falta de voltar pra lá.

Acho que eu senti falta do... do acolhimento que eu tive lá, eu fui muito bem acolhida quando cheguei lá e eu me senti bem. (...) eu me senti bem como se tivesse em casa. E foi bom pra mim porque, eu pude ficar um pouco longe da minha família, eu pude pensar um pouco sobre o que tava acontecendo, o que tinha acontecido.

(Anna Freud, U1)

O principal motivo para a internação em hospitais psiquiátricos é a agressividade, justificada pelo risco para si e para outros (BRAGA & OLIVEIRA, 2022). No caso de Anna sua internação foi feita pela identificação de um risco para si após a tentativa de suicídio, porém conforme dito anteriormente essa demanda deveria ter sido abarcada pelo leito psiquiátrico no hospital geral, e não

encaminhada para o hospital psiquiátrico, que tende a ser uma experiência traumática, principalmente quando se trata de crianças e adolescentes. Porém, a experiência de Anna foi oposta a isso, ela relata ter se sentido bem e acolhida durante sua estadia lá, para entender esse sentimento devemos voltar à sua história clínica apresentada no tópico 3.1.1. A principal fonte do sofrimento psíquico de Anna é a família, devido a inúmeros conflitos familiares e histórico de abandono e negligência. Dessa forma, ao ser internada no hospital psiquiátrico longe da cidade que residia, Anna se afasta da situação estressora que se encontrava.

Eu fui para uma clínica, e foi lá que tentei suicídio. Aí sim, lá é uma bosta, viu? Lá, vou te falar... lá pode embrulhar, meter o pé e Jogar no lixo. Primeiro que se chegou a esse ponto de acontecer, de eu me enforçar, é porque já pecaram de não tá olhando a gente, ponto. E depois que aconteceu, me socorreram, né? Mas não me levaram ao médico, né? Tinham que ter me levado em seguida. (...) e me dopavam de remédio, começaram a me dar remédio para eu ficar drogada...

Ah, para mim, foi bom, foi bom. Porque eu precisava, né? Eu precisava passar um tempo longe de onde eu precisava... da onde eu tinha... da onde eu... tava ali a droga, sabe? Eu precisava de ficar trancada. Se não, ia pedir para minha esposa me amarrar dentro de casa que nem bicho pra eu não pegar droga. Eu precisava estar longe. Eu precisava disso. Eu precisava passar por isso. Você entendeu? (...) Nem que fosse por uma semana, eu precisava, porque para mim é fácil eu acordar e falar assim: Olha, hoje eu não vou usar droga", mas na hora que batesse a vontade, eu passava por cima de quem fosse, você entendeu? E não importa de você, podia ser meu pai, minha mãe, quem fosse, eu passava derrubava.

(Melanie Klein, U2)

A internação de Melanie Klein foi voluntária, ela relata que pediu para a profissional do CAPSad encaminhar ela à essa clínica de desintoxicação particular custeada pelo município. Ao relatar sobre sua experiência ela apresenta falas dialéticas entre si, em um primeiro momento traz uma vivência carregada de traumas, uma tentativa de suicídio, seguida de um desamparo institucional e o abuso de medicamentos. Porém, em contrapartida, ela entende essa experiência de privação de liberdade como necessária para a interrupção do uso de cocaína. Esse pedido de internação e entendimento de que a abstinência é necessária para o tratamento em adição de drogas está intimamente relacionada com a visão moralista divulgada pela mídia e difundida entre a população, e é reforçada pelos decretos

aprovados pelos últimos governos. Em 2019 o governo Bolsonaro aprovou o Decreto nº9.761 que institui a Política Nacional sobre Drogas substituindo a então política de Redução de Danos como principal forma de assistência aos dependentes químicos pelas Comunidades Terapêuticas e clínicas de reabilitação, que trabalham de forma coercitiva com privação de liberdade entendendo que abstinência é a única direção de tratamento possível (CONCEIÇÃO & PEREIRA, 2019). Destarte, é possível perceber que a RAPS local segue nessa mesma direção quando se fala no cuidado aos usuários de substâncias psicoativas.

Eu sei te falar da primeira vez que eu me sentia tipo, para mim eu não tinha que estar lá, entendeu? Eu me sentia como se eu estivesse deslocada. Tipo assim, O que eu estou fazendo aqui? Eu não preciso estar aqui", sabe?

Porque eu não quero ser internada de novo. Primeiro, porque eu acho que eu nem aguentaria outra internação, porque é dureza. (...) Eu perdi muita coisa, perdi amizade. Tem pessoas que eu acabei falando merda quando eu estava surtada, que não falam mais comigo. Então, assim, eu perdi muita coisa e cada vez vai vindo pior as crises, sabe? Então, Deus me livre!

Nise da Silveira, U3

Ao falar sobre sua experiência de internação é possível notar que Nise da Silveira vincula a internação com a crise psicótica de desassociação que vivenciou, colocando os dois em posição de similaridade. É importante colocar aqui que, apesar de ver a sua internação como algo negativo, Nise e sua mãe avaliam o hospital que ela ficou internada como sendo um local muito acolhedor e positivo, pois possui uma melhor estrutura e equipe técnica para lidar com a demanda em saúde mental, diferente do outro hospital geral que Anna foi internada e não foi capaz de suprir com suas necessidades de internação.

Um outro elemento vivencial comum dos três itinerários terapêuticos é a experiência de cuidado nos centros de atenção psicossocial. É importante destacar aqui que o CAPS não deve ser visto apenas como um estabelecimento de saúde, mas sim como uma forma de cuidado. O modo "CAPS" de operar o cuidado não é algo abstrato ou intangível, mas sim um conjunto heterogêneo de discursos, instituições, estruturas arquitetônicas, medidas administrativas, tarefas dos profissionais, atividades diárias, enunciados científicos, filosóficos, morais e filantrópicos e a relação que se estabelece entre eles (LEAL & DELGADO, 2007).

Neste sentido, serão apresentadas e discutidas os relatos das usuárias sobre suas vivências de cuidado nos CAPS.

Bom, eu fui... me indicaram vim pro CAPS. No começo eu meio que não queria vim, tipo assim "Ah, não vai fazer diferença". Mas depois que eu fui na psicóloga, fazendo tratamento, ao longo do tempo comecei a gostar e me sentir bem, então eu comecei a gostar de vim pra cá.

Quando eu sou atendida eu me sinto mais leve. Tipo assim, tira um peso das minhas costas.

Eu não me senti confortável na primeira vez, como eram pessoas novas, ter que me abrir, contar minha história, eu não ia saber o que a pessoa estava pensando sobre mim, tava pensando sobre o que eu passei, então eu achei um pouco desconfortável na primeira vez. Mas depois que eu conversei com elas, ouvi a história delas eu me senti mais confortável.

(Anna Freud, U1)

Mas é bom, tipo, sei lá, você tem alguém, principalmente ter alguém que eu posso falar que nem eu estou falando com você, cê entendeu? Que é o que eu converso com a PR2.

Não é normal (conversar sobre o vício em drogas) e é onde é bom ir pro Caps, porque lá eles acolhem. Você entendeu? Por isso que é bom ter esse... esse lugar, cê entendeu? Ter o Caps.

Ou o CAPS tem me ajudado bastante. Eles têm aberto meu olho bastante. Eu mudei bastante, viu? Porque antes eu me vitimizava bastante, sabe? Não é assim que funciona. Eles não alisa só a cabeça da gente, sabe? Eles faz enxergar que não é bem assim que funciona. Eu gosto do CAPS.

(Melanie Klein, U2)

Ah, eu me sinto bem, porque eu chego lá e é como se fosse um diário, sabe? Eu chego lá no CAPS e falo "Ah hoje é meu dia de contar alguma coisa para alguém sem ser julgada".

(Nise da Silveira, U3)

O cuidado na atenção psicossocial tem como foco o sujeito e o coletivo, na sua (re)integração social, privilegiando a inclusão, a cidadania e a autonomia como formas de possibilitar a sua existência, compreendendo o sujeito de forma integral e

integrada na realidade e no território em que ele habita (AMARANTE, 2007). Para tanto, a principal ferramenta a ser trabalhada nos CAPS é o vínculo do usuário com o serviço. Através das falas descritas acima fica evidente que para as usuárias as compreensões sobre a atenção em saúde mental se materializam em um cuidado acolhedor, humanizado, de aceitação de suas condições subjetivas e sociais, além de um sentimento de emancipação e corresponsabilização do cuidado, o que coloca as coloca como agentes transformadores de suas realidades e não apenas sujeitos passivos no tratamento.

Por fim, um último tópico a ser relatado é sobre como as usuárias percebem a comunicação entre os pontos da RAPS. Para tanto, será apresentado a seguir um quadro com a categoria analítica “Comunicação entre os pontos da RAPS, (des)articulações”.

Quadro 4 - Categoria Analítica: Comunicação entre os pontos da RAPS: (des)articulações

Categoria Analítica	Significado	Critério de Inclusão	Evidências
Comunicação entre os pontos da RAPS. (des)articulações	Compreensões dos usuários acerca da comunicação entre os equipamentos da RAPS	Falas que evidenciam compreensões dos usuários acerca de uma comunicação/articulação ou a falta dela, entre os pontos da RAPS	<p><i>Sim, eu... como eles estavam sabendo do que tinha acontecido, eu acho que ficou mais fácil pra mim. Pra não ter que explicar a história toda, o que aconteceu, as coisas que aconteceram, como foi... então eu achei bom eles saber o que tinha acontecido.</i> - Anna Freud, U1</p> <hr/> <p><i>E nisso (a clínica de desintoxicação após tentativa de suicídio) me esconderam, tipo assim, não, não, não avisaram o Caps, não avisaram o Caps, não avisaram a minha esposa e não avisaram a minha psicóloga que me atendia lá. (...) E falaram que não era para eu falar nada (...) Bom, eu acho que o Caps nem sabe disso, que eu nunca falei nada.</i> - Melanie Klein, U2</p>

			<p><i>Eu acho que sim. Eu acho que eles buscam informações, né? Tipo, de como eu agi na internação, de tudo o que eu passei, porque eles (o HU) não iam me recomendar pro CAPS, para ir pro grupo se eles não tivessem se conversado, né? Tipo, não tem como. Então, eu acho que eles conversaram sobre o meu caso sim, e entraram nesse consenso que eu seria apta a participar do grupo de jovens. - Nise da Silveira, U3</i></p>
--	--	--	---

Através da leitura do quadro 4 percebemos que tanto Anna Freud como Nise da Silveira identificaram uma articulação de seus locais de internação, hospital psiquiátrico e hospital geral universitário, respectivamente, entre os CAPS na tentativa de realizar uma alta responsável. O conceito alta responsável está contido na Portaria MS nº 3.390 (Brasil, 2013), que institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar, e define o termo Alta responsável como:

A alta responsável consiste no processo de planejamento e transferência do cuidado de uma unidade de saúde (hospitalar ou ambulatorial) para outra(s), de modo a propiciar a continuidade do cuidado por meio de:

- I) orientação de usuários e familiares/cuidadores, reforçando a autonomia do sujeito, proporcionando o autocuidado;
- II) articulação com os demais pontos de atenção das Redes de Atenção à Saúde, em particular a Atenção Básica; e
- III) implantação de mecanismos de desospitalização, visando alternativas às práticas hospitalares, como as de cuidados domiciliares pactuados nas Redes de Atenção à Saúde.

(Brasil, 2013)

Com base nessa definição podemos afirmar que os hospitais, ao encaminharem o paciente ao CAPS após o tratamento ambulatorial estão cumprindo com a alta responsável, visto que buscam uma articulação com esse serviço, que irá proporcionar um cuidado psicossocial alternativo às práticas hospitalares (itens II e III da definição citada acima).

Em contrapartida, Melanie Klein apresenta uma vivência contrária às das demais, sinalizando um abismo da comunicação entre o CAPSad e a clínica que ficou internada. Ao entrevistar a profissional de referência de Melanie, PR2 confirma o relato da usuária:

A gente conversa com os profissionais? A gente conversa, muito pouco. O que acaba acontecendo? A maioria das pessoas que vão para isso, para internação, ficam lá os meses que precisam ser necessários, né? (...) e aí ela volta e continua o cuidado com a gente, continua ou não o cuidado aqui com a gente. (...) A gente entende assim: "Ah, ele está sendo cuidado na internação, ele está lá agora, então a gente vai cuidar aqui de quem não está internado, de quem está em cuidado na atenção psicossocial, de quem está em cuidado territorial, de quem tá em cuidado junto com a família". É errado, não é o certo. O certo é a gente também fazer o acompanhamento de quem está na internação, mas a gente não consegue. (...) Uma, porque a gente não consegue ter pernas de acompanhar tudo, a pessoa está lá em outra cidade (...) são atendimentos por telefone e normalmente tem gente junto. Então, tem outros profissionais lá que ficam escutando tudo que a gente está falando. Então, a gente não consegue fazer um acompanhamento mais qualitativo, mais na perspectiva do cuidado amplo, né? (PR2)

Desse modo, ambos os relatos evidenciam uma falha na articulação entre os serviços de internação e o CAPS, o que de encontro ao que está previsto na Lei nº 10.216 que caso a internação em um outro serviço seja necessária o CAPS deve continuar articulando o cuidado. PR2 afirma que o serviço não consegue abarcar essa demanda por alguns motivos, em primeiro lugar, a equipe entende que aquele paciente internado já está recebendo cuidados, dessa forma é preciso focar em quem está no território, lógica contrária ao cuidado compartilhado. Um outro ponto destacado é que esses locais de internação são em outras cidades e o contato fica restrito a comunicação eletrônica, que apresenta falhas como, por exemplo, a falta de privacidade dos pacientes. Desse modo, quando falamos sobre as internações para usuários de substâncias psicoativas, vemos que o cuidado ampliado é falho e insuficiente na RAPS local.

3.3. As perspectivas das acompanhantes e profissionais

Este tópico dos resultados foi construído a partir dos relatos das participantes complementares, ou seja as familiares e as profissionais de referência envolvidas no cuidado das usuárias (participantes centrais desta pesquisa). Serão apresentadas aqui as categorias analíticas que se relacionam com as compreensões e perspectivas das acompanhantes e profissionais. As categorias analíticas que estarão presentes nesse tópico são: concepções do familiar acerca da doença mental do usuário e seus juízos de valor; sofrimento psíquico do familiar; mecanismos de defesa/estratégias de coping do familiar; concepções e saberes dos profissionais sobre a Política de Saúde Mental; modelo de cuidado na atenção psicossocial; fragmentação e descontinuidade do cuidado; sobrecarga e ausências nas equipes profissionais; formas de comunicação entre os pontos da RAPS; formas de enfrentamento das dificuldades na RAPS.

3.3.1. Familiares/Acompanhantes

Com a reorganização das práticas de cuidado impulsionada pelos movimentos de reforma psiquiátrica na década de 1980, os familiares de usuários dos serviços comunitários de saúde mental tornaram-se grandes aliados no cuidado e na integração social de indivíduos em situação de sofrimento psíquico (BRASIL, 2016). Entretanto, a presença ativa do familiar no cuidado do usuário pode trazer alguns prejuízos na vida e rotina desses acompanhantes, principalmente no âmbito psicológico, como sintomas de depressão e ansiedade (TREICHEL et al, 2020).

Desse modo, esse tópico busca compreender as concepções dos familiares acerca da doença mental do usuário, seu próprio sofrimento psíquico e as suas estratégias de cuidado.

Quando questionadas sobre como as acompanhantes compreendiam o sofrimento psíquico das pacientes as respostas foram:

Aí, uma forma de se livrar da dor, de acabar com a dor, com o sofrimento, pensamento, porque é uma pessoa muito... pensa muito (...) Então acho que isso foi uma forma dela aliviar e, tipo assim, "Estou sendo uma carga grande pros outros", sabe?

(A1)

Ela se transforma totalmente, né? Ela se transforma, ela deixa de ser ela e é uma pessoa irreconhecível. Que não tem limites, que não tem sono, que

não obedece ninguém, que não tem medo de nada, que sai hoje e volta depois de amanhã, que não fala onde tá. Que não toma remédio, que toma álcool, que usa droga, são muitas coisas. Muitas, muitas mesmo.

(A3)

É possível perceber dois olhares diferentes, enquanto A1 consegue ter uma sensibilidade maior ao entender a tentativa de suicídio de Anna Freud, A3 possui uma concepção de maior julgamento associando um erro de comportamento e/ou caráter, como “não obedecer”, com um problema psíquico, patologizante. Essa diferença de perspectivas está relacionada intimamente o sofrimento psíquico do familiar:

Porque eu já tive ansiedade, né? Na verdade, eu sofro de ansiedade, já tive depressão, então é complicado.

(A1)

A1 já vivenciou um período de sofrimento psicológico similar ao de Anna Freud, o que faz com que ela consiga ter uma empatia e sensibilidade maior com o quadro atual de sua sobrinha.

Um estudo realizado em 2001 por Melman afirma que o cuidador de um paciente psiquiátrico enfrenta mais sobrecarga que outros familiares, pois além das responsabilidades adicionais que possui ao assumir o cuidado, também sofre com preconceito e exclusão, dessa forma, ele pode acabar associando os sintomas da doença mental à algo ruim e prejudicial.

Mais recente, uma pesquisa conduzida em 2020 por Batista, afirmou que os familiares viam seus papéis de cuidadores como uma vivência de sofrimento e desgaste, com prejuízos em inúmeras esferas de suas vidas, como perdas físicas, emocionais e nos relacionamentos interpessoais. No âmbito do atual estudo foi possível identificar falas que corroboram com os dados apresentados:

Eu ia dormir e ficava preocupada. E agora, se ela tentar de novo? Aí, o que ela está pensando? Será que ela está dormindo? Será que ela vai querer pegar alguma coisa? Será que vai fazer alguma coisa? Então foi muito difícil para mim. Tinha um medo constante, de tipo, mesmo de não ter nenhum remédio, mas, sei lá, uma faca, qualquer coisa e tentar, né? É um processo doloroso.

(A1)

Me afeta muito, muito, muito, muito. Eu costumo dizer que a minha vida é ela, é a Nise. Se ela está bem, eu estou. Se ela não está, eu não estou. (...) Então assim eu deixei de viver minha vida para viver a vida dela depois desse problema. Eu não consigo, eu deixei de ser eu para ser ela, entendeu? (...) Eu sinto que, por exemplo, no meu casamento. Eu meio que deixei de lado, assim, porque eu não consigo. Parece que eu morri por dentro em relação a isso, sabe? (...) Tem sido, eu nem sei se difícil seria a palavra... acho que se existe alguma coisa pior que difícil seria essa palavra.

(A3)

A perda da subjetividade e individualidade do acompanhante aparece aqui como um agravante em seu quadro de sofrimento psíquico. Dessa forma é preciso que os serviços da RAPS olhem para o familiar como um ator que também necessita de intervenção e acompanhamento.

Foram pessoas que não enxergaram só o problema da Anna, tipo assim, e sim também o meu. Igual a assistente social do CREAS, ela me deu um encaminhamento para mim começar a passar com psicólogo, porque, ela falou: "Tudo que você está passando, sua gravidez não foi fácil, o seu pós parto não foi fácil". Então ela me deu encaminhamento para passar no postinho com psicólogo. Então teve toda essa preocupação também comigo.

(A1)

Eu frequentei psicólogo por muito tempo também para entender mais e tentar entender um pouco melhor. (...) Eu frequentei muitos anos para tentar aprender a lidar com a situação, porque eu não aceitava no começo. Não sei se eu não aceitava, mas eu sofria muito.

(A3)

Aqui identificamos uma eficácia da RAPS local, que foi capaz de identificar as demandas psicológicas das acompanhantes e articular a atenção básica para ofertar um cuidado integral e humanizado para elas.

Sobre as formas de lidar com a doença mental e sofrimento psíquico dos usuários A1 relata:

Não existe outra coisa, porque para ela voltar aos eixos tem que ser com a internação. É só lá que o remédio, porque mesmo assim eles demoram a conseguir fazer com que ela volte.

A3

Percebe-se que há uma hipervalorização da internação psiquiátrica como única forma de lidar com a crise de Nise, o que reforça ações manicomiais como a medicalização excessiva e a patologização.

Ah, eu acho que é mais conversa mesmo. Sair a gente não sai muito, sai pouco, tipo ir em uma lanchonete ou algo do tipo. Às vezes eu compro alguma coisa pra ela que ela quer muito. Mas, é mais conversa mesmo.

(A1)

Ah, ela gosta muito de porcaria, às vezes compro, coisas simples assim.

(A3)

Por fim, as cuidadoras relatam que para auxiliar as usuárias a se sentirem melhor utilizam, principalmente, de agrados em forma de comida e/ou bens materiais, além de realizarem algumas conversas e aconselhamentos.

3.3.2. Profissionais

Os profissionais são as peças chaves para o cuidado em saúde mental, são eles que irão garantir a oferta de cuidados psicossociais, humanizados de maneira integral e integral. Para tanto, é preciso que as equipes estejam bem apropriadas da Política de Saúde Mental e o seu papel na RAPS. Contudo, os relatos coletados nos apontam à uma direção diferente:

Eu cheguei a estudar um pouquinho, né? Fora a questão acadêmica, né? Da formação (...) As leis que regiam o nosso trabalho, e eu busquei estudar um pouquinho e... mais pra gente saber né?

(PR1)

Essa fala de PR1 traz uma visão reducionista, tratando a política nacional de saúde mental como uma lei e não como um modelo de cuidado. Através do nível de familiaridade que PR1 diz ter com a PNSM podemos identificar uma fragilidade na formação de base e na educação permanente em saúde. Segundo o livro "Política Nacional de Educação Permanente em Saúde" publicado pelo Ministério da Saúde em 2018, a EPS seria uma forma de aprendizagem no trabalho, onde os próprios atores do cotidiano seriam os protagonistas. Desse modo, os desafios e a realidade vivida pelos profissionais de saúde seria a base dos questionamentos e mudanças. Ela se configura como um ensino-aprendizagem embasado na produção de conhecimentos que respondam a perguntas que pertencem ao universo de

experiências e vivências de quem aprende e que gerem novas perguntas sobre o ser e o atuar no mundo.

A proposta da RAPS é muito organizada (...). Ela coloca a pessoa no cuidado territorial, coloca a pessoa junto com a família. Então, ela traz vários equipamentos, a legislação da RAPS, ela traz uma ideia que dá para dimensionar o cuidado da pessoa, dá para dimensionar o cuidado do sujeito. (...) Mas ela tem um grande problema que não existe, não tem investimento, não tem dinheiro, não tem prioridade para se efetivar. (...) Não dá certo porque a gente trabalha com pouco serviços, com poucos equipamentos, com pouca articulação. Porque se fosse feito na prática, como é em si, poderia dar bastante certo, poderia dar bastante certo. (...) Então, a proposta da RAPS é de avanço, porém sem investimento nenhum. Zero. E aí a gente não consegue fazer o nosso trabalho, se não tiver esse investimento.

(PR2)

PR2 começa trazendo a proposta RAPS organizada com o cuidado territorial, dimensionando o cuidado do sujeito. Em um estudo sobre a Reforma Psiquiátrica Brasileira realizado em 2020, Braga discorre sobre as mudanças na forma de produção do cuidado em saúde mental, desse modo, a RAPS valoriza práticas que produzam a liberdade do sujeito, por meio de ações territoriais, baseadas em novas formas de encontros e relações. É preciso compreender a doença como a relação entre existência e sofrimento na concretude da vida do sujeito e a sua relação com o corpo social. Porém, a profissional identifica que isso acaba não acontecendo na RAPS local, e o maior problema é a falta de investimento, com poucos serviços e equipamentos. Nos últimos anos, o Brasil tem vivido um processo de intensificação do desmonte de suas políticas sociais que envolve subfinanciamento histórico, desfinanciamento e retrocessos com a implementação da Emenda Constitucional 95/2016.

Por que a RAPS também é composta por pessoas, né? Então cada um com uma ideia, cada um com um jeito de pensar o trabalho, né? (...) Então as coisas começam a caminhar aí tira aquela pessoa põe outra, que pensa de um jeito diferente, que trabalha de um jeito diferente, né?

(PR1)

É possível perceber que não existe uma política de trabalho eficiente, apesar da PNSM existir não está atingindo esses profissionais, pois se atingisse o trabalho

seria mais padronizado, seguindo uma direção e não mudando de sujeito para sujeito. Também é possível identificar uma fragilidade na EPS. Uma PNSM pouco apropriada. Desse modo, a diretriz de descentralização do SUS se encontra fragilizada no município estudado, pois não há política municipal de saúde mental, não há um grupo técnico de saúde mental, não há controle social efetivo de saúde mental. O que fragiliza a oferta de cuidados e atuação profissional no serviço estratégico, sem articulação entre os componentes da RAPS e da própria equipe no serviço.

A gente tem uma dificuldade muito grande com relação à criança e o adolescente, que é que alguns territórios não atendem, né? Criança e adolescente.

Por exemplo, em unidades básicas de saúde existe uma fila de espera para passar com psicólogo ou com terapeuta ocupacional, e a gente fica daqui pensando: "poxa e os grupos, né? Por que não faz um grupo e chama esse povo e não faz essa lista rodar?"

(PR1)

Para abordar a questão do cuidado em saúde mental para crianças e adolescentes, é importante destacar que, apesar de haver políticas públicas e diretrizes que buscam garantir a atenção a essa população, há uma lacuna na implementação dessas medidas no SUS, o que se reflete em um vácuo no cuidado local a crianças e adolescentes. Essa falta de acolhimento e resolutividade em relação às demandas de saúde mental infanto-juvenis mostra que o problema não é apenas a falta de compartilhamento do cuidado, mas também a falta de recursos, estratégias e atenção voltados especificamente para essa população.

Em relação à compreensão equivocada da profissional sobre a importância dos grupos na atenção à saúde mental, é necessário explicar que, embora a realização de grupos seja uma estratégia importante e prevista no Caderno de Atenção Básica nº 34, não é uma solução única para a demanda excessiva de atendimentos individuais. É preciso que as ações de prevenção do adoecimento e agravamento de saúde mental e de promoção de saúde sejam realizadas de forma articulada e intersetorial, incluindo ações que envolvam escolas, famílias e comunidade.

A atenção básica funciona sob uma lógica de cuidado ambulatorial, voltada para a psicoterapia individual (menos com crianças e adolescentes que não recebem nenhum tipo de cuidado), o que gera um congestionamento do serviço, com pacientes esperando longos períodos de tempo para serem atendidos. Nesse sentido, é importante que a realização de grupos seja pensada com objetivos específicos e bem definidos, considerando o tipo de grupo a ser realizado e os resultados esperados. Isso significa que não podemos pensar em grupos apenas como uma forma de atender muitas pessoas de uma vez, visando à produtividade.

Às vezes é uma coisa que o usuário tá ansioso, é algo que dá para tratar na rede, né? Às vezes, com a equipe de saúde mental, uma escuta, dá para ser tratado na rede, mas a pessoa chorou um pouco, a pessoa está um pouco mais ansiosa: é Caps. Então tem que mudar um pouco essa visão, né? Uma ansiedade, uma depressão leve... Tem coisas que são da rede e da atenção básica. Não é necessariamente do CAPS, até porque na RAPS fala também que a Atenção Básica tem esse cuidado também com a pessoa, né?

(PR2)

Novamente vemos a fragilidade da atenção básica, que possui uma compreensão restrita e de desresponsabilização da demanda de saúde mental, que sobrecarrega o equipamento da atenção estratégica, nesse caso o CAPS.

Não é só porque ele fala que é um CID de transtorno mental que ele vai ser pra sempre no CAPS, não. O CAPS é apenas um local para ele se restabelecer, para ele realmente se fortificar, né? Sair da crise, para ir para atenção básica e se for atenção básica, ele ter acesso em outros lugares, ele ter uma vida normal, escolar, ele casar, nos outros espaços. (...) Tanto é que o CAPS é para ressocializar, né? É para inseri-lo na sociedade e para vê-lo como um todo. Não que ele vá ficar lá com a gente pra sempre. A nossa visão de CAPS é reabilitação.

(PR3)

Tanto há uma fragilidade na atenção básica quanto na atenção estratégica, pois no caso da fala de PR3 ela não entende que o sofrimento psíquico é uma situação crônica, o que nos mostra que não há uma compreensão clara sobre a natureza do objeto de cuidado de um CAPS, que são pessoas com sofrimento psíquico de moderados a graves e, desse modo, necessitam de uma continuidade no tratamento, não sendo apenas uma passagem rápida para se "restabelecer".

Vemos que essa fala conversa com o itinerário terapêutico de Nise, que foi apresentado no tópico anterior, evidenciando a fragmentação da RAPS.

Então, às vezes, uma mesma pessoa está sendo acompanhada aqui e também no outro Caps. Mas a gente não consegue muito bem planejar esse projeto terapêutico, a gente não consegue organizar de uma forma conjunta, muitos preconceitos entre as equipes: a gente porque é muito psicótico, eles porque usam álcool e drogas, na rede como um todo acaba acontecendo bastante isso.

(PR2)

O CAPS tem um papel estratégico de centralização e coordenação da saúde mental na RAPS, sendo o responsável por realizar ações indutoras de articulação com os outros pontos da rede, como a atenção básica, os equipamentos intersetoriais do SUAS e com os outros CAPS da cidade. Porém, é possível perceber tanto através dos itinerários terapêuticos aqui descritos, como na frase acima que há uma grande dificuldade em organizar toda essa articulação. Também é evidenciado que existe um preconceito entre as próprias equipes dos serviços, que se configura como um empecilho para a realização de um cuidado integral, integrado e complementar. A seguir temos uma frase que exemplifica o que foi discutido nesse parágrafo.

Às vezes o profissional identificou que naquele momento o usuário não é perfil CAPS naquele momento e encaminha para região. Pode ser que chegando lá na região a pessoa desestabilize e quem avaliar ele naquele momento vai achar que ele é perfil do CAPS e vai encaminhar para gente.

(PR3)

Em primeiro lugar não vemos a elaboração de um Projeto Terapêutico Singular, essa tecnologia de cuidado busca construir um plano de cuidado individualizado para o paciente, levando em consideração suas singularidades e necessidades. O PTS tem como objetivo a promoção da autonomia do paciente e a integralidade do cuidado, através da participação ativa do usuário e da família no processo terapêutico. No trecho acima o que aparece é apenas uma oferta de procedimentos muito pontuais, como consulta psiquiátrica ou terapia individual, em geral de forma concorrente, isto é, se uma pessoa já está inserida em alguma ação, as demais ações que poderiam compor um cuidado integral acabam sendo esquecidas, esvaziadas ou o serviço não consegue articular ou sustentar este

modelo. Parece haver falhas tanto na comunicação entre o componente estratégico da RAPS (CAPS) e as equipes da AB, quanto nas compreensões e responsabilidades das equipes da AB em assumirem a dimensão da saúde mental como parte de sua rotina de demandas. Estas fragilidades, que se evidenciam na atuação individual do profissional que avaliou esse usuário inicialmente e o contrarreferenciou para o território, mostram falta de clareza da equipe sobre qual é o perfil específico de um paciente da atenção estratégica, que também se relaciona com a falta de equipamentos de saúde mental no município. O que nos mostra uma ausência de política de saúde mental no município e, conseqüentemente, uma falta de gestão estratégica da saúde mental.

Falta muito para organizar a nossa rede. E não é nem que ela fragilizou. Sim, ela fragilizou muito nos últimos anos, bastante. Mas tem coisas que a gente nunca teve. Uma unidade de acolhimento? A gente nunca teve. Uma acesso melhor organizado? A gente nunca teve. Programas específicos relacionados a trabalho? MUITÍSSIMO pouco, quase nada. Programas de habitação, habitacional? Praticamente nada para pessoas em um grande sofrimento psíquico.

(PR2)

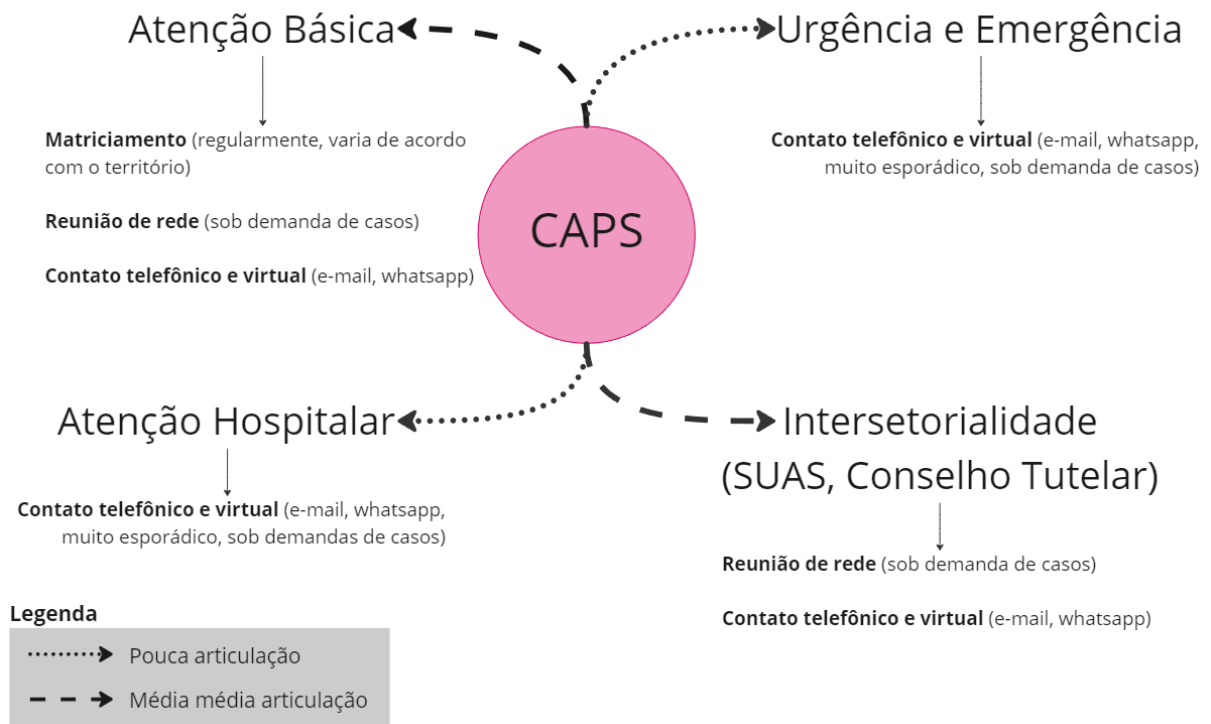
Neste contexto do estudo, os dados indicam fortemente que há uma enorme fragilidade na rede e na experiência de PR2, que possui 6 anos de CAPSad, ela nunca vivenciou uma articulação de fato. Faltam inúmeros serviços e programas governamentais essenciais para o cuidado na RAPS, como, por exemplo, uma unidade de acolhimento. As Unidades de Acolhimento (UA) são serviços residenciais de caráter transitório que, articulados aos outros pontos de atendimento da RAPS, acolhem temporariamente pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, de ambos os sexos, que apresentem acentuada vulnerabilidade social e/ou familiar e precisam de acompanhamento terapêutico e proteção temporária. Conforme a portaria nº 121 as unidades de acolhimento adulto devem ser implantadas em municípios com população igual ou superior a 200.000 habitantes, e unidades de acolhimento infante-juvenil devem ser implantadas em um município com população igual ou superior a 100.000 mil habitantes, devendo existir uma unidade de acolhimento para cada 5.000 crianças e adolescentes em risco para uso de drogas. O município estudado atende a todos esses critérios porém não existe nenhuma unidade de acolhimento na região, o que temos é a compra dos

leitos nas comunidades e clínicas privadas. Os Centros de Convivência estão presentes na portaria nº 3.088/2011 como um ponto de atenção da RAPS, os CECOs – como espaço público de convívio – são capazes de promover uma ressignificação do encontro entre pessoas e a cidade: é perceptível uma mudança na forma como a pessoa que frequenta o CECO habita a cidade, retirando-a de um lugar passivo e marginalizado e possibilitando que ela assuma um lugar de protagonismo, que amplia o seu agir e que amplia a cidade. E eles também são inexistentes no município estudado (BRASIL, 2012; FERIGATO et al, 2016).

Ademais, os CAPS são serviços que se configuram como “porta aberta”, pois todos podem acessá-lo sem a necessidade de um encaminhamento, para tanto, os CAPS realizam o acolhimento. Essa tecnologia de cuidado "acolhimento" é caracterizada pela escuta qualificada da equipe dos serviços às necessidades/questões/angústias do usuário de modo a garantir o acesso oportuno desses usuários a ferramentas adequadas às suas necessidades, ampliando a efetividade das práticas de saúde (BRASIL, 2010). Porém o que fica evidente no município é a fragilidade na tecnologia de acolhimento, que acaba sendo pouco acessível para a população, funcionando com hora marcada e limite de atendimentos por dia em alguns serviços, especialmente no CAPSij local.

A figura a seguir mostra um as estratégias de articulação e comunicação entre os pontos da RAPS identificadas através do relato das profissionais de referência dos CAPS.

Figura 5 - Estratégias de comunicação e articulação entre os pontos da RAPS



Entre as estratégias de articulação identificadas podemos ver o matriciamento.

Eu acho que o matriciamento, ele vem para poder potencializar (...), mas em alguns que tem matriciamento também se perdeu um pouco o objetivo, né? Então, por exemplo, lá a gente se reúne, mas a gente fica meio que fica discutindo os casos, né? Então talvez não pensa nas ações que poderiam estar sendo feitas no território ali também... eu acho que tá todo mundo muito afogado também, né?

(PR1)

O matriciamento é um modelo de atendimento em saúde que tem como objetivo promover a integralidade da assistência e a resolutividade dos casos por meio da articulação entre diferentes profissionais e serviços. Segundo a literatura, o matriciamento pode ser definido como uma tecnologia de gestão e clínica que permite a ampliação da capacidade resolutiva das equipes de saúde por meio da troca de saberes e do apoio especializado. Essa abordagem propõe um trabalho colaborativo entre os profissionais das equipes, sendo um processo de construção coletiva de conhecimento, que visa promover uma melhor assistência ao usuário (FONTENELE, et al., 2017; MERHY, 2002). Segundo o Guia Prático de

Matriciamento em Saúde Mental, um matriciamento pode ser solicitado em 4 situações (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015, página 15):

(1) quando a equipe de referência sentir a necessidade de apoio da saúde mental para abordar e conduzir algum caso; (2) quando se necessita suporte para realizar intervenções psicossociais, como grupos de pacientes com transtornos mentais; (3) para a integração do nível especializado com a AP no tratamento de pacientes com transtorno mental; (4) quando a equipe de referência sente necessidade de apoio para resolver problemas relativos ao desempenho de suas tarefas.

De acordo com a fala de PR1 é possível concluir que o matriciamento é focado apenas em discussão de casos, não explorando as atividades intersetoriais que poderiam estar sendo feitas no município e uma articulação plena.

As reuniões de rede acontecem quando tem, por exemplo, um caso para discutir e aí precisa envolver Conselho Tutelar, o Creas, o Caps AD, a Unidade Básica de Saúde próxima da casa da pessoa.

(PR2)

Uma outra estratégia são as reuniões de rede, que são convocadas quando existem casos a serem discutidos por outros equipamentos além da atenção básica e o CAPS envolvendo outros pontos intersetoriais, como o SUAS, por exemplo.

Em relação às urgências e emergências e a atenção hospitalar temos:

Com as urgências e emergências sempre foi uma articulação por contato telefônico, né? Os casos mais complexos a gente faz reuniões também, mas assim de uma forma geral funciona, tem funcionado. (...) com as urgências e emergências é um contato um pouco mais assim... vamos dizer também, quando necessário, mas esporádico (...) Com urgência e emergência é mais uma ligação que eles falam: "olha tem uma alta, e a gente tá encaminhando a pessoa aí", e aí a gente já se prepara para receber. É... mais ou menos funciona, né? Vamos dizer assim, não como o ideal

(PR1)

Quando acontece uma alta, que o nosso usuário já está bem, a gente tenta fazer esse meio campo com a rede de falar que ele está indo, sendo encaminhado, que ele vai precisar desse suporte de prescrição.

(PR3)

Por fim, segundo as falas acima, a comunicação com os serviços hospitalares e a urgência e emergência não acontece com regularidade, sendo feitas apenas reuniões e comunicações eletrônicas para tratar a respeito de alguns casos compartilhados. As UPAS, hospitais psiquiátricos e o SAMU fazem parte do serviço de urgência e emergência e compõem a RAPS. Desse modo, o contato regular do CAPS com esses serviços é essencial, e o matriciamento poderia servir como uma forma de resposta a essa falta de comunicação entre as equipes, assim como ocorre com a AB.

A seguir será apresentado um quadro com uma síntese das estratégias que os profissionais apontaram que poderiam auxiliar na resolução das dificuldades de articulação enfrentadas pela RAPS local.

Quadro 6 - Formas de enfrentamento das dificuldades

Estratégias/respostas encontradas	Evidências
<p>Capacitações</p>	<p><i>Falta também um trabalho de educação, né? Para todo mundo, sobre o que é cada serviço, como que eles se complementam, né? Capacitação, né? Eu acho que até para os próprios trabalhadores também, por exemplo, dos CAPS, né? (...) Mas eu acho que é importante a gente saber o que a gente tá fazendo aqui, né? Qual que é o nosso papel... Eu acho que fortalecer mesmo os trabalhadores, né? (PR1)</i></p>
<p>Gestão engajada e atuante</p>	<p><i>Então, se os gestores não cuidarem, não cutucarem, não trouxerem isso e compreenderem que é um cuidado de saúde, que também são necessidades de saúde, né? Que uma crise psíquica, uma crise de ansiedade, um pensamento de morte é também um cuidado, é também uma necessidade, é um cuidado de saúde que precisa ser ofertado. Se a gente não cutucar isso no dia a dia e não organizar esses protocolos de atendimento, a gente não avança. Então, uma das formas é exatamente estar continuando com as reuniões</i></p>

	<i>de rede, continuando com os gestores (...) Precisa de gestores, que são peças chaves, para provocar, para organizar toda essa RAPS e para conseguir garantir os investimentos financeiros. (PR2)</i>
Melhorar as condições de trabalho e olhar para a saúde mental do trabalhador	<i>Então, precisa, diante desses nós, precisamos ter investimento em cuidado da saúde do trabalhador, precisa de redução de carga horária, precisa aumentar salário, precisa ter rodízios de atendimento, precisam ter formas de não sobrecarregar o trabalhador para que ele tenha todo esse investimento, para que ele tenha o compromisso de poder cuidar, né? (PR2)</i>
Investimentos e participação da sociedade civil	<i>Então a gente precisa ampliar esses serviços, ampliar esses equipamentos, ampliar as vagas de leito de hospital geral, por exemplo, a gente precisa inaugurar um CAPSad III, mas a gente também precisa de uma estrutura, de participação da sociedade civil, da população e a gente precisa de profissionais motivados, mobilizados, na militância, e no cuidado em saúde, porque senão tudo se perde. (PR2)</i>

O primeiro tópico a ser apresentado é a capacitação conjunta que, através de uma educação permanente em saúde, seria uma forma de resposta ao problema da falta de comunicação e desarticulações. Uma pesquisa-ação publicada em 2018 teve como objetivo descrever e analisar a constituição dos serviços que compõem a RAPS, para isso utilizou-se o diário de campo como instrumento de registro dos encontros dos fóruns realizados e os relatórios de avaliação de seminários de capacitação em saúde mental. Como resultado, eles puderam identificar que as capacitações proporcionaram um espaço de reflexão, cruzamentos de ideias sobre trabalho, educação permanente e gestão em saúde, sendo observado um entrelaçamento entre os pontos da RAPS.

Além disso, a gestão possui um papel essencial na reorganização da RAPS, podendo promover encontros presenciais de articulação, ocupando espaços nos órgãos superiores para a saúde mental, levando a importância da RAPS e fazendo com que ela volte a ganhar espaço e investimentos. É essencial que a gestão esteja alinhada com os princípios da reforma psiquiátrica para que ela consiga otimizar os cuidados em relação à saúde mental e diminuir as internações no município, investindo em equipamentos estratégicos, como os CAPS, e também na prevenção e acompanhamento de saúde mental que deveria ser feito pela rede básica.

Para além dos investimentos financeiros é preciso haver organização e articulação da RAPS, com a participação da sociedade civil e profissionais motivados, valorizados e capacitados. O SUS é a primeira política pública no Brasil a adotar constitucionalmente a participação popular como um de seus princípios, ao garantir o exercício do controle social no processo decisório, através de espaços institucionalizados em seu arcabouço jurídico, representados pelos Conselhos e Conferências de Saúde. Dessa forma, a população poderia construir, em conjunto com os trabalhadores e gestores, o SUS que deseja, levando suas dificuldades e questões para que possam ser resolvidas. A falta desses ambientes de troca entre o tripé trabalhadores-gestão-usuários é muito prejudicial para o funcionamento adequado da rede, contribuindo para uma desarticulação e engessamento (ROLIM & SAMPAIO, 2013).

Gostaríamos ainda de destacar as condições de trabalho e a saúde mental dos profissionais. A saúde mental dos trabalhadores da saúde, especialmente aqueles que atuam no Sistema Único de Saúde (SUS), é um tema de grande relevância no atual cenário de pós pandemia de COVID-19 e de desmontes do SUS e da PNSM. A alta carga de trabalho, a constante exposição a estressores e a falta de recursos e equipamentos de proteção tornam esses trabalhadores mais vulneráveis a transtornos mentais como depressão, ansiedade, burnout e transtorno de estresse pós-traumático (TEPT). Estudos mostram que a falta de suporte social e a falta de reconhecimento profissional também contribuem para agravar a saúde mental dos trabalhadores do SUS (LIMA et al., 2021; SANTOS et al., 2021). Para enfrentar esses desafios, é necessário investir em ações de prevenção e promoção da saúde mental dos trabalhadores, como a oferta de suporte psicológico e psiquiátrico, ações de capacitação e treinamento, melhoria das condições de

trabalho e valorização da profissão (SANTOS et al., 2021). Além disso, é fundamental que as lideranças e gestores estejam atentos às demandas e necessidades dos trabalhadores, garantindo um ambiente de trabalho seguro, saudável e acolhedor (LIMA et al., 2021).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo, portanto, pretendeu, de maneira geral, investigar e descrever formas de (des)articulações da RAPS local, a partir dos itinerários terapêuticos dos usuários da rede. Os objetivos foram alcançados e a seguir apresentaremos em qual tópico dos resultados e categoria analítica eles foram atingidos:

- Investigar e descrever o itinerário terapêutico de usuários da RAPS local: compreendido no tópico 3.2 dos resultados *Os Itinerários Terapêuticos*
- Investigar e descrever a lógica de cuidado em saúde mental da RAPS local, a partir da experiência dos usuários: compreendido nas categorias analíticas: *Modelo de cuidado na atenção psicossocial, Fragmentação e descontinuidade do cuidado e Tecnologia de cuidados ofertados pela RAPS local e a experiência do usuário.*
- Investigar e descrever as estratégias de articulação entre pontos da RAPS, a partir da experiência dos usuários: compreendido nas categorias analíticas: *Formas de comunicação entre os pontos da RAPS, Formas de enfrentamento das dificuldades na RAPS e Comunicação entre os pontos da RAPS (des)articulações.* Além de também estar presente no tópico 3.2 dos resultados *Os itinerários Terapêuticos.*

Deste modo, esta investigação sobre a RAPS local a partir dos itinerários terapêuticos de usuárias dessa rede evidenciou uma enorme fragilidade na rede, com uma baixa articulação entre os seus equipamentos, a ausência de um cuidado compartilhado e pautado no modelo psicossocial.

Para que o cuidado em saúde mental funcione a partir do modelo de atenção psicossocial é absolutamente necessário que os serviços estejam minimamente articulados em rede. Os itinerários terapêuticos dos três casos singulares analisados indicam a forma de funcionamento da RAPS local e o que fica nítido é que essa

articulação em rede não existe. Nenhum dos casos começou e/ou tinha um seguimento complementar na atenção básica, o que mostra uma descontinuidade e fragmentação no cuidado. Além disso, não teve nenhuma identificação de situações de risco no tempo adequado, pois os casos só começaram um cuidado na rede quando já estavam agudizados. Nos momentos de crise as únicas respostas foram medicamentosas e por internações.

O contexto atual de reorganização do modelo de atenção à saúde mental do SUS, portanto, tem o CAPS como dispositivo estratégico de articulação para o cuidado com pessoas com transtornos mentais graves e persistentes. Para a realização desse cuidado articulado é fundamental o papel da AB, que vai muito além de uma triagem e encaminhamento, é preciso fazer uma escuta ativa dos usuários, desenvolvendo um Projeto Terapêutico Singular para ele, que leve em consideração não só a parte biológica das queixas, como também a singularidade e os afetos daquele indivíduo. Para tanto, é preciso coordenar o itinerário terapêutico deste usuário dentro da RAPS (CHIAVAGATTI, 2012). Contudo, o que observamos na RAPS local é uma atenção básica pouco presente e resolutiva, uma centralização do CAPS como único serviço de cuidado em saúde mental o que causa uma sobrecarga neste serviço.

Além disso, percebemos a permanência, de forma contraditória de práticas manicomialis junto com as práticas de cuidado psicossocial. Dessa forma, visualizamos ações que não estão de acordo com os princípios da reforma psiquiátrica, como a medicalização excessiva e a falta de terapias integrativas e ações de prevenção de agravo psíquico, por exemplo. Mas também é possível perceber intervenções que seguem o modelo psicossocial, como a redução de danos e a valorização da autonomia do usuário, por exemplo.

Como possíveis respostas a essas dificuldades encontradas temos as capacitações dos profissionais e o fortalecimento da educação permanente, para que tenhamos equipes mais atualizadas e que possam ofertar um melhor cuidado aos usuários. Além disso, é essencial a presença de gestores engajados com a saúde mental, que possam levar essa pauta para espaços de destaque a fim de ganhar mais investimentos e atenção nessa área, o que é essencial para aumentar o número de equipamentos em saúde mental e fortalecer a RAPS. Também é necessário olhar para a saúde mental do trabalhador, melhorando suas condições

de trabalho, com aumento de salário e elaboração de um plano de carreira. Por fim, também devem ser incentivadas ações que incentivem a participação da sociedade civil, por meio de assembleias onde eles possam levar suas queixas e junto com a gestão, elaborar um serviço que atenda às suas necessidades.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, P.F. **O desafio da produção de indicadores para avaliação de serviços em saúde mental**: um estudo de caso do centro de atenção psicossocial Rubens Corrêa/RJ. 2002. 118 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2002.

ALVES, D.S.; GULJOR, A.P. **O cuidado em saúde mental**. In: PINHEIRO R, MATTOS RA, organizadores. Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: ABRASCO; 2006; p. 221-40. Disponível em: <https://lappis.org.br/site/wp-content/uploads/2017/12/livro-do-cuidado-3A-EDICAO.pdf>. Acesso em: 27 mar. 2023.

AMARANTE A. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.

AYRES, J. et al. **Caminhos da integralidade**: adolescentes e jovens na Atenção Primária à Saúde. Interface (Botucatu). 2012; 16(40):67-81.

AYRES, J.R.C.M. **O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde**. Saúde e Sociedade. São Paulo, v.13,n.3, p. 16-29, dez. 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902004000300003&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 27 mar. 2023.

AYRES. **Cuidado: trabalho, interação e saber nas práticas de saúde**. Rev Baiana Enferm [Internet]. 2017[cited 2018 Feb 27];31(1):e21847.

AYRES. **Organização das ações de Atenção à Saúde**: modelos e práticas. Saude Soc., v.18, n.2, p.11-23, 2009.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2006.

BARROS, R.B. **Reforma Psiquiátrica Brasileira**: resistências e capturas em tempos neoliberais. In: Conselho Federal de Psicologia (Org.). Loucura, Ética e Política: Escritos Militantes. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

BATISTA, E. C. **Experiências vividas pelo cônjuge cuidador da esposa em tratamento psiquiátrico**. Fractal: Revista De Psicologia, v. 32, n. 1, p. 31–39, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.22409/1984-0292/v32i1/5646>. Acesso em: 27 mar. 2023.

BRAGA, C. P.; d'OLIVEIRA, A. F. P. L.. **Motivos e mecanismos de internação de crianças e adolescentes em hospital psiquiátrico: o circuito do controle**. Cadernos De Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 38, n. 5, e00170821, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT170821>. Acesso em: 27 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Cadernos de Atenção Básica, n. 34 - Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. Decreto nº 9.761, de 11 de abril de 2019. **Aprova a Política Nacional sobre Drogas**. Diário Oficial da União [internet]. Brasília, DF, 12 abr. 2019. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D9761.htm. Acesso em: 3 fev. 2023.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 27 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde Mental no SUS: Cuidado em Liberdade, Defesa de Direitos e Rede de Atenção Psicossocial**. Relatório de Gestão 2011-2015. Brasília: MS, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 3.088, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2011. **Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011.html. Acesso em: 27 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental passo a passo: como organizar a rede de saúde mental no seu município?** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

CABRAL, A.L.L.V. et al. **Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil**. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, p. 4433-4442, nov. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001200016&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 05 nov. 2020.

CAMPOS, G.W.S.; GUTIÉRREZ, A.C.; GUERRERO, A.V.P. & CUNHA, G.T. **Reflexões sobre a atenção básica e a Estratégia de Saúde da Família**. In: CAMPOS, G.W.S.; GUERRERO, A.V.P. (Orgs.). Manual de Práticas de Atenção Básica. Saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Aderaldo e Rothschild, 2010. p. 132-153.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. **A promoção da saúde e a educação integral em saúde**. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Org.). Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Hucitec, 2010. p. 409-439.

CHIAVAGATTI, F.G. et al. **Articulação entre Centros de Atenção Psicossocial e Serviços de Atenção Básica de Saúde**. Acta Paulista de Enfermagem, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 11-17, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002012000100003>. Acesso em: 12 jan. 2023.

CONCEIÇÃO, T.F.F.; PEREIRA, M.O. **Todo camburão tem um pouco de navio negroiro: uma análise sobre criminalização de substâncias psicoativas e o encarceramento de mulheres negras**. In: PEREIRA, M.O.; PASSOS, R.G. (Orgs.). Luta antimanicomial e feminismos: inquietações e resistências. Rio de Janeiro: Autografia, 2019. p. 111-120.

COSTA, D.F.C.D.; PAULON, S.M. **Participação Social e protagonismo em saúde mental: a insurgência de um coletivo**. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 36, n. 95, p. 572-582, 2012. doi: 10.1590/S0103-11042012000400009.

CRUZ, N.F.O.; GONÇALVES, R.W.; DELGADO, P.G.G. **Retrocesso da reforma psiquiátrica**: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. *Trab. educ. saúde*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, e00285117, 2020. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462020000300509&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 27 mar. 2023.

FERIGATO, S. H.; CARVALHO, S. R.; TEIXEIRA, R. R. **Cartografia dos Centros de Convivência**: a produção de encontros e redes. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, v. 27, n. 1, p. 12-20, 2016.

FERREIRA, D.C.; SILVA, G.A. **Caminhos do cuidado**: itinerários de pessoas que convivem com HIV. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 3087-3098, Nov. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001100025&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 27 mar. 2023.

FONTENELE, M.G..M.N. et al. **Matriciamento em saúde mental**: uma revisão integrativa da literatura. *Saúde em Debate*, v. 41, n. 112, p. 214-227, 2017.

FOUCAULT, M. **Mental Illness & Psychology**. New York, Harper & Row, 1976. Primeira edição: 1954.

FOUCAULT. **História da Loucura**. São Paulo, Perspectiva, 1972.

FOUCAULT. **Naissance de la Clinique**: une Archéologie du Régard Médical. Paris, PUF, 1963.

GERHARDT, T.E. **Itinerários terapêuticos em situações de pobreza**: diversidade e pluralidade. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 2449-2463, Nov. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006001100019&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 27 mar. 2023.

HIPÓCRATES. **Tratados hipocráticos**. Madrid: Gredos, 1975.

JACKSON, M. **The roots of modern medicine**: a historical perspective. *Clinical Medicine*, v. 11, n. 2, p. 152-156, 2011.

KAMMER, K. P.; MORO, L.; ROCHA, K. B. **Concepções e práticas de autonomia em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS):** desafios cotidianos. Revista Psicologia Política, v. 20, n. 47, p. 36-50, 2020.

LEAL, E. M.; DELGADO, P. G. G. **Clínica e cotidiano:** o CAPS como dispositivo de desinstitucionalização. In: PINHEIRO, R.; GULJOR, A.; SILVA JR. A.; MATTOS, R. (org). **Desinstitucionalização da saúde mental:** contribuições para estudos avaliativos. Rio de Janeiro: CEPESP: IMS/LAPPIS: ABRASCO, 2007. p. 137-153.

LEITE, L. S.; ROCHA, K. B.; SANTOS, L. M. **A tessitura dos encontros da rede de atenção psicossocial.** Trabalho, Educação e Saúde [online]. 2018, v. 16, n. 1, pp. 183-200. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-so100101>. Acesso em: 11 jan. 2023. ISSN 1981-7746.

LIMA, A. F. A. et al. **Saúde mental dos trabalhadores do SUS:** um estudo com os profissionais de saúde da atenção primária. Ciência & Saúde Coletiva, v. 23, n. 7, p. 2221-2232, 2018.

MACHADO, D. M. **A desconstrução do manicômio interno como determinante para inclusão social da pessoa em sofrimento mental.** Brasília, 2006.

MARI, J. J. **Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira.** Ciência & Saúde Coletiva [online], v. 16, n. 12, p. 4593-4596, 2011. ISSN 1413-8123.

MATTOS, R. A. **A integralidade na prática** (ou sobre a prática da integralidade). Cad. Saúde Pública, v.20, n.5, p.1411-6, 2004.

MECHANIC, D.; VOLKART, H. **Stress, illness behavior, and the sick role.** American Sociological Review, v. 26, n. 1, p. 51-58, 1961.

MERHY, E. E. **Saúde:** a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014. 407 p.

MINAYO, M.C.S.; CRUZ, O.; DESLANDES S. F.; GOMES R.. **Pesquisa Social:** teoria, método e criatividade. 23.a. Ed. Petrópolis: Vozes, 2004

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. In: Conferência regional de reforma dos serviços de saúde mental: 15 anos depois de Caracas. Ministério da Saúde, 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

OLIVEIRA, F.C. **Implementação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no contexto da política de saúde mental do município de São Carlos/SP (2010-2015)**. Dissertação (Mestrado em Gestão de Organizações e Sistemas Públicos) – Programa de Pós-Graduação em Gestão de Organizações e Sistemas Públicos, Universidade Federal de São Carlos, 2016.

ONOCKO-CAMPOS, R.T.; FURTADO, J.P. **Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1053-1062, maio 2006. doi: 10.1590/S0102-311X2006000500018.

PANDE, M.N.R.; AMARANTE, P.D.C. **Desafios para os Centros de Atenção Psicossocial como serviços substitutivos: a nova cronicidade em questão**. Ciência & Saúde Coletiva, v.16, n.4, p.2067-2076, 2011. doi: 10.1590/S1413-81232011000400006.

PEREIRA, E.; BARROS, R. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Fiocruz, 2009. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/hum.html>. Acesso em: 11 janeiro 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 121, de 25 de janeiro de 2012. **Redefine e amplia a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) 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)**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 26 jan. 2012. Seção 1, p. 33.

PORTER, R. **The Greatest Benefit to Mankind: A Medical History of Humanity**. New York: W.W. Norton & Company, 1997.

RIBAS, D.L.B.; CONCONE, M.H.V.B.; PICOLI, R.P. **Doenças e práticas terapêuticas entre os Teréna de Mato Grosso do Sul**. Saúde soc., São Paulo, v. 25, n. 1, p. 160-170, mar. 2016. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902016000100160&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 27 mar. 2023.

ROLIM, L. B.; CRUZ, R. de S. B. L. C.; SAMPAIO, K. J. A. de J. **Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa**. Saúde Em Debate, Rio de Janeiro, v. 37, n. 96, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/9TJZcT8WxS2SvVfYsPLB4dB/?lang=pt>. Acesso em: 27 mar. 2023.

SANTOS, R. C.; SILVA, M. S. **Condições de vida e itinerários terapêuticos de quilombolas de Goiás**. Saúde soc., São Paulo, v. 23, n. 3, p. 1049-1063, set. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902014000301049&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 27 mar. 2023.

SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B. (Orgs.). **Saúde do adulto: programas e ações na Unidade Básica**. São Paulo: HUCITEC, 2000. p. 29-47.

SILVA, E. F. et al. **Condições de trabalho e saúde mental dos trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família**. Revista Brasileira de Medicina do Trabalho, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 152-161, 2018.

TREICHEL, C. A. dos S. et al. **Transtornos psiquiátricos menores em familiares cuidadores de usuários de Centros de Atenção Psicossocial: prevalência e fatores associados**. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 461-472, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020252.12532018>. Acesso em: 27 mar. 2023.

VENÂNCIO, J. A. A. **Orientações para procedimentos em pesquisas com qualquer etapa em ambiente virtual**. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva do Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Brasília, 24 de fevereiro de 2021. 4p.

WHO. **Mental health: a state of well-being**. [Internet]. World Health Organization; 2014 Aug [cited 2018 Aug 28]. Available from: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/ [Links].

WHO. International Consortium in Psychiatric Epidemiology. **Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders**. Bulletin of

the World Health Organization, Geneva, v. 78, n. 4, p. 413-426, 2000. (resumo em francês).

WHO. **Mental health: strengthening our response.** Fact sheet 220; 2014 [cited 2014 Mar 25]. Geneva: World Health Organization; 2014. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/>.

ZURBA, M.C. (org). **Psicologia e saúde coletiva.** Florianópolis: Tribo da Ilha, 2012. 240 p

APÊNDICES

Apêndice 1 - Modelo da sistematização e análise dos dados

CATEGORIA ANALÍTICA	SIGNIFICADO	CRITÉRIO DE INCLUSÃO	EVIDÊNCIAS
Tecnologias de cuidado ofertadas pelos CAPS	O conjunto de atividades/ações/procedimentos considerados como ações de assistência ofertadas pelos CAPS aos usuários/pacientes	Evidências que descreviam ações assistenciais ofertadas e desenvolvidas pelo CAPS para o cuidado dos usuários/pacientes	<i>Eu faço acolhimento, né? (...) A gente faz os atendimentos de referência né? A gente faz visita (...) atendimentos individuais (...) Então às vezes orientação pra pais, uma orientação no formato de psicoeducação ou mesmo pros próprios adolescentes ou crianças (...) a gente também faz a psicoterapia - PR1</i>
			<i>Então, o que eu faço aqui no CAPS? Acolhimento, que é uma escuta inicial a chegada do paciente aqui no serviço, a gente faz grupos terapêuticos, oficinas terapêuticas, trabalho de apoio matricial, trabalho de reunião, de discussão da rede, de acompanhamento de pacientes na rede, né? Às vezes tem que fazer algum projeto terapêutico de paciente que envolve outros serviços, que envolvem outros setores, então fazemos reuniões de rede. Nós temos aqui no Caps reunião de equipe, atendimentos individuais com paciente, atendimentos junto com outros profissionais de saúde da equipe, visitas domiciliares, acompanhamento de estagiária e supervisão de estágio. - PR2</i>
			<i>Os cuidados tem mais enfoque na parte da enfermagem, medicamento para quem precisa, quando sai de uma pós consulta, também orientação para utilização dos medicamentos caso tenha alguma dúvida. A gente também faz atendimentos de referência. Então a gente, de uma certa forma, tem esse cuidado também terapêutico de acordo com nosso nível, a parte assistencial também, a</i>

			<i>parte de referência, quando precisa de alguma visita que a pessoa não consegue chegar até o serviço, a gente também tem essa disponibilidade para ir ver como está. - PR3</i>
Concepções e saberes dos profissionais sobre a Política de Saúde Mental	Conhecimentos, compreensões, entendimentos sobre a política de saúde mental, em níveis nacional e local	Falas que evidenciem os conhecimentos, compreensões e entendimentos dos profissionais sobre a política de saúde mental em níveis nacional e local	<i>Por exemplo, as políticas públicas, de uma maneira geral, elas estão um pouco esquecidas...elas estão sem os investimentos. - PR1</i>
			<i>Mas ela tem um grande problema que não existe, não tem investimento, não tem dinheiro, não tem prioridade para se efetivar. - PR2</i>
Modelo de cuidado na atenção psicossocial	Concepções, conhecimentos e entendimentos sobre o cuidado psicossocial de uma forma macro, sobre a RAPS e sobre papel do CAPS nesse cuidado	Falas que evidenciem as concepções, conhecimentos e entendimentos do profissional sobre o cuidado psicossocial de uma forma macro, sobre a RAPS e sobre papel do CAPS nesse cuidado	<i>Às vezes é uma coisa que o usuário tá ansioso, é algo que dá para tratar na rede, né? Às vezes, com a equipe de saúde mental, uma escuta, dá para ser tratado na rede, mas a pessoa chorou um pouco, a pessoa está um pouco mais ansiosa: é Caps. Então tem que mudar um pouco essa visão, né? Uma ansiedade, uma depressão leve... Tem coisas que são da rede e da atenção básica. Não é necessariamente do CAPS, até porque na RAPS fala também que a Atenção Básica tem esse cuidado também com a pessoa, né? - PR2</i>
			<i>Não é só porque ele fala que é um CID de transtorno mental que ele vai ser pra sempre no CAPS, não. O CAPS é apenas um local para ele se restabelecer, para ele realmente se fortalecer, né? Sair da crise, para ir para atenção básica e se for atenção básica, ele ter acesso em outros lugares, ele ter uma vida normal, escolar, ele casar, nos outros espaços. - PR3</i>