UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

MICHELLE CHANCHETTI SILVA

ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS DE USUÁRIOS DA SAÚDE MENTAL: ENTRE NARRATIVAS DE CUIDADO E METODOLOGIAS DE PESQUISA

CAMPINAS
2024

MICHELLE CHANCHETTI SILVA

ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS DE USUÁRIOS DA SAÚDE MENTAL: ENTRE NARRATIVAS DE CUIDADO E METODOLOGIAS DE PESQUISA

Tese apresentada à Faculdade de Ciências Médicas, da Universidade Estadual de Campinas, como parte dos requisitos exigidos para obtenção do título de Doutor em Saúde Coletiva, na área de concentração de Política, Planejamento e Gestão em Saúde.

ORIENTADORA: PROFESSORA DOUTORA ROSANA TERESA ONOCKO CAMPOS

ESTE TRABALHO CORRESPONDE À VERSÃO PARCIAL
DA TESE DA ALUNA MICHELLE CHANCHETTI SILVA E
ORIENTADA PELA PROFA. DRA. ROSANA TERESA
ONOCKO CAMPOS.

CAMPINAS
2024

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP)
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas
Maristella Soares dos Santos - CRB 8/8402

Si38i

Silva, Michelle Chanchetti, 1981-
Itinerários terapêuticos de usuários da saúde mental : entre narrativas de cuidado e metodologias de pesquisa / Michelle Chanchetti Silva. – Campinas, SP : [s.n.], 2024.

Orientador: Rosana Teresa Onocko Campos.
Tese (doutorado) – Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Faculdade de Ciências Médicas.

1. Itinerário tverapêutico. 2. Assistência a saúde mental. 3. Narrativas. 4. Saúde mental. 5. Serviços comunitários de saúde mental. I. Campos, Rosana Onocko, 1962-. II. Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Informações Complementares

Título em outro idioma: Therapeutic itinerary of mental health users : between care narratives and research methodologies
Palavras-chave em inglês:
Therapeutic itinerary
Mental health care
Narratives
Mental health
Community mental health services
Área de concentração: Política, Gestão e Planejamento
Titulação: Doutora em Saúde Coletiva: Políticas e Gestão em Saúde
Banca examinadora:
Rosana Teresa Onocko Campos [Orientador]
Carlos Alberto Pegolo da Gama
Henrique Sater de Andrade
Maria Cecília Galletti
Maria Tavares Cavalcanti
Data de defesa: 06-08-2024
Programa de Pós-Graduação: Saúde Coletiva: Políticas e Gestão em Saúde

Identificação e informações acadêmicas do(a) aluno(a)
- ORCID do autor: https://orcid.org/0000-0002-9574-7494
- Currículo Lattes do autor: http://lattes.cnpq.br/3491096019798518

COMISSÃO EXAMINADORA DA DEFESA DE MESTRADO/DOUTORADO

MICHELLE CHANCHETTI SILVA

ORIENTADOR:ROSANA TERESA ONOCKO CAMPOS

COORIENTADOR:

MEMBROS TITULARES:

1. PROF. DRA. ROSANA TERESA ONOCKO CAMPOS

2. PROF. DR. CARLOS ALBERTO PEGOLO DA GAMA

3. PROF. DR. HENRIQUE SATER DE ANDRADE

4. PROFA. DRA. MARIA CECÍLIA GALLETTI

5. PROFA. DRA. MARIA TAVARES CAVALCANTI

Programa de Pós-Graduação em SAÚDE COLETIVA da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

A ata de defesa com as respectivas assinaturas dos membros encontra-se no SIGA/Sistema de Fluxo de Dissertação/Tese e na Secretaria do Programa da FCM.

Data de Defesa: 06/08/2024

AGRADECIMENTOS

Desde a idealização do projeto, muitas pessoas estiveram comigo, às vezes, caminhando ao meu lado, às vezes, segurando minha mão, às vezes, ajudando a construir pontes para enfrentar abismos ou auxiliando a recalcular rotas.

São muitos os desafios enfrentados pelas mulheres mães no itinerário, no campo das ciências, mas estive bem acompanhada nesta caminhada e, talvez, por conta disso, posso me considerar, como diria Belchior, "um sujeito de sorte".

Agradeço, inicialmente, aos meus filhos, Cecília e Gael, por estarem comigo nesta jornada, por serem tão generosos e compreensivos com este investimento no doutorado, e, por muitas vezes, suportarem comigo o desenvolvimento deste trabalho, nos dias difíceis e nos dias felizes. Amo vocês infinitamente e um pouco mais.

Ao meu companheiro e amigo, Bruno F. Emerich, pessoa generosa que a RAPS de Campinas me apresentou. Obrigada por me incentivar a alçar voos cada vez maiores, por me apoiar de maneira tão intensa neste projeto e, por muitas vezes, acreditar mais em mim do que eu mesma. Foi por meio de muita parceria na gestão de nossa vida que consegui chegar até aqui. É clichê, mas é verdade, sem você nada disso seria possível. Sou muito feliz por podermos construir sonhos juntos e nos ampararmos para que eles aconteçam. Amo você!

Aos meus pais, que possibilitaram meus estudos e sempre me permitiram ir além de seus olhos.

Gostaria de agradecer especialmente a duas mulheres que foram meu alicerce em muitos momentos desta caminhada: minha mãe e Naná (*in memoriam*). Obrigada por todo o cuidado comigo e com meus amores.

Aos meus amados irmãos, Maristela e Paulinho, pela parceria afetiva. Aos meus cunhados e concunhados, Fernando, Ana, Dudu, Fer e Cícero, e minhas lindezas de sobrinha, por estarem sempre presentes e me apoiarem.

À minha orientadora, Rosana T. Onocko-Campos, pela generosidade em me acompanhar nesta jornada, por apostar em meu trabalho e ser minha bússola nesta caminhada do doutorado. Obrigada pela presença afetiva e cuidado técnico, ético e político.

Ao coletivo de pesquisadores da pesquisa Saúde Mental entre Redes: a Rodrigo e Carlos, por me acolherem no doutorado com tanta generosidade e me ensinarem tanto; aos mestrandos Maria Fernanda, Rosa, Sulamita, Lívea e Ana, por toda a parceria e potência nos rumos da pesquisa. Foi um presente estar com vocês.

Aos colegas do grupo Interfaces, pelas tardes de trocas de conhecimentos e reflexões no campo da Saúde Coletiva e Saúde Mental, especialmente Giovana Pellati, Giovana Saidel, Mara e Rosa, por contribuírem de maneira mais próxima com este trabalho.

A todos os gestores, trabalhadores e usuários com quem estive ao longo da pesquisa Entre Redes, que gentilmente compartilharam tempo, experiências e saberes, para que nosso trabalho pudesse ser desenvolvido. Obrigada por toda parceria e confiança.

Aos trabalhadores e usuários da RAPS de Botucatu, especialmente Marília Meyer e Tiago Rocha, e da RAPS Campinas, com quem encontrei, aprendi e evoluí.

Aos meus colegas professores, por toda parceria e incentivo ao longo deste trabalho.

Aos meus professores de graduação, especialmente Luisa Ballarin, Sandra Galheigo e Fabio Bruno de Carvalho, e aos professores do meu aprimoramento, Mari S. Quarentei, Marli Ribeiro (*in memoriam*), Helen e Carla R. Silva, por plantarem em mim a semente do conhecimento.

À minha amiga de faculdade, parceira de trabalho na RAPS Campinas e orientadora de Mestrado, Sabrina Ferigato. Que bom que nos encontramos nestas andanças pela terapia ocupacional, saúde mental e saúde coletiva. Sou muito agradecida pelas trocas e pelos aprendizados.

E, por falara no núcleo da TO, não poderia deixar de mencionar as “TÓtimas” com que tive o prazer de trabalhar, algumas delas Izaura Brito, Patrícia , Mara Eduarda Barbos, Bianca Uehara,

Juliana Ruiz, Ellen Ricci e Renata Tosta. Foram lindas e intensas trocas, uma partilhar potente nos modos de fazer e viver a Terapia Ocupacional. Meu modo de ser TO foi iluminado pelas trocas com vocês.

Às minhas amigas de uma vida: Tatiana Morelli, Fabiana Oliveira, Marcela B. Monteiro, Cynthia Margareth, Carla Linarelli, Cecília Policarpo e Marielle Kellerman, por estarem comigo sempre.

No dia da entrevista para ingressar no doutorado, meu filho tinha 45 dias de vida. Calculei a rotina do bebê e das mamadas para estar no horário da entrevista. Ao chegar no local, alguns minutos antes da entrevista, um pouco desorientada pelo nervosismo e pela fase da vida, encontrei minha amiga Letícia Faria, que segurou minha mão e me disse algumas palavras que, apesar de não me lembrar ao certo quais, me aprumaram para fazer uma boa entrevista e ser aprovada. Já lhe disse, mas digo de novo: obrigada, Lê!

Este trabalho foi desenvolvido com o apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), processo nº 140397/2019, modalidade GD, com vigência de 01/03/2019 a 28/02/2023. A pesquisa que originou este trabalho contou com financiamento do CNPq, processo nº 440688/2018-3.

RESUMO

Introdução: A existência de uma lacuna entre as demandas de cuidado e a oferta de tratamento em saúde mental, discrepância de acesso, problemas de equidade e insuficiente integração da rede de atenção à saúde, ainda, é uma questão no contexto mundial. Os estudos sobre Itinerários Terapêuticos (IT) podem ser utilizados para avaliar indicadores de acesso à rede, eficácia da assistência em saúde e compreender as percepções sobre a experiência de cuidado, abrangendo, também, as redes informais dos entrevistados. Este trabalho tem como objetivo compreender os IT dos usuários da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de um município paulista de médio porte. **Metodologia:** A tese é composta por três artigos, com metodologia e resultados próprios, abordando diferentes dimensões dos IT em Saúde Mental (SM). Trata-se de estudo descritivo-exploratório, com abordagem metodológica qualitativa-quantitativa, na perspectiva da triangulação metodológica, realizado de agosto de 2019 a março de 2022. Incluíram-se usuários de três serviços da RAPS: CAPSII, CAPSad e Ambulatório de SM. A amostragem quantitativa foi operacionalizada a partir de estudo envolvendo a análise de cluster com os dados dos questionários aplicados a 341 usuários da RAPS. Para a amostragem qualitativa, utilizaram-se de entrevistas em profundidade com 15 participantes, selecionados de cinco clusters identificados no estudo quantitativo. Este material foi audiogravado, transcrito, transformado em narrativas para extração dos núcleos argumentais, conforme os referenciais propostos por Onocko-Campos e Furtado. Para análise dos dados, adotou-se a abordagem hermenêutica de Ricouer. Posteriormente, realizou-se a construção de mapas de IT, em que os usuários representaram graficamente os percursos de cuidado e rede de apoio. **Resultados:** Artigo 1: "Itinerários terapêuticos compartilhados por usuários de serviços especializados de saúde mental: uma análise por clusters", teve como objetivo identificar as trajetórias terapêuticas compartilhadas por usuários da RAPS de uma cidade de médio porte, a partir de uma análise de cluster. Os cinco clusters identificados no estudo demonstraram: baixa participação da Atenção Primária (APS) no acolhimento dos casos novos, com a maioria dos atendimentos acontecendo em serviços especializados; alta proporção de casos identificados em situações de crise; baixa participação da APS na referência dos casos, com elevado acesso aos serviços especializados, por meio de demanda espontânea; falta de continuidade do cuidado na APS, após a entrada no serviço especializado. Artigo 2: "Escutando vozes: narrativas de itinerários terapêuticos em saúde mental", teve como objetivo compreender a percepção dos usuários sobre como os serviços e as equipes têm se organizado para acolher e acompanhar os que necessitam

de cuidados em saúde mental. As narrativas revelaram que muitos entrevistados demoraram a perceber a necessidade de ajuda, frequentemente motivados por familiares ou profissionais de outras especialidades. As fragilidades identificadas incluíram demora no atendimento, falta de informação sobre os fluxos de cuidado, rigidez no processo de trabalho e alta rotatividade de profissionais. O acolhimento e o preparo dos profissionais foram avaliados positivamente e sustentadores da adesão ao cuidado em saúde. O estudo aponta para necessidade de plasticidade no atendimento, educação permanente e reconhecimento e fortalecimento das redes de apoio informais. Artigo 3: "Ferramenta metodológica para ampliar a participação dos usuários na construção de seus itinerários terapêuticos", teve como objetivo desenvolver o mapa de IT e rede de suporte como estratégia de validação de dados em pesquisas qualitativas em saúde. A metodologia revelou aspectos importantes das trajetórias terapêuticas que não foram mencionados nas entrevistas iniciais, proporcionando compreensão mais rica e detalhada dos IT. A abordagem metodológica demonstrou ser eficaz para capturar a complexidade e singularidade dos IT, além de promover validação e ampliação da participação dos usuários na pesquisa. **Conclusão:** Os três estudos apontaram fragilidades na RAPS estudada, evidenciando a necessidade do desenvolvimento de estratégias que fomentem a integração entre os serviços, especialmente no que se refere à APS, tanto para favorecer o acesso aos cuidados especializados, em tempo oportuno, como para viabilizar a continuidade do cuidado entre os diferentes pontos de atenção.

Palavras-chave: Itinerário Terapêutico, Assistência à Saúde Mental, Narrativas, Saúde Mental, Serviços Comunitários de Saúde Mental.

ABSTRACT

The existence of a gap between care demands and the provision of mental health treatment, access disparities, equity issues, and insufficient integration of the healthcare network remains a global issue. Studies on therapeutic itineraries (TI) can be used to evaluate network access indicators, healthcare assistance effectiveness, and to understand perceptions of the care experience, also encompassing the informal networks of the interviewees. This work aims to understand the TIs of users of the psychosocial care network (RAPS) in a medium-sized municipality in São Paulo state. The thesis consists of three articles, each with its own methodology and results, addressing different dimensions of TIs in mental health (MH). It is a descriptive-exploratory study with a qualitative-quantitative methodological approach, in the perspective of methodological triangulation, conducted from August 2019 to March 2022. It included users of three RAPS services: CAPSII, CAPSad, and the MH outpatient clinic. The quantitative sampling was carried out through a cluster analysis study with data from questionnaires administered to 341 RAPS users who go through specialized MH services. For the qualitative sampling, in-depth interviews were conducted with 15 participants, selected from five clusters identified in the quantitative study. This material was audio-recorded, transcribed, transformed into narratives to extract core arguments, and data were analyzed within the frameworks proposed by Onocko-Campos Furtado. Subsequently, IT maps were constructed where users graphically represented their care paths and support networks. Data analysis employed Ricouer's hermeneutic approach, and narratives were built. Article 1: "Therapeutic itineraries shared by users of specialized mental health services: a cluster analysis," aimed to identify the therapeutic trajectories shared by RAPS users in a medium-sized city through a cluster analysis. The five clusters identified in the study demonstrated: low participation of Primary Care (PC) in welcoming new cases, with most attendances occurring already in specialized services; high proportion of cases identified in crisis situations; low participation of PC in case referrals, with high access to specialized services through spontaneous demand; lack of continuity of care in PC after entering the specialized service. Article 2: "Listening to voices: narratives of therapeutic itineraries in mental health," aimed to understand users' perceptions of how services and teams have organized to welcome and follow up those who need mental health care. The narratives revealed that many interviewees took time to realize the need for help, often motivated by family members or professionals from other specialties. Identified weaknesses included delays in care, lack of information about care flows,

rigidity in the work process, and high staff turnover. The reception and preparation of professionals were positively evaluated and supportive of adherence to health care. The study points to the need for flexibility in care, continuous education, and recognition and strengthening of informal support networks. Article 3: "Methodological tool to increase user participation in constructing their therapeutic itineraries," aimed to develop the TI map and support network as a strategy for validating data in qualitative health research. The methodology revealed important aspects of therapeutic trajectories not mentioned in the initial interviews, providing a richer and more detailed understanding of TIs. The methodological approach proved effective in capturing the complexity and uniqueness of TIs, as well as promoting validation and increased user participation in the research. The three studies highlighted weaknesses in the studied RAPS, indicating the need to develop strategies to promote integration between services, especially regarding PC, both to facilitate timely access to specialized care and to enable continuity of care among different points of care.

Keywords: Therapeutic Itinerary; Mental Health Care; Narratives; Mental Health; - Community Mental Health Services.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 12
1.1 A presente pesquisa 17
2 OBJETIVOS 20
2.1 Geral 20
2.2 Específicos 20
3 METODOLOGIA 21
3.1 Pesquisa quantitativa – análise de cluster 21
3.1.1 Tipo de estudo e delineamento 21
3.1.2 População e amostragem 21
3.1.3 Procedimentos de coleta 22
3.1.4 Controle de qualidade e manejo dos dados 22
3.1.5 Aspectos éticos 23
3.2 Pesquisa qualitativa - entrevistas 24
3.2.1 Tipo de estudo e delineamento 24
3.2.3 Procedimentos de coleta 25
3.2.4 Controle de qualidade e manejo dos dados 26
3.2.5 Construção das narrativas e análise dos dados 27
3.2.5 Aspectos éticos específicos 29
4 RESULTADOS 30
4.1 Artigo 1 31
4.2 Artigo 2 49
4.3 Artigo 3 81
5 DISCUSSÃO 99
6 CONCLUSÃO 101
REFERÊNCIAS 104
APÊNDICES 112
APÊNDICE 1 – QUESTIONÁRIO 112
APÊNDICE 2 - TCLE USUÁRIO 127
APÊNDICE 3 - ROTEIRO ENTREVISTA 129
APÊNDICE 4 - TCLE ENTREVISTAS ITINERÁRIOS USUÁRIOS 130
APÊNDICE 5 – NARRATIVAS 133

APÊNDICE 6 – REDE DE SUPORTE 174
ANEXO 1 – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA 182

1 INTRODUÇÃO

A partir do Movimento da Reforma Psiquiátrica e apoiado pela Lei 10.216/2001 que dispõe~~s~~ sobre os direitos das pessoas em sofrimento psíquico e a reorientação do modelo assistencial, conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica no Brasil[1], foi se desenvolvendo um novo paradigma de cuidado aos usuários da saúde mental, substituindo o "Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador" pelo "Paradigma Psicossocial"[2]. Imbuídos deste novo modo de pensar e agir, novos serviços de saúde mental foram necessários para estas novas práticas de cuidados não hospitalocêntricas/manicomial. Opondo-se ao modelo segregador, asilar, de longas internações e com ausência de continuidade do cuidado, foi proposta a implementação de uma rede de serviços que trabalhem de maneira articulada, de base comunitária – que estejam no território onde a vida acontece - incluindo as complexidades familiares e sociais, a partir da construção de um Projeto Terapêutico Singular, baseado no vínculo e considerando as singularidades de cada sujeito.

No entanto, a Reforma Psiquiátrica constitui Processo Social Complexo, composto por dimensões jurídico-políticas, epistemológicas, técnico assistencial e sociocultural[3]. A dimensão jurídico-política envolve o desenvolvimento de políticas e leis que protejam os direitos das pessoas com problemas de saúde mental e garantam o acesso a serviços adequados. A dimensão epistemológica se refere ao desenvolvimento de uma abordagem crítica e reflexiva da produção do conhecimento e ao reconhecimento da diversidade dos sistemas de conhecimento relacionados à saúde mental. A dimensão da assistência técnica envolve o desenvolvimento de serviços de saúde mental eficazes e integrais que priorizem o cuidado baseado na comunidade e utilizem abordagem multidisciplinar. Finalmente, a dimensão sociocultural reconhece a importância dos fatores culturais e sociais na saúde mental e enfatiza a necessidade de os serviços de saúde mental serem sensíveis aos contextos culturais e sociais das comunidades que atendem[3].

A criação de serviços alternativos aos cuidados centrados no Hospital Psiquiátrico/Manicômio por si só é insuficiente para um cuidado integral, que abranja as necessidades de saúde dos usuários da saúde mental. Logo, faz-se necessária rede de saúde integrada e articulada que facilite o acesso ao cuidado adequado, em tempo oportuno, e comporte as diferentes complexidades de cuidado.

As Redes de Saúde, consolidadas partir da Portaria Nº 4.279/2010, podem ser definidas como arranjos organizativos para ações e serviços de saúde com diferentes níveis de

complexidades e densidades tecnológicas do Sistema Único de Saúde (SUS), e visam assegurar integralidade do cuidado[4-5].

Os progressos na dimensão jurídico-política e na estruturação da rede de serviços psicossociais também tiveram papel importante na indução de mudanças nas práticas de assistência e efetivação dos direitos das pessoas em sofrimento psíquico.

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) foi criada pela Portaria MS/GM nº 3.088, de 23/12/2011, com objetivo de estabelecer, ampliar e articular pontos de atenção à saúde para pessoas que sofrem de transtornos mentais ou precisaram de cuidados decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS[6]. A RAPS é baseada nos princípios da autonomia, respeito aos direitos humanos e exercício da cidadania; busca promover a equidade e reconhecer os determinantes sociais dos processos de saúde, doença, sofrimento e cuidado; desconstruir estigmas e preconceitos; garantir o acesso a cuidados completos e de qualidade; desenvolver ações com foco em serviços territoriais e comunitários; os serviços em rede, estabelecendo ações intersetoriais e com continuidade do cuidado; promover ações de educação permanente; basear-se no paradigma do cuidado e da atenção psicossocial; além de monitorar e avaliar a seguimento dos serviços[6].

As redes de serviços de saúde mental buscam promover a integralidade e a humanização do cuidado, tendo como objetivo a promoção da saúde e a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos, mediante o desenvolvimento de projetos terapêuticos orientados para participação dos sujeitos e integrados aos valores e às crenças das pessoas nas comunidades atendidas[7].

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2019, cerca de um bilhão de pessoas conviviam com transtornos mentais em todo mundo. O sofrimento psíquico produz efeitos significativos no cotidiano da vida das pessoas, sendo a principal causa de incapacidade. O estigma, a discriminação e a violação de direitos das pessoas que convivem com sofrimento psíquico ainda são questões comumente enfrentadas tanto pelas comunidades, como pelas redes de atenção à saúde, em todo o mundo[8]. Existe diferença considerável na mortalidade dos usuários com questões de saúde mental, especialmente por doenças evitáveis[8]. Acredita-se que essa população tenha expectativa de vida reduzida de 10 a 30 anos, com taxas de mortalidade duas a três vezes maiores do que a população em geral[9].

Alguns estudos têm analisado a prevalência de transtornos de saúde mental, o uso de serviços de saúde mental e a carga global de doenças, e têm evidenciado que, em nível mundial, existe lacuna entre a necessidade de cuidados e a oferta de serviços que precisa ser superada[10-12].

Estudos têm evidenciado que, após receberem atendimento em serviços especializados, muitos pacientes perdem o contato com a Atenção Básica[13-14]. Isso pode resultar em negligência quanto às condições de saúde física e, consequentemente, em resultados clínicos ruins[15].

Nesse sentido, a integralidade do cuidado merece estudos e investimentos, questão importante, para que possa ser sustentada, inclusive, considerando os estudos sobre morbidade e mortalidade de pessoas com TM.

Esses novos cenários assistenciais devem aprofundar o conhecimento sobre as ações e contextos que conduzem à melhora dos sujeitos, bem como motivações e expectativas em relação ao tratamento[16].

Por essa razão, a utilização de metodologias que incluam a dimensão da experiência dos usuários sobre o processo saúde-doença e os caminhos percorridos para a busca por cuidado, pode se configurar como recurso potente para identificar as reais potências e fragilidades do acompanhamento em saúde mental.

A literatura utiliza frequentemente os conceitos de itinerários terapêuticos, caminhos para o cuidado, caminhos de busca por ajuda e caminhos clínicos[17-21]. Esses conceitos englobam ações que os usuários realizam para buscar contato com organizações e pessoas, tanto dentro da rede de saúde formal, quanto na rede de apoio informal, incluindo as conexões religiosas. Esses conceitos podem ser semelhantes ou sobrepostos uns aos outros[21].

Itinerários terapêuticos podem ser compreendidos como: "trajetórias de busca, produção e gerenciamento do cuidado para a saúde, empreendidas por pessoas, famílias, seguindo lógica própria, tecida nas múltiplas redes para o cuidado em saúde de sustentação e apoio, que possam lhes oferecer certa sustentabilidade na experiência do adoecimento."[22:188]

Revisão realizada aponta que os estudos sobre IT se dividem em torno de dois eixos principais: um relacionado a uma perspectiva mais individual, enfatizando as escolhas do próprio sujeito na determinação do itinerário e outro grupo de trabalhos, em que as escolhas do sujeito são determinadas especialmente pelo meio cultural em que está inserido[23]. No entanto, as produções mais recentes têm ampliado a compreensão acerca dos IT para além deste determinismo, relacionado aos indivíduos ou ao meio cultural em que estão inseridos, evidenciando, cada vez mais, a interdependência desses dois aspectos.

Na perspectiva teórico metodológica, a construção de itinerários terapêuticos tem permitido a compreensão de discursos e práticas que expressam diferentes lógicas, podendo questionar o princípio da integralidade. Neste sentido, os IT constituem recurso metodológico que toma como alicerce o princípio da integralidade da assistência[23].

Quando se analisam os itinerários terapêuticos, é possível obter informações sobre a organização do sistema local de saúde e da comunidade. Há poucos estudos que relacionam os itinerários terapêuticos com rede de saúde mental, mas esses trabalhos sugerem que a experiência do usuário no processo de adoecimento cria uma rede de possibilidades de cuidado única para cada território, momento e situação[24]. Além de poder compreender a dimensão da experiência sobre o cuidado, incluindo as redes formais e informais dos sujeitos da pesquisa, os IT podem ser indicados para ampliar a compreensão sobre a resolutividade da assistência e dos indicadores de acesso à saúde.[24]

Outros autores também apontam que, muitas vezes, os serviços de saúde vão criando normas para o funcionamento da rede, em que os trabalhadores tentam adaptar a prática, e usuários, por sua vez, percorrem caminhos que desafiam estas configurações formais. [23]

Apoiados nesses referenciais, espera-se que o percurso metodológico escolhido neste estudo possa contribuir, a partir da construção dos IT, para aprofundamento da perspectiva dos usuários sobre a dimensão experiência de adoecimento e busca por ajuda, bem como apontar as possibilidades de redes de suporte, fragilidades e potencialidades.

1.1 A presente pesquisa

Este trabalho faz parte de pesquisa realizada a partir da parceria entre a Secretaria Municipal de Saúde de um município paulista de médio porte e o Laboratório Saúde Coletiva e Saúde Mental – Interfaces, iniciada, formalmente, em 2018, com objetivo de propor um projeto de melhoria da rede de saúde mental, por meio de uma pesquisa de implementação de dispositivos de integração de rede na cidade.

As pesquisa de implementação, oriunda do campo das ciências translacionais, ainda insipiente no contexto da produção de conhecimento, em nível nacional, visa compreender como as intervenções operam no "mundo real", considerando aspectos culturais, políticos, institucionais, entre outros. Têm como propósito aprimorar a eficiência, a eficácia, a qualidade e a equidade de programas e serviços de saúde, visando superar possíveis obstáculos institucionais e concretizar as políticas de saúde.

Para isso, o estudo utilizou delineamento longitudinal e planejou a combinação de várias técnicas de pesquisa, tanto quantitativas quanto qualitativas, realizadas em três fases: pré-implementação, implementação e avaliação final, pós implementação[25].

O município faz parte da região metropolitana de Campinas-SP, localizado a 85 km da capital do estado e, de acordo a estimativa do último censopara o ano de 2017, possui 116,503

mil habitantes[26]. A rede de saúde é composta por seis Unidades Básicas de Saúde (UBS) tradicionais e 13 Unidades de Estratégia Saúde da Família (ESF), às quais estão vinculadas 19 equipes de ESF.

No que se refere aos serviços de saúde mental, a RAPS conta com um Centro de Atenção Psicossocial de tipo II (CAPSII), com uma equipe composta por 13 profissionais e atendendo 426 usuários; um CAPS especializado no atendimento de casos relacionados ao abuso de substâncias psicoativas (CAPSad), em que trabalham 13 profissionais e estão cadastrados 2.143 usuários; e um ambulatório de especialidades com equipe de saúde mental, que prestou 4.299 serviços de atendimento em saúde mental no ano de 2021. Além disso, para atender à população infantojuvenil, a cidade ainda possui um Centro de Atenção à Criança, em que são atendidas crianças até 12 anos.

É importante ressaltar que a pesquisadora compôs a equipe de pesquisa que coordenou e desenvolveu diferentes ações e em distintas etapas da pesquisa "Estratégias inovadoras para qualificar a rede de saúde mental em um município paulista de médio porte: uma pesquisa de implementação", no período de 2018 a 2022. Além do trabalho específico deste estudo e produção de dados sobre IT, foram realizadas ações, como a criação e condução do Comitê Gestor de Pesquisa (CGP), sensibilização e produção de dados com Agentes Comunitários de Saúde, a partir da técnica do Psicodrama, Ações de "Adudit and feedback"[27] dos dados obtidos na etapa inicial da pesquisa (pré implementação), aos serviços de saúde envolvidos na pesquisa, planejamento e coordenação das ações de educação permanente direcionada aos gestores e trabalhadores da RAPS, supervisão das reuniões de apoio matricial, entre outros.

Considera-se importante, neste sentido, proceder à análise de implicação da pesquisadora, considerando a extensiva e próxima relação com o campo de pesquisa, assumindo, assim, não neutralidade científica e ampliando a reflexão sobre os detalhes da relação entre pesquisador e objeto de estudo. Além disso, o itinerário desta pesquisadora tem marcas de uma trajetória profissional. A experiência como trabalhadora em diversos serviços da RAPS, militância no Movimento da Luta Antimanicomial, e mais recentemente docência na área da saúde, foram consolidando pressupostos alicerçados no cuidado em liberdade, na potência da reabilitação psicossocial, na radicalidade do protagonismo dos usuários na construção de projetos de cuidado e projetos de vida, e na importância da participação destes, em alguma medida, na produção de conhecimento.

Ao considerar que a ampliação da compreensão dos Itinerários Terapêuticos dos usuários da saúde mental pode contribuir para qualificação do cuidado compartilhado e

articulado em rede, este estudo contempla a dimensão da experiência de adoecimento e busca por cuidado dos usuários dos serviços especializados de saúde mental na cidade de Itatiba.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Compreender os itinerários terapêuticos dos usuários da rede de saúde mental do município de Itatiba, São Paulo, Brasil.

2.2 Específicos

- Identificar as trajetórias terapêuticas compartilhadas por usuários da Rede de Atenção Psicossocial de uma cidade de médio porte, a partir de uma análise de cluster;
- Compreender a percepção dos usuários sobre como os serviços e as equipes têm se organizado para acolher e acompanhar aos que necessitem de cuidados em saúde mental;
- Desenvolver metodologia para construção de mapas de itinerários terapêuticos, visando aumentar a participação dos usuários, aprofundar a coleta de dados e validar informações em pesquisas qualitativas.

3 METODOLOGIA

3.1 Pesquisa quantitativa – análise de cluster

3.1.1 Tipo de estudo e delineamento

Trata-se de estudo transversal, realizado de agosto a novembro de 2019, recorte de pesquisa para implementação de dispositivos de integração de rede na qualificação do cuidado em saúde mental. Incluíram-se usuários de três serviços da Rede de Atenção Psicossocial do município de Itatiba/SP: CAPS II, CAPSad e Ambulatório de Saúde Mental.

3.1.2 População e amostragem

Com base em dados obtidos em pesquisa documental anterior, durante o período da pesquisa, havia 1.958 usuários recebendo atendimento nos serviços investigados.

Como as frequências esperadas para os desfechos do estudo não eram conhecidas, optou-se por definir a frequência estimada em 50% para maximizar o cálculo amostral. Ao considerar nível de confiança de 95% e população disponível de 1.958 pessoas, chegou-se ao tamanho amostral de 322 participantes. Para compensar possível taxa de desistência, adicionou-se margem de 20%, totalizando a intenção de aplicar o questionário a 386 usuários.

A seleção dos entrevistados foi realizada por amostragem aleatória simples. A partir da lista de usuários dos serviços, foram sorteados 386 prontuários de usuários que atendiam aos critérios de inclusão: ter mais de 18 anos e frequentar o serviço há pelo menos um mês. Como critério de exclusão, consideraram-se os usuários com diagnóstico associado aos códigos F70-F79 (retardo mental) da Classificação Internacional de Doenças.

A seleção dos participantes foi realizada por amostragem aleatória simples. Os serviços envolvidos disponibilizaram relação dos usuários, da qual foram sorteados e contatados via telefone 386 usuários para participação no estudo. Os critérios de inclusão foram ter idade igual ou superior a 18 anos e estar cadastrado no serviço há no mínimo um mês. Excluíram-se usuários com diagnóstico de deficiência intelectual pela possibilidade de apresentarem dificuldade na compreensão e resposta dos questionários.

No momento do convite, realizado via contato telefônico, o usuário era esclarecido sobre o direito de não participar da pesquisa e de que, caso não tivesse interesse na participação do estudo, poderia recusar a qualquer momento e manter-se anônimo.

3.1.3 Procedimentos de coleta

Os questionários foram aplicados por um assistente social, um médico e seis estudantes de psicologia que foram recrutados via processo seletivo e passaram por treinamento específico.

A coleta de dados via questionários (Apêndice 1) ocorreu de agosto a novembro de 2019, sendo realizada no próprio serviço em que os usuários estavam inseridos e em dias em que já tinham alguma outra atividade programada.

3.1.4 Controle de qualidade e manejo dos dados

Para construção dos clusters, indicaram-se algumas variáveis preditoras que possibilitassem a identificação do perfil dos usuários, bem como uas/os trajetórias/itinerários percorridos na RAPS em questão.

Assim, as variáveis que foram consideradas no estudo como indicadores potenciais para agrupar usuários em torno de características semelhantes no percurso terapêutico foram:

- percepção do problema de saúde mental (autodiagnóstico; situação de crise; consulta);
- origem do encaminhamento (atenção primária; ambulatório; demanda espontânea; emergência hospital);
- local do primeiro atendimento para o problema de saúde mental (atenção primária; CAPS; serviços privados/comunidade terapêutica);
- atendimento médico na AAPS (sim; não).

As variáveis independentes incluídas neste estudo foram: sexo (feminino; masculino); etnia (branca; raça parda; negra); idade (18-30; 31-45; 46-60; 61+); escolaridade (0 a 4 anos; 5 a 8 anos; 9+ anos); situação de trabalho remunerado (desempregado; empregado); *per capita* renda (<0,5 salário-mínimo; 0,5 a 1 salário-mínimo;> 1 salário-mínimo); diagnóstico (transtornos afetivos e neuróticos; psicose; uso indevido de substâncias psicoativas; ainda não diagnosticado); identificação da necessidade de cuidados de saúde mental (em situação de crise; autodiagnóstico seguido de demanda espontânea; indicado por familiares e amigos); serviço de primeira consulta (Atenção Básica; serviços de emergência ou hospitalar; ambulatório; Centros de Atenção Psicossocial; privados Serviços); fonte de referência para o serviço atual (demanda espontânea; Atenção Básica; serviços de emergência ou hospitalar; ambulatório; serviços privados); continuidade do acompanhamento na APS (sim; não).

A análise dos dados ocorreu por meio da digitação dos instrumentos preenchidos (questionário dos usuários) para arquivos de Excel, os quais foram combinados e, posteriormente, encaminhados para a ferramenta *Statistical Package for the Social Sciences* - SPSS, versão 24.0.

Os dados foram analisados utilizando a estatística descritiva para caracterização geral da amostra estudada e, posteriormente, procedeu-se à análise de agrupamento, cluster de duas etapas, com intuito de classificar elementos em grupos. A análise de variância (ANOVA) foi utilizada para identificar diferenças de médias entre os grupos e a análise de Chi-quadrado verificou associações existentes entre as variáveis categóricas e os diferentes grupos (α=0,05).

A análise de cluster é definida como um conjunto de técnicas multivariadas que apresenta como principal objetivo reunir objetos com base nas características que eles apresentam[1]. Neste estudo, representado por número elevado de usuários de serviço de saúde mental, da Região Sudeste do país, esta técnica possibilitou a divisão da amostra em subgrupos, de modo a auxiliar na identificação de diferenças significativas entre os grupos e, ao mesmo tempo, priorizando as semelhanças dentro do próprio grupo, constituindo clusters específicos.

Para formação dos clusters, foram selecionadas para análise as seguintes variáveis preditoras: quando você percebeu que tinha um problema de saúde? Onde você recebeu o primeiro atendimento para o problema de saúde mental? Atualmente, você recebe atendimento médico para sua saúde mental na atenção primária? Quem encaminhou você para este serviço? As variáveis preditoras garantiram a qualidade para análise de cluster que apresentou medida de silhueta de coesão e separação > 0,3.

Em vista disso, os clusters resultantes exibiram elevada homogeneidade interna (dentro dos grupos) e elevada heterogeneidade externa (entre os grupos), sendo possível, estabelecer, *a priori*, a criação de cinco clusters, tendo por base as variáveis preditoras citadas anteriormente.

3.1.5 Aspectos éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Ciências Médicas, da Universidade Estadual de Campinas, após análise do parecer nº 3.793.771 (Anexo 2). Todas as etapas para obtenção dos dados foram orientadas de acordo com as normas e diretrizes brasileiras de pesquisa em seres humanos - Resolução CNS 466/2012.

Os princípios éticos foram assegurados pelo direito à recusa de participação desde o primeiro contato telefônico, do anonimato e da utilização do Termo de Consentimento Livre

e Esclarecido (Apêndice 2). O termo foi lido em voz alta pelo aplicador do controle, na presença do participante que, após esclarecer as dúvidas, assinar o documento em duas vias, rubricou todas as páginas.

3.2 Pesquisa qualitativa - entrevistas

3.2.1 Tipo de estudo e delineamento

Trata-se de estudo de natureza qualitativa que visa compreensão de quais são os itinerários terapêuticos dos usuários da rede de saúde mental do município paulista de médio porte, realizado no período de setembro de 2020 a fevereiro de 2021, apoiado nos referencias da hermenêutica.

Enfatiza-se que a pesquisa qualitativa é uma gama de práticas interpretativas, em que se busca a interpretação das práticas e a interpretação que os sujeitos tecem sobre essas práticas. Neste sentido, os "dados" originam-se da relação sujeito-objeto, de forma que os sujeitos das pesquisas desvelam as próprias configurações. Importa, com base na pergunta de pesquisa, o fenômeno dos "desdobramentos" que a vivência da busca por cuidados em saúde mental produziu em cada participante. Visou compreender o processo pelo qual os participantes construíram significados e a experiência dessa busca, por meio da construção de Itinerários Terapêuticos[28].

Esta pesquisa apoiou-se teoricamente na obra de Ricoeur, que sugere a ligação entre teoria crítica e hermenêutica e em outros trabalhos desenvolvidos[27]. A questão hermenêutica está interessada no tipo de mundo que o texto abre, permitindo que a hermenêutica inclua uma crítica do real[28].

A filosofia hermenêutica se consolidou e se desenvolveu ao longo do tempo graças aos diversos filósofos que se dedicaram a essa área[31]. Sugere-se, assim, hermenêutica filosófica que vai além da interpretação de textos e obras, funcionando como reflexão meta discursiva, isto é, uma hermenêutica não deve ser vista como uma metodologia, mas como uma postura filosófica que apoia os processos cognitivos em geral e é alicerçada na linguagem para compreender as realidades humanas[32].

A população selecionada para este estudo incluiu usuários atendidos no CAPS II, CAPSad e no ambulatório especializado de saúde mental (AE) e que participaram da fase de pré-implementação da pesquisa mencionada anteriormente, respondendo a questionários tipo Survey. A partir dos dados produzidos com a participação de 341 usuários, realizou-se estudo

por cluster que, a partir de variáveis preditivas, foram identificadas cinco trajetórias de cuidado distintas entre os participantes do estudo. Em um terceiro momento, visando aprofundar a compreensão das experiências desses usuários, na busca por cuidado em saúde mental, foram sorteados 15 indivíduos para participarem de uma entrevista e construção compartilhada do IT. Participaram 10 homens e cinco mulheres, sendo um usuário por tipo de serviço de cada um dos agrupamentos.

Os critérios de inclusão para participação neste estudo foram: ter mais de 18 anos de idade, ter respondido ao questionário da etapa inicial da pesquisa e concordar em participar do estudo. Os critérios de exclusão incluíram: ter menos de 18 anos de idade, não concordar em participar do estudo e ter diagnósticos classificados nas categorias F72 a F73 da Classificação Internacional de Doenças (CID) – Retardo Mental Grave e Retardo Mental Profundo.

3.2.3 Procedimentos de coleta

A pesquisadora foi até os três serviços para apresentar esta etapa da pesquisa, elucidar possíveis dúvidas, pactuar melhores dias para realização das entrevistas no serviço, entender os limites do serviço em relação ao desenvolvimento desta etapa do estudo, a fim de minimizar obstáculos que pudessem impactar negativamente neste. Todos os serviços foram receptivos, disponibilizando espaço e colocando-se à disposição para qualquer ajuda no momento do recrutamento.

Na sequência, checou-se se os dados dos usuários selecionados estavam atualizados para seguimento do recrutamento, o que ocorreu de maneira heterogênea, nos diferentes serviços. No CAPS II, os dados em prontuário estavam atualizados e os profissionais recordaram rapidamente dos usuários e, inclusive, apontavam qual melhor telefone para localizá-los. No CAPSad, alguns dos prontuários dos usuários selecionados não foram encontrados, ou eram desconhecidos pela equipe, visto que, no momento, não estavam frequentando mais o serviço. Os telefones que constavam nos prontuários estavam desatualizados, o que dificultou a localização dos usuários, mesmo com ajuda importante da equipe. No AE, embora não houvesse conhecimento dos usuários, os dados dos prontuários estavam atualizados no cadastro eletrônico que o serviço possui.

Para realização das entrevistas, os usuários foram contatados via telefone e convidados a participar do estudo, e solicitados a comparecer no local do encontro, no dia e no horário marcado. As entrevistas foram realizadas preferencialmente nos serviços de Saúde Mental em que os usuários faziam acompanhamento, sendo que para dois usuários, elas foram

realizadas no próprio domicílio. Na medida do possível, foi reservada sala de tamanho e local adequados, sem ruídos ou interferências, de forma que se assegurasse a privacidade e facilitasse a entrevista. Forneceram-se informações sobre a pesquisa e os objetivos, e caso o usuário aceitasse participar, lhe foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (Apêndice 2), em duas vias, sendo todas as laudas rubricadas, além de assinadas pelo participante e pesquisador. Uma das vias ficou com o participante e a outra com o pesquisador.

A maioria das entrevistas foi conduzida nos próprios serviços, em salas apropriadas, sem ruídos ou interferências, garantindo a privacidade e facilitando o processo de entrevista. No entanto, a entrevista de dois usuários (um do CAPS II e um do CAPSad) foi realizada nas residências deles, devido à dificuldade de deslocamento até o serviço. Nesses casos, a pesquisadora estava acompanhada pelos profissionais de referência do serviço especializado que acompanhavam os usuários.

3.2.4 Controle de qualidade e manejo dos dados

Para realização da entrevista, construiu-se um roteiro (Apêndice 3) com perguntas norteadoras para auxiliar o entrevistador no aprofundamento dos aspectos do cuidado relacionados aos IT.

Estudos sobre IT têm sido realizado por meio de entrevista, por terem intenção de aprofundamento, mas permitirem conversa aberta. Diferente das entrevistas que utilizam questionários, nesta modalidade, as perguntas orientadoras têm como objetivo compreender como as pessoas buscam, produzem e gerenciam o processo de cuidado[33].

O ecomapa também foi utilizado como ferramenta analítica neste trabalho. Ele é caracterizado por uma ilustração que inclui não apenas o usuário em questão, mas também membros da família, amigos e outros indivíduos, além de serviços e espaços que compõem a rede de apoio formal ou informal. Essa ferramenta materializa uma rede de amparo e suporte, visualizando as conexões e interações no contexto do cuidado do usuário[34].

Os encontros foram organizados da seguinte maneira: apresentação da entrevistadora, esclarecimento sobre a dinâmica da entrevista, realização de perguntas orientadoras e execução da atividade de construção compartilhada do IT, por meio de colagem - uma metodologia desenvolvida pela própria pesquisadora para expressão gráfica do Itinerário Terapêutico. Essa metodologia é baseada em outros trabalhos que utilizaram o referencial do ecomapa[35-37] para estudo dos IT (Apêndice 6). Os encontros foram conduzidos pela

entrevistadora com o cuidado em propiciar clima favorável à participação, evitando interrupções frequentes ou desnecessárias.

A entrevistadora também ficou atenta aos aspectos não verbais da interação entre o entrevistador e o participante.

Para construção compartilhada do mapa dos IT, a entrevistadora disponibilizou imagens de diversos pontos da rede intersetorial do município, de forma que a pessoa pudesse escolher nomes de familiares, amigos e pessoas da vida comunitária que ela pôde contar ao longo do IT. Desta forma, ainda no momento da entrevista, o participante construía a própria rede de cuidados, utilizando-se dos serviços/espaços/pessoas que compuseram o IT à maneira de uma colagem.

A pesquisadora teve como inspiração a construção dos Ecomapas[32] na construção dos IT, em especial no momento da classificação dos tipos de vínculos/relações dos usuários com a própria rede. Caso houvesse pessoas ou serviços não disponibilizados em imagens previamente pela entrevistadora, estes eram desenhados manualmente, no momento da entrevista. Tanto o roteiro norteador como a atividade de construção dos IT foram previamente validados por usuários da RAPS Campinas e realizados os devidos ajustes a partir desta apreciação.

As entrevistas tiveram duração máxima de 2 horas e seguiram o seguinte procedimento: apresentação da entrevistadora; esclarecimento sobre a dinâmica da entrevista, realização das questões norteadoras, da construção do próprio IT e finalização da entrevista. As entrevistas foram audiogravadas para posterior transcrição. Os IT foram digitalizados.

3.2.5 Construção das narrativas e análise dos dados

Para análise dos dados, utilizou-se da abordagem hermenêutica[30]. As entrevistas audiogravadas foram transcritas na íntegra e, na sequência, foram elaboradas narrativas de cada uma delas. A escolha pela construção das narrativas foi realizada pela possibilidade de valorização, especialmente da dimensão da experiência, alcançando, assim, os objetivos deste trabalho. As narrativas têm sido empregadas em estudos desta natureza, por permitirem a compreensão de experiências e diferentes perspectivas de indivíduos em determinado contexto. Elas são ferramentas importantes para descrever vivências, especialmente no que diz respeito ao processo de adoecimento[38]. As narrativas têm sido usadas nos estudos qualitativos, no campo da saúde coletiva[27] e nos trabalhos sobre IT[39-42], e tem se mostrado potente ferramenta metodológica.

As narrativas têm sido utilizadas em pesquisas de objetos caracterizados como "complexos, na medida em que remetem a problematizações sobre a atividade humana, considerando diferentes contextos e momentos históricos"[38:2848]; apontam que, frente a essa complexidade própria do objeto, não existe técnica narrativa específica que, quando aplicada, consiga responder às perguntas formuladas ou "extrair" a narrativa adequada.

A construção das narrativas foi apoiada nos referenciais da hermenêutica, como abordagem interpretativa que se situa entre a compreensão da história e exploração da natureza, visando compreender o texto, ou de forma mais ampliada, de uma manifestação do humano[30].

Nesse processo de construção das narrativas, pretende-se tornar denso o material[43], mantendo-se fiel à história que nele se conta, mas não necessariamente em sequência temporal e, tampouco, reproduzindo as formas lexicais do participante. Para tanto, adotou-se o reconhecimento de núcleos argumentais, que podem ser compreendidos como trechos do texto que destacam - a partir de explicações e/ou descrições - aspectos importantes relacionados à temática do estudo[29,44].

No momento seguinte, as narrativas foram validadas. A validação pode ser feita pelo próprio participante ou por uma terceira pessoa, sendo que, neste trabalho, optou-se pela validação do texto por pesquisadores do campo da saúde coletiva e saúde mental. O trabalho da validação das narrativas carrega compromisso, com a fidedignidade do narrado, evitando que neste processo de transformação do texto literal para as narrativas conteúdos e sentidos significativos expressos sejam suprimidos pelo pesquisador.

A hermenêutica clássica organizava o ato hermenêutico em três partes: compreensão, interpretação e aplicação[31]. A aplicação é tão essencial no processo hermenêutico quanto a compreensão e a interpretação[32]. Ela tem a função de conectar algo previamente conhecido a uma situação específica e, desta forma, o texto ou uma narrativa deve ser relacionado pelo intérprete no processo hermenêutico de compreensão, à situação concreta em que se encontra. Desta forma, ao compreender um texto, sempre se considera a aplicação à situação atual. A hermenêutica sempre envolve um "por quê" que inicia um processo de compreensão, e esse “por que” é a aplicação, por meio da qual será possível rearticular o que já se conhece com os novos desafios e questionamentos[45].

Ao formular as questões desta pesquisa, os pesquisadores envolvidos na pesquisa com estratégias inovadoras para qualificar a rede de saúde mental, em município paulista de médio porte: uma pesquisa de implementação, foram provocados por questionamentos sobre a realidade do cuidado articulado em rede dos usuários nos serviços da RAPS de uma cidade paulista. As perguntas surgiram das inquietações do grupo de pesquisa, bem como desta

pesquisadora, também inserida no contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira. São essas inquietações que impulsionam a busca por maior compreensão.

O pesquisador deve retornar ao passado e à historicidade dessas questões para responder ao que lhe interpelou[33]. Nesse momento, ocorre o fenômeno da "história efeitual", em que esse retorno "afeta" o pesquisador, permitindo que ele destaque do objeto a formulação do problema de pesquisa.

3.2.5 Aspectos éticos específicos

Além da adoção do TCLE (Apêndice 2), os aspectos éticos foram atendidos ainda pela garantia do direito de não participação na pesquisa; direito de desistir da pesquisa a qualquer momento sem qualquer ônus; livre acesso aos dados, quando de interesse do participante; e anonimato. O estudo envolveu, exclusivamente, a realização de entrevistas. Não esteve incluído nenhum tipo de procedimento invasivo ou coleta de material biológico.

Compreendendo que toda pesquisa que envolve seres humanos abarca riscos, se reconhece que por envolver perguntas sobre o processo de trabalho dos serviços, que invariavelmente é atravessado por disputas políticas e ideológicas, poderia haver desconforto entre os participantes. Esse risco foi justificado pela necessidade de entender a experiência do sofrimento e de melhorar a qualidade do cuidado nos serviços de saúde mental. Contudo, o risco de desconforto, por ventura gerado pelos questionamentos da entrevista, foi minimizado pela ação dos pesquisadores como mediadores. Os usuários tiveram a todo momento a possibilidade de interromper a participação, se assim o desejassem, podendo retornar ou não para a sessão.

Não houve benefícios financeiros destinados aos participantes. O único benefício direto envolvido na participação do estudo foi a oportunidade de expressar as percepções acerca do processo de cuidado de saúde mental em rede.

O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, conforme parecer nº 3.793.771, e seguiu as orientações e diretrizes brasileiras para pesquisas envolvendo seres humanos da Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, e declaração de Helsink[46].

4 RESULTADOS

Os resultados desta tese são apresentados em formato de artigos. Compõem este trabalho três artigos:

Artigo 1: Itinerários terapêuticos compartilhados por usuários de serviços especializados de saúde mental: uma análise por clusters

- Objetivo: identificar as trajetórias terapêuticas compartilhadas por usuários da Rede de Atenção Psicossocial de uma cidade de médio porte, a partir de uma análise de cluster.

Artigo 2: Ouvindo vozes: narrativas de itinerários terapêuticos em saúde mental

- Objetivo: compreender a percepção dos usuários sobre como os serviços e as equipes têm se organizado para acolher e acompanhar os que necessitam de cuidados em saúde mental.

Artigo 3: Ferramenta metodológica para ampliar a participação dos usuários na construção de seus itinerários terapêuticos

- Objetivo: desenvolver metodologia para construção de mapas de itinerários terapêutico e rede de suporte como estratégia de validação de dados em pesquisas qualitativas em saúde.

4.1 Artigo 1: Itinerários terapêuticos compartilhados por usuários de serviços especializados de saúde mental: uma análise por clusters

Referência: Silva, MC, Treichel, CAS, Onocko-Campos, RT. Itinerários terapêuticos compartilhados por usuários de serviços especializados de saúde mental: uma análise por clusters. Cad. Saúde Pública. No Prelo.

AUTORES

Michelle Chanchetti Silva, MHSc, B.ScN, candidata a PhD. Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Campinas, Campinas, Brasil. (https://orcid.org/0000-0002-9574-7494);

Carlos Alberto dos Santos Treichel, Universidade de São Paulo, Departamento de Enfermagem Materno infantil e psiquiátrica, São Paulo, Brasil. https://orcid.org/0000-0002-0440-9108;

Rosana Teresa Onocko Campos, Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, https://orcid.org/0000-0003-0469-5447.

AUTOR CORRESPONDENTE: Michelle Chanchetti Silva. Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Campinas, Rua Tessália Vieira de Camargo, 126. Cidade Universitária Zeferino Vaz. CEP 13083-887 – Campinas, SP, Brasil. E-mail: carlos-treichel@hotmail.com. Telefone: +551935218933.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES: MCS trabalhou na concepção e desenho do estudo, análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica do manuscrito. CAT trabalhou na concepção e desenho do estudo, análise e interpretação dos dados e revisão crítica do manuscrito. RTOC trabalhou na concepção e desenho do estudo, interpretação dos dados e revisão crítica do manuscrito.

AGRADECIMENTOS: Este estudo foi parcialmente financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), processo nº 440688/2018-3.

CONFLITO DE INTERESSE: Os autores declaram que não há conflito de interesse que possa ser percebido como prejudicial à imparcialidade da pesquisa relatada.

FINANCIAMENTO: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), processo nº 140397/2019, modalidade GD, com vigência de 01/03/2019 a 28/02/2023. A pesquisa que originou este trabalho contou com financiamento do CNPq, processo nº 440688/2018-3.

PROCEDIMENTOS ÉTICOS: O estudo foi aprovado por um Comitê de Ética credenciado, seguindo as normas e diretrizes regulatórias brasileiras para pesquisa envolvendo seres

humanos (Resolução CNS 466/2012). Também esteve em conformidade com as disposições da Declaração de Helsinque.

RESUMO

Objetivo: Identificar a existência de itinerários terapêuticos compartilhados por usuários de serviços especializados de saúde mental em um município paulista de médio porte.

Métodos: Estudo transversal, realizado no período de agosto a novembro de 2019 com 341 usuários de Serviços Especializados de Saúde Mental do município de Itatiba-SP. Para identificação dos itinerários, a partir de um conjunto de variáveis, os usuários foram agrupados por meio da técnica de cluster.

Resultados: A melhor medida de silhueta de coesão e separação (>0,3) para os clusters foi alcançada a partir de quatro variáveis: situação em que o problema de saúde mental foi identificado, local do primeiro atendimento, origem do encaminhamento para o serviço atual e manutenção do vínculo com a atenção primária. Os clusters identificados no estudo demonstraram (1) baixa participação da Atenção Primária no acolhimento dos casos novos com a maioria dos atendimentos acontecendo já em serviços especializados; (2) alta proporção de casos que são identificados em situações de crise; (3) baixa participação da Atenção Primária na referência dos casos, com elevado acesso aos serviços especializados por meio de demanda espontânea; (4) falta de continuidade do cuidado na Atenção Primária após a entrada no serviço especializado.

Conclusões: O estudo apontou para fragilidades importantes na rede de serviços estudada, evidenciando a necessidade do desenvolvimento de estratégias que fomentem a integração dos serviços, especialmente no que se refere a Atenção Primária, tanto para favorecer o acesso aos cuidados especializados em tempo oportuno como para viabilizar a continuidade do cuidado entre os diferentes pontos de atenção.

Descritores: Itinerário Terapêutico; Assistência à Saúde Mental; Serviços de Saúde Mental; Serviços Comunitários de Saúde Mental; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Objective: To identify the existence of shared therapeutic itineraries among users of specialized mental health services in a medium-sized municipality in São Paulo, Brazil.

Methods: A cross-sectional study was conducted from August to November 2019 with 341 users of Specialized Mental Health Services in the municipality of Itatiba, SP. To identify the itineraries, users were grouped using cluster analysis based on a set of variables.

Results: The best silhouette measure of cohesion and separation (>0.3) for the clusters was achieved using four variables: the situation in which the mental health problem was identified, the location of the first care received, the origin of the referral to the current service, and the maintenance of the link with primary care. The clusters identified in the study showed: (1) low participation of Primary Care in welcoming new cases, with most of the care occurring already in specialized services; (2) a high proportion of cases identified in crisis situations; (3) low involvement of Primary Care in referring cases, with high access to specialized services through spontaneous demand; (4) lack of continuity of care in Primary Care after entry into specialized services.

Conclusions: The study highlighted significant weaknesses in the network of services studied, indicating the need for strategies to promote the integration of services, particularly concerning Primary Care, both to facilitate timely access to specialized care and to ensure continuity of care across different levels of care.

Keywords: Therapeutic Itinerary; Mental Health Care; Mental Health Services; Community Mental Health Services; Primary Health Care.

INTRODUÇÃO

De acordo com dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2019, aproximadamente um bilhão de pessoas conviviam com transtornos mentais em todo o mundo[1]. No Brasil, estima-se que 6,9 milhões de brasileiros (3,3%) apresentem transtornos mentais graves e persistentes que requerem cuidados de saúde mental intensivos e contínuos, enquanto outros 30,2 milhões (14,5%) apresentam transtornos mentais leves ou moderados que requerem tratamento ocasional em serviços especializados[2].

Para viabilizar o cuidado a essa população, os movimentos de Reforma Psiquiátrica iniciados no Brasil na década de 80 culminaram no estabelecimento de uma Política Nacional de Saúde Mental que pretende articular o cuidado em rede[3]. Nesse sentido, a fim de garantir a

articulação e a integração dos pontos de atenção, em 2011, por meio da portaria nº3088, foi instituída a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)[3].

Constituída por sete componentes distintos, mas interdependentes, a RAPS compreende os equipamentos de Saúde que integram o SUS, nos variados níveis de complexidade, entre eles as Unidades Básicas de Saúde (UBS), Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), serviços hospitalares, atenção de urgência e emergência etc.[3].

Apesar da importante demarcação política dessa estratégia de cuidado, aspectos como a falta de capacitação dos profissionais, especialmente nos serviços de Atenção Primária, a falta de delineamentos claros para referência e contrarreferência dos casos, além da escassez de recursos humanos e estruturais têm atravessado a consolidação desse modelo de atenção, impactando diretamente no itinerário terapêutico das pessoas com transtornos mentais[4-6].

O itinerário terapêutico pode ser definido como o caminho que uma pessoa desenvolve em busca de auxílio para uma necessidade em saúde, o que inclui diferentes opções de cuidado, as vezes simultâneas, bem como a adesão ou o abandono do tratamento[4]. A maneira como cada pessoa percorre essa trajetória em busca de saúde é singular, ancorada em suas vivências prévias e na forma como experimenta a doença de forma individual e coletiva. Especialmente no campo da Saúde Mental, além doa aspectos estruturais da rede de saúde, incluindo a oferta de serviços, essa experiência é atravessada pelos significados atribuídos à doença pelo indivíduo e sua família, além do estigma social atribuído ao transtorno mental[7-8].

Os estudos sobre o itinerário terapêutico dos usuários têm um papel importante na compreensão sobre como os Sistemas de Saúde operam e quais momentos dessa trajetória necessitam de aprimoramento para qualificação do acesso oportuno aos cuidados em Saúde Mental[9]. Nesse sentido, estudos internacionais têm apontado para uma importante variação das formas de acesso e utilização dos Serviços Especializados de Saúde Mental, com diferenças significativas especialmente no que diz respeito ao tempo para acessar aos serviços e ao papel da Atenção Primária na identificação e encaminhamento dos casos[7-8,10].

Apesar dos avanços globais no estudo dos itinerários terapêuticos de pessoas com necessidade de cuidados em Saúde Mental, esse tipo de produção no Brasil ainda é incipiente[9]. Uma revisão de literatura conduzida recentemente aceca dos caminhos para o cuidado em saúde mental no país apontou para uma escassez de dados particularmente no que se refere aos arranjos utilizados para atenção à crise e a integração entre os serviços hospitalares ou de urgência e emergência e os serviços comunitários[4].

Cabe ressaltar que a produção nacional acerca dos itinerários terapêuticos de pessoas com transtornos mentais se situa particularmente no campo qualitativo, havendo poucos estudos que tenham estudado as experiências coletivas de usuários de uma determinada rede de atenção[4]. Nesse sentido, a fim de contribuir para compreensão das experiências dos usuários na RAPS, este estudo tem como objetivo, a partir de uma abordagem de cluster, identificar a existência de itinerários terapêuticos compartilhados por usuários de serviços especializados de saúde mental em um município paulista de médio porte.

MÉTODO

Delineamento e participantes

Trata-se de um estudo transversal, realizado no período de agosto a novembro de 2019 com 386 usuários de Serviços Especializados de Saúde Mental do município localizado no interior de São Paulo. Sendo parte da Região Metropolitana de Campinas, o município contava com 120.858 habitantes[11] no ano em que o estudo foi desenvolvido. Sua RAPS era composta por 19 serviços de APS, além de um serviço hospitalar geral e outro de emergência, e três Serviços Especializados de saúde mental: Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II); Centro de Atenção Psicossocial AD (CAPS-AD); e Ambulatório de Especialidades (AE), frequentados por 1.958 usuários[6].

Seleção dos participantes

A seleção dos participantes foi realizada por amostragem aleatória simples. A partir da lista de usuários dos serviços especializados foram selecionados os prontuários de 386 usuários que atenderam aos critérios de inclusão. Os usuários foram então contatados por telefone e convidados a participar do estudo. Os critérios de inclusão foram maiores de 18 anos e estar matriculado no serviço há pelo menos um mês. Foram excluídos do estudo os indivíduos que possuíam diagnóstico de deficiência intelectual, o que poderia comprometer sua capacidade de responder ao questionário.

Procedimentos

A coleta de dados via questionários ocorreu no período de agosto a novembro de 2019, sendo realizada no próprio serviço onde os usuários estavam inseridos e em dias em que já tinham alguma outra atividade programada. Os questionários foram aplicados por um assistente social, uma médica e seis estudantes de psicologia que foram recrutados via processo seletivo e passaram por treinamento específico.

Controle de qualidade e manejo dos dados

Os questionários aplicados com auxílio do software KoboToolbox foram validados diariamente por uma supervisora de campo, com formação em psicologia e doutorado em saúde coletiva. Os dados foram baixados em formato Excel, avaliados e corrigidos quando necessário, e, posteriormente convertidos para utilização no pacote estatístico Stata16 (Stata Corp., College Station, United States), software onde foram conduzidas as análises.

Variáveis incluídas no estudo

As variáveis incluídas no estudo como preditoras do agrupamento (*cluster*) de usuários em torno de características comuns ao seu itinerário terapêutico foram: situação em que descobriu um problema de SM (autodiagnostico seguido de demanda espontânea; situação de crise; por sugestão de amigos ou familiares; consulta por queixas gerais), primeiro serviço em que recebeu atendimento para o problema de saúde mental (APS; serviços hospitalares ou de emergência; Ambulatório de Especialidade; CAPSII ou AD; serviços privados); local de encaminhamento para o serviço atual (demanda espontânea; APS; serviços hospitalares ou de emergência; Ambulatório de Especialidade; CAPS II ou AD; serviços privados); manutenção do vínculo com a APS (se recebeu ou não atendimento nos últimos seis meses).

Ademais, foram incluídas no estudo como variáveis independentes sexo (feminino; masculino); cor (branca; parda; preta); idade (18 a 30; 31 a 45; 46 a 60; 61 ou mais); escolaridade (0 a 4 anos; 5 a 8 anos; 9 anos ou mais); trabalho remunerado (sim; não); renda per capita (até meio salário mínimo; entre meio e um salário mínimo; mais do que um salário mínimo); diagnóstico (transtornos afetivos e neuróticos; transtornos psicóticos; uso problemático de substâncias psicoativas; ainda não diagnosticado).

Análise estatística

Inicialmente, foi utilizada a estatística descritiva por meio da qual foram calculadas as médias das variáveis numéricas, bem como seus respectivos desvio-padrão, além do cálculo da prevalência de cada estrato das variáveis estudadas.

A partir das possíveis variáveis preditoras incluídas no estudo, o agrupamento dos usuários por *clusters* buscou a melhor medida de silhueta de coesão e separação possível, tendo-se obtido uma medida de > 0,3 a partir das variáveis (1) situação em que descobriu um problema de Saúde Mental, (2) primeiro serviço em que recebeu atendimento para o problema de saúde mental, (3) origem do encaminhamento e (4) manutenção do vínculo com a Atenção Primária.

O procedimento utilizado para agrupamento corresponde a análise de *cluster* TwoStep. O algoritmo da análise TwoStep utiliza a medida de verossimilhança logarítmica, calcula as probabilidades de associação aos *clusters* com base numa ou mais distribuições de probabilidade. Apresenta dois passos, sendo que no primeiro, os dados são analisados, um por um, e grupos homogêneos são formados tendo em conta a medida de distância. A cada grupo é associado um conjunto de estatísticas que sumarizam a informação sobre o grupo formado. No segundo passo, os grupos obtidos são tratados como observações individuais e um algoritmo hierárquico é utilizado para criar o agrupamento. O objetivo do algoritmo do agrupamento é maximizar a probabilidade global ou a verossimilhança dos dados, observando os agrupamentos finais[12].

A medida de distância de verossimilhança utilizada assume que as variáveis contínuas apresentam distribuição normal e as categóricas multinominais, baseada no decréscimo da função de verossimilhança que resulta da união de dois grupos. A medida de silhueta fornece a qualidade do agrupamento. Essa medida interpreta e valida a consistência dentro do agrupamento de dados, sendo calculada com qualquer medida métrica de distância. O valor da silhueta mede quão similar um objeto é ao seu próprio *cluster* (coesão) em comparação com os outros (separação). A silhueta varia de -1 a +1, o valor alto indica que o objeto está bem ajustado ao seu próprio *cluster* e mal ajustado aos *clusters* vizinhos. Assim sendo, entende-se que a medida de qualidade > 0,3 obtida na clusterização realizada neste estudo, reflete um modelo satisfatório, seguindo referência do software utilizado SPSS Statistics 29.0.0.

Para identificação de associações entre os *clusters* gerados e as variáveis independentes, foi utilizado o teste qui-quadrado. A hipótese nula era de que as variáveis não estavam associadas e a hipótese alternativa de que as variáveis estavam associadas. A significância estatística foi definida como um valor de $p < 0,05$. Os cálculos foram realizados com base nos dados válidos, dados faltantes (*missing*) foram excluídos da análise.

Aspectos éticos

O estudo foi submetido e aprovado por um Comitê de Ética, seguindo as normas e diretrizes brasileiras para pesquisas envolvendo seres humanos do Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde[13]. Os princípios éticos foram assegurados pela garantia do direito de não participação na pesquisa desde o primeiro contato telefônico; anonimato; e adoção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o qual foi lido em voz alta pelo aplicador

do questionário na presença do usuário que, após esclarecer suas dúvidas, assinou o documento.

As Diretrizes para Relato de Estudos Observacionais em Epidemiologia (Declaração STROBE) foram aderidas neste estudo.

RESULTADOS

O estudo contou com a participação de 341 usuários. Entre esses, 33,7% (n = 115) eram vinculados ao CAPS II, 34,0% (n =116) ao CAPS AD e 32,3% ao Ambulatório de Especialidades. A caracterização dos participantes segundo o perfil sociodemográfico e diagnóstico é apresentada na Tabela 1. A variável renda per capita apresentou 18 dados faltantes.

Tabela 1 - Caracterização dos participantes do estudo segundo perfil sociodemográfico e diagnóstico (n=341)

	n	% (IC 95%)
Sexo		
Feminino	165	48,4 (43,1-53,7)
Masculino	176	51,6 (46,3-56,9)
Cor		
Branca	190	55,7 (50,4-60,9)
Parda	119	34,9 (30,0-40,1)
Preta	32	9,4 (6,7-12,9)
Idade (anos)		
18 - 30	44	12,9 (9,5-16,9)
31 - 45	113	33,1 (28,3-38,3)
46 - 60	124	36,4 (31,4-41,6)
≥ 61	60	17,6 (13,9-21,9)
Anos de estudo		
0 - 4	65	19,1 (15,2-23,6)
5 - 8	144	42,2 (31,1-47,5)
≥ 9	132	38,7 (33,7-44,0)
Trabalho remunerado		
Não	264	77,4 (73,6-82,3)
Sim	77	22,6 (18,5-27,3)
Renda per capita		
Até meio salário mínimo	80	24,8 (20,4-29,7)
Entre meio e um salário mínimo	155	48,0 (42,6-53,4)
Mais de um salário mínimo	88	27,2 (22,7-32,3)
Diagnóstico		
Transtornos afetivos e neuróticos	122	38,8 (30,9-41,0)
Transtornos psicóticos	74	21,7 (17,6-26,4)
Uso problemático de substâncias psicoativas	83	24,3 (20,1-29,2)
Ainda não diagnosticado	62	18,2 (14,4-22,6)

Caracterização dos clusters em relação aos itinerários terapêuticos

Com base nas variáveis selecionadas, foi possível identificar cinco agrupamentos (*clusters*) com elevada homogeneidade interna e heterogeneidade entre si. O tamanho de cada *cluster* variou entre 101 e 44 usuários, a distribuição dos mesmos em relação a suas características pode ser observada na tabela 2.

Tabela 2 - Caracterização dos agrupamentos (clusters) identificados de acordo com o itinerário terapêutico

	Identificação	**Origem encaminhamento**	**Primeiro atendimento**	**Vínculo com Atenção Primária**
CLUSTER 1 (12,9% n=44)	Autodiagnostico (54,4% n=24)	Atenção Primária (100% n=44)	Atenção Primária (65,9% n=29)	Não (100% n=44)
CLUSTER 2 (22,3% n=76)	Situação de crise (100% n=76)	Ambulatório (56,6% n=43)	CAPS II ou AD (34,2% n=26)	Não (100% n=76)
CLUSTER 3 (29,6% n=101)	Autodiagnostico (63,4% n=64)	Demanda espontânea (71,3% n=72)	CAPS II ou AD (41,6% n=72)	Não (86,1% n=87)
CLUSTER 4 (13,2% n=45)	Situação de crise (62,2% n=27)	Hospitalar/Emerg. (42,2% n=18)	Serviço Privado (57,8% n=26)	Não (95,6% n=43)
CLUSTER 5 (22,0% n= 75)	Consulta geral (60,0% n=45)	Atenção Primária (33,3% n=25)	Ambulatório (62,7% n=47)	Não (88% n=66)

O maior *cluster* observado na amostra foi o de número três, composto por usuários que majoritariamente tiveram seu problema de saúde mental identificado por meio de autodiagnostico, primeiro atendimento em saúde mental já em um serviço especializado do tipo CAPS II ou CAPS AD e foram acolhidos no serviço atual por demanda espontânea.

Os *clusters* dois e cinco apresentaram tamanhos similares, sendo o primeiro constituído por usuários que majoritariamente tiveram seu problema de saúde mental identificado em uma situação de crise, primeiro atendimento em CAPS II ou AD e foram referenciados para o serviço atual pelo Ambulatório de Especialidades. Já no *cluster* 5, os usuários foram aqueles que majoritariamente tiveram seu problema de saúde mental identificado em uma consulta por queixas gerais, atendidos inicialmente no Ambulatório de Especialidades e referenciados para o serviço atual pela APS.

Em menor tamanho dentro da amostra, e compartilhando um número semelhante de usuários. o *cluster* 01 foi composto por usuários que majoritariamente tiveram seu problema de saúde mental identificado por meio de autodiagnostico, primeiro atendimento na Atenção Primária e encaminhamento realizado também pela APS; e o *cluster* 4 foi composto por usuários

que majoritariamente tiveram seu problema identificado em uma situação de crise, foram atendidos inicialmente em um serviço privado e tiveram seu encaminhamento realizado para o serviço atual por serviços hospitalares ou de emergência.

Nos cinco *clusters* a maioria dos usuários não mantinha vínculo com a Atenção Primária, caracterizado, neste estudo, pelo recebimento de qualquer atendimento nos seis meses que antecederam a coleta de dados.

Comparação entre os clusters de acordo com as características dos usuários

Na tabela 3 são apresentadas as características sociodemográficas e de diagnóstico dos usuários incluídos no estudo de acordo com o *cluster* a que pertencem.

Tabela 3 - Caracterização dos agrupamentos (clusters) identificados de acordo com as características sociodemográficas e diagnóstico.

	Cluster 1		Cluster 2		Cluster 3		Cluster 4		Cluster 5	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sexo*										
Masculino	17	38.64	43	56.58	63	62.38	21	46.67	32	42.67
Feminino	27	61.36	33	43.42	28	37.62	24	53.33	43	57.33
Cor										
Branca	24	54.55	39	51.32	57	56.44	27	60.00	43	57.33
Preta	3	6.82	8	10.53	8	7.92	6	13.33	7	9.33
Parda	17	38.64	29	38.16	36	35.64	12	26.67	25	33.33
Idade										
18 a 30 anos	8	18.18	8	10.53	14	13.86	4	8.89	10	13.33
31 a 45 anos	18	40.91	34	44.74	29	28.71	13	28.89	19	25.33
46 a 60 anos	9	20.45	28	36.84	37	36.63	19	42.22	31	41.33
61 anos ou mais	9	20.45	6	7.89	21	20.79	9	20.00	15	20.00
Escolaridade										
0 a 4 anos	5	11.36	20	26.32	14	13.86	11	24.44	15	20.00
5 a 8 anos	22	50.00	30	39.47	45	44.55	14	31.11	33	44.00
9 anos ou mais	17	38.64	26	34.21	42	41.58	20	44.44	27	36.00
Renda Per capita										
Até meio salário mínimo	9	21.95	25	34.25	12	12.90	13	29.55	21	29.17
Entre meio e um salário mínimo	25	60.98	31	42.47	51	54.84	20	45.45	28	38.89
Mais de um salário mínimo	7	17.07	17	23.29	30	32.26	11	25.00	23	31.94
Diagnóstico*										
Transtornos afetivos e neuróticos	21	47.73	17	22.37	35	34.65	9	20.00	40	53.33
Transtornos psicóticos	6	13.64	30	39.47	8	7.92	13	28.89	17	22.67
Uso problemático de substâncias psicoativas	9	20.45	20	26.32	29	28.71	17	37.78	8	10.67
Ainda não diagnosticado	8	18.18	9	11.84	29	28.71	6	13.33	10	13.33

*: apresentou $p<0,05$.

Foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre os *clusters* no que se refere ao sexo e diagnóstico dos participantes. Enquanto os *clusters* dois e três foram caracterizados por uma população majoritariamente masculina, nos *clusters* um quatro e cinco houve predomínio de indivíduos do sexo feminino.

Quanto ao diagnóstico, os *clusters* um, três e cinco tiveram maior proporção de indivíduos com transtornos afetivos e neuróticos, havendo destaque uma proporção significativa de pessoas que faziam uso problemático de substâncias psicoativas no *cluster* 3. Entretanto, foi no *cluster* 4 que houve maior proporção de usuários que possuíam esse diagnóstico, sendo o mais frequente desse agrupamento. Já no *cluster* 2, a maior proporção dos usuários possuía diagnóstico de transtornos psicóticos.

DISCUSSÃO

No que se refere a avaliação dos serviços de SM, os estudos brasileiros são marcados por uma tradição na avaliação particular de cada uma das modalidades de serviços que compõem a RAPS, especialmente dos serviços do tipo CAPS[6], sendo ainda incipientes os estudos acerca do itinerário terapêutico que busquem relacionar aspectos como o acesso e a utilização dos serviços[9].

Como importante ponto de discussão, cabe destacar que o maior *cluster* encontrado em nosso estudo dizia respeito a pessoas que majoritariamente tiveram como primeiro ponto de contato na RAPS os serviços especializados, a partir de demanda espontânea. Nesse contexto, é pertinente pontuar que o atual funcionamento da RAPS brasileira foi delineado para contemplar o acesso direto aos serviços de saúde mental, especialmente porque o acesso direto pode ser um caminho necessário para acolhimento imediato às situações aguda[14]. Contudo, ao considerar a alta proporção de pessoas com transtornos afetivos e neuróticos, bem como os indivíduos sem diagnóstico atribuído nesse agrupamento, pode-se supor que o mesmo representa uma "quebra dos fluxos" de encaminhamento existentes na RAPS.

Em um sistema escalonado como o SUS, há uma expectativa de que o usuário acesse a rede preferencialmente pela Atenção Primária, que assumiria a coordenação do cuidado, e quando necessário faria o encaminhamento para o serviço especializado[15]. Essa função *gatekeeper* é defendida internacionalmente como uma boa prática em saúde mental por sua potencialidade em garantir altas taxas de detecção precoce e intervenção a nível local, sem sobrecarga dos serviços especializados com demandas que não exijam esse nível de complexidade[10]. Contudo, a discussão acerca das consequências desse modelo de cuidado tem ganhado corpo[16]. Aspectos como a baixa capacidade de manejo na Atenção Primária, somada a burocratização dos fluxos de encaminhamento tem exacerbado a fila de espera para utilização dos serviços especializados[17]. Dessa forma, a existência de múltiplas formas de entrada pode

estar modulando a experiência do usuário na rede, que irá buscar a forma mais fácil de acessar o cuidado que precisa, no caso, “batendo à porta” do serviço especializado.

Embora se trate de um movimento legítimo por parte do usuário, os impactos para organização da RAPS beiram o iníquo. Um estudo recente demonstrou que em comparação com os usuários absorvidos por demanda espontânea, aqueles referenciados pela APS eram os que tinham menores chances de serem atendidos em tempo oportuno nos serviços especializados[6]. Dessa forma, pontua-se que a revisão do fluxo de encaminhamentos e as formas de acesso aos serviços da RAPS é um nó crítico que precisa ser urgentemente endereçado pelos tomadores de decisão em nível nacional.

Apesar de o acesso ao serviço especializado ser considerado como um ponto importante do itinerário terapêutico dos usuários[18], pois em muitos casos a tecnologia de cuidado oferecida pela APS não é suficiente para a demanda de sofrimento psíquico apresentada pelo usuário, nosso estudo evidenciou que nem sempre ele consiste no ponto de chegada para o tratamento. Essa perspectiva é ilustrada pelos *clusters* 02 e 05, no primeiro a partir da perspectiva de que o serviço especializado que atendeu inicialmente o caso não foi o mesmo que encaminhou para o serviço atual, e no segundo por ter sido a Atenção Primária que encaminhou o caso para o serviço atual, mesmo após atendimento inicial no Ambulatório de Especialidades.

O agrupamento caracterizado por usuários que foram encaminhados em sua totalidade pela Atenção Primária foi o *cluster* 1, caracterizado majoritariamente por usuários que autodiagnosticaram seu problema de saúde mental e procuraram atendimento na Atenção Primária. Embora esse seja o fluxo antecipado mais esperado[15], esse *cluster* correspondeu a apenas 12,9% da amostra, indicando assim a baixa participação da Atenção Primária na ordenação do cuidado em rede e talvez pouco conhecimento doas pessoas que necessitam de cuidados em saúde mental.

A baixa participação da APS em pontos importantes do IT dos usuários é um aspecto que merece atenção. Esse aspecto tem sido entendido como um dos principais fatores que contribuem para superlotação dos serviços especializados, provocando excesso de demandas de baixa complexidade e impossibilitando uma intensidade adequada de atendimento aos casos mais graves[19-22].

Além da superlotação dos serviços especializados, a falta de estratégias para aumentar a capacidade da APS de identificar e intervir nos casos de maneira precoce tem contribuído para

o agravamento dos casos, que passam a ser absorvidos pela RAPS somente após uma situação de crise[14].

É prioritário que pessoas nessas condições recebam acolhimento e o primeiro atendimento no CAPS. No entanto, no contexto estudado, mesmo que isso ocorra, o atendimento é intermediado pelo Ambulatório de Especialidades (AE), revelando uma certa função de articulador da rede ainda desempenhada por este serviço. Há uma escassez de informações na literatura sobre o acolhimento em crises, destacando-se uma lacuna significativa nas evidências sobre os arranjos adotados para integrar serviços comunitários, de emergência e hospitalares na continuidade do cuidado. Esta falta de dados aponta para uma necessidade urgente de maiores investimentos na construção dessas relações[10].

Não vamos abordar toda a complexidade envolvida em uma situação de crise e suas diversas dimensões - subjetivas, familiares, sociais e culturais - porém, é crucial enfatizar a importância de uma análise cuidadosa e a implementação de boas práticas no acolhimento durante crises de saúde mental[23]. Isso é essencial tanto para o manejo imediato e cuidado contínuo quanto para assegurar que os pontos de atendimento de urgência e emergência em saúde mental estejam integrados de maneira eficiente à rede, otimizando o percurso de cuidado e evitando visitas desnecessárias aos serviços e intervenções inadequadas, especialmente em momentos de maior intensidade de sofrimento.

Nosso estudo também aponta para dois agrupamentos cuja identificação do problema só ocorreu a partir de um quadro de crise, havendo destaque para o *cluster* 4, onde o primeiro atendimento foi realizado por um serviço privado, mas o encaminhamento só ocorreu após internação hospitalar ou atendimento em serviço de emergência. Esse agrupamento, que ilustra com clareza as consequências de uma baixa capacidade de intervenção precoce, chama atenção ainda para a presença dos serviços privados, em nosso estudo representados principalmente pelas Comunidades Terapêuticas (CTs).

Segundo Passos (2021)[24], a partir de 2011, em meio à crise da reforma psiquiátrica brasileira, as CTs foram incorporadas no orçamento público, tendo seu incentivo financeiro de custeio destinado aos Estados, Municípios e ao Distrito Federal por meio da Portaria nº 131 de 2012[25]. Contudo, mesmo com financiamento público, muitas CTs não operam em conformidade com os princípios do SUS, infringindo, por exemplo, o princípio da universalidade ao restringir o acesso a pessoas em uso de medicação psicotrópica ou por orientação sexual não heteronormativa[24]. Adicionalmente, destaca-se que as denúncias de maus-tratos e violações de

direitos são frequentes nas CTs, incluindo internações excessivamente longas, a falta de elaboração de Projetos Terapêuticos Singulares e a ausência de fluxos consensuados, resultando em um modelo que fragmenta o cuidado[26].

Como a oferta de serviços desempenha um papel crucial nos itinerários terapêuticos, a forte presença de CTs na região estudada pode influenciar significativamente a escolha dessas instituições como uma opção de busca por ajuda para problemas relacionados ao uso de substâncias psicoativas, especialmente diante da escassez de respostas dos serviços especializados, como os CAPS, ou da própria Atenção Primária à Saúde (APS).

Outro ponto relevante abordado neste estudo é a significativa quantidade de usuários cujo primeiro atendimento em saúde mental ocorreu nos Atendimentos de Emergência (AE), o que indica uma inversão no fluxo idealizado pela lógica do SUS. Historicamente, os ambulatórios têm frequentemente assumido uma função pautada na lógica especialista e biomédica, muitas vezes desvinculada da rede e em contraposição aos princípios da reforma psiquiátrica brasileira. Essa abordagem reducionista contribui para uma resolução inadequada dos casos, perpetuando o ciclo "crise-internação-alta-crise-reinternação"[27] e levando à cronicidade dos usuários. É crucial examinar cuidadosamente o papel desempenhado pelos Atendimentos de Emergência na rede de saúde do município em questão, assim como em outras RAPS pelo país, e avaliar o impacto que esse modus operandi pode ter na assistência à saúde da população. Isso é essencial para evitar práticas iatrogênicas que fragmentam o cuidado dentro da rede.

Por fim, cabe pontuar como característica transversal a todos os agrupamentos observados, a não continuidade do vínculo com a APS após a entrada no serviço especializado atual. A proporção dessa característica entre os *clusters* variou de 86,1% a 100%, evidenciando que mesmo quando o usuário tem o primeiro atendimento na Atenção Primária, ou é encaminhado por ela, há uma baixa continuidade do cuidado.

Esta é uma perspectiva preocupante, uma vez que o fator obesogênico de certas medicações, somado ao estilo de vida não saudável prevalente nessa população, tem resultando em altas taxas de doenças cardiovasculares, diabetes e outras síndromes metabólicas. Essas condições contribuem significativamente para uma taxa de mortalidade duas a três vezes maior entre pessoas com transtornos mentais[28]. Nesse contexto, nossos resultados enfatizam a importância não apenas de aprimorar a integração entre a Atenção Primária e os serviços especializados para garantir acesso oportuno ao cuidado em saúde mental, mas também de

desenvolver estratégias de contrarreferenciamento dos usuários e incentivar a continuidade do vínculo com esses pontos de atenção[6].

Ressalta-se que algumas limitações devem ser consideradas na interpretação de nossos resultados. Algumas variáveis foram medidas de forma retrospectiva, estando sujeitas a viés de memória. Destaca-se também que este estudo recrutou usuários que tiveram acesso e permaneceram vinculados aos serviços especializados, não considerando aqueles que não conseguiram acesso ou abandonaram o tratamento. Dessa forma, nossos resultados não são representativos de toda população com transtornos mentais e suas experiências na RAPS estudada.

CONCLUSÃO

O presente estudo evidencia a complexidade e os desafios enfrentados pela RAPS no Brasil em um município paulista de médio porte, particularmente em relação ao acesso e à utilização dos serviços de saúde mental. Nossos achados destacam a prevalência do acesso direto aos serviços especializados, muitas vezes por demanda espontânea, o que sugere uma ruptura nos fluxos de encaminhamento esperados pela APS. Esta situação reflete tanto uma baixa capacidade de manejo de casos na APS quanto a burocratização dos fluxos de encaminhamento, resultando em superlotação dos serviços especializados e na iniquidade no atendimento.

A baixa participação da APS no itinerário terapêutico dos usuários aponta para uma necessidade urgente de fortalecer a capacidade da APS em identificar e intervir precocemente em casos de sofrimento psíquico. A dependência de serviços privados, como as Comunidades Terapêuticas (CTs), e a predominância de atendimentos iniciais em serviços de emergência, revelam lacunas significativas na continuidade e na coordenação do cuidado, além de potenciais violações dos princípios do SUS.

É crucial que os tomadores de decisão invistam na revisão dos fluxos de encaminhamento e na integração dos serviços de saúde mental, com foco no fortalecimento da APS como coordenadora do cuidado. Além disso, é necessário desenvolver estratégias eficazes de contrarreferenciamento e garantir a continuidade do vínculo dos usuários com a APS, promovendo um cuidado integral e longitudinal.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. World mental health report: Transforming mental health for all. Geneva: WHO; 2022.

2. World Health Organization. Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates. Genebra: WHO; 2017.

3. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 26 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. Diário Oficial da União 2011; 27 dez.

4. Amaral CE, Onocko-Campos R, Oliveira PRS, Pereira MB, Ricci EC, Pequeno ML, et al. Systematic review of pathways to mental health care in Brazil: narrative synthesis of quantitative and qualitative studies. Int J Ment Health Syst 2018; 12:65.

5. Vieira SM, Andrade SO, Cazola LH, Freire SS. Rede de atenção psicossocial: os desafios da articulação e integração. Rev Psicol Polít. 2020;20(47):76-86.

6. Treichel CAS, Bakolis I, Onocko-Campos RT. Determinants of timely access to Specialized Mental Health Services and maintenance of a link with primary care: a cross-sectional study. Int J Ment Health Syst. 2021;15(1):84.

7. Goldberg D, Huxley P. Mental Illness in the Community: The pathway to psychiatric care. Londres: Tavistock Publications Ltd; 1980.

8. Evans-Lacko S, Jarrett M, McCrone P, Thornicroft G. Clinical pathways in psychiatry. Br J Psychiatry. 2008;193(1):4-5.

9. Cabral ALLV, Martinez-Hemáez A, Andrade EIG, Cherchiglia ML. Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. Ciênc. Saúde Colet. 2011;16(11):4433-42.

10. Volpe U, Mihai A, Jordanova V, Sartorius N. The pathways to mental healthcare worldwide. Curr Opin Psychiatry. 2015;28(4):299–306.

11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Estimativas de População. Brasília; 2019 (citado 17 de fevereiro de 2020). Disponível em: https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/

12. Jesus NB, Cardoso MGMS. Análise de Agrupamento Incremental–Segmentação de Pontos de Retalho. Rev Ciênc Comput. 2007;2(2):26-38.

13. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS 466/2012. Diário Oficial da União. 2012 Jun 13.

14. Willrich JQ, Kantorski LP, Chiavagatti FG, Cortes JM, Antonacci MH. Os sentidos construídos na atenção à crise no território: o Centro de Atenção Psicossocial como protagonista. Rev Esc Enferm USP. 2013;47:657-63.

15. Tanaka OY, Ribeiro EL. Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. Ciênc Saúde Colet. 2009;14:477-86.

16. Greenfield G, Foley K, Majeed A. Rethinking primary care's gatekeeper role. BMJ. 2016:354:i4803.

17. Gama CAP, Lourenço RF, Coelho VAA, Campos CG, Guimarães DA. Os profissionais da Atenção Primária à Saúde diante das demandas de Saúde Mental: perspectivas e desafios. Interface. 2021;25.

18. Anderson KK, Fuhrer R, Malla AK. The pathways to mental health care of first-episode psychosis patients: a systematic review. Psychol Med. 2010;40:1585-97.

19. Vannucchi A, Carneiro Junior N. Modelos tecnoassistenciais e atuação do psiquiatra no campo da atenção primária à saúde no contexto atual do Sistema Único de Saúde, Brasil. Physis (Rio J.). 2012;22(3):963-82.

20. Morais APP, Tanaka OY. Apoio Matricial em Saúde Mental: alcances e limites na atenção básica. Saúde Soc. 2012;21(1):161-70.

21. Figueiredo MD, Onocko-Campos R. Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? Ciênc Saúde Colet. 2009;14(1):129-38.

22. Miranda L, Onocko-Campos R. Análise das equipes de referência em saúde mental: uma perspectiva de gestão da clínica. Cad Saúde Pública. 2010;26:1153-62.

23. Homercher BM, Volmer A. Interlocuções entre acolhimento e crise psíquica: percepção dos trabalhadores de uma Unidade de Pronto-Atendimento. Physis (Rio J.). 2021;31(3).

24. Passos RG, Gomes TMS, Farias JS, Araújo GCL. A (re) manicomialização da política de saúde mental em tempos bolsonaristas: A volta do eletrochoque e das internações psiquiátricas. Cad. Bras. Saúde Ment. 2021;13(37):42-64.

25. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MDS nº 962, de 21 de fevereiro de 2024. Estabelece procedimentos relativos à certificação de entidades beneficentes atuantes na redução de demanda de drogas, no âmbito do Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome, e dá outras providências. Diário Oficial da União 2024 Feb 22.

26. Guimarães TAA, Rosa LCS. A remanicomialização do cuidado em saúde mental no Brasil no período de 2010-2019: análise de uma conjuntura antirreformista. Soc. Quest. 2019; 44(2):111-138.

27. Paiano M, Maftum MA, Haddad MCL, Marcon SS. Ambulatório de saúde mental: fragilidades apontadas por profissionais. Texto & Contexto Enferm. 2016;25(3):1-10.

28. De Hert M, Correll C, Bobes J, Cetkovich-Bakmas M, Cohen D, Asai I, et al. Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care. World Psychiatry. 2011;10(1):52–77.

A Revista Cadernos de Saúde Coletiva possui a *Licença Creative Commons do tipo BY* (CC-BY), concedendo a autora o direito a publicação do artigo em sua tese realizando o devido referenciamento, não sendo necessária emissão de autorização de uso.

4.2 Artigo 2: Ouvindo vozes: narrativas de itinerários terapêuticos em saúde mental[1]

Título:

Ouvindo vozes: narrativas de itinerários terapêuticos em saúde mental

Title:

Listening to Voices: Narratives of Therapeutic Itineraries in Mental Health

RESUMO

Objetivo: Compreender a percepção dos usuários sobre como os serviços e as equipes têm se organizado para acolher e acompanhar os que necessitam de cuidados em saúde mental e como tem sido a experiência do adoecimento e a procura por cuidado na perspectiva do usuário.

Metodologia: Estudo qualitativo, cuja coleta de dados foi operacionalizada por meio de entrevistas abertas, em profundidade, com 15 usuários da RAPS de uma cidade de médio porte, sendo cinco mulheres e 10 homens. As entrevistas foram gravadas, transcritas e transformadas narrativas, para extração dos núcleos argumentais e análise dos dados. A análise dos dados foi apoiada na abordagem hermenêutica.

Resultados: Os achados apontaram para várias fragilidades na RAPS estudada: acesso direto ao serviço especializado, busca espontânea por cuidado, devido à falta de orientação profissional, pouca flexibilidade no atendimento não agendado, foco médico-centrado e ausência de articulação com a Atenção Primária, além do estigma associado ao sofrimento psíquico e ao uso de substâncias. Dentre as potencialidades, o vínculo com os serviços especializados, o preparo dos profissionais e a não internação psiquiátrica após inserção nos CAPS foram citadas. As principais redes de suporte identificadas foram a família nuclear, CAPS ad e CAPSII.

Conclusão: Este estudo destaca a importância da construção dos IT como contribuição para avaliação de redes de serviços, visando subsidiar decisões e ações que garantam acesso oportuno, fortalecimento do vínculo com a equipe de saúde, trabalho articulado em rede e adesão ao tratamento.

Palavras-chave: Narrativa, Itinerários Terapêuticos, Saúde Mental, Serviços Comunitários de Saúde mental, Pesquisa Qualitativa.

ABSTRACT

Objective: To understand users' perceptions of how services and teams have organized to welcome and accompany those in need of mental health care, and how the experience of illness and seeking care has been from the user's perspective.

Methodology: This qualitative study involved data collection through in-depth, open interviews with 15 users of the RAPS in a medium-sized city, including 5 women and 10 men. The interviews were recorded, transcribed, and transformed into narratives to extract the core arguments and analyze the data. Data analysis was supported by a hermeneutic approach.

Results: The results highlight several weaknesses in the studied RAPS: direct access to specialized services, spontaneous search for care due to a lack of professional guidance, little flexibility in unscheduled care, a medical-centered focus, and lack of

[1] Artigo formatado conforme as normas da Revista Saúde e Sociedade.

articulation with Primary Care, as well as stigma associated with mental suffering and substance use. Among the strengths mentioned were the bond with specialized services, the preparedness of professionals, and the avoidance of psychiatric hospitalization after insertion in the CAPS. The main support networks identified were the nuclear family, CAPS ad, and CAPS II.
Conclusion: This study emphasizes the importance of constructing Therapeutic Itineraries as a contribution to the evaluation of service networks, aiming to support decisions and actions that ensure timely access, strengthening of the bond with the health team, coordinated network work, and adherence to treatment.
Key words: Narrative, Therapeutic Itinerary, Community Mental Health Services, Qualitative Research.

Introdução

No processo de redemocratização do país, iniciado na década de 1970, os movimentos conhecidos como Reforma Sanitária (RS) e Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) foram expressivos, no que diz respeito ao avanço na garantia de direitos no campo da saúde e da saúde mental (Brasil, 2007).

À luz dos princípios da universalidade, equidade e integralidade, instituídos com a criação do SUS, a participação de sujeitos e coletivos na construção do cuidado foi evidenciada, impulsionando novo paradigma de cuidados em saúde mental.

A partir do movimento da RPB, alguns marcos legais se fizeram importantes, como a Lei 10.216 que dispõe sobe direitos das pessoas com transtornos mentais/sofrimento psíquico; e a Portaria nº 3.088 que “recomenda a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde” (Brasil, 2024), Esses marcos legais subsidiaram também a reorganização da assistência, transitando de uma lógica de tratamento tradicionalmente asilar e médico centrada para o cuidado em liberdade de base comunitária.

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) está estruturada por alguns componentes: atenção básica (ESf/EAB, Consultório na Rua, Emulti, centro de Convivência); Atenção Psicossocial estratégica (CAPS I, II, III, ad e ij); atenção residencial de caráter transitório; Atenção de Urgência e Emergência; Atenção Hospitalar; Estratégias de Desinstitucionalização e Estratégias de Reabilitação Psicossocial (cooperativas e oficinas de geração de renda) (Brasil, 2011).

Os principais objetivos visam elevar o acesso aos serviços de atenção psicossocial, fortalecer a conexão das pessoas com transtornos mentais e as famílias aos diversos pontos de atenção e promover a integração e a articulação dos pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no território. No entanto, ainda se observam desafios para sustentação, como dificuldade no trabalho articulado em rede e a sustentação do protagonismo dos sujeitos nos processos de cuidado, na coconstrrução do Projeto Terapêutico Singular (PTS), nos diferentes momentos do processo de adoecimento-busca por cuidado (Silva; Ferigatto, 2016).

A busca pela integralidade no cuidado em saúde mental se mantém como pauta importante na arena da saúde coletiva, no contexto da saúde mental e na prática clínica cotidiana, impulsionada pelo reconhecimento da necessidade de superar abordagens fragmentadas, centradas apenas na doença.

Bellato, Araújo e Castro (2008) destacam que o estudo dos Itinerários Terapêuticos (IT) pode funcionar como "tecnologia avaliativa da integralidade em saúde". Da mesma forma, Pinheiro *et al*. (2016) argumentam que a análise dos IT permite "apreender discursos e práticas que refletem diferentes lógicas, por meio das quais os princípios de integralidade e resolutividade na atenção em saúde podem ser questionados".

Pesquisas sobre a construção dos IT têm demonstrado o potencial em incorporar a experiência dos sujeitos nos percursos de cuidado, além de proporcionar reflexões sobre o acesso e a eficácia das ações em saúde (Souza; Zambenedetti, 2017). Essas pesquisas também contribuem para entender o comportamento dos indivíduos em relação ao cuidado e o uso dos serviços de saúde (Cabral *et al*., 2011). Além disso, elas evidenciam as tensões vividas pelos usuários e as famílias, durante a experiência de doença e na busca por cuidados de saúde, bem como as diferentes formas pelas quais os serviços podem responder a essas demandas, com maior ou menor resolutividade (Bellato; Araújo; Castro, 2008).

O IT também tem sido considerado abordagem avaliativa "centrada no usuário", pois se baseia em metodologias que valorizam a compreensão das experiências e as perspectivas das pessoas e das famílias, durante o processo de cuidado, possibilitando, assim, o desvelamento das interpretações e dos significados construídos ao longo desse processo (Bellato *et al*., 2009).

Entendendo que as ações em saúde devam estar alinhadas às necessidades dos sujeitos (considerando história, subjetividade, determinantes sociais em saúde e

especificidades dos territórios que habitam), parece fundamental incluir a dimensão da experiencia dos sujeitos para poder acessar diferentes questões, como o acesso na busca pelo cuidado e a continuidade do cuidado.

O conceito de Itinerário Terapêutico, conforme delineado por Pinheiro e Martins (2011), refere-se às trajetórias empreendidas por indivíduos e famílias na busca, produção e gestão do cuidado em saúde. Essas trajetórias seguem lógica própria, sendo entrelaçadas nas diversas redes de suporte e cuidado, proporcionando sustentabilidade na vivência do processo de adoecimento. Esse percurso é caracterizado por decisões, ações e interações que visam preservar e gerir a saúde, abrangendo desde a procura por tratamento até a gestão das práticas terapêuticas no contexto do adoecimento. Esta perspectiva parece interessante, pois, além de trabalhar com a inclusão das diferentes redes de suporte, também põe ênfase na compreensão da complexidade e singularidade dessas trajetórias, considerando as múltiplas dimensões envolvidas no cuidado à saúde.

A busca pela compreensão de como e quando as pessoas buscam auxílio para as demandas de saúde tem se tornado peça central em estudos relacionados ao planejamento, à organização e avaliação de serviços de saúde. O intuito é embasar a escolha de estratégias adequadas que garantam o acesso oportuno e contínuo dos usuários, fomentando vínculo significativo com as equipes de profissionais de saúde e, por conseguinte, promovendo a adesão às propostas de cuidado (Silva,1995; Goldbaum, 2005; Travassos, 2002).

Entretanto, contrariando os esquemas ou fluxos pré-determinados desejados pelos gestores e trabalhadores de serviços de saúde, os percursos percorridos pelas pessoas em busca de cuidados terapêuticos, frequentemente, não seguem padrões preestabelecidos. As escolhas refletem construções subjetivas individuais e coletivas em relação ao processo de adoecimento e às formas de tratamento, moldadas por uma gama de fatores e contextos diversos. Essas escolhas, passo a passo, vão constituindo determinado IT (Cabral, 2011).

Ao considerar a importância da participação dos usuários não somente no processo adoecimento-cuidado, mas em estratégias avaliativas que incluam a percepção dos usuários para avaliação, planejamento e desenvolvimento do cuidado em saúde mental, este estudo tem como objetivo compreender a percepção dos usuários sobre como os serviços e as equipes têm se organizado para acolher e acompanhar aos que necessitem de cuidados em saúde mental, a experiência de procura por cuidado,

incluindo a identificação da necessidade de cuidado, chegada e vinculação ao serviço especializado de saúde mental (CAPSII, CAPSad e Ambulatório de Especialidades).
As informações produzidas a partir de estudos sobre itinerários terapêuticos em saúde mental podem ser fundamentais na criação de políticas de saúde mental e na organização de rede de serviços (Lako *et al*., 2008). No entanto, esse tipo de pesquisa ainda é incipiente em países de baixa e média renda, especialmente na América Latina (Gater *et al*., 2001).
Nesse sentido, entende-se que este estudo possa trazer contribuições para o aprofundamento e adensamento da compressão sobre os processos de cuidado em saúde mental, por meio da construção dos IT.

Metodologia

Este estudo é um subprojeto da pesquisa maior denominada “Estratégias inovadoras para qualificar a rede de saúde mental em um município paulista de médio porte: uma pesquisa de implementação”, realizada de setembro de 2020 a fevereiro de 2021.
Realizou-se estudo de abordagem qualitativa-participativa, entre setembro de 2020 e fevereiro de 2021, envolvendo 15 usuários de três Serviços Especializados de Saúde Mental paulista, localizada a acerca de 80 km da capital. Esse município faz parte da Região Metropolitana de Campinas e, de acordo com o censo mais recente, tinha população estimada em 120.858 habitantes, em 2019. A cidade possui 19 unidades de Atenção Básica e, além dos serviços hospitalares e de emergência, conta com três serviços especializados em saúde mental: o Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS-II), o Centro de Atenção Psicossocial para Usuários de Substâncias Psicoativas (CAPS-PSM) e um Ambulatório de Especialidades. Segundo dados de pesquisa anterior, 1.958 usuários frequentavam esses serviços durante o período do estudo (IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estimativas de População (IBGE, 2020).
De natureza qualitativa, apoiado nos referenciais da hermenêutica. Para Denzin e Lincoln (2000), a pesquisa qualitativa é uma gama de práticas interpretativas, em que se busca a interpretação das práticas e a interpretação que os sujeitos tecem sobre essas práticas. Neste sentido, os “dados” se originam da relação sujeito-objeto, de forma que os sujeitos das pesquisas desvelam as próprias configurações. Importa, com base na pergunta de pesquisa, o fenômeno dos “desdobramentos” que a vivência da busca por cuidados em saúde mental produziu em cada participante. Visa

compreender o processo pelo qual os participantes construíram significados e a experiência dessa busca por meio da construção de Itinerários Terapêuticos.

Esta pesquisa apoiou-se teoricamente na obra de Ricoeur, que sugere a ligação entre teoria crítica e hermenêutica e nos trabalhos desenvolvidos por Onocko-Campos e Furtado (2008). De acordo com Ricoeur (1990), a questão hermenêutica está interessada no tipo de mundo que o texto abre, permitindo que a hermenêutica inclua uma crítica do real.

A filosofia hermenêutica se consolidou e se desenvolveu ao longo do tempo, graças aos diversos filósofos que se dedicaram a essa área (Santos, 2014). Gadamer (2008) sugere uma hermenêutica filosófica que vai além da interpretação de textos e obras, funcionando como reflexão meta-discursiva. Ele argumenta que a hermenêutica não deve ser vista como metodologia, mas como postura filosófica que apoia os processos cognitivos em geral e é alicerçada na linguagem para compreender as realidades humanas.

População do estudo

A população elegível para este estudo foi composta por usuários atendidos no CAPS II, CAPSad e ambulatório especializado de saúde mental (AE) de uma cidade de médio porte paulista, que participaram da fase de pré-implementação da pesquisa anteriormente mencionada, respondendo a questionários tipo Survey. A partir deste banco de informações (composto por 341 questionários respondidos), realizou-se análise por cluster e, a partir de variáveis preditoras, foi possível realizar o agrupamento de cinco possibilidades de trajetórias de cuidado entre os participantes do estudo. No terceiro momento, considerando importante aprofundar a compreensão da experiência destes usuários na busca por cuidado em Saúde Mental, 15 usuários destes agrupamentos foram entrevistados.

Figura 1 – Síntese das etapas dos estudos e participantes

Foram sorteados um usuário por serviço de cada um dos cinco agrupamentos determinados pela análise de cluster. Participaram da entrevista quinze usuários, sendo cinco mulheres e dez homens.

Quadro 1 – Caracterização dos participantes por agrupamentos.

	Cluster 1	**Cluster 2**	**Cluster 3**	**Cluster 4**	**Cluster 5**
CAPS III	Homem	Homem	Homem	mulher	homem
CAPS ad	Mulher	Homem	Homem	mulher	homem
Ambulatório	Mulher	Homem	Homem	mulher	homem

Os critérios de inclusão para participação deste estudo foi ter idade superior a 18 anos; ter respondido ao questionário da etapa inicial da pesquisa e concordar em participar do estudo. Os critérios de exclusão foram ter idade inferior a 18 anos, não concordar em participar do estudo e ter diagnósticos correspondentes às categorias F72 a F73 da Classificação Internacional de Doenças (CID) – Retardo Mental Grave e Retardo Mental Profundo.

Realizou-se levantamento dos nomes e contatos telefônicos dos usuários para posterior recrutamento. Também, realizou-se pactuação do desenvolvimento desta etapa com as equipes dos serviços, considerando que as entrevistas seriam realizadas em salas dos próprios serviços e seria necessário apoio da equipe para

localização de prontuários e informações cadastrais para o recrutamento dos usuários.

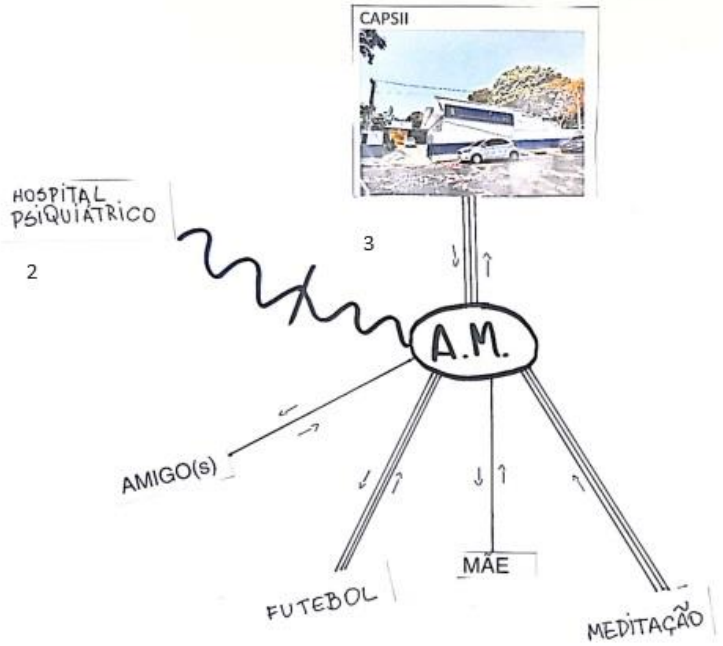
Os usuários foram contatados via telefone, convidados a participar do estudo e solicitados a comparecer no local do encontro, no dia e no horário marcado.

A maioria das entrevistas foi realizada nos próprios serviços, em sala adequada, sem ruídos ou interferências, de forma que se assegurasse a privacidade e facilitasse a entrevista. A entrevista de dois usuários (01 do CAPSII e 01 do CAPSad) foram realizadas no domicílio deles, devido à dificuldade de se deslocarem até o serviço. Na ocasião, a pesquisadora estava acompanhada dos profissionais de referência do serviço especializado em que faziam acompanhamento.

A produção dos dados foi realizada a partir dessas entrevistas em profundidade, conduzidos pela entrevistadora, com o cuidado em propiciar clima favorável à participação, evitando interrupções frequentes ou desnecessárias. Também, ficou atenta aos aspectos não verbais da interação entre o entrevistador e o participante.

Elaborou-se roteiro norteador para aprofundamento dos aspectos relacionados aos IT dos participantes, que foi previamente discutido e validado por dois usuários da RAPS de Campinas. As entrevistas tiveram duração mínima de 44 min e máxima de duas horas.

Os encontros tiveram a seguinte organização: apresentação da entrevistadora, esclarecimento sobre a dinâmica da entrevista, realização de questões norteadoras, finalização da entrevista e realização da atividade de construção compartilhada do Itinerário Terapêutico, por meio de colagem, metodologia desenvolvida pela própria pesquisadora para expressão gráfica do Itinerário Terapêutico, baseado em alguns outros trabalhos que utilizaram o referencial do ecomapa (Pereira, Onocko-Campos, 2019; Anjos Musquin *et al*., 2013; Martins *et al*., 2019) para estudo dos IT. Na sequência, apresentam-se duas destas produções realizadas, a fim de favorecer a compreensão do leitor, mas não serão alvo de aprofundamento neste trabalho.


CAPSII
MÉDICO CONVÊNIO
1
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO
2
3
A.M.
AMIGO(s)
FUTEBOL
MÃE
MEDITAÇÃO

AMBULATÓRIO
SANTA CASA
UPA
1,3,5.
TIA
TIO
PAI
IRMÃO(S)
COMUNIDADE TERAPÊUTICA
FILHO
AC
FILHO(S)
ESCOLA
USF
PSICOLOGIA
2 e 4
AMIGO(s)
FILHA (S)
IGREJA
CAPSII
CENTRO DE SAÚDE
CAPS AD
FILHO

Construção das narrativas e análise dos dados

Para análise dos dados, utilizou-se da abordagem hermenêutica (Ricoeur, 1990). As entrevistas audiogravadas foram transcritas na íntegra e, na sequência, foram elaboradas narrativas de cada uma delas. A escolha pela construção das narrativas foi realizada pela possibilidade de valorização, especialmente de adimensão da experiência, alcançando, assim, os objetivos deste trabalho. As narrativas têm sido empregadas em estudos desta natureza, por permitirem a compreensão de experiências e diferentes perspectivas de indivíduos, em determinado contexto. Elas são ferramentas importantes para descrever vivências, especialmente no que diz respeito ao processo de adoecimento (Onocko-Campos *et al*., 2013b). As narrativas têm sido usadas nos estudos qualitativos no campo da saúde coletiva (Onocko-Campos; Furtado 2008) e nos trabalhos sobre IT (Pereira, 2016; Mângia; Muramoto, 2008; Alves; Souza,1999; Pereira, 2021), e tem se mostrado potente ferramenta metodológica.

Onocko-Campos *et al*. (2013b) destacam que as narrativas têm sido utilizadas em pesquisas de objetos caracterizados como "complexos, na medida em que remetem a problematizações sobre a atividade humana, considerando seus diferentes contextos e momentos históricos" (p. 2848); apontam que, frente a essa complexidade própria do objeto, não existe técnica narrativa específica que, quando aplicada, consiga responder às perguntas formuladas ou "extrair" a narrativa adequada.

A construção das narrativas foi apoiada nos referenciais da hermenêutica, como abordagem interpretativa que se situa entre a compreensão da história e exploração da natureza, visando compreender o texto, ou de forma mais ampliada, de uma manifestação do humano (Ricoeur, 1990).

Nesse processo de construção das narrativas, pretende-se tornar denso o material (Burke, 1992), mantendo-se fiel a história que nele se conta, mas não necessariamente em sequência temporal e, tampouco, reproduzindo as formas lexicais do participante. Para tanto, adotou-se o reconhecimento de núcleos argumentais, que podem ser compreendidos como trechos do texto que destacam - a partir de explicações e/ou descrições - aspectos importantes relacionados à temática do estudo (Onocko-Campos; Furtado, 2008; Onocko-Campos, 2011).

No momento seguinte, as narrativas foram validadas. A validação pode ser feita pelo próprio participante ou uma terceira pessoa, sendo que, neste trabalho, optou-se pela validação do texto por pesquisadores do campo da saúde coletiva e saúde mental. O

trabalho da validação das narrativas carrega compromisso com a fidedignidade do narrado, evitando que neste processo de transformação do texto literal para as narrativas conteúdos e sentidos significativos expressos sejam suprimidos pelo pesquisador.

Aspectos éticos

Forneceram-se informações sobre a pesquisa e os objetivos, e caso o usuário aceitasse participar desta, era apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (CAAE nº00827918.8.0000.5404), em duas vias, todas as laudas foram rubricadas, além de assinadas pelo participante e pesquisador, na última lauda. Uma das vias ficou com o participante e a outra com o pesquisador.

O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Ciências Médicas, da Universidade Estadual de Campinas, conforme parecer nº 3.793.771, e seguiu as orientações e diretrizes brasileiras para pesquisas envolvendo seres humanos da Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, e declaração de Helsink.

Resultados

Para melhor compreensão do leitor, elaborou-se um quadro síntese, com as informações importantes sobre os itinerários terapêuticos.

Os núcleos argumentais (Onocko-Campos, Furtado, 2008) que emergiram no texto foram agrupados em duas grandes categorias: Processo Saúde-Doença e Itinerário Terapêutico. Neste trabalho, apresenta-se a categoria IT e as subcategorias:

- Percepção da necessidade de tratamento
- Acesso e início do tratamento
- Acompanhamento na RAS
- Avaliação do cuidado
- Estratégias terapêuticas
- Impacto do tratamento e Impacto do sofrimento

Para organização do trabalho de análise do material, fez-se uso de grade de interpretação apresentada a seguir.

Quadro 2 - Grade de análise

	Categorias	Trechos das narrativas
Itinerário Terapêutico	Percepção da necessidade de cuidado e busca por ajuda	
	Acesso e início do tratamento	
	Acompanhamento na RAS	
	Avaliação do cuidado (potencias e fragilidades)	
	Estratégias terapêuticas	
	Impacto do tratamento e Impacto do sofrimento	

Fonte: Adaptado de Santos (2014).

Itinerário Terapêutico

Percepção da necessidade de cuidado e busca por ajuda

A percepção do processo de adoecimento/ intensificação de sofrimento para posterior busca por cuidados em saúde mental é um processo singular, e varia de acordo com aspectos relacionados à história, à subjetividade, ao contexto social e à rede de suporte. No entanto, as experiências narradas pelos usuários quanto ao processo de adoecimento e às saídas encontradas para superar os desafios enfrentados perante a "enfermidade" possuem alguns pontos comuns. Em relação à percepção da necessidade de cuidados em saúde mental, na grande maioria dos casos, ocorreu a partir de reflexão da própria pessoa ou alguma pessoa da rede de suporte próxima.

Percepção da necessidade de tratamento e procura por ajuda de maneira autônoma e direcionada à equipe da APS em que estava inserida:

> Cheguei lá no postinho numa situação falei assim, pedindo ajuda: "vocês pelo amor de Deus ajuda eu que eu tô numa situação que eu preciso de ajuda". O médico falou "calma, que a gente ainda precisa entender o que a senhora tá precisando". Aí eu expliquei a minha situação e ele falou assim "a gente vai encaminhar a senhora pelo CAPS, lá eles vão dar atendimento para a senhora, tudo que a senhora precisar tem lá" e foi o que aconteceu. Cluster01CAPSad

Nesse relato, observou-se a APS desempenhando a função de "gatekeeper" como preconizado, além da sinalização de vínculo com a equipe forte o suficiente, para que o usuário "abra" a situação de sofrimento psíquico aos profissionais. Entende-se que acionar a equipe da APS pode contribuir tanto para a não intensificação do sofrimento quanto para oportunizar um cuidado mais resolutivo e a escolha do serviço mais apropriado às demandas de saúde. O vínculo e a escuta qualificada podem favorecer a melhor compreensão da situação de saúde, a identificação do sofrimento de maneira mais precoce, a construção de PTS mais eficientes e evitar trajetórias assistenciais desnecessárias.

Em outros casos, a percepção da necessidade de ajuda ocorreu espontaneamente, mas contando com o apoio de familiares próximos:

> Bom, eu não percebi que precisava de ajuda com a saúde mental. As pessoas perceberam que eu não estava bem e aí me encaminharam para tratamento no CAPS e antes de vir para o CAPS eu passei por uma internação.C2CAPSII

Acesso e início do tratamento

Ao considerar que os IT podem ser importantes para avaliação do acesso e da resolutividade da rede de saúde, assim como na identificação de fragilidades, apresentam-se pontos de análise para qualificação do cuidado em SM. Observou-se que a maior parte dos usuários acessou a rede via serviços especializados de saúde mental, fosse chegando espontaneamente para triagem no serviço, encaminhados de uma internação em Hospital Psiquiátrico, ou ainda após longa permanência em instituição tipo Comunidade Terapêutica. Alguns participantes acessaram a APS para busca de cuidados em saúde mental e foram encaminhados ao serviço especializado; outros ainda acessaram a saúde mental por uma consulta clínica de outra especialidade.

A maioria das narrativas referiram chegada aos serviços especializados de saúde mental sem passagem pela APS, algumas delas depois de uma longa espera, devido ao desconhecimento tanto do processo de adoecimento que estava sendo vivenciado, quanto das possibilidades de cuidado.

> Foi meu pai que foi sozinho lá no SUS (AE) e procurou ajuda, ninguém me encaminhou para o CAPS não. Eu comecei a sentir os sintomas e eu não sabia o que que era. Eu “tava” trabalhando e “tava” ouvindo vozes, vendo vultos, um mal-estar terrível que eu não conseguia nem parar em pé. Não sabia onde tratava. O recepcionista falou para procurar o CAPS, para explicar o que estava acontecendo. Foi aí que descobri aonde ir, demorou quase um ano para descobrir que tinha que tratar no CAPS.C3CAPSII

O desconhecimento do fluxo da rede, além do fato da pessoa viver em intenso sofrimento por um período prolongado, pode contribuir para o agravamento do caso e até gerar internações evitáveis. Este usuário possuía vínculo frágil com a APS, caracterizado por idas pontuais ao serviço e consultas espaçadas (última consulta há seis anos).

A baixa vinculação com a APS pode ser fator dificultador da identificação da necessidade de cuidado em SM. Em estudo anterior, realizado nesta mesma RAPS, observou-se que proporção importante de pacientes atendidos em serviços especializados não era de conhecimento da APS (Treichel, 2021).

Em outros casos, o acesso ainda ocorria diretamente pelo serviço especializado, mas a família já apresentava alguma orientação sobre qual serviço mais adequado à necessidade do usuário.

> Quem falou para eu ir no CAPS foi filha minha. Ela conhecia o CAPS e aí me levou direto para lá. Só que eles (CAPS) ficaram meio cabreiro comigo porque eu estava começando a ficar meio perdido na cachaça, aí que ela resolveu levar eu pra lá. Aí, levou eu para lá, eu ia todo dia cedo, ia todo dia cedo no CAPS, vinha embora de tarde, depois com os medicamentos dali tudo, foi endireitando (...). Cluster03CAPSad.

A tentativa de acesso a cuidados em SM também ocorreu via saúde suplementar, observada em duas narrativas.

> O médico psiquiatra que atendia minha mãe no convenio, e que depois passou a me atender também, que indicou o CAPS. Eu só passava com ele, não passava no postinho não. Então eu comecei o tratamento no convênio e depois eu vim para o CAPS. Quando eu comecei a fazer acompanhamento com o Dr A. eu "tava" muito isolado mesmo, sem vontade de fazer as coisas, ficava em casa só e não saía para nada. O pensamento não era dos melhores, pensamento ruim, um pensamento que chegava até me prejudicar de certa forma, não era saudável a gente ser responsável por aquilo que a gente pensa né? O Dr A., naquele momento, me encaminhou para internação eu fiquei um mês internado na Fazenda Palmeiras e aí de lá eu vim para aqui. (Cluster2CAPSII)

Observou-se a procura pelo "médico do convênio" em uma situação de intensificação de sofrimento, muito provavelmente por ser a rede de suporte já conhecida pela família, no suporte à saúde da mãe.

A combinação do uso do sistema público e saúde suplementar também acontece na saúde mental (Ferla, 2010). Em estudo com usuários de CAPS, os resultados mostraram cenário semelhante ao descrito pelos entrevistados (Cardoso; Oliveira; Piani, 2016). Os usuários relataram, inicialmente, buscar serviços de saúde particulares, principalmente consultas com psiquiatras, durante o primeiro episódio do transtorno mental, mas, posteriormente, recorreram aos serviços públicos de saúde para continuar o tratamento (Cardoso; Oliveira; Piani, 2016).

Conforme mencionado pelos participantes, os atendimentos para saúde mental via Saúde Suplementar acabam ficando centrado na figura do médico, sem propostas de suporte aos momentos de intensificação do sofrimento que sejam alternativas à internação psiquiátrica ou com cuidados compartilhados com outros núcleos de atuação, como psicologia, terapia ocupacional, entre outros, em oposição ao paradigma da tenção Psicossocial.

Em relação à assistência à saúde mental na saúde suplementar, notam-se avanços, como a obrigatoriedade de cobertura para todas as doenças da CID-10, entretanto, a inclusão de tratamento para tentativas de suicídio e lesões autoinfligidas, atendimento

por equipe multiprofissional, maior número de sessões com psicólogos, terapeutas ocupacionais e psicoterapeutas, e a inclusão do hospital-dia na rede credenciada, a assistência à saúde mental ainda carece de regulamentação adequada no sistema de saúde suplementar, deixando várias lacunas. Entre os desafios para a ANS, estão a regulamentação de mecanismos de coparticipação e franquia, a coparticipação crescente como limitador de internações psiquiátricas, sem o desenvolvimento de uma rede substitutiva, e a limitação das sessões de psicoterapia de crise, o que ressalta a necessidade de a agência cumprir o papel dela na proteção do interesse público na assistência à saúde suplementar (Salvatore; Ventura, 2012).

Outras narrativas também mencionaram a procura do “médico do convênio”, quando não conseguiram agendar/antecipar uma consulta ou conseguir renovação de receita nos serviços públicos.

Entende-se, assim, que alguns arranjos vão sendo desenvolvidos na trajetória assistencial dos usuários, ao tentarem superar as lacunas no acesso e na integralidade da atenção, utilizando as próprias escolhas, os percursos ou as estratégias, ou, a partir da experiência de alguém que passou por uma situação similar.

O acesso aos cuidados em saúde mental, a partir de uma internação psiquiátrica, também foi mencionado, sendo duas delas solicitadas pelo médico psiquiatra da saúde suplementar e outra pela própria família. No caso da solicitação da família, entende-se que foi realizada por ser a opção conhecida pela mesma, ilustrando que o modelo tradicional de tratamento em saúde mental ainda está presente socialmente como saída para o sofrimento psíquico e evidencia a necessidade de avançar tanto na desconstrução quanto na difusão de informação sobre as potencias da Atenção Psicossocial.

Ao considerar que as narrativas iluminam a dimensão da experiência dos usuários sobre a construção do IT, importante apresentar relato significativo sobre os sentidos e os efeitos de uma internação psiquiátrica.

> Eu acho que eu não precisava ser internado não, fui muito maltratado lá passei uma situação de muita dificuldade sofri certa violência psicológica então nem se fale não me senti bem não internado. Achei que esse tipo de tratamento não funciona, não resolve.

Deve-se buscar compreender os motivos pelos quais ainda são solicitadas internações psiquiátricas, quais os possíveis nós na rede de cuidados, para que elas ainda sejam solicitadas, mas há de haver atenção para não as naturalizar (Goffman,

1974). É importante tomar cada internação como um analisador e, a partir de um bom diagnóstico, traçar estratégias que desviem do circuito crise-internação-crise.

Apesar do sofrimento produzido no processo de internação mencionado, é importante sinalizar que todos os usuários deste estudo que passaram por uma internação psiquiátrica, não necessitaram mais de internação após a inserção no CAPSII. Isto reafirma a potência do Modelo de Atenção Psicossocial, indicando que o usuário, quando inserido em um serviço comunitário, acompanhado e vinculado a uma equipe de referência atenta, apropriada da história e das singularidades dele, pode construir outras saídas terapêuticas efetivas na comunidade.

Pessoas que fazem uso problemático de SPAs enfrentaram desafios distintos, como o julgamento moral. No caso dos usuários que fazem acompanhamento devido ao uso de SPA, a história se modifica um pouco e observa-se tanto a chegada no CAPSad, após um período nas CT, quanto o encaminhamento do CAPs para as CT.

> (...)mas, existia coisas pra me mostrar, foram acontecendo coisas pra me mostrar que eu precisava por um ponto final mesmo nessa situação de uso. E daí fui pro Desafio Jovem (CT). Fiquei dois meses lá, depois voltei pro CAPS, fiquei mais um tempo aqui.... C2CAPSad

Embora esses serviços não sejam novidades no cenário de cuidados em saúde mental, a validação deles como serviços de saúde, conforme proposta pela Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017, acaba legitimando esta proposta de cuidado. No entanto, as denúncias de maus-tratos e violação de direitos, como internação excessivamente longa, ausência de Projeto Terapêuticos Singulares são frequentes (Passos *et al*., 2021), reforçando um modelo que induz a fragmentação do cuidado.

Acesso a APS

Um grupo de usuários referiram ter o primeiro atendimento para SM na APS e encaminhados para serviço especializado.

> Ahh, quando cheguei aqui estava com muita dor não dormia, não comia direito, estava passando mal com sensação de tontura, e eu não queria sair de casa por nada só queria ficar em casa, aí como já falei, pensei eu preciso de ajuda, e foi o que eu fiz, fui procurar ajuda no posto por causa disso(...) Bom, foi quando eu comecei o tratamento no posto, e começou com bem pouquinho remédio, daí eles foram adaptando a medicação, até que consegui ficar estável. Ai depois em 2011, eu perdi meu marido de acidente, uma crise muito forte, e me encaminharam para o “SUS” (AE). Cluster 1AE

Observou-se que, no caso, foi possível que o cuidado de SM fosse feito na APS até o momento em que apresentou intensificação do sofrimento, o que foi pouco observado nas narrativas de maneira geral. A APS, fortalecida, a partir da longitudinalidade,

vínculo e escuta qualificada, pode contribuir para identificação precoce de situações de sofrimento. Em outras situações narradas, a APS foi acessada para solicitação de cuidados em SM, mas os usuários foram prontamente encaminhados para serviços especializados.

Tem havido movimento global para fortalecimento da AB para acolhimento das demandas relacionadas à saúde mental e melhoria do trabalho articulado em rede. Documentos como Plano Global de Saúde Mental da OMS (2013-2020) e Relatório da Comissão Lancet sobre saúde mental global e desenvolvimento sustentável (2018) também destacam a importância da incorporação de cuidados em saúde mental na APS, fomento à formação dos profissionais para acolhimento da demanda de SM, promoção e prevenção em SM e cooperação entres serviços da rede de saúde e parcerias intersetoriais. No entanto, a nível nacional, enfrentam-se alguns desafios.

Alguns autores apontam que o movimento da RPB investiu incisivamente na transformação do modelo de cuidado em saúde mental, apostando na construção de ampla rede de cuidados comunitários em saúde mental e fechamento de leitos de Hospitais Psiquiátricos, no entanto, apresenta certa fragilidade em relação aos transtornos mentais mais leves e menos prevalentes (Brasil, 2007). Visando superação deste déficit, a partir de 2011, a Coordenação Geral da Saúde Mental (CGSM) - DAPE/SAS/MS - desenvolveu documentos sobre a articulação entre a saúde mental e a atenção básica, como criação de equipe de apoio matricial e sistematização às equipes de PSF (aumento da capacidade resolutiva das equipes); privilégio à formação em saúde mental das equipes da atenção básica; avaliação e monitoramento das ações de saúde mental na atenção básica.

Acrescenta-se que o apoio matricial “retaguarda assistencial e suporte técnico-pedagógico às equipes de referência” (Campos; Domitti, 2009, p. 9), favorecendo o compartilhamento de saberes, formação e aumento da capacidade para lidar com casos de SM.

No momento da realização deste estudo, as ações de apoio matricial não estavam sendo desenvolvidas, o que pode corroborar para baixa absorção dos casos considerados menos complexos e encaminhamento mais qualificado aos serviços especializados.

Houve casos nos quais o pedido de ajuda para o sofrimento psíquico não passou pela APS, mas por profissionais de diferentes especialidades, como neurologistas ou

ginecologistas, com os quais o usuário já estava em acompanhamento e possuía vínculo maior do que com a APS, como exemplificado:

> Minha aparência era muito simples, muito abatida e eu não fazia nada com gosto, vivia amargurada, com a cabeça aérea, anestesiada. Eu não entendia o que estava acontecendo? Era assim do nada. Fui no ginecologista um dia, contei para ele, e ele falou que não era nada. Eu fiquei daquele jeito um ano e pouco. Eu me sentia muito mal, eu ficava triste, eu nasci com vocação para alegria, eu sempre fui muito alegre, muito comunicativa. Eu não me reconhecia, não era mais eu, comecei a ter insônia. Aí, numa consulta no ginecologista, depois de um tempo, ele começou a me receitar uns remédios, mas não melhorava. Isso durou 6 ou 7 anos, até que eu tive uma crise de pânico. Cluster4CAPSad

A peregrinação desnecessária pela rede pode estar relacionada ao desconhecimento dos profissionais de saúde sobre o funcionamento, lentificando a chegada ao serviço mais adequado às necessidades dos usuários. Outro ponto a se considerar é que, muitas vezes, os próprios profissionais de saúde, por não estarem cientes do fluxo ou valorizarem as queixas de uma maneira predominantemente biologicista, acabam adiando o encaminhamento para o atendimento especializado. Nesta direção, alguns estudos têm evidenciado que, no Brasil, existe tendência à peregrinação por busca de serviços de saúde para tratamento, devido ao não seguimento dos fluxos preconizados pelo SUS (Silva, 2014).

Demora no acesso

Algo que apareceu de maneira transversal às narrativas foi a demora no acesso aos cuidados de SM. Em alguns deles, devido ao desconhecimento dos serviços de saúde, outros por aguardar muito tempo serem chamados para o início do atendimento ou não se sentirem à vontade para expor a situação de sofrimento, sendo a última mais recorrente em relação às equipes da APS, em especial com pessoas com uso problemático de SPAS e transtornos mentais graves.

> Demorou bastante tempo até procurar ajuda pois eu não admitia que eu tinha problema. Aí quando eu fui ver, eu agredi o meu esposo né. Já conhecia o postinho, passava lá, mas não conseguia falar disso. Logo depois que eu agredi meu esposo que eu tomei uma providência, falei assim “se aconteceu uma vez só pode acontecer mais outras vezes” aí então eu não deixei acontecer de novo né. Porque no começo era só eu beber que eu já vinha com agressão né, seja está com a agressão, então, daqui alguns dias as coisas ficariam pior né. Bebia fazia tempo. Fiz a redução de estômago e passei a beber mais. C1CAPSad

> No postinho aqui no Engenho D’agua. Passei uma vez só. Antes de ir para o CAPS. Não falei da bebida. Ninguém fez pergunta, nem nada né, então a gente não... não conta história também, né? Se eu comecei beber com dezessete anos, cê veja bem o quanto tempo que eu estou sofrendo.....então não é fácil hoje, pra gente contar a história. Talvez, se tivesse ajuda antes podia ser melhor né? C3CAPSad

> Demorou quase um ano para começar o tratamento porque eu comecei a sentir os sintomas e eu não sabia o que que era. Eu “tava” trabalhando e “tava” ouvindo vozes, vendo vultos, um mal estar terrível que eu não conseguia nem parar em pé. Aí comecei a suspeitar será que isso é sintoma de depressão? Não sabia que era esquizofrenia né? Falei para o meu pai: acho que é depressão. Ninguém sabia onde tratava depressão, não tinha essa noção. Mas foi difícil para mim nossa não sabia que eu tinha, não sabe especificar. Eu sofri bastante! C3CAPSII

Uma das hipóteses possíveis é que a baixa vinculação com a APS contribua para a demora no acesso, considerando que o vínculo facilitaria o pedido de ajuda em momentos de maior fragilidade.

Acompanhamento na RAS

Os usuários que demonstram mais vínculo com a APS para cuidados clínicos são os que fazem acompanhamento para saúde mental na própria unidade ou os que estão em acompanhamento no AE.

Os usuários que fazem acompanhamento no serviço tipo CAPS, especialmente CAPSII, acabam fazendo acompanhamento para cuidados clínicos no próprio serviço, na maioria dos casos. Este dado corrobora estudos que observam a descontinuidade de cuidados clínicos na APS, após a inserção no serviço especializado Básica (Wang *et al*., 2016; Vannuchi, 2012), podendo acarretar em negligencia as questões de saúde e maus desfechos clínicos (Treichel *et al*., 2019).

Se por um lado isto pode ser visto como algo positivo, pois de alguma maneira o usuário tem garantido seu direito ao cuidado, por outro pode, além de inverter a lógica sobre a função dos pontos da RAPS e o cuidado compartilhado, tornar o cuidado centralizado no CAPS e sobrecarregar o serviço especializado.

> Então, no postinho às vezes eu passo. Mas não faço acompanhamento médico. Eles falam para continuar fazendo o tratamento com seu médico, tomando remédio que o médico do CAPS passou. Eu faço exames para a saúde aqui no CAPS mesmo. O colesterol “tava” um pouquinho alto, mas agora não “ta” mais. (...) Faz tempo última vez que eu passei no postinho, faz 6 anos já, passei lá porque eu “tava” com infecção urinária. Cluster03 CAPSII

Nesse sentido, o apoio matricial seria potente estratégia para conhecimento pela APS dos usuários do território que estão em acompanhamento de SM e compartilhamento dos casos entre serviços.

Em relação ao acompanhamento em diferentes serviços da RAPS, além dos serviços especializados e da APS, foi mencionada a retaguarda dos serviços de urgência/emergência, como UPA e OS da Santa Casa, tanto para questões clínicas como de saúde mental.

> No UPA, cheguei passar! Cheguei a passar no pronto socorro várias vezes quando eu entrava em... quando dava aquelas crises fortes eu tinha que correr pro SUS.
> Eu ficava ruim, ficava querendo beber, entrava em crise, comia muito açúcar, demais, aí eu entrava em crise e ia pro UPA. Chegava lá tomava o remédio e ia pra sala. Aí a doutora pegou e passou um calmante pra mim, quando dava... se eu sentisse isso era pra eu tomar. Diazepam, tomar uma pequena metadinha de Diazepam. Só que aí graças a Deus não foi precisando, fui controlando, quando entrava em crise eu me controlava. Mas cheguei várias vezes a ir pro UPA por causa disso. Ah o tratamento na UPA, chegava lá, eu falava sobre o que que se tratava, eles já davam um remedinho pra mim, daí passava e eu ia embora. Eles me tratavam bem. Falavam que era normal entrar em crise, que era abstinência. Cluster1CAPSad

Avaliação do cuidado

Fragilidades

Preconiza-se que os serviços da RAPS tenham plasticidade suficiente para desenvolverem trabalho adequado às especificidades do território e dos usuários de referência. A avaliação por parte dos usuários sobre o funcionamento dos serviços de saúde pode oferecer pistas dos possíveis ajustes para qualificação do cuidado, propiciando maior adesão e continuidade do cuidado.

A rigidez no processo de trabalho também foi relatada pelos usuários. Pouca flexibilidade para acolhimentos e encaixes, dificuldade na antecipação de consultas, quando ocorre alguma intercorrência no tratamento, como a intensificação do sofrimento ou questões relacionadas ao uso da medicação.

> Ela me deu um remédio pra dormir, mas eu tomei e não surtiu efeito nenhum. Acho que esse mês eu vou falar com ela. Aqui, quem que é minha referência é a doutora B. Hoje ela não está aqui. Não tem ninguém aqui hoje que eu possa conversar, que eu costumo conversar. Tem a U que está comigo na horta... Eu até tenho liberdade de falar com ela, mas ela vai a mesma coisa pra mim, pra eu conversar com a doutora. Vai voltar no mesmo... Não consigo adiantar a consulta com a doutora não" C1CAPSII

A burocratização dos processos de trabalho mencionada pelos usuários pode reproduzir violência institucional, na medida em que negligencia as necessidades de saúde. Neste sentido, seria importante reorganização do processo de trabalho que ofereça respostas tanto para os atendimentos agendados quanto para demandas espontâneas.

O acompanhamento em saúde mental resumido a trocas de receita foi outro ponto mencionado como negativo:

> Fiquei em acompanhamento aqui no ambulatório acho que mais de 15 anos. Vinha de e três em três meses ou de dois em dois meses. **Fui** transferida para o postinho faz uns dois anos. Eu achava o tratamento aqui no SUS (AE) melhor porque se você estava, por exemplo, passando alguma coisa, eu conversava com o médico e tentava dar um jeito, eu cheguei a passar por psicólogo e tudo, só que agora estando no postinho, você só vai e troca receitas, você nem conversa com o médico. Cluster1AE

Quando um usuário procura um novo serviço ou profissional, espera-se que as necessidades sejam atendidas, se quando isso não ocorre, o usuário pode experimentar sensação de frustração ou fracasso. Esse desencontro nas interações com os profissionais provocam sentimentos negativos, como raiva, desconfiança, perplexidade e sensação de negligência em relação às demandas (Faveiro-Nunes; Santos, 2010).

Também, observa-se, em muitos municípios, a prática de renovação de receitas associada aos problemas de acesso ao psiquiatra e a dificuldades do médico generalista em lidar com essas questões. Regularmente, esta demanda é atendida sem grandes questões, contribuindo para práticas de cuidado mais fragmentadas e estimulando a sensação de impotência nos outros profissionais da equipe (Gonçalves Peres, 2018).

O apoio matricial, por abarcar as dimensões técnica e pedagógica, poderia ser estratégia interessante, no sentido de oferecer retaguarda especializada tanto para as inseguranças, no manejo dos casos e na construção de PTSs mais robustos.

Outro ponto avaliado como frágil foi a alta rotatividade dos profissionais (dificulta vínculo e fragiliza a continuidade do cuidado):

> No posto, cada vez que eu passo, é um médico diferente. Essa troca de médico dificulta. Então a gente nem consegue conversar com eles... Você chega lá e só faz receita está pronto, está bom. Pelo menos aqui (AE) você explicava o que estava e o médico sabia o que fazer. Quando eu estava indo com uma médica angolana, aí seguia com ela, explicava. Estava com um problema de anemia, ela acompanhava este problema, orientava sobre o tratamento. A gente conversava com ela, falava para tomar remédio e fazer os exames bem direitinho. Ela te conhece e entende melhor seu problema. Então, você vai lá de novo para poder ver o tratamento e tem um médico que não conhece seu problema, médico nem olha para os papeis, para falar a verdade, vai lá da receita e pronto, mas com ela era diferente. Cluster01AE

> O psicólogo, o psiquiatra são bons, porque eu já passei por vários né, é que aqui muda muito, quando a gente acostuma com o médico, parece que o médico vai embora, aí agora eu tenho que começar do zero de novo. Agora trocou de novo e aí vai começar do zero de novo de novo. Cluster Cluster2AE

A alta rotatividade de médicos na APS compromete a qualidade da relação entre os usuários e a eSF (Treichel *et al*., 2019), danos significativos no vínculo com o território e prejuízo ao trabalho das equipes e redes de saúde (Medeiros *et al*., 2010), um desafio para ampliação das ações desenvolvidas na Estratégia Saúde da Família (Guirardi; Carvalho, 2003). A não fixação destes profissionais também pode dificultar a sustentação da integralidade, longitudinalidade e construção de vínculo com o

usuário, aspectos ainda mais significativos no acompanhamento de usuários da saúde mental.

Potencias

Em relação às potencialidades identificadas ao longo do IT dos usuários, destaca-se a avaliação positiva da postura de acolhimento e o preparo dos profissionais, especialmente nos serviços especializados. Também, mencionaram o afeto como um pilar importante na construção do cuidado e sustentação dele.

> Ah, aqui, no CAPS, eu me sinto acolhido, as pessoas são legais e qualquer dúvida eu tiro as dúvidas com a C. né? Antes, tinha o G. né e eu conversava bastante para o G. e agora ele aposentou né? Mas, qualquer coisa conversa com a C. qual I. com I., com a I. e no futebol. C3CAPSII

> Eu não sei dizer o que poderia melhorar nos serviços que eu passei antes de chegar aqui no CAPS, assim, eu fui muito bem tratada por todos(...) Eu me sinto apoiada eu me sinto segura fazendo acompanhamento aqui no CAPSad (...). Eu venho sempre nos dias marcados, mas eles disseram que se eu precisar de alguma coisa posso vir. Não, não tem nada que me dificulta vir ao CAPS. É tranquilo. CAPSad

> O SUS (AE) dava conta do que eu precisava. Eu acho que com o profissional que eu passava, eu achava que ele era competente, no que ele fazia. C1AE

Houve menção ao despreparo dos profissionais da APS

> Ah, eu acho que tudo podia mudar no posto. O atendimento mesmo, sabe? o jeito de conversar, porque... Por exemplo, essa conversa aqui, sabe? O médico doutor lá, começa a levantar a voz e eu começo a ficar nervoso quando alguém levanta a voz para mim. CAPSad

Estratégias terapêuticas

As estratégias terapêuticas constituem pilar importante na construção do PTS e no processo de cuidado. O PTS, para Campos (2005), é uma ferramenta de gestão clínica que abrange um conjunto de propostas e condutas terapêuticas, articuladas para um indivíduo ou grupo, resultante da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar específica ou em rede. Deve ser flexível e em reavaliação constante, a fim de acompanhar o dinamismo da vida, nos diferentes momentos do acompanhamento.

Dentre as estratégias terapêuticas valorizadas, destacaram-se, especialmente, as atividades coletivas ou grupos de atividades, atividades de ambiência e psicoterapia.

> Eu gosto de jogar futebol, eu jogo ainda aqui no CAPS mesmo. Eu vim aqui no CAPS umas duas vezes por semana eu venho aqui e participo da terapia ocupacional qual Iara participa da horta meus artesanatos pintar e tal e me faz bem. Aqui no CAPS eu me sinto bem né? Bem diferente de como me sentia no Hospital Psiquiátrico. Aqui no CAPS faço acompanhamento, tomo

> injeção. O CAPS me ajuda com apoio no sinal psicológico, medicamento e terapia ocupacional. Isso me ajuda. Sinto que o CAPS me ajuda quando eu preciso. C2CAPSII

> Quando eu cheguei, passava com a Flávia, a psicóloga Flávia. Eu vinha toda semana. Vinha toda quarta-feira pra participar do grupo. Era um grupo de conversa. Acontecia na parte de baixo do CAPS, colocava a cadeira em roda ali, e ali a gente ficava conversando. Uma hora ali, tudo, sabe? C5CAPSad

Psicoterapia

> Passava com Neuro e Psiquiatra. Passei com psicólogo semanalmente durante seis meses. Agora que estou no posto, só passo com médico! Se têm outras atividades no posto eu não sei. C1AE

> Atualmente, eu venho no psiquiatra aqui no SUS (AE) de 3 em 3 meses. Passo na psicóloga também de 2 em 2 meses.

Por outro lado, as múltiplas estratégias terapêuticas foram mencionadas nos serviços especializados tipo CAPS, no AE, foi mais mencionado o atendimento médico e psicológico de maneira ambulatorial, e o cuidado na APS foi relatado como mais restrito ao acompanhamento médico e medicamentoso.

A valorização da ampliação do campo relacional para as pessoas que, muitas vezes, ficam reduzidas à doença, foi mencionada em algumas narrativas. A possibilidade de estabelecer trocas sociais e afetivas também é considerada evidência de melhora. Saraceno (1999, p.112) corrobora essa perspectiva ao argumentar que a reabilitação envolve “um conjunto de estratégias destinadas a ampliar as oportunidades de troca de recursos e afetos”.

Nesse sentido, a construção do PTS não deve ficar restrita ao “cardápio de atividades” oferecidas pelo serviço. Precisam ser criativas, inventivas e de acordo com os objetivos terapêuticos de cada caso.

A participação de outros espaços terapêuticos ou de promoção de saúde fora do circuito formal dos serviços de saúde foram citadas, como grupo de terceira idade, academia, caminhada, futebol e meditação. No entanto, a busca por estes espaços ocorreu pelos próprios usuários, sem mediação das equipes de saúde e em menor número.

> O que me ajudava mesmo a tirar um pouco estresse, quando eu ia a fazer caminhada (...) com o grupo da terceira idade, viajar com eles, ficamos cinco dias fora, era o que ajudava ir às cidades aqui perto, por tudo lugar, mas pela pandemia parou tudo, e não começou ainda de volta (...) terceira idade é no bairro Vitória. É um lugar que trabalha só com pessoas da terceira idade, faz viagens, faz exercício um monte de coisa tipo um centro de convivência para idoso, com atividades. Acho que é da prefeitura. Não sei direito, só sei que chamam de “terceira idade”. Cluster1AE

É comum observar que, em muitos casos, o serviço especializado acabe ocupando a centralidade da vida da pessoa. No entanto, uma das frentes de reabilitação psicossocial é a de trabalhar para produção de transformações sociais profundas, fomentando a construção de “um outro lugar social para a loucura” (Gonçalves; Sena, 2002, p. 51). A ampliação da circulação social pode favorecer os processos de interação e conveniência social, além de possibilitar a construção de outros vínculos, evitar que a vida do sujeito fique restrita ao tratamento.

Observa-se que os fatores mais influentes como indicativos de melhora são os que rompem a cristalização da pessoa no papel de doente, criando contextos que permitam o exercício da subjetividade (Rottelli, 1999),

Experiência de sofrimento: impacto do tratamento e do sofrimento

É notável que o sofrimento impactou negativamente nas atividades cotidianas, no desempenho de diferentes papéis sociais para a maioria dos participantes, implicando limitações e mudanças importantes na qualidade de vida e nas relações sociais.

> O que mudou na minha vida é que eu parei de trabalhar para poder fazer o tratamento. Eu trabalhava de balconista de restaurante e eu ficava muito mal, não conseguia nem ficar de pé. Uma sensação muito ruim, horrível. Outra coisa que mudou é que eu fiquei muito chateado quando eu soube que eu estava com esquizofrenia e que agora eu tenho que tomar remédio para o resto da vida né? Vou ter que tomar remédio para sempre! É uma rotina meio diferente, porque o remédio também tem seus efeitos colaterais né? C3CAPSII

> Minha vida mudou muito. Os divertimentos, tudo que eu tinha, nossa. Acabou tudo. Eu gostava de jogar uma bola, hoje já não dá mais certo por causa da idade (rindo). Gostava de jogar bola, gostava de me reunir com meus irmãos aos finais de semana. Acabou tudo. O adoecimento piorou muito minha vida. C3AE

Compreender experiência do usuário e a maneira em que o tratamento impactou a vida se faz importante, pois, assim, conseguiu-se analisar em que medida houve efeitos de auxílio no enfretamento de sofrimento e nas repercussões deste na vida ou ainda se as estratégias de cuidado propostas foram condizentes com as necessidades identificadas pelos mesmos.

> Depois que comecei o tratamento aqui, melhorou bastante. Eu, agora eu tenho disposição para fazer minhas atividades e não vejo problema (...) Antes não tinha vontade de fazer nada, só ficava deitado. Agora não, agora eu tenho disposição. Passei também a enxergar as coisas também com mais detalhe, enxergar melhor. Quando eu venho, eu não entendo uma coisa, eu pergunto para eles o que é, o que significa. C1CAPS II

> Ah, minha vida mudou bastante coisa desde que comecei tratar no CAPSad porque eu era uma pessoa muito agitada, nervosa. Hoje, eu sou mais calma e mais tranquila. Só não tenho a disposição que eu tinha antes, de fazer o serviço de casa que eu tinha antes. Aquele ânimo assim eu perdi, aquela vontade de fazer serviço eu perdi. Mas é isso aí. C1CAPSad

> Eu acho que eu continuo o mesmo, só mais velho. Mas eu continuo mesmo acho que eu não mudei, só tô mais velho. O tratamento ajudou um pouco no aspecto emocional psicológico o CAPS dá uma grande ajuda... eu durmo bem, me alimento bem... Melhorou na convivência com as pessoas. Antes eu evitava muito as pessoas, agora eu me aproximo mais das pessoas, sou mais aberto... tem melhorado. C2CAPSII

> Na minha vida tudo, tudo mudou desde que comecei o tratamento, mudou da água pro vinho. Na época eu era um funcionário perseguido. Mas eu busquei, de outras formas e até o uso de drogas pra sair dessa situação. Não gostava de ficar em casa, eu ia pra minha casa não tinha muito o que fazer lá. E agora eu tenho o que fazer na minha casa, eu tenho uma empresa, que eu comecei bem no começo do tratamento. Eu alugo som para festa. No começo eram duas caixinhas de som, hoje eu tenho duzentos mil reais de equipamento investido. Não, vou falar, assim, eu me vejo privilegiado, porque é o seguinte: eu achei que estive no fundo do poço, mas eu sei que o poço é muito mais fundo, né... Ainda que não tive perdas materiais. Também, não ficava mendigando drogas, eu usava tudo que eu tinha no bolso, acabou o dinheiro parava de usar. Me sinto privilegiado por ter conseguido ver antecipadamente isso aí e ter procurado ajuda nesse, nesse sentido. C2CAPSad

Os usuários dos serviços especializados tipo CAPSII e CAPSad, apesar de algumas dificuldades com profissionais pontuais, avaliam que podem contar com os serviços, caso precisem. Em relação à rede de convivência, os familiares próximos como pais, cônjuge/companheiro(a) ou irmãos são os que são escolhidos para amparo em situações de sofrimento ou questões cotidianas.

A rede social desempenha papel ativo no processo de reconhecimento da doença, na criação de estratégias diárias, na escolha e avaliação das ajudas possíveis, ocorrendo por meio de negociações e dentro de um campo de significados compartilhados (Manguia; Yassutaki, 2008).

Em relação ao apoio de amigos, alguns relataram o afastamento dos amigos, após início do tratamento em SM.

> Na verdade, assim, quando você tá bem, você tem muitos amigos, né? Quando você tá mal, em uma situação como a minha, você vai afastando dos amigos, das pessoas e você não percebe, né? Você vai se afastando, afastando... Hora que você vê, não tem ninguém do seu lado (risos). Né? Não tem ninguém e você fica isolado. Fica na solidão.

Nenhum usuário mencionou que procurou ajuda em instituições religiosas, apesar de destacarem a importância da fé para enfrentamento da doença e terem esperança de melhora com o tratamento. Alguns usuários optaram por deixar de frequentar a igreja por medo de serem mal compreendidos e sofrerem preconceito.

Considerações finais

A RAPS é uma aposta ousada e necessária, sobretudo, se considerar os riscos de que esses usuários se “percam” na rede de saúde, reduzidos às doenças e estigmas que os impedem de serem reconhecidos em verdades ou falas (Emerich *et al*., 2014). Ao ponderar que usuários da RAPS podem enfrentar maiores dificuldades no acesso ao serviços de saúde, seja por estigmas, desconhecimento ou insuficiente articulação da RAPS, este estudo possibilitou ouvir os usuários sobre como tem sido a busca por ajuda e sustentação do cuidado na RAPS. A partir da construção de IT, pôde-se revelar que as pessoas desenvolvem diversas estratégias para lidar com o sofrimento psíquico, com inúmeras negociações na busca de saídas para os problemas de saúde. Em muitos momentos, vão buscando saídas, na tentativa de driblar as lacunas da rede.

A análise das narrativas dos usuários sobre os itinerários terapêuticos na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) revelou várias fragilidades e potencias da Rede de Saúde Mental. As principais dificuldades incluíram o acesso direto aos serviços especializados, a busca espontânea por cuidado, devido à falta de orientação profissional, pouca flexibilidade no atendimento não agendado, o foco médico-centrado e a ausência de articulação com a Atenção Primária. Esses desafios veem exacerbados pelo estigma, associado ao sofrimento psíquico e ao uso de substâncias, que ainda prevalece em muitas comunidades.

No entanto, os usuários também relataram experiências positivas, especialmente em relação ao acolhimento e preparo dos profissionais nos serviços especializados, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). As atividades coletivas e as estratégias terapêuticas, como a terapia ocupacional e a psicoterapia, foram destacadas como fundamentais para o processo de reabilitação e a manutenção da saúde mental. Além disso, a construção de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) e a integração das redes de suporte se mostraram essenciais para garantir um cuidado contínuo e de qualidade.

A importância de abordagem integrada e participativa na coconstrução dos itinerários terapêuticos foi evidente ao longo do estudo. Envolver os usuários e as famílias deles na coconstrução de percursos de cuidado não somente fortaleceu o vínculo com as equipes de saúde, como também promoveu maior adesão ao tratamento e melhor compreensão das necessidades individuais. A inclusão das experiências dos usuários

como parte central do planejamento e avaliação dos serviços de saúde mental pode contribuir significativamente para melhoria da RAPS.

Apesar dos desafios apontados por estudos anteriores para consolidação do apoio matricial (Treichel *et al*., 2019), acredita-se que ele possa ser um dispositivo para superação de algumas lacunas do trabalho em rede, como fragmentação da rede; e burocratização do fluxo entre os pontos de atenção da RAPS e os entraves culturais e subjetivos das equipes de saúde.

Por fim, este estudo reforça a necessidade de que as políticas públicas e o exercício da gestão promovam a articulação entre os diferentes níveis de atenção à saúde e a formação contínua dos profissionais para lidar com as complexidades do cuidado em saúde mental. A superação das barreiras atuais depende de esforço conjunto entre gestores, profissionais de saúde e comunidade, visando sistema de saúde mais acessível, integrado e humanizado.

REFERÊNCIAS

ALVES, P. C. B.; SOUZA, I. M. A. Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. *In*: RABELO, M. C. M.; ALVES, P. C. B.; SOUZA, I. M. A. (orgs.). **Experiência de doença e narrativa**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. p.125-138.

BELLATO, R. *et al*. Itinerários terapêuticos de famílias e redes para o cuidado na condição crônica: alguns pressupostos. *In*: PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. (orgs.). **Avaliação em saúde na perspectiva do usuário**: abordagem multicêntrica. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2009. p. 187-194.

BELLATO, R.; ARAÚJO, L. F. S.; CASTRO, P. O itinerário terapêutico como uma tecnologia avaliativa da integralidade em saúde. *In:* PINHEIRO, R.; SILVA JÚNIOR, A.G.; MATTOS, R.A. (orgs.). **Atenção básica e integralidade**: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: ABRASCO, 2008. 360p.

BELLATO, R.; ARAÚJO, L. F. S.; CASTRO, P. O itinerário terapêutico como uma tecnologia avaliativa da integralidade em saúde. *In:* PINHEIRO, R.; SILVA JÚNIOR, A.G.; MATTOS, R.A. (orgs.). **Atenção básica e integralidade**: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde. 2008. p. 167-187.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. **Saúde Mental no SUS:** acesso ao tratamento e mudança do modelo da atenção. Relatório de Gestão 2003-2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS 466/2012. **Diário Oficial da União**, 2012 Jun. 13.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE-DAB. **Saúde mental na atenção básica:** o vínculo e o diálogo necessários. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/diretrizes.pdf. Acesso em: 20 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Composição da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)**. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/desmad/raps. Acesso em: 10 maio 2024.

BREILH, J. **Epidemiologia**: economia, política e saúde. São Paulo: UNESP/Hucitec, 1991.

BURKE, P. **A escrita da história**: novas perspectivas. São Paulo: Unesp, 1992.

CABRAL, A. L. L. V. *et al*. Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, p. 4433-4442, 2011.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007.

CAMPOS, R. O. Fale com eles! O trabalho interpretativo e a produção de consenso na pesquisa qualitativa em saúde: inovações a partir de desenhos participativos. **Physis**, Rio J., v. 21, p. 1269-1286, 2011.
CAMPOS, R. T. O.; FURTADO, J. P. Narrativas: utilização na pesquisa qualitativa em saúde. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 42, p. 1090-1096, 2008.

CARDOSO, M.; OLIVEIRA, P.; PIANI, P. Práticas de cuidado em saúde mental na voz dos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial do estado do Pará. **Saúde em Debate**, São Paulo, v. 40, n. 109, p. 86-99, 2016.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. Entering the field of qualitative research. *In:* DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. (orgs.). **Handbook of qualitative research**. London: Sage Publications, 2000. p.1-34.

EMERICH, B. F.; ONOCKO CAMPOS, R. T.; PASSOS, E. Direitos na loucura: o que dizem usuários e gestores dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, v. 18, n. 51, p. 685-96, 2014.

EMERICH, B. F.; YASUI, S.; BARROS, A. C. F. Apoio Matricial, formação e saúde mental: conversas necessárias para sustentar o SUS em tempos sombrios. *In*: JORGE, M. S. B.; CARVALHO, M. R. R.; COSTA, L. S. P. (orgs.). **Dispositivo do cuidado no contexto do matriciamento em saúde mental na atenção primária**: articulações entre saberes e práticas. Fortaleza: EdUECE, 2018. p.149-170.

EVANS-LACKO, S.; JARRETT, M.; McCRONE, P.; THORNICROFT, G. Clinical pathways in psychiatry. **British Journal of Psychiatry**, EUA, v. 193, n. 1, p. 4-5, 2008.

FAVERO-NUNES, M. A.; SANTOS, M. A. Itinerário Terapêutico Percorrido por Mães de Crianças com Transtorno Autístico. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 208-221, 2010.

FERLA, A. A. (Coord.). **Incorporação da tecnologia de linhas de cuidado na Saúde Suplementar: análise multicêntrica de experiências no ciclo mãe-bebê e em saúde mental nas Regiões Norte e Sul do Brasil a partir de marcadores selecionados. Relatório de Pesquisa**. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2010.

GADAMER, H. G. **Verdade e método**: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica. Petrópolis: Vozes, 2008. 736 p.

GATER, R. *et al*. Os caminhos para o atendimento psiquiátrico: um estudo transcultural. **Psychological Medicine**, EUA, v. 21, n. 3, p. 761-774, 1991.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 1974.

GOLDBAUM, M. *et al*. Utilização de serviços de saúde em áreas cobertas pelo programa de saúde da família (Qualis) no município de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, p. 90-99, 2005.

GONÇALVES, A. M.; SENA, R. R. A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 9, n. 2, p. 48-55, 2001.
GONÇALVES, R. C.; PERES, R. S. Matriciamento em saúde mental: obstáculos, caminhos e resultados. **Revista SPAGESP**, [*S.l.*], v. 19, n. 2, p. 123-36, 2018.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estimativas de População**. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/. Acesso em: 17 fev. 2020.

MÂNGIA, E. F.; MURAMOTO, M. T. Itinerários terapêuticos e construção de projetos terapêuticos cuidadores. **Revista de Terapia Ocupacional**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 176-182. 2008.

MÂNGIA, E. F.; YASUTAKI, P. M. Itinerários terapêuticos e novos serviços de saúde mental. **Revista de Terapia Ocupacional**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 61-71, 2008.

MARTINS, P. H.; ALMEIDA, P.; SILVA, R.; PEREIRA, A. Utilização do ecomapa para compreender o itinerário terapêutico de famílias em condição crônica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 72, n. 3, p. 123-135, 2019.

MEDEIROS, C. R. G. *et al*. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, p. 1521-31, 2010.

MELLO DF, V.C.S.; SIMPIONATO, E.; BIASOLI-ALVES, Z.M.M.; NASCIMENTO, L.C. Genograma e ecomapa: possibilidades de utilização na estratégia de saúde da família. **Rev Bras Cresc Desenv Hum**., [*S.l.*], v.15, n.1, p.79-89, 2005.

MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1999.

MUSQUIM, A. *et al*. Genograma e ecomapa: desenhando itinerários terapêuticos de família em condição crônica. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 15, n. 3, p. 656-666, 2013.

ONOCKO-CAMPOS, R. *et al*. Narrativas no estudo das práticas em saúde mental: contribuições das perspectivas de Paul Ricoeur, Walter Benjamin e da antropologia médica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 10, p. 2847-2857, 2013b.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **MhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings**: Mental Health Gap Action Programme (mhGAP). Genebra: Organização Mundial de Saúde, 2010.

PASSOS, R. G.; GOMES, T. M. S.; FARIAS, J. S.; ARAÚJO, G. C. L. A (re) manicomialização da política de saúde mental em tempos bolsonaristas: A volta do eletrochoque e das internações psiquiátricas. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Santa Catarina, v. 13, n. 37, p. 42-64, 2021.

PATEL, V. *et al*. The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. **Lancet**, EUA, v. 392, p. 1553-1598, 2018.

PEREIRA, D. E. M. **Fluxos na rede de atenção psicossocial infanto-juvenil na cidade de Campinas-SP**: compreensão, construção e itinerários. 2016. Tese (Doutorado em Ciências Médicas) – Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP, 2016.

PEREIRA, L. P. *et al.* Entrevista narrativa com pessoas em situação de rua com transtornos mentais: relato de experiência. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 25, p. e20200017, 2021.

PINHEIRO, R. *et al*. O "estado do conhecimento" sobre os itinerários terapêuticos e suas implicações teóricas e metodológicas na Saúde Coletiva e integralidade do cuidado. *In:* PINHEIRO, R. *et al*. **Itinerários terapêuticos**: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde. 2016. p. 13-24.

PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. **Avaliação em saúde na perspectiva do usuário**: abordagem multicêntrica. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-EDITORA UNIVERSITÁRIA UFPE-ABRASCO, 2011.

RICOEUR, P. **Interpretação e ideologias**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1990.

ROTELLI, F.; LEONARDIS, O.; MAURI, D. Desinstitucionalização de uma outra via. A reforma psiquiátrica italiana no contexto da Europa Ocidental e dos "Países avançados". *In*: ROTELLI, F.; LEONARDIS, O.; MAURI, D.; RISIO, C. **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 1990. p.35-59.

SALVATORE, A.; VENTURA, M. A Agência Nacional de Saúde e a Política de Saúde Mental no Contexto do Sistema Suplementar de Assistência à Saúde: avanços e desafios. **Saúde Soc. São Paulo**, v. 21, n. 1, p. 115-128, 2012.

SANTOS, D. V. D. **A gestão autônoma da medicação**: da prescrição à escuta. 2014. 228f. Tese (Doutorado em Ciências Médicas) – Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP, 2014.

SARACENO, B. **Libertando identidades** – da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. Belo Horizonte/Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia/TeCorá, 1999.

SILVA, D. C. *et al*. Itinerário terapêutico: tendência em teses e dissertações da enfermagem no Brasil. **Revista de Saúde de Santa Maria**, Santa Maria, v. 40, n. 1, p. 23-32, 2014.

SILVA, L. M. V. *et al*. O processo de distritalização e a utilização de serviços de Saúde - Avaliação do caso de Pau da Lima, Salvador, Bahia. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, p. 72-84, 1995.

SILVA, M. C.; FERIGATO, S. H. Articulação de redes de cuidado entre Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e Enfermaria de Saúde Mental em Hospital Geral. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, v. 24, p. e200103, 2020.

SOUZA, F. F.; ZAMBENEDETTI, G. Gustavo. Percursos de cuidado: pistas sobre itinerários terapêuticos em saúde mental. **Tempus – Actas de Saúde Coletiva,** Brasília, p. 105-122, 2017.

TANAKA, O. Y.; RIBEIRO, E. L. Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 477-486, 2009.

TRAVASSOS, C. *et al*. Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. **Revista Panamericana de Salud Pública**, [*S.l.*], p. 365-373, 2002.

TREICHEL, C. A. S. **Avaliação do funcionamento da rede de atendimento em saúde mental de um município paulista de médio porte a partir da integração entre os serviços especializados e a atenção básica**. 2021. Tese (Doutorado em Ciências Médicas) – Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP, 2021.

TREICHEL, C. A. S.; CAMPOS, R. T. O.; CAMPOS, G. W. S. Impasses e desafios para consolidação e efetividade do apoio matricial em saúde mental no Brasil. **Interface**, Botucatu, v. 23, e180617, 2019.

VANNUCCHI, A.; CARNEIRO JÚNIOR, N. Modelos tecnoassistenciais e atuação do psiquiatra no campo da atenção primária à saúde no contexto atual do Sistema Único de Saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 963–982, 2012.

WAGNER, G. C. Projeto Terapêutico Singular: uma revisão integrativa. **Revista de Terapia Ocupacional**, 2005.

WANG, Y. *et al*. Patterns and predictors of health service use among people with mental disorders in São Paulo metropolitan area, Brazil. **Epidemiology and Psychiatric Sciences**, [*S.l.*], v. 26, n. 1, p. 89-101, 2016.

4.3 Artigo 3: Instrumental metodológico para ampliar a participação de usuários na construção de itinerários terapêuticos[2]

RESUMO

Este estudo qualitativo participativo investigou os Itinerários Terapêuticos (IT) de usuários de serviços de saúde mental, em um município paulista de médio porte. O objetivo principal foi apresentar uma metodologia para construção compartilhada de mapas de IT, que visou aumentar a participação dos usuários, aprofundar a coleta de dados e validar informações no marco de uma pesquisa qualitativa.

A pesquisa envolveu 15 participantes selecionados a partir de cinco clusters identificados em análise quantitativa anterior. Os dados foram coletados por meio de entrevistas em profundidade, seguidas pela construção compartilhada dos IT, quando os próprios usuários representaram graficamente os percursos de cuidado e rede de apoio.

Os resultados destacaram que a participação ativa dos usuários na construção compartilhada dos IT revelou aspectos importantes de trajetórias terapêuticas que não foram mencionadas nas entrevistas iniciais. Essa metodologia, além de validar a experiência narrada no momento das entrevistas, propiciou aprofundamento das questões abordadas nas narrativas, proporcionando compreensão mais rica e detalhada dos itinerários terapêuticos.

A construção compartilhada dos itinerários terapêuticos mostraram a organização dos elementos da rede de apoio dos participantes, destacando a importância dos serviços de saúde, equipamentos sociais e pessoas significativas na trajetória de cuidado. A abordagem metodológica utilizada demonstrou ser eficaz para aprofundar e qualificar a compreensão da complexidade e singularidade dos itinerários terapêuticos, além de promover a participação dos usuários na pesquisa.

Palavras-chave: pesquisa qualitativa, pesquisa participativa, metodologia, itinerários terapêuticos, saúde mental, serviços comunitários de Saúde Mental.

[2] Artigo formatado conforme as normas da Revista Interfaces.

Title

Methodological Tool to Enhance User Participation in the Construction of Therapeutic Itineraries

ABSTRACT

This participatory qualitative study investigates the therapeutic itineraries (TIs) of users of mental health services in a medium-sized municipality in São Paulo. The primary objective is to present a methodology for the co-construction of TI maps aimed at increasing user participation, deepening data collection, and validating information within a qualitative research framework.

The study involved 15 participants selected from five clusters identified in a previous quantitative analysis. Data were collected through in-depth interviews followed by the co-construction of TIs, where users graphically represented their care paths and support networks.

Results highlighted that active user participation in the co-construction of TIs revealed important aspects of their therapeutic journeys not mentioned in initial interviews. This methodology, in addition to validating the narrated experience during interviews, allowed for a deeper exploration of issues addressed in the narratives, providing a richer and more detailed understanding of the therapeutic itineraries.

The co-construction of Therapeutic Itineraries illustrated the organization of elements in the participants' support network, emphasizing the importance of health services, social equipment, and significant people in their care trajectory. The methodological approach used proved effective in deepening and qualifying the understanding of the complexity and uniqueness of therapeutic itineraries, as well as promoting user participation in the research.

Keywords: qualitative research, participatory research, methodology, therapeutic itineraries, mental health, community mental health services.

Introdução

As ações e estratégias desenvolvidas pelos indivíduos para obtenção de ajuda para problemas relacionados à saúde e/ou os processos relacionados aos prestadores de cuidados[1-5], seja via sistema de saúde formal ou pela rede de apoio informal (religião, amigos e demais pessoas sem formação em saúde etc.), têm sido reconhecidas/nomeadas como Itinerários Terapêuticos (IT), caminhos para o cuidado, caminhos clínicos, caminhos para busca de ajuda.

As definições sobre o conceito variam de acordo com as escolhas pessoais e familiares, aspectos subjetivos, contexto social e cultural, característica da manifestação do sofrimento, além da organização das ofertas de cuidado, legitimidade dos serviços de cuidado informal etc. Alguns autores[6] entendem o percurso para busca por ajuda como processo complexo e que os estudos que o avaliam podem contribuir para melhoria dos processos de cuidado. Outro estudo identificou duas principais abordagens nos estudos relacionados aos IT, uma delas correlacionando o uso de serviços com perfis clínicos e sociodemográficos dos pacientes e outra "orientada para o processo", focando nos processos sociais e interpessoais que afetam o comportamento de busca por ajuda na comunidade e no sistema de saúde[2].

Em relação aos conceitos de IT mais comumente referenciados pela literatura[5], discriminaram três principais: o primeiro centrado na percepção do paciente sobre a doença e o que afeta a busca por ajuda (visão do paciente), o segundo voltado na identificação de barreiras e lacunas no acesso ao sistema de saúde e nos arranjos de encaminhamento (visão do sistema) e a terceira uma perspectiva integrativa, que engloba as ações do paciente, considerando que está inserido em um contexto socioeconômico e que interagem nas escolhas e possibilidades concretas para utilização do serviço e o cuidado informal (visão contextual).

A ideia de Itinerário Terapêutico (IT) utilizada neste trabalho tem como inspiração a definição de IT desenvolvida por outros autores[7], que diz respeito aos caminhos percorridos por indivíduos e as famílias, ao buscar, criar e administrar o cuidado em saúde. Esses percursos seguem lógica específica, entrelaçando-se em diversas redes de apoio e cuidado, proporcionando sustentabilidade durante o processo de adoecimento. Esta trajetória é descrita por decisões, ações e interações que buscam preservar e gerenciar a saúde, desde a busca pelo tratamento até a administração das práticas terapêuticas, no contexto do adoecimento. O foco está na compreensão

da complexidade e singularidade desses percursos, considerando as múltiplas dimensões envolvidas no cuidado à saúde.

As pesquisas e análises sobre os itinerários terapêuticos são relativamente novas e, apesar do potencial para compreender como ocorrem as buscas por cuidados em saúde e a utilização de serviços, ainda se mostra insipiente no contexto brasileiro[5].

Em relação à produção de conhecimento relacionada aos IT, mais especificamente no campo da Saúde Mental, recente revisão de literatura identificou ampla variação em termos de desenho e objetivos. Foram identificadas diversas definições referentes aos caminhos de cuidado, contudo, não houve utilização de medidas padronizadas. Dentre os 25 estudos analisados, nove adotaram abordagens quantitativas, 14 empregaram métodos qualitativos e dois optaram por abordagens mistas. Todos os estudos qualitativos utilizaram entrevistas individuais como principal método de coleta de dados. Além disso, dois estudos recorreram a grupos focais e outros dois realizaram observações participantes como fontes de informações complementares[8].

O IT tem sido reconhecido como abordagem avaliativa centrada no usuário. Isso ocorre porque se apoia em metodologias que priorizam a compreensão das experiências e perspectivas das pessoas e famílias, durante o processo de procura por cuidado. Essa abordagem permite revelar as interpretações e os significados que são construídos ao longo desse processo[9].

A abordagem qualitativa tem sido preferência metodológica para estudos sobre IT[8,5], especialmente pela possibilidade de incluir a dimensão da experiência dos sujeitos no processo que envolve a busca por cuidados nos estudos sobre IT.

Logo, o método qualitativo pode ser compreendido como aquele que se ocupa do nível subjetivo e relacional da realidade social e é tratado por meio da história, do universo, dos significados, dos motivos, das crenças, dos valores e das atitudes dos atores sociais[10].

Nesse sentido, considerando todas as camadas sociais, culturais, subjetivas e afetivas envolvidos no processo de busca por ajuda, desde a identificação da necessidade de acompanhamento até chegada no serviço que tenha tecnologia de cuidado ajustada a demanda da pessoa e toda uma rede de amparo à experiência de sofrimento (não que a última ocorra em todos os casos), a escolha da abordagem qualitativa pode ser interessante e rica escolha metodológica para desvelar aspectos importantes narrados a partir da experiência.

No entanto, geralmente, a materialização da reconstrução de fato deste processo complexo de busca por cuidado ainda é realizada pelas mãos do pesquisador, quando, após a análise e interpretação dos dados produzidos nas entrevistas ou grupos focais, ele constrói os mapas de cuidado.

Nos estudos das recentes revisões sobre a temática[5,8], não foram localizados trabalhos que façam o passo a passo da construção dos itinerários terapêuticos protagonizados pelo próprio usuário. Esse compromisso da construção dos IT pelas próprias mãos de quem viveu a busca e obtenção de cuidado têm como intenção a aproximação/ampliação da participação dos sujeitos.

A participação pode ser compreendida como o processo de colaborações entre avaliadores e indivíduos afetados ou envolvidos em determinados programas e serviços, que não são avaliadores estritos, incluindo profissionais dos serviços, usuários, familiares, gestores e outros[11-12].

No campo da saúde coletiva e da saúde mental, mais especificamente nas pesquisas avaliativas, alguns trabalhos apoiados nas pesquisas de quarta geração e na compreensão hermenêutica, tem construído percursos metodológicos que tem avançado nas pesquisas participativas.

Ressaltam como objetivo das pesquisas participativas o engajamento de diversos atores no processo avaliativo, buscando “o incremento das potencialidades e a superação de limitações a partir de diferentes pontos de vista”[13]. Apontam que a adoção de estratégias mais participativas implicam mudanças nas formas clássicas de operacionalizar as pesquisas, dentre as mudanças, ressaltam-se: a) construção de narrativas e efeitos por ela produzidos e b) as estratégias de validação e de produção de consenso[14].

Na experiência desses autores, as entrevistas são audiogravadas e transcritas com as técnicas tradicionalmente consagradas. A partir deste material, é construída narrativa na forma de “uma história que se deixa seguir”[14-15], respeitando o conteúdo, mas sem necessariamente seguir a sequência temporal. A construção das narrativas é um procedimento para tornar denso o material, mantendo fidedignidade à história nele contada. Em seguida, é realizada a identificação dos núcleos argumentais. Este material é apresentado ao(s) mesmo(s) participante(s), em um segundo encontro chamado momento/encontro grupal[14].

A validação pode ser compreendida como reencontro com o material produzido e a legitimação, momento em que pode se reavaliar o narrado e tecer ajustes na escrita

caso necessário. A possibilidade de aprofundamento neste segundo momento (hermenêutico) tem sido chamada de “efeitos de narratividade”[14].

No campo da Terapia Ocupacional, alguns trabalhos têm apontado o uso da atividade como recurso para a pesquisa. Os registros das atividades podem se apresentar de várias formas, incluindo fontes documentais, clínicas, visuais (estáticas ou em movimento), materiais, orais, literárias, entre outras. Logo, apresentaram-se possibilidades para organizar, sistematizar, analisar e interpretar as atividades propostas na intervenção terapêutica ocupacional, sob a ótica da pesquisa, que é sustentada, sobretudo, pelo rigor teórico e metodológico adotado nos estudos investigativos. Também, utiliza-se da combinação de instrumentos para produção de dados, como a associação de oficina de atividades com entrevistas e questionários[16].

Neste trabalho, observou-se que o momento da construção do próprio IT de cada um dos participantes ocupou, em alguma medida, muitas características dos encontros hermenêuticos e possibilitou aprofundamento de aspectos não narrados (ou pouco aprofundados), na primeira parte da entrevista.

O trabalho apresenta o desenvolvimento de uma metodologia de construção dos mapas de itinerários terapêuticos como ferramenta para intensificar a participação, aprofundar e validar a construção de dados em pesquisas qualitativas.

Metodologia

Tipo de estudo e delineamento

Este estudo faz parte de um subprojeto integrado à pesquisa mais ampla intitulada “Estratégias inovadoras para qualificar a rede de saúde mental em um município paulista de médio porte: uma pesquisa de implementação”.

Trata-se de trabalho de abordagem qualitativa, desenvolvido em cidade paulista, situada a cerca de 80 km da capital paulista, conduzido entre setembro de 2020 e fevereiro de 2021. Esse município integra a Região Metropolitana de Campinas e, conforme o censo mais recente, tinha população estimada em 120.858 habitantes, em 2019[17]. A cidade conta com 19 unidades de Atenção Básica e, além dos serviços hospitalares e de emergência, possui três serviços especializados de saúde mental: o Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS-II), o Centro de Atenção Psicossocial para Usuários de álcool e outras drogas (CAPSad) e um Ambulatório de Especialidades.

Dados levantados ao longo do estudo apontaram que 1.958 usuários utilizavam esses serviços durante o período do estudo.

População e amostragem

A população elegível para este estudo foi compreendida pelos usuários atendidos no CAPS II, CAPSad e Ambulatório de SM que participaram de etapa anterior da pesquisa, na qual foram respondidos 341 questionários[18]. Com base na técnica de cluster, foi possível identificar cinco agrupamentos (clusters), com trajetórias de cuidado semelhantes entre as mais comumente desenvolvidas entre os participantes do estudo.

A seleção dos participantes do estudo qualitativo foi realizada por sorteio de um representante de cada um dos cinco clusters, totalizando 15 participantes - cinco mulheres e dez homens.

Os usuários foram contatados por telefone e convidados a participar do estudo. Os critérios de inclusão foram participar da etapa anterior da pesquisa, serem maiores de 18 anos e estar matriculado no serviço há pelo menos um mês. Excluíram-se do estudo os indivíduos que possuíam diagnóstico de deficiência intelectual, o que poderia comprometer a capacidade de participar da entrevista. Foi necessário realizar diversos sorteios, pois muitos dos usuários não foram encontrados, devido à troca de telefone e de dados cadastrais desatualizados nos prontuários dos serviços de saúde onde faziam ou fizeram acompanhamento em saúde mental. Quatro usuários se recusaram a participar do estudo, por dificuldade no acesso ao serviço, desinteresse ou incompatibilidade de horário, devido a trabalho e outras atividades.

Inicialmente, a apreensão dos dados foi realizada por meio de entrevistas em profundidade e contou com o aporte teórico da hermenêutica[19] para análise e compreensão dos dados, transformadas em narrativas e sendo extraídos os núcleos argumentais[14].

As entrevistas foram realizadas preferencialmente nos serviços de Saúde Mental em que os usuários faziam acompanhamento, exceto em dois casos, em que os participantes preferiram que a entrevista fosse realizada no próprio domicílio. As entrevistas realizadas nos serviços de saúde foram realizadas individualmente, e as que foram realizadas nos domicílios foram acompanhadas pelos “profissionais de

referência"[3] do serviço de SM que frequentavam[20]. Na medida do possível, foi reservada sala de tamanho e local adequados, sem ruídos ou interferências, de forma que se assegurasse a privacidade e facilitasse a entrevista.

Para realização da entrevista, construiu-se roteiro com perguntas norteadoras para auxiliar o entrevistador no aprofundamento dos aspectos do cuidado relacionados aos IT.

A entrevista foi composta por dois momentos, primeiramente, uma entrevista em profundidade propriamente dita, a qual se chamou de Tempo 1 (T1) e, na sequência, a construção compartilhada dos mapas dos itinerários terapêuticos, com a participação dos próprios usuários entrevistados, que se denominou de Tempo 2 (T2).

Para construção compartilhada dos mapas de IT pelos próprios usuários, a entrevistadora disponibilizou imagens de diversos pontos da rede intersetorial do município, de forma que a pessoa pudesse escolher nomes de familiares, amigos e pessoas da vida comunitária que ela pôde contar ao longo do IT. As iniciais dos participantes eram colocadas no centro da folha e os demais elementos incluídos e ordenados de acordo com o desejo do participante e fixados com cola. Desta forma, ainda no momento do encontro com a pesquisadora e o participante, construía-se a rede de cuidados, utilizando-se os serviços/espaços/pessoas que compuseram o IT, à maneira de uma colagem em folha sulfite tamanho A4.

A pesquisadora teve como inspiração a construção dos Ecomapas[21-23] na composição dos IT, em especial no momento da classificação dos tipos de vínculos/relações dos usuários com a própria rede. Caso houvesse pessoas ou serviços não disponibilizados nas imagens previamente providenciadas pela entrevistadora, estes eram desenhados manualmente no momento da entrevista.

Tanto o roteiro norteador como a atividade de construção dos IT foram previamente validados por dois usuários da RAPS Campinas e os devidos ajustes foram feitos a partir desta apreciação.

As entrevistas tiveram duração máxima de 2 horas e seguiram o seguinte procedimento: apresentação da entrevistadora; esclarecimento sobre a dinâmica da entrevista, realização das questões norteadoras; realização da construção do próprio IT; e finalização da entrevista. As entrevistas foram audiogravadas para posterior

[3] A equipe ou profissional de referência: responsável pela gestão de um caso individual, familiar ou comunitário, tem como objetivo aumentar as oportunidades de estabelecer vínculo entre os profissionais e os usuários.

transcrição. Os IT foram digitalizados. Também, foram tomadas notas sobre o andamento da entrevista, destacando aspectos não verbais da interação entre a entrevistadora e o participante. A análise dos dados foi desenvolvida a partir da combinação da análise das narrativas e produções dos IT.

Aspectos éticos específicos

A pesquisa foi submetida e aprovada por um Comitê de Ética, em conformidade com as diretrizes determinadas pela Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, bem como pela declaração de Helsinque. Os princípios éticos foram garantidos, por meio do respeito ao direito de recusa à participação desde o primeiro contato telefônico, preservação do anonimato dos participantes e adoção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Forneceram-se informações sobre a pesquisa e os objetivos, e caso o usuário aceitasse participar da mesma, lhe foi apresentado – TCLE -, em duas vias, sendo todas as laudas rubricadas, além de assinadas pelo participante e pesquisador. Uma das vias ficou com o participante e a outra com o pesquisador.

Resultados e discussão

A atividade de construção compartilhada dos IT foi realizada com cada um dos entrevistados, totalizando 15 construções. Os participantes tiveram completa autonomia para escolha dos itens incluídos na colagem (serviços de saúde, equipamentos sociais, profissionais de saúde, familiares amigos entre outros que pudessem compor o IT), disposição das figuras no espaço da folha, colagem e liberdade para avaliarem e registrarem as qualidades dos vínculos com cada um dos itens inseridos, conferindo aspecto muito genuíno e particular a cada uma das construções. Apesar de todo o cuidado com o rigor científico e da postura ética no processo de produção de dados, esta etapa do trabalho expressou, em contrapartida, característica muito singular, por explicitar o modo próprio que cada usuário teve no fazer, imprimindo certa artesania a cada atividade-processo de materialização gráfica do IT.

Entre as semelhanças visuais, observou-se que a maioria dos participantes organizou a distribuição dos elementos da rede em duas maneiras. Uma delas aglomerou os elementos da rede em dois grandes blocos, um deles com os serviços de saúde e

equipamentos sociais formais e outro com as pessoas do entorno na construção dos IT. Outra parte dos participante disponibilizou no espaço os elementos da rede de suporte relacionados a pessoas, equipamentos sociais ligados à espiritualidade, de forma mais próxima ao nome no centro da folha e os serviços/estabelecimentos de saúde tidos como formais, mas distanciados do centro da folha e dos próprios nomes.

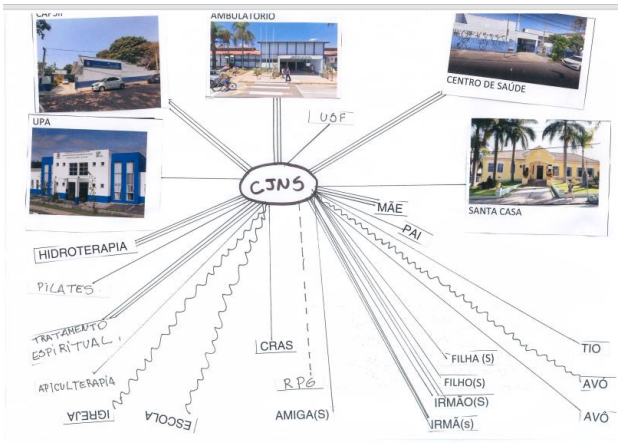


Figura 1

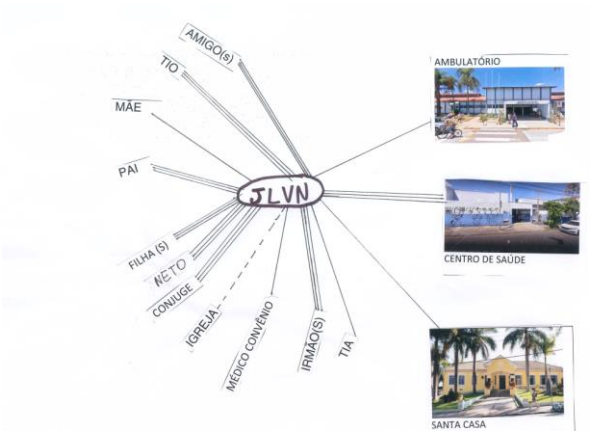


Figura 2

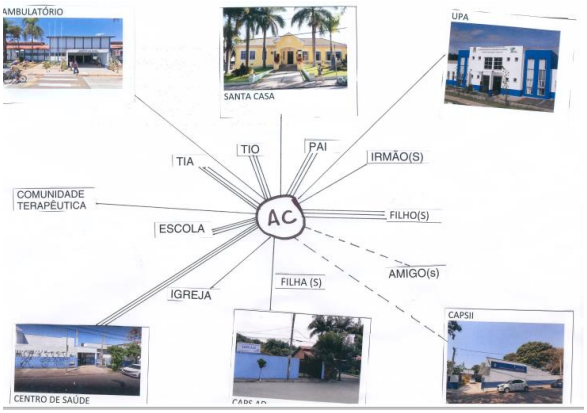


Figura 3

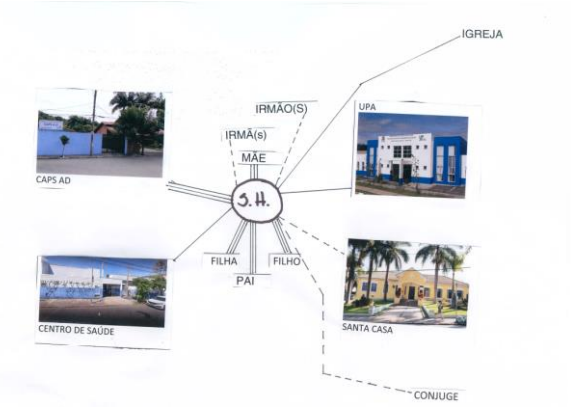
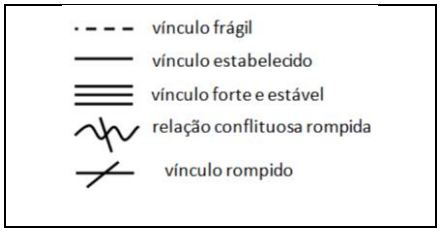


Figura 4



A organização dos elementos que compõem a rede de suporte no espaço podem estar relacionada a uma organização simbólica e afetiva, trazendo à tona proximidades e distanciamento que podem operar nos momentos de busca por ajuda.

De maneira geral, observou-se que, no T2, os participantes se mostravam mais descontraídos, menos apreensivos com a forma que falavam sobre si e o adoecimento deles. Apareciam mais risadas, detalhes sobre serviços ou a rede de apoio que não apresentaram no T1, assim como aprofundamento sobre as características dos vínculos e das reflexões sobre os aspectos mencionados da etapa da entrevista, além de “confirmarem” o que haviam dito no momento da entrevista. Selecionaram-se três construções dos IT dos 15 participantes, por expressarem com clareza alguns aspectos que se consideraram importantes e apareceram nos demais IT. Apresenta-se breve síntese do narrado no T1 e, na sequência, pontos significativos do que foi dito que contribuem para reflexão do instrumento metodológico no T2.

Armando, 39 anos, conta que não percebeu que precisava de ajuda. Foi a mãe dele quem identificou a necessidade de cuidado em saúde mental e o levou para uma consulta com o psiquiatra, com quem ela já fazia acompanhamento. Nesse período, Armando tinha muitos pensamentos ruins e ficava isolado das pessoas. Após o atendimento médico psiquiátrico, foi encaminhado para um Hospital Psiquiátrico (HP), ou como Armando diz, Hospício Fazenda Palmeiras, onde vivenciou a ausência de cuidados e violências. Ele afirma que o hospício "só serve para prender a pessoa" e "não funciona para o tratamento". Após a alta do Hospital Psiquiátrico, foi encaminhado para o CAPS, em que faz acompanhamento até os dias de hoje.

Na construção do IT de Armando, pode-se identificar tanto a reafirmação do narrado na entrevista no T1, quanto aprofundamento sobre a experiência e a qualidade dos vínculos. No T1, Armando citou a internação no HP como algo ruim, mas de maneira mais superficial. No momento da construção dos IT, fez reflexão mais profunda e verbalizou como HP impactou negativamente em seu IT e avaliação de que é impossível que este local seja considerado espaço de tratamento/cuidado:

“Ah, tem que colocar o hospício também. Eu vejo paciente muito pior do que eu, que estão surtados e não vão para hospício fazer acompanhamento. Ficam só aqui no CAPS. Não precisa ir para o hospício. Por que que ainda tem hospício aberto, se existe o CAPS para tratar as pessoas? Por que que põe a pessoa no hospício que é um tratamento completamente inadequado, se tem o CAPS? Lá, a pessoa fica presa, não tem sua liberdade, fica presa. Tá preso por quê? Que crime cometeu? Você é louco? Aqui, a gente já está mais familiarizado com a equipe. No hospício... o hospício não é meio ambiente, tratam a gente como se estivesse numa cadeia. A gente totalmente hostilizado, maltratado (...) Aqui no CAPS, eu me sinto bem, né? Bem diferente de como me sentia no Hospital Psiquiátrico. Aqui, no CAPS,

faço acompanhamento, tomo injeção. O CAPS me ajuda com apoio psicológico, medicamento e terapia ocupacional. Isso me ajuda. Sinto que o CAPS me ajuda quando eu preciso.

Nesse relato, aparece com maior profundidade a dimensão da experiência e os sentidos produzidos pelo processo de internação em hospital psiquiátrico: aprisionamento e desrespeito.

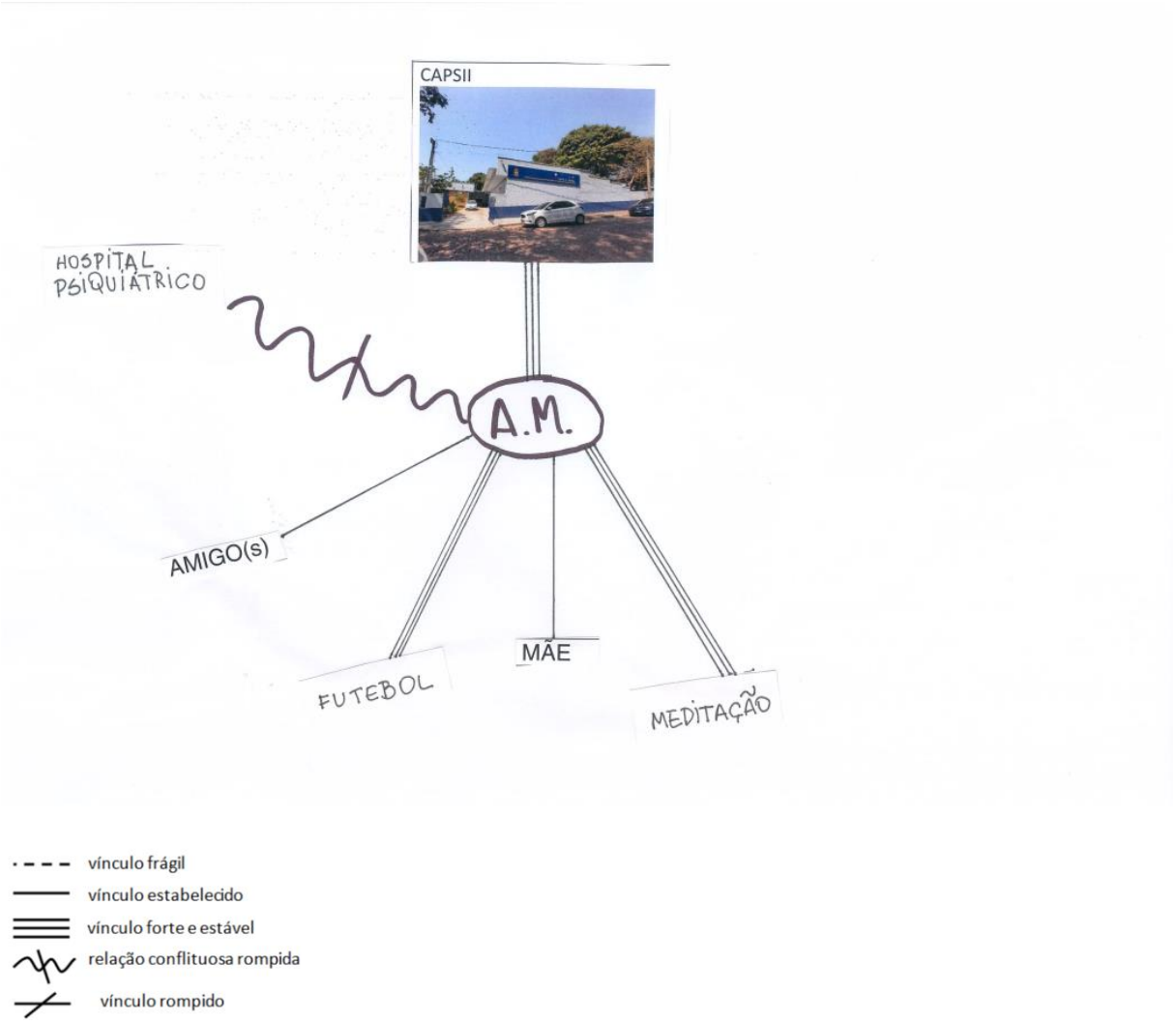


Figura 5 IT Armando

No relato de Laura, no T2, também se identificou o aparecimento de novas reflexões e aprofundamentos sobre a rede de suporte.

Laura, 58 anos, aposentada por invalidez, atualmente, preenche os dias cuidando de quatro netas (com idades entre 9, 14, 16 e 17 anos), enquanto a filha está fora de casa trabalhando. Antes de se aposentar, Laura trabalhou por muitos anos em uma oficina de tecelagem, realizando rotina extenuante de trabalhos repetitivos, em maquinárias, sob altas temperaturas. Essa atividade resultou no desenvolvimento de artrite e

deformações nas mãos, o que prejudicou a capacidade de realizar as atividades laborais. Ela adoeceu devido às dores terríveis que enfrentava. Após o falecimento do marido, o sofrimento dela se intensificou significativamente, quando teve a primeira "crise". Laura foi encaminhada pela Atenção Primária à Saúde (APS) para ambulatório onde recebeu acompanhamento por 15 anos, retornando posteriormente para o acompanhamento na APS. Quanto ao acompanhamento de saúde mental atual, Laura relata que consiste na renovação de receitas a cada dois meses e em consultas rápidas a cada seis meses. Ela expressa a falta de consultas mais longas para falar sobre os problemas e avalia que havia mais oportunidades de ser ouvida, obter encaixes e antecipar consultas em casos de intensificação do sofrimento ou ajustes medicamentosos no ambulatório especializado do que na APS.

No T2, Laura incluiu pessoas na rede de suporte não mencionadas anteriormente na etapa da entrevista:

Tem uma amiga que que faz tratamento no ambulatório que me dá apoio, conversamos muito por telefone (...)inclusive, ela está em tratamento igual que eu. É bom ter essa amizade né? Assim, uma conversa com a outra, uma ajuda a outra...

Valorizou especialmente nesta construção dos IT espaços de cuidado da rede informal, como grupo de terceira idade:

Tem o pessoal da Terceira Idade... Eu participava do grupo de terceira idade antes da pandemia. O que me ajudava mesmo a tirar um pouco estresse, era quando eu ia fazer caminhada com o grupo da terceira idade, ou quando eu viajava com eles. Ficamos cinco dias fora, era o que ajudava, ir nas cidades aqui perto, por tudo lugar, mas pela pandemia parou tudo, e não começou ainda de volta(...).

Também, mencionou, nesta etapa da construção dos IT, de maneira mais profunda, a importância dos espaços ligados à espiritualidade, nomeados pela literatura como folk, na composição da rede de cuidados:

É um vínculo forte com a igreja, eu vou à igreja em todo dia de culto. Vou de segunda quarta e sexta-feira. (...) me ajuda bastante...Eu também trabalho na obra da igreja. (...) Tenho bastante amigas lá. (...) Com certeza, ir à igreja e encontrar com as amigas me faz muito bem (...) Com as amigas que eu falei, tenho um vínculo forte, eu falo com elas quase todo dia. (...) e a gente se encontra muito na igreja.

Tem-se nomeados os efeitos do aprofundamento no segundo encontro, de aspectos pouco desenvolvido do primeiro, de "efeitos da narratividade", aproximando-os dos efeitos das 'Construções em Análise' para Freud[14].

Neste estudo, observou-se que a mudança da fase da entrevista para uma fase mais ativa do processo de construção compartilhada do mapa de IT, pôde favorecer os efeitos da narratividade.

Percebeu-se, também, mudança da relação de Laura com aspecto negativo em relação ao tratamento da fase da entrevista (T1) para a fase de construção compartilhada do mapa do IT (T2), deixando claro, no segundo momento, plano para enfrentar o descontentamento com a modalidade de cuidado atual e a pouca plasticidade na oferta de cuidado da APS frente às necessidades de saúde. Discorreu sobre a possibilidade de conversar com a médica sobre a diminuir o intervalo de tempo entre as consultas e a possibilidade de encaixes, caso não se sentisse bem.

Sabe, acho que vou conversar com a médica ou alguém lá no posto para tentar passar mais vezes com a médica, a cada dois meses mais ou menos.

Percebeu-se que o espaço para construção do IT também se configurou como momento para reflexão sobre a experiência de cuidado e certo reposicionamento frente aos desafios de acompanhamento em saúde mental. A problematização e análise mais detalhada sobre uma situação/experiência também foram observadas no encontro hermenêutico, em diversos estudos desenvolvidos[14].

Entende-se que este espaço para construção dos IT se assemelha ao descrito em oficinas de atividades desenvolvidas em trabalho, quando coloca que estas se configuraram como espaço de expressão, experimentação e aprendizagem, em que cada participante assumiu posição ativa “no processo de construção do sujeito, um ser da práxis, da ação e da reflexão”[24].

Apresenta-se, a seguir, breve relato da história de Lucas e alguns destaques surgido no T2.

Figura 6 IT Laura

Lucas, 45 anos, casado, residia com a esposa e a filha de quatro anos. Ele frequentava a academia e gostava de andar de bicicleta. Lucas possuía formação em música, tendo estudado violão e viola caipira na faculdade. Ele iniciou o uso abusivo de álcool ainda na adolescência, percebendo que essa substância ocupava o papel de uma "válvula de escape", uma forma de "lidar com suas questões". Ao reconhecer a necessidade de ajuda, participou de um grupo de apoio no Ambulatório de Especialidades, voltado exclusivamente para funcionários da prefeitura que enfrentavam problemas com álcool. No entanto, o uso de substâncias psicoativas foi se intensificando, passando a fazer uso de crack, o que resultou em sérios impactos na vida dele. Nesse período, ele procurou o CAPSad e, pouco tempo depois, foi internado por dois meses em uma comunidade terapêutica de cunho religioso, baseada na filosofia dos 12 passos.

Ao construir o IT, foi organizando as figuras no espaço por ordem de importância.

Vou colocar aqui, porque primeiro é minha família(...) ela vem primeiro. Vamos colocar assim vai, aí, vem minha vó também, que é muito importante, vou colocar aqui, mesma altura, uma tia que (...) tinha muita de preocupação comigo(...) na mesma coisa que a minha mãe (...) Os mais altos são os mais importantes. Então é isso.

Também, foi possível reafirmar a intensidade dos vínculos com os elementos da rede de suporte, refletindo sobre como os vínculos seriam descritos a partir do referencial do Ecomapa, em que a maior vinculação foi expressa por três traços, ao passo que uma vinculação menos forte foi expressa por um.

Com minha filha e minha esposa, é um vínculo bem forte, um vínculo corrente (...) É muito forte com a minha filha, meu Deus do céu (risos) (...) Minha vó é forte. Minha vó é forte assim: precisa muitos traços (...) Vou deixar da minha vó muito forte, mas, do meu lado da família, é, da família está em casa, né? Com a minha mãe é... vínculo natural. Com o CAPS, o meu vínculo era fortíssimo (risos).

Ou ainda, explicitar melhor do que, no momento da entrevista, como são os vínculos com os serviços de saúde pelos quais fez acompanhamento:

Com o médico nem tanto...nem era tanto com o CAPS está, era com um profissional mesmo(...) virou muito amigão... Então, a gente vai lá na Comunidade Jovem, a gente não é muito bem tratado assim, sabe(...) Eu acho que é a rotatividade das pessoas é alta e, aí, não conseguem tratar a gente bem (...).

Pareceu ter sido oportunidade, um tempo-espaço para olhar a rede de suporte e refletir sobre ela. Para alguns usuários, foi possível perceber que a construção deste mapa do IT estava fidedigna com a rede de suporte de sua vida e validar o que foi mencionado no momento da entrevista. *"Sim, essa é minha rede sim".*

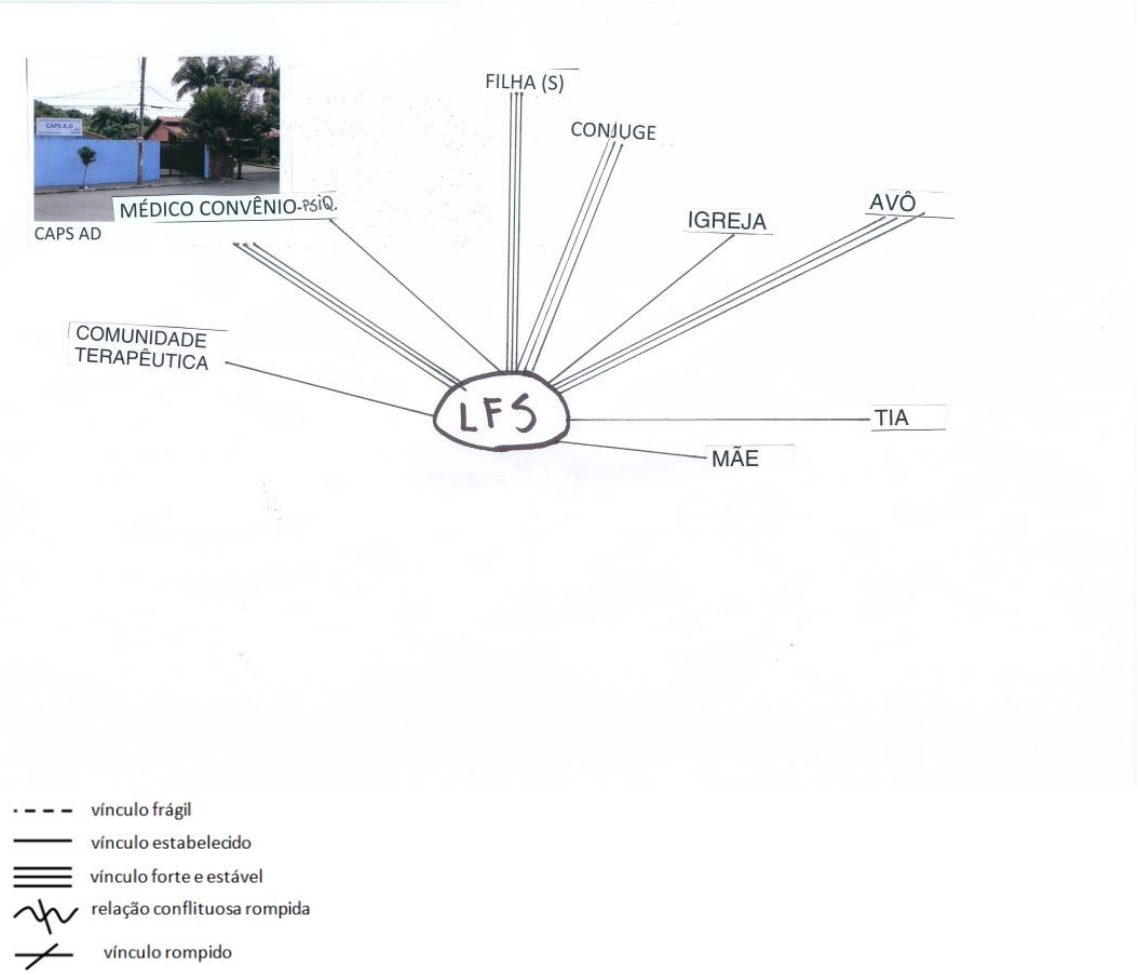


Figura 7 IT Lucas

Observou-se que a construção compartilhada dos IT provocou a emergência de temáticas, experiências e sentidos, por meio do fazer do próprio participante. Neste sentido, entende-se que este procedimento pôde ter função de **ferramenta analítica** importante, por possibilitar a ampliação da compreensão e análise mais profunda e contextualizada das questões sobre o IT em saúde mental.

Outro aspecto identificado nesta metodologia de trabalho para construção compartilhada dos IT foi o efeito de **aprofundamento e validação** do narrado na entrevista. Algumas produções, também, têm observado os efeitos de validação e aprofundamento da entrevista no chamado Encontro Hermenêutico. Nestes trabalhos,[14] "chamamos esse segundo encontro de grupo (ou momento) hermenêutico e ele tem o papel de validar os dados, mas também de produzir efeitos de intervenção – à maneira de uma construção em Freud (1975[1937]) "[14:1273].

Outra potência constatada neste estudo foi a incorporação de aumento de participação ativa do participante na produção dos dados. Entende-se que possa se configurar como inovação, na medida em que combina um fazer passo a passo com o protagonismo do participante às estratégias metodológicas consagradas, como a entrevista em profundidade e a construção de narrativas.

Assim, considera-se que esta estratégia de atividade de construção compartilhada dos IT pelo usuário, após a entrevista, pode ser valioso recurso de validação e aprofundamento das narrativas.

Limitações

Por ser ferramenta metodológica em construção, alguns cuidados para potencialização não foram antevistos e puderam ser pensados somente após a experimentação e reflexão crítica. Assim, sugere-se que, em futuros trabalhos, possam ser incluídas questões que tragam à tona o sentido do objeto produzido após o processo de construção da atividade, como:

“Após a construção de seu IT, qual é sua percepção sobre seu IT?”;

“Que sentido esta rede tem para você?”;

“Esta rede que construiu é fidedigna/representativa a rede de cuidados que você tem?”

Outro cuidado identificado seria o de questionar se há interesse do participante em ficar com a atividade após a finalização da análise de dados, ou qual destino gostaria de dar à produção.

A organização das etapas em dois encontros também pode ser interessante, ficando a entrevista no primeiro encontro e o segundo encontro para apresentação da narrativa e realização da atividade de construção dos IT.

Em suma, neste trabalho, procurou-se manter o foco na experiência daqueles que buscaram cuidado a partir do próprio saber-fazer, materializando isso graficamente no IT. Neste sentido, inspirados pelas produções participativas, enfatiza-se a dimensão ético-política de escolha deste trabalho, tanto em relação à implicação e ao envolvimento dos sujeitos da pesquisa quanto à qualificação do material.

Referências

1. Goldberg D, Huxley P. Doença mental na comunidade: o caminho para o atendimento psiquiátrico. Londres: Tavistock Publications Ltd; 1980.

2. Pescosolido B. Carreiras de doença e laços de rede: um modelo conceitual de utilização e adesão. Adv Med Social. 1991; 2:161–84.

3. Rogler L, Cortes D. Percursos de procura de ajuda: um conceito unificador nos cuidados de saúde mental. Am J Psiquiatria. 1993; 150:554-61.

4. Evans-Lacko S, Jarrett M, McCrone P, Thornicroft G. Caminhos clínicos em psiquiatria. Br J Psiquiatria. 2008; 193:4.

5. Cabral ALLV, Martinez-Hemáez A, Andrade EIG, Cherchiglia ML. Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. Cien Saude Coletiva. 2011; 16:443344.

6. Vanhaecht K, Panella M, van Zelm R, Sermeus W. An overview on the history and concept of care pathways as complex interventions. Int J Care Pathways. 2010;14:117-23.

7. Pinheiro R, Martins PH, organizador. Usuários, redes sociais, mediações e integralidade em saúde. Rio de Janeiro: Cepesc; 2011.

8. Amaral CE, Onocko-Campos R, Oliveira PRS, Pereira MB, Ricci ÉC, Pequeno ML, Emerich BF, Santos RC, Thornicroft G. Revisão sistemática dos percursos para o cuidado em saúde mental no Brasil: síntese narrativa de estudos quantitativos e qualitativos. J Int Sist Saúde Mental. 2018; 12:1-14.

9. Bellato R. Itinerários terapêuticos de famílias e redes para o cuidado na condição crônica: alguns pressupostos. p. 187-194. In: Pinheiro RMPHN. Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica. Rio de Janeiro: CEPESC / IMS-UERJ; Recife: Editora Universitária UFPE; São Paulo: ABRASCO, 2009; 2009. p. 376.

10. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2013.

11. Ridde V. Suggestions d'améliorations d'un cadre conceptuel de l'évaluatio n participative. Can J Progr Eval. 2006; 21(2):1-23.

12. Stufflebeam D. Evaluation models. New Dir Eval. 2001; 2001(89):7-98.

13. Furtado JP; Onocko-Campos RT. O percurso da pesquisa avaliativa de uma rede de Centros de Atenção Psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental. In: Onocko-Campos RT, Furtado JP, Passos E, Benevides R, organizadores. Pesquisa Avaliativa em Saúde Mental - Desenho Participativo e Efeitos da Narratividade. 2. ed. São Paulo: Hucitec; 2013. p.19-34.

14. Onocko-Campos RT. Fale com eles! O trabalho interpretativo e a produção de consenso na pesquisa qualitativa em saúde: inovações a partir de desenhos participativos. Physis. 2011; 21:1269-86.
15. Ricouer P. Ricouer. Tempo e narrativa. Campinas: Papirus; 1997.
16. Silva CR. As atividades como recurso para a pesquisa. Cad Ter Ocup UFSCar. 2013; 21(3):461-70.
17. IBGE. Estimativas de População. 2019 [cited 2020 fev. 17]. Available from: https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/.
18. Treichel CAS. Avaliação do funcionamento da rede de atendimento em saúde mental de um município paulista de médio porte a partir da integração entre os serviços especializados e a atenção básica [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2018.
19. Ricoeur P. Interpretação e ideologias. Rio de Janeiro: Francisco Alves; 1990.
20. Campos GWS. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. Cad Saúde Pública. 1998; 14:863-70.
21. Pereira DEM, Onocko-Campos RT. Fluxos da rede de atenção psicossocial infantojuvenil: compreensão por meio da construção de itinerários. Cad Bras Saúde Mental. 2019; 11(30):170-91.
22. Anjos CM. Genograma e ecomapa: desenhando itinerários terapêuticos de família em condição crônica. Rev Eletr Enferm. 2013; 15(3):654-64.
23. Martins LA. Itinerário terapêutico de crianças quilombolas com doença falciforme. Ciênc Cuid Saúde. 2019; 18(2).
24. Silva CR. Uso de atividades em pesquisa. In: Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica. São Paulo: Hucitec; 2007.

5 DISCUSSÃO

Os três artigos se complementaram ao compreender os IT, sob diferentes abordagens metodológicas, perspectivas e profundidade.

No artigo 1, a análise quantitativa, por meio dos clusters, revelou que a maioria dos usuários acessava os serviços de saúde mental, por intermédio da demanda espontânea, muitas vezes, em situações de crise, sem a participação ou continuidade da APS no cuidado. Por um lado, isso sugere "falhas no fluxo" de encaminhamento e integração entre a APS e os serviços especializados. Por outro, aponta que mesmo chegando espontaneamente ao serviço, os usuários que conseguem acessar têm a necessidade de saúde atendida, garantindo o acesso ao cuidado. Cabe à RAPS, para além de regular a forma de acesso do usuário à rede, estabelecer as propostas para diminuir o desconhecimento dos usuários de saúde mental do território para, inclusive, cuidar de maneira mais precoce do sofrimento psíquico e manutenção do acompanhamento e da construção de vínculo com a APS.

Ainda no artigo 1, os dados indicaram que, em muitos casos, as CT – presente maciçamente no município - atuam como porta de entrada para o tratamento de usuários com problemas relacionados ao uso de substâncias psicoativas, particularmente em situações de crise. No entanto, essas instituições, mesmo se constituindo como componente da RAPS, a partir da Portaria nº 3.588, e 21 de dezembro de 2017, frequentemente distanciam-se do preconizado pelos princípios do SUS, atuando de maneira desarticulada da RAPS, além de terem pontos preocupantes na lógica de trabalho, como a ausência de equipes técnicas adequadas, caráter religioso e manicomial e falta de critérios justos para acompanhamento dos usuários violando de direitos (exclusão de pacientes em uso de medicação psicotrópica, por exemplo)[47]. Isso resulta na descontinuidade do cuidado e em uma abordagem fragmentada, que não integra o acompanhamento desses usuários à RAPS, comprometendo a efetividade e a integralidade do cuidado.

Os ambulatórios especializados, conforme abordado no artigo 1, também desempenham papel significativo no acesso à RAPS, funcionando, em muitos casos, como a porta de entrada da rede, especialmente do CAPSII. Alguns estudos identificaram que este serviço acaba por acolher usuários que demandam cuidados mais especializados que os oferecidos pela APS, mas não se enquadram nos critérios para atendimento em CAPS. No entanto, seria necessária a construção de um processo de trabalho mais próximo e integrado aos outros pontos da RAPS, via participação nos apoios matriciais, por exemplo, investindo no cuidado compartilhado e nas práticas mais alinhadas ao paradigma da Atenção Psicossocial.

A fragmentação do cuidado, acesso por demanda espontânea, pouca flexibilidade para atendimento não agendado, atendimento médico-centrado, ausência de articulação da atenção especializada com a APS, além dos estigmas associados ao sofrimento psíquico e ao uso de substancias, são aprofundadas no artigo 2, que, ao focar nas narrativas dos usuários, desvela, também, o impacto subjetivo dessas trajetórias, evidenciando como o acesso tardio e a falta de continuidade podem agravar o sofrimento.

Ainda no artigo 2, os usuários expressaram importância do vínculo estabelecido com os serviços tipo CAPS, o que, especialmente em momentos de crise, proporciona rede de apoio fundamental que lhes confere maior amparo à experiência de sofrimento, evitando internações desnecessária. O CAPS é visto não apenas como local de atendimento clínico pelos usuários, mas como espaço de acolhimento e pertencimento, em que o cuidado vai além do tratamento medicamentoso. Esse vínculo é descrito como essencial para o acompanhamento em saúde mental, diferindo significativamente de experiências negativas vivenciadas em outros serviços, como hospitais psiquiátricos e CT onde se sentiam desumanizados.

A importância das redes de suporte informais (família, amigos, espiritualidade), também, emerge, compensando em parte as falhas institucionais.

O artigo 3 traz proposta metodológica inovadora, ao envolver os próprios usuários na construção dos itinerários terapêuticos. A partir da criação gráfica desses itinerários, foi possível captar nuances das trajetórias de cuidado que não surgiram nas entrevistas iniciais. Essa abordagem participativa contribuiu não somente para validação das informações já coletadas, como também para aprofundamento das experiências dos usuários, revelando o impacto de fatores como o estigma, a acessibilidade e a organização dos serviços de saúde mental. Essa construção colaborativa possibilitou que os usuários refletissem sobre as redes de apoio e o papel que os serviços e as relações pessoais desempenham nas trajetórias. Essa metodologia carrega em si potência terapêutica. A construção compartilhada IT, associada à narratividade, demonstra dimensão analítica importante, evidenciando certa inseparabilidade entre pesquisa e clínica.

A proposta metodológica do artigo 3 oferece possível caminho para enfrentar esse problema, ao promover maior participação dos usuários na construção dos próprios itinerários, incentivando compreensão mais profunda das necessidades e expectativas. Ao promover o protagonismo dos usuários, a metodologia não somente valida os dados coletados, como também contribui para o desenvolvimento de estratégias de cuidado mais personalizadas e integradas, que podem ajudar a mitigar as falhas estruturais evidenciadas nos outros dois artigos.

As questões reveladas pelo trabalho demonstram que, para implementar política pública complexa como a RAPS, a simples criação de serviços territoriais não é suficiente. Embora seja etapa relevante, a soma de serviços não resulta por si só em uma verdadeira rede de atenção.

Seria importante, nesse sentido, o desenvolvimento de um trabalho de consenso entre trabalhadores e gestores sobre a função de cada serviços e as possibilidade de construção de cuidado em rede, de modo a possibilitar que a rede municipal se alinhe às diretrizes organizacionais do sistema de saúde.

Em conclusão, é importante destacar que a avaliação dos serviços de saúde mental no Brasil tem se concentrado em análises isoladas de cada modalidade que compõe a rede, com os estudos sobre os CAPS sendo predominantes na literatura. Assim, este trabalho oferece contribuição ao avançar em direção a um modelo de avaliação que considere os diversos dispositivos da rede e as interações entre eles. Nesse contexto, seria pertinente que pesquisas futuras adotassem a metodologia utilizada neste estudo para ampliar e aprofundar a compreensão dos resultados, em diferentes cenários de investigação.

6 CONCLUSÃO

Não se pretende esgotar a discussão sobre os Itinerários Terapêuticos (IT), considerando a complexidade da temática e a dimensão processual que a construção envolve, mas se utilizou dos dados produzidos para lançar luz sobre pontos nevrálgicos e potentes da organização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), cuidado articulado e compartilhado em rede.

Minayo afirma que a triangulação visa combinar diferentes perspectivas teóricas, metodológicas e de dados para alcançar análise mais completa e robusta da realidade social estudada[45]. Neste sentido, a escolha metodológica deste estudo permitiu, a partir da integração de múltiplos métodos qualitativos e quantitativos, aprofundar a compreensão de fenômenos complexos, validar resultados, enriquecer a interpretação e aumentar a credibilidade das conclusões, ao cruzar informações de diferentes fontes e abordagens.

A análise dos IT revelou que as pessoas lidam com o sofrimento psíquico intenso de diversas maneiras, e as ações resultam de negociações cotidianas entre o indivíduo afetado e a rede social. Em relação à complementaridade entre pesquisa qualitativa e quantitativa, destaca-se que, embora de diferentes abordagens, ambas se complementam na compreensão da realidade social. A pesquisa qualitativa aprofunda-se na complexidade dos fenômenos e nas experiências dos indivíduos, enquanto a quantitativa traz à luz dados observáveis e tendências em grupos demográficos[47]. A pesquisa quantitativa fornece indicadores e variáveis que podem ser aprofundados qualitativamente, enquanto a qualitativa abre novas perspectivas e questões que podem ser exploradas quantitativamente[48]. Assim, a complementaridade dessas abordagens permite análise mais abrangente e profunda das relações sociais e dos fenômenos de saúde, neste estudo, sobre a construção dos itinerários terapêuticos dos usuários que necessitam de cuidados em saúde mental.

Em relação à validação dos dados, as narrativas se mostraram potentes para confirmar os dados obtidos no estudo dos IT, por meio de análise de cluster, especialmente em relação ao acesso e início do tratamento pela atenção especializada de maneira espontânea, início do acompanhamento de saúde mental, em uma situação de crise com internação e baixa vinculação com a APS.

Já a construção dos mapas dos IT pôde validar e aprofundar aspectos mencionados nas narrativas, às vezes, de maneira mais superficial, destacando a especial importância tanto das redes de apoio formal, como os serviços de saúde, quanto de outras redes, como a rede de

familiares e equipamentos sociais de outros setores, sinalizando que o cuidado ocorre a partir da construção de relações para além da saúde com outras pessoas, lugares e territórios.

Os resultados apontaram algumas fragilidades, como baixa vinculação com a APS, acesso direto aos serviços especializados, alta rotatividade de profissionais, cuidado médico centrado na APS, descontinuidade dos cuidados clínicos na APS após a inserção no serviço especializado e pouca parceria intersetorial.

Dentre as potencialidades, evidencia-se a vinculação com CAPS II como suporte às situações de intensificação do sofrimento e rompimento com o ciclo de internações em hospitais psiquiátricos, preparo dos profissionais, diversidade das ofertas terapêuticas nos serviços especializados e algumas tentativas de construção espontânea por parte dos usuários de outras redes de suporte para além dos serviços de saúde.

A superação das barreiras atuais depende de esforço conjunto entre gestores, profissionais de saúde, usuários, familiares e sociedade civil.

Ao ponderar que os dados produzidos a partir de estudos sobre itinerários terapêuticos em saúde mental podem ser fundamentais na criação de políticas de saúde mental e na organização da rede de serviços[20], é importante refletir sobre pontos que seriam essenciais para análise na perspectiva da gestão.

O delineamento de modelos de gestão se baseia em dimensões que alocam diferentes responsabilidades em esferas distintas[48]. Na dimensão macro, a alocação de recursos, a oferta e a organização dos serviços, conforme diretrizes políticas, ficam a cargo do Poder Público. No nível meso (gestão institucional), cabe aos serviços de saúde o desenvolvimento de estratégias para atingir os objetivos políticos. No nível micro (gestão clínica), em que as decisões de manejo clínico influenciam significativamente os recursos e as estratégias do trabalho em equipe, a responsabilidade é dos profissionais.

Em relação à dimensão macro, cabe questionar se o delineamento das políticas públicas e o financiamento atual direcionado à saúde mental têm estimulado a sustentação e a melhoria de uma rede de atenção alinhada aos pressupostos do paradigma de cuidado da Atenção Psicossocial.

No nível da gestão meso, seria importante, considerando o contexto do estudo e os dados produzidos, o investimento em ações de formação/educação permanente e a sustentação de espaços que fomentem o fortalecimento do trabalho articulado em rede, como a incorporação do apoio matricial e reuniões periódicas com representantes dos serviços de diferentes componentes para trocas de percepções, experiências e consensos sobre fluxos possíveis para o trabalho articulado em rede.

No nível micro, as equipes de referência e os profissionais de referência podem auxiliar na aproximação das singularidades dos usuários para construção de PTS mais efetivos e de acordo com as necessidades de cada momento do processo de cuidado. Os espaços de reunião de equipe também podem contribuir para maior avaliação dos casos atendidos, troca de saberes, tornando as conduções menos solitárias e mais potentes. As ações de cuidado extramuros, também, podem ser valiosas para o reconhecimento de outros espaços de suporte e ampliação das redes relacionais e autonomia dos usuários da saúde mental.

Além disso, a construção de estratégias para participação mais ativa dos usuários nos espaços deliberativos, de cogestão e controle social, como a implementação de conselhos locais e colegiados gestores, além de espaços, como as assembleias, pode iluminar caminhos para construção de políticas mais condizentes com as necessidades de saúde das pessoas que utilizam os serviços.

A construção dos IT se mostra estratégia valiosa para garantir que as políticas de saúde mental sejam mais responsivas às necessidades e realidades.

Os três artigos, ao serem integrados, revelaram trajetória comum de desafios e oportunidades na organização do cuidado em saúde mental. A continuidade do cuidado e a articulação entre os diferentes níveis da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) surgem como pontos críticos, sendo essencial o fortalecimento da atenção primária para coordenar e garantir um cuidado integral. O envolvimento ativo dos usuários, como proposto no artigo 3, aparece como estratégia promissora para construção de itinerários terapêuticos mais eficazes e humanizados, que reconheçam a singularidade de cada trajetória.

Essa discussão pode guiar futuras pesquisas e políticas voltadas para melhoria da RAPS, assegurando que os usuários tenham não somente acesso oportuno, como também acompanhamento contínuo, resolutivo e acompanhando as nuances das necessidade de cuidado ao longo do tratamento.

Uma das limitações deste estudo é que ele foi realizado em um contexto específico, o que pode não refletir a totalidade das questões relacionadas ao trabalho em rede, em outros municípios ou regiões. Além disso, a pesquisa se concentrou majoritariamente na perspectiva dos usuários sobre a construção de itinerários terapêuticos, destacando potencialidades e vulnerabilidades. Essa abordagem, embora valiosa, pode ter deixado de fora visões e experiências de outros atores envolvidos no processo, como profissionais de saúde e gestores, que também são fundamentais para compreensão abrangente e holística do funcionamento e da eficácia da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). A consideração desses pontos de vista

adicionais poderia fornecer visão mais completa e equilibrada das dinâmicas e dos desafios do trabalho em rede na saúde mental.

O presente trabalho foi realizado com apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), bolsa processo nº 140397/2019, modalidade GD, com vigência de 01/03/2019 a 28/02/2023.

A pesquisa que originou este trabalho contou com financiamento do CNPq, processo nº 440688/2018-3.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos crônicos e redirecionados o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União. 2001 Abr 07.

2. Costa-Rosa A. Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica. São Paulo: Editora Unesp; 2013.

3. Amarante P, editor. Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 1998.

4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União; 2010 Dez 31.

5. Macedo JP, Abreu MM, Fontenele MG, Dimenstein M. A regionalização da saúde mental e os novos desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. Saúde Soc. 2017; 26:155-70.

6. 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 (SUS). Diário Oficial da União. 2011 Dez 23.

7. Mangia EF, Nicacio F. Terapia ocupacional em saúde mental: tendências principais e desafios contemporâneos. In: De Carlo MMRP, Bartalotti CC, editors. Terapia ocupacional no Brasil: fundamentos e perspectivas. São Paulo: Ed. Plexus; 2001.

8. World Health Organization. World mental health report: transforming mental health for all. Genebra: the Organization; 2022.

9. Cook JA, Razzano LA, Swarbrick MA, Jonikas JA, Yost C, Burke L, et al. Health Risks and Changes in Self-Efficacy Following Community Health Screening of Adults with Serious Mental Illnesses. PLoS One. 2015; 10(4):e0123552.

10. Kohn R, Ali AA, Puac-Polanco V, Figueroa C, Lópes-Soto V, Morgan K, et al. Mental health in the Americas: an overview of the treatment gap. Rev Panam Salud Pública. 2018; 42:e165.

11. Health M, Action G. Mental Health Gap Action Programme: Scaling up care for mental, neurological, and substance use disorders. 2008 [cited 2020 Oct 17]. In: World Health Organization [Internet]. Available from: http://www.who. int/mental_health/evidence/mhGAP/en/

12. Global mental health: policy, progress, and prospects. Lancet. 2014; 384(9959):p1999.

13. Vannucchi A, Carneiro Junior N. Modelos tecnoassistenciais e atuação do psiquiatra no campo da atenção primária à saúde no contexto atual do Sistema Único de Saúde, Brasil. Physis (Rio J.). 2012; 22(3):963-82.

14. Treichel CAS, Onocko-Campos RT, Campos GWS. Impasses e desafios para consolidação e efetividade do apoio matricial em saúde mental no Brasil. Interface comun. saúde educ. 2019; 23:e180617.

15. Hert M, Correll C, Bobes J, Cetkovich-Bakmas M, Cohen D, Asai I, et al. Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care. World Psychiatry. 2011; 10(1):52-77.

16. Saraceno B. Libertando identidades – da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Belo Horizonte/Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia/TeCorá; 1999.

17. Goldberg D, Huxley P. Mental Illness in the Community: The pathway to psychiatric care. Londres: Tavistock Publications Ltd; 1980.

18. Pescosolido BA. Illness careers and network ties: A conceptual model of utilization and compliance. In: Albrecht G, Levy J, editors. Advances in medical sociology. Greenwich: JAI Press; 1991.

19. Rogler L, Cortes D. Help-seeking pathways: a unifying concept in mental health care. Am J Psychiatry. 1993;150(4):554-61.

20. Evans-Lacko S, Jarrett M, McCrone P, Thornicroft G. Clinical pathways in psychiatry. Br J Psychiatry. 2008; 193(1):4-5.

21. Amaral CE, Onocko-Campos R, Oliveira PRS, Pereira MB, Ricci EC, Pequeno ML, et al. Systematic review of pathways to mental health care in Brazil: narrative synthesis of quantitative and qualitative studies. Int J Ment Health Syst. 2018; 12:65.

22. Pinheiro R, Martins PH, editors. Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica. Rio de Janeiro: Cepesc; 2011.

23. Bellato R, Araújo LFS, Castro P. O itinerário terapêutico como uma tecnologia avaliativa da integralidade em saúde. In: Pinheiro R, Silva AGJ, Mattos RB, editors. Atenção Básica e Integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde. Rio de Janeiro: CEPESC, IMS/UERJ, ABRASCO; 2008.

24. Souza FF, Zambenedetti G. Percursos de cuidado: pistas sobre itinerários terapêuticos em saúde mental. Tempus, Actas de Saúde Colet. 2018; 11(4):105-22.

25. (Proctor E, Silmere H, Raghavan R, Hovmand P, Aarons G, Bunger A, et al. Outcomes for implementation research: conceptual distinctions, measurement challenges, and research agenda. Adm Policy Ment Health. 2011; 38(2):65-76.)

26. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. Brasília: o Instituto; c2010 - [cited 2020 Oct 15]. Censo Demográfico. Available from: www.ibge.gov.br

27. (Lourencetti ALS, Saidel MGB, Treichel CAS, Presotto RF, Silva MC, Santos DS, Campos RO. Uso de Audit and Feedback: lições de uma pesquisa de implementação.)

28. Denzin NK, Lincoln YS. Entering the field of qualitative research. In*:* Denzin NK, Lincoln YS, organizadores. Handbook of qualitative research. London: Sage Publications; 2000. p.1-34.

29. Onocko-Campos RT, Furtado JP. Narrativas: utilização na pesquisa qualitativa em saúde. Rev Saúde Pública. 2008; 42:1090-6.

30. Ricoeur P. Interpretação e ideologias. Rio de Janeiro: Francisco Alves; 1990.

31. Santos DVD. A gestão autônoma da medicação: da prescrição à escuta [tese]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2014.

32. Gadamer HG. Verdade e método: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica. Petrópolis: Vozes; 2008.

33. Costa A, Figueiredo D, Medeiros L, Mattos M, Maruyama S. O percurso na construção dos itinerários terapêuticos de famílias e redes para o cuidado. In: Pinheiros R, Martins P, editors. Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica. Rio de Janeiro: CEPESC / IMS-UERJ; Recife: Editora Universitária UFPE; São Paulo: ABRASCO; 2011.

34. Mello DF, Vieira CS, Simpionato E, Biasoli-Alves ZMM, Nascimento LC. Genograma e ecomapa: possibilidades de utilização na estratégia de saúde da família. Rev Bras Cresc Desenv Hum. 2005; 15(1):79-89.

35. Pereira DEM, Onocko-Campos RT. Fluxos da rede de atenção psicossocial infantojuvenil: compreensão por meio da construção de itinerários. Cad Bras Saúde Mental. 2019; 11(30):170-91.

36. Anjos CM. Genograma e ecomapa: desenhando itinerários terapêuticos de família em condição crônica. Rev Eletr Enferm. 2013; 15(3):654-64.

37. Martins LA. Itinerário terapêutico de crianças quilombolas com doença falciforme. Ciênc Cuid Saúde. 2019; 18(2).

38. Onocko-Campos RT, Palombini AL, Leal E, Serpa Junior OD, Baccari IOP, Ferrer AL, et al. Narrativas no estudo das práticas em saúde mental: contribuições das perspectivas de Paul Ricoeur, Walter Benjamim e da antropologia médica. Ciênc Saúde Coletiva. 2013;18:2847-57.

39. Pereira DEM. Fluxos na rede de atenção psicossocial infanto-juvenil na cidade de Campinas-SP: compreensão, construção e itinerários [tese]. Campinas (SP): Universidade

Estadual de Campinas; 2016.

40. Mangia EF, Nicacio F. Terapia ocupacional em saúde mental: tendências principais e desafios contemporâneos. In: De Carlo MMRP, Bartalotti CC, editors. Terapia ocupacional no Brasil: fundamentos e perspectivas. São Paulo: Ed. Plexus; 2001.

41. Pereira LP, Wetzel C, Pavani FM, Olschowsky A, Moraes BM, Klein E. Entrevista narrativa com pessoas em situação de rua com transtornos mentais: relato de experiência. Esc Anna Nery. 2021; 25:e20200017.

42. Burke P. A escrita da história: novas perspectivas. São Paulo: Unesp; 1992.

43. Onocko-Campos RT. Fale com eles! O trabalho interpretativo e a produção de consenso na pesquisa qualitativa em saúde: inovações a partir de desenhos participativos. Physis. 2011; 21:1269-86.

44. Ayres JRCM. Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde. Rio de Janeiro: CEPESC, Editora do Ministério da Saúde; 2008.

45. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS 466/2012. Diário Oficial da União; 2012 Jun. 13.

46. Minayo MCS, Sanches O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? Cad Saúde Pública. 1993; 9:237-48.

47. Guimarães TAA, Rosa LCS. A remanicomialização do cuidado em saúde mental no Brasil no período de 2010-2019: análise de uma conjuntura antirreformista. Soc Quest. 2019; 44(2):111-38.

48. Garcia GG. Las reformas sanitarias y los modelos de gestión. Rev Pan-Am Saúde Pública. 2001; 9.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – QUESTIONÁRIO

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

– Faculdade de Ciências Médicas –

Programa de Pós-Graduação em Saúde

Coletiva

PESQUISA: DISPOSITIVOS DE INTEGRAÇÃO DA REDE DE SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO DEITATIBA-SP: UMA PESQUISA DE IMPLEMENTAÇÃO.
COMPONENTE: USUÁRIOS

COORDENAÇÃO: Rosana Teresa Onocko Campos

Serviço: (1) CAPS II (2) CAPS AD (3) Ambulatório Entrevistado:_____ Endereço:_____ Telefone:_____	userv _ _
Sexo (1) Masculino (2) Feminino	usexo _
Como o senhor(a) define sua cor de pele? (1) Branca (2) Preta (3) Amarela (4) Parda ou Mestiça (5) Indígena (6) Outra (7) Não declarado/não sabe	ucor _
Qual sua idade? _ _ _ anos	udad_ _ _
Qual seu estado civil? (1) Solteiro(a) (2) Casado(a)/ União estável/ Amasiado (3) Divorciado(a)/ Separado/Desquitado (4) Viúvo(a) (5) Não declarado/não sabe	ueciv _
Você sabe ler? (1) Sim (2) Não	usler _
Até que serie você estudou? (1) Sem escolaridade (2) Primário incompleto (3) Primário completo (4) Fundamental incompleto (5) Fundamental completo (6) Ensino médio incompleto (7) Ensino médio completo (8) Superior incompleto (9) Superior completo	uest _ _

Você possui trabalho remunerado? (1) Sim (2) Não	utrab _

Qual é a sua profissão? (1) Comerciante (2) Artesão/oficineiro (3) Atendente em lojas (4) Agricultor (a) (5) Serviços gerais (pedreiro (a), eletricista, mecânico (a), costureiro (a), cuidador (a)...) (6) Técnico (administrativo, enfermagem, ...) (7) Doméstico (a) / Faxineiro (a) (8) Dono (a) de casa (9) Voluntário (10) Não tem profissão (11) outra (12) Não declarado/não sabe Se outra profissão, qual?_____	uprof_ _ uoprof _ _
Você possui alguma outra fonte de renda? (1) Sim (2) Não **(pule para questão 12)** Se sim, qual? (1) Aposentadoria (2) Pensão (3) Encosto (4) Auxílio do Governo (5) Trabalho Informal (bicos, faxina, artesanatos) (6) Outros (7) N/A Se outra fonte de renda, Qual?	uofren _ uqofren _ _ uoqofren_ _
Qual é a sua religião? (1) Nenhuma (2) Evangélica/Protestante (3) Católica (4) Espírita (5) Judaísmo (6) Budismo (7) Umbanda/Candomblé (8) Islamismo (9) Outra (10) Não declarado/Não sabe Se outra religião, qual?	urel_ _ uorel _ _

Quantas pessoas moram na sua casa? _ _ Com quem você mora? (1) Sozinho (2) Só com o cônjuge (3) Só com filhos (4) Cônjuge + filhos (5) com os pais (6) Outros parentes (7) Outras (8) Não declarado/não sabe Se mora com outras pessoas, quais? __	uqpmnc _ _ ucqm _ uocqm _
Qual a sua renda mensal?	urenm _

(1) 0 até 1 salário mínimo (até R$ 998,00) (2) De 1 até 2 salários mínimos (de R$ 998,01 até R$ 1.996,00) (3) De 2 até 3 salários mínimos (de R$ 1.996,01 até R$ 2.994,00) (4) De 3 até 4 salários mínimos (de R$ 2.994,01 até R$ 3.992,00) (5) De 4 até 5 salários mínimos (de R$ 3.992,01 até R$ 4.990,00) (6) Acima de 5 salários mínimos (acima de R$ 4.990,01) (7) Não declarado/não sabe Qual foi a renda da sua família no último mês? (1) 0 até 1 salário mínimo (até R$ 998,00) (2) De 1 até 2 salários mínimos (de R$ 998,01 até R$ 1.996,00) (3) De 2 até 3 salários mínimos (de R$ 1.996,01 até R$ 2.994,00) (4) De 3 até 4 salários mínimos (de R$ 2.994,01 até R$ 3.992,00) (5) De 4 até 5 salários mínimos (de R$ 3.992,01 até R$ 4.990,00) (6) Acima de 5 salários mínimos (acima de R$ 4.990,01) (7) Não declarado/não sabe **QUANTAS PESSOAS DEPENDEM DESSA RENDA?** _ _	 urenf _ uqpdr _ _
Você sabe o seu diagnóstico? (1) Sim (2) Não	usdia _
DIAGNÓSTICO (PRONTUÁRIO) F _ _	udiag _ _
RSA_R Usuários	

1. A equipe te recebe bem. (1) Não concordo Mesmo (2) Não concordo (3) Tanto Faz (4) Concordo (5) Concordo Muito	ursa_1
2.Este ambiente é agradável e limpo. (1) Não concordo Mesmo (2) Não concordo (3) Tanto Faz (4) Concordo (5) Concordo Muito	ursa_2
3.A equipe te ajuda a ter esperança na sua recuperação. (1) Não concordo Mesmo (2) Não concordo (3) Tanto Faz (4) Concordo (5) Concordo Muito	ursa_3
7.A equipe acredita que você pode se recuperar. (1) Não concordo Mesmo (2) Não concordo (3) Tanto Faz (4) Concordo (5) Concordo Muito	ursa_7
9. A equipe acredita que você pode tomar decisões como escolher amigos, com quem morar e outras coisas. (1) Não concordo Mesmo (2) Não concordo (3) Tanto Faz (4) Concordo (5) Concordo Muito	ursa_9
10. A equipe te escuta e respeita as suas decisões sobre seu tratamento (1) Não concordo Mesmo (2) Não concordo (3) Tanto Faz (4) Concordo (5) Concordo Muito	ursa_10
11. A equipe te pergunta sobre seus interesses e coisas que você gostaria de fazer na cidade	ursa_11

(1) Não concordo Mesmo (2) Não concordo (3) Tanto Faz (4) Concordo (5) Concordo Muito	
12. A equipe te ajuda a experimentar coisas novas. (1) Não concordo Mesmo (2) Não concordo (3) Tanto Faz (4) Concordo (5) Concordo Muito	ursa_12
16. A equipe te ajuda a planejar sua vida, além do tratamento. (1) Não concordo Mesmo (2) Não concordo (3) Tanto Faz (4) Concordo (5) Concordo Muito	ursa_16
17.A equipe te ajuda a procurar trabalho. (1) Não concordo Mesmo (2) Não concordo (3) Tanto Faz (4) Concordo (5) Concordo Muito	ursa_17
19. A equipe facilita a participação das pessoas importantes para você no seu tratamento. (1) Não concordo Mesmo (2) Não concordo (3) Tanto Faz (4) Concordo (5) Concordo Muito	ursa_19
20. A equipe te apresenta pessoas que podem ser exemplos de recuperação. (1) Não concordo Mesmo (2) Não concordo (3) Tanto Faz (4) Concordo (5) Concordo Muito	ursa_20
21b. A equipe te ajuda a participar de grupos e associações em defesa dos seus direitos. (1) Não concordo Mesmo (2) Não concordo (3) Tanto Faz (4) Concordo (5) Concordo Muito	ursa_21b
22. A equipe te ajuda a colaborar com a sua comunidade. (1) Não concordo Mesmo (2) Não concordo (3) Tanto Faz (4) Concordo (5) Concordo Muito	ursa_22
23. A equipe te convida a ajudar na criação de novos grupos e oficinas (1) Não concordo Mesmo (2) Não concordo (3) Tanto Faz (4) Concordo (5) Concordo Muito	ursa_23
24. Você é convidado a avaliar os trabalhadores e as atividades deste serviço. (1) Não concordo Mesmo (2) Não concordo (3) Tanto Faz (4) Concordo (5) Concordo Muito	ursa_24
25. Você é convidado a participar dos conselhos locais de saúde e assembleias (1) Não concordo Mesmo (2) Não concordo (3) Tanto Faz (4) Concordo (5) Concordo Muito	ursa_25
28. A equipe te ajuda a alcançar novas conquistas (1) Não concordo Mesmo (2) Não concordo (3) Tanto Faz (4) Concordo (5) Concordo Muito	ursa_28

30. A equipe escuta e responde às suas experiências pessoais, seus interesses e preocupações. (1) Não concordo Mesmo (2) Não concordo (3) Tanto Faz (4) Concordo (5) Concordo Muito 31. A equipe sabe sobre grupos e atividades interessantes para você. (1) Não concordo Mesmo (2) Não concordo (3) Tanto Faz (4) Concordo (5) Concordo Muito	ursa_30 ursa_31
Qual a frequência com que você fuma (derivados de tabaco)? (1) Nunca (2) As vezes (3) Diariamente	ufuma _
Qual a frequência com que você ingere bebidas alcoólicas? (1) Nunca (2) Mensalmente (3) Quinzenalmente (4) Semanalmente (5) Diariamente	ubebe _
Você usa alguma outra substância como maconha ou crack? (1) Sim (2) Não Se sim usa outra substancia, Qual? _____	udrogas _ uqdrogras _
Há quanto tempo você tem um problema de saúde mental? _ _ _ meses	utdiag _ _ _
Há quanto tempo você está sendo atendido neste serviço? _ _ _ meses	utatns _ _ _
Quando você percebeu que tinha um problema de saúde mental? (1) Em uma situação de crise (2) Autodiagnóstico seguido de procura espontânea (3) Indicação de amigos ou familiares (3) Em uma consulta médica por queixas gerais (4) Em uma consulta com profissional não médico por queixas gerais (5) Outro Se outro, Qual?_____	uqstpsm _ _ uoqstpsm _ _
Onde você recebeu o primeiro atendimento para o seu problema de saúde mental? Foi neste serviço? (1) Sim (2) Não Se não, onde foi? (1) Atenção primária (2) Rede de urgência e emergência (3) Hospital Psiquiátrico (4) Hospital Geral (5) Ambulatório (6) CAPS (7) Consultório Particular (8) Outro. (9) N/A Se outro, Qual? _____	upasmfn _ uofpasme _ _ uoofpasme _ _
Quanto tempo levou entre a identificação de seu problema de saúde mental e o seu primeiro atendimento para esse problema? _ _ _ dias Caso seu primeiro atendimento tenha acontecido em uma crise, quanto tempo levou para você ser atendido novamente após a estabilização dos seus sintomas? _ _ _ dias	utideat _ _ _ utideatc _ _ _

Onde aconteceu esse atendimento? (1) Atenção primária (2) Rede de urgência e emergência (3) Hospital Psiquiátrico (4) Hospital Geral (5) Ambulatório (6) CAPS (7) Consultório Particular (8) Outro. (9) N/A Se outro, Qual? _____	uoadc _ _ uooadc
Você deixou de fazer alguma dessas coisas devido ao seu problema de saúde mental? **(Pode marcar mais de uma opção)** (1)Trabalhar.....(1)Sim (2)Não (2) Estudar .....(1)Sim (2)Não (3) Frequentar a casa de amigos ou familiares .....(1)Sim (2)Não (4) Se relacionar amorosamente com alguém .....(1)Sim (2)Não	udfc_ _ _
Quem encaminhou você para este serviço? (1) Demanda espontânea (2) Atenção primária (3) Rede de urgência e emergência (4) Hospital Psiquiátrico (5) Hospital Geral (6) Ambulatório (7) CAPS (8) Consultório Particular (9) Assistência Social (10) Judiciário (11) Outro serviço Se outro serviço, Qual? _____	uqenc _ _ uoqenc_ _
Quanto tempo levou desde o seu encaminhamento para esse serviço até o seu primeiro atendimento aqui? _ _ _ dias	utpansae _ _ _
Atualmente, você recebe atendimento em saúde mental em algum outro serviço além deste? (1) Sim (2) Não Se sim, qual? (1) Atenção primária (2) Rede de urgência e emergência (3) Hospital Psiquiátrico (4) Hospital Geral (5) Ambulatório (6) CAPS (7) Consultório Particular (8) Outro. (9) N/A Se outro, Qual? _____	urasmaos _ uqosrasm _ _ uqoosrasm _ _

Nos últimos 12 meses, você teve algum problema de saúde que o impediu de realizar alguma de suas atividades do dia a dia (trabalho, estudo ou lazer) por mais de um mês?	(1) sim	(2) Não	uest1 _
Nos últimos 12 meses, você esteve internado em hospital por uma noite, ou mais, devido uma doença ou acidente?	(1) sim	(2) Não	uest2 _
Nos últimos 12 meses, faleceu algum parente próximo (pai, mãe, cônjuge, companheiro, filho ou irmão)?	(1) sim	(2) Não	uest3 _
Nos últimos 12 meses você enfrentou dificuldades financeiras mais pesadas do que o normal?	(1) sim	(2) Não	uest4 _
Nos últimos 12 meses, você foi forçado a mudar sem querer (por exemplo, por aumento de aluguel)?	(1) sim	(2) Não	uest5 _
Nos últimos 12 meses, você passou por algum término de relacionamento, incluindo divórcio ou separação?	(1) sim	(2) Não	uest6 _
Nos últimos 12 meses, você foi assaltado ou roubado, no caso, teve dinheiro ou algum bem tomado, mediante uso ou ameaça de violência?	(1) sim	(2) Não	uest7 _
Nos últimos 12 meses, você foi vítima de alguma agressão física?	(1) sim	(2) Não	uest8 _
Nos últimos 12 meses, você foi vítima de algum tipo de violência? (1) Sim (2) Não Qual? _____			usatvio _ uqtviol1 _ _ uqtviol2 _ _ uqtviol3 _ _
É fácil para você chegar/frequentar este serviço? **(1)** Fácil **(Pule para próxima questão)** (2) Mais ou menos (3) Difícil Que dificuldades você enfrenta para chegar aqui? (1) Dificuldade de locomoção de ordem financeira (2) Dificuldade de locomoção por falta de acompanhante (3) Dificuldade de locomoção por falta de acessibilidade (4) Conflito de horários (5) Outra (6) N/A Se outra dificuldade, Qual?_____			ufaace _ udpaos _ _ uodpaos _ _
Qual a frequência com que você consulta com um profissional médico neste serviço? (1) Nunca consultei (2) Não consulta atualmente (3) Semanalmente (4) Quinzenalmente (5) A cada 2 meses (6) A cada 3 meses (7) Intervalo superior a 3 meses			ufcpm _
Qual a frequência com que você consulta **individualmente** com um terapeuta não médico neste serviço? (1) Nunca consultei (2) Não consulta atualmente (3) Semanalmente (4) Quinzenalmente (5) A cada 2 meses (6) A cada 3 meses			ufcpsic _

(7) Intervalo superior a 3 meses	
Qual a frequência com que você consulta **em grupo** com um terapeuta não médico neste serviço? (1) Nunca consultei (2) Não consulta atualmente (3) Semanalmente (4) Quinzenalmente (5) A cada 2 meses (6) A cada 3 meses (7) Intervalo superior a 3 meses	ufcopnm _
Quais dessas atividades você participa neste serviço? **(Pode marcar mais de uma opção)** (1) Atendimentos individuais (1) Sim (2)Não (2) Atendimentos em grupo (1) Sim (2)Não (3) Oficinas terapêuticas (1) Sim (2)Não (4) Oficinas de geração de renda (1) Sim (2)Não (5) Atividades comunitárias (1) Sim (2)Não (6) Orientação e acompanhamento do uso de medicações (1) Sim (2)Não (7) Atendimento domiciliar (1) Sim (2)Não (8) Atividades físicas ou esportes (1) Sim (2)Não	Ufia___ ufiai _ ufigc _ ufiot ufigr _ ufiac _ ufiome _ ufiado _ ufiatvf _
Com que frequência você pratica atividades físicas ou esportes por pelo menos 30 minutos? (sem contar as atividades do dia a dia) (1) Nunca (2) Todos os dias (3) 2 ou 3 vezes por semana (4) Semanalmente (5) Quinzenalmente	ufqatvf _
Aqui neste serviço, alguém já conversou com você sobre o seu diagnóstico e explicou ele pra você? (1) Sim (2) Não	uansexd _
Você realiza tratamento medicamentoso neste serviço para o seu problema de saúde mental? (1) Sim (2)Não **(Pule para o próximo bloco)** Algum profissional explicou pra você sobre porque você deveria usar a medicação? (1) Sim (2)Não (3) N/A Algum profissional explicou como e em que horários você deveria usar a medicação? (1) Sim (2)Não (3) N/A Algum profissional explicou por quanto tempo você deveria usar a medicação? (1) Sim (2)Não (3) N/A Você já teve vontade de pedir para o médico para trocar sua medicação ou alterar a dose dela? (1) Sim, e já pedi (2)Sim, mas nunca pedi (3) Não (4) N/A **Se sim,** o médico o médico escutou você? Você sente que ele estava aberto para discutir o seu pedido? (1) Sim (2) Mais ou menos (3) Não (4) N/A **Se não,** você acha que seu médico escutaria você e estaria aberto para discutir um pedido assim? (1) Sim (2) Mais ou menos (3) Não (4) N/A	urtmed _ uapexm _ uapexch _ uapexqt _ utpnmed _ uomospp _ usdnmed _

Você já alterou por conta própria a dose da medicação? (1) Sim (2)Não (3) N/A	ujadmcp _
Você diminuiu ou deixa de tomar a dose da medicação? (1) Sim (2)Não (3) N/A	udadmqs _
Qual medicação e por que diminuiu? _____	uqdadmqs uadmeqs _
Você aumentou a dose da medicação? (1) Sim (2)Não (3) N/A	
Qual medicação e por que aumentou? _____	uqadmeqs
Onde você retira a medicação que utiliza para o seu problema de saúde mental? (1) Em uma farmácia gratuita do SUS (2) Em uma farmácia particular (3) Parte em uma farmácia gratuita do SUS e parte em uma farmácia particular (4) N/A	ormpsm _
Nos últimos 6 meses, faltou algum remédio na farmácia gratuita do SUS em que você retira medicação para o problema de saúde mental? (1) Sim uma vez (2) Sim, mais de uma vez (3) Não (4)N/A	unsmfme _
Os seus familiares foram inseridos de alguma forma no seu tratamento neste serviço? (1) Sim (2) Não, eu não quis (3) Não, eles não quiseram (4) Não, eles não foram convidados	uffitto _
Agora, eu vou lhe perguntar sobre algumas coisas para as quais eu gostaria que você me dissesse se desde que você começou a se tratar aqui estas coisas melhoraram, pioraram ou continuam iguais.	
Seus problemas pessoais (1)Pior do que antes (2)Sem mudança (3)Melhor do que antes	uemp1 _
Seu humor (1)Pior do que antes (2)Sem mudança (3)Melhor do que antes	uemp2 _
A estabilidade das suas emoções (1)Pior do que antes (2)Sem mudança (3)Melhor do que antes	uemp3 _
Sua confiança em você mesmo (1)Pior do que antes (2)Sem mudança (3)Melhor do que antes	uemp4 _
Seu interesse pela vida (1)Pior do que antes (2)Sem mudança (3)Melhor do que antes	uemp5 _
Sua capacidade de suportar situações difíceis	

(1)Pior do que antes (2)Sem mudança (3)Melhor do que antes	uemp6 _
Seu apetite (1)Pior do que antes (2)Sem mudança (3)Melhor do que antes	uemp7 _
Sua energia (disposição para fazer as coisas) (1)Pior do que antes (2)Sem mudança (3)Melhor do que antes	uemp8 _
Seu sono (1)Pior do que antes (2)Sem mudança (3)Melhor do que antes	uemp9 _
Sua saúde física (Dores, tremores, etc.) (1)Pior do que antes (2)Sem mudança (3)Melhor do que antes	uemp10 _
Sua sexualidade (satisfação sexual) (1)Pior do que antes (2)Sem mudança (3)Melhor do que antes	uemp11 _
Sua convivência com sua família (1)Pior do que antes (2)Sem mudança (3)Melhor do que antes	uemp12 _
Sua convivência com seus amigos ou amigas (1)Pior do que antes (2)Sem mudança (3)Melhor do que antes	uemp13 _
Sua convivência com as outras pessoas (1)Pior do que antes (2)Sem mudança (3)Melhor do que antes	uemp14 _
Seu interesse em trabalhar ou se ocupar com alguma coisa (1)Pior do que antes (2)Sem mudança (3)Melhor do que antes	uemp15 _
Suas atividades de lazer (as coisas que você gostava de fazer) (1)Pior do que antes (2)Sem mudança (3)Melhor do que antes	uemp16 _
Suas tarefas de casa (ex: cozinhar, fazer compras para a casa, lavar roupa, arrumar o quarto ou a casa, consertar coisas, etc). (1)Pior do que antes (2)Sem mudança (3)Melhor do que antes	uemp17 _
Sua capacidade de cumprir as obrigações e tomar decisões (1)Pior do que antes (2)Sem mudança (3)Melhor do que antes	uemp18 _
Desde que você começou a se tratar aqui, em geral, você está: (1)Pior do que antes (2)Sem mudança (3)Melhor do que antes	uemp19 _
Antes de receber tratamento neste serviço, você havia passado por uma internação por causa do seu problema de saúde mental? (1) Não (2) Sim, em hospital psiquiátrico (Quantas vezes? _ _) (3) Sim, em hospital geral (Quantas vezes? _ _) (4) Sim, em comunidade terapêutica (Quantas vezes? _ _)	uartip _ uartipnhp _ _ uartipnhg _ _ uartipnct _ _
Depois de receber tratamento neste serviço, você passou por uma internação por causa do seu problema de saúde mental?	udrtip _

(1) Não (2) Sim, em hospital psiquiátrico (Quantas vezes? _ _) (3) Sim, em hospital geral (Quantas vezes? _ _) (4) Sim, em comunidade terapêutica (Quantas vezes? _ _)	udrtipnhp _ _ udrtipnhg _ _ udrtipnct _ _
Quanto tempo faz desde a última vez que você teve uma crise ou precisou de um atendimento de urgência/internação? _ _ _ meses	uuvqpaui _ _ _
Você possui plano de saúde? (1) Sim (2) Não Já usou o plano de saúde para consultar pelo seu problema de saúde mental? (1) Não (2) Sim, concomitante ao atendimento neste serviço (3) Sim, antes de ser atendido neste serviço 4) N/A Atualmente, você usa o plano de saúde para consultar pelo seu problema de saúde mental? (1) Sim (2) Não (3) N/A	upplds _ uppldsj _ uppldsa _
Você já pagou por algum atendimento particular em saúde mental? (1) Não (2) Sim, concomitante ao atendimento neste serviço (3) Sim, antes de ser atendido neste serviço Atualmente, você paga por algum atendimento particular em saúde mental? (1) Sim (2) Não	ujpcpsm _ uapgasm _
Você já recebeu atendimento médico para sua saúde mental na atenção primária? (1) Sim (2) Não	ujrasmap _
Atualmente você recebe atendimento médico para sua saúde mental na atenção primária? (1) Sim (2) Não Se sim, Com que frequência? (1) Semanalmente (2) Quinzenalmente (3) Mensalmente (4) A cada 2 meses (5) A cada 3 meses (6) A cada 6 meses (7) Anualmente (8) Intervalo superior a 1 ano (9) N/A	uarampsma _ uqframsmab _
Você leva alguma informação sobre seu tratamento de saúde mental neste serviço para o serviço de atenção primária ao qual está vinculado? (1) Sim (2) Não	ulaistpap _
Você possui algum problema clínico de saúde? (1) Sim (2) Não Se sim, qual? **(pode marcar mais de uma opção)** (1) Hipertensão .....(1) Sim (2) Não (2) Diabetes ..... (1) Sim (2) Não (3) Doenças cardiovasculares .....(1) Sim (2) Não (4) Doenças do aparelho respiratório .....(1) Sim (2) Não	upcds _ uqpcds uhip _ udia _ uapc _ uapr _

(5) Doenças do aparelho digestório .....(1) Sim (2) Não (6) Doenças do aparelho nervoso .....(1) Sim (2) Não (7) Doenças do aparelho endócrino .....(1) Sim (2) Não (8) Doenças do aparelho excretor/urinário .....(1) Sim (2) Não (9) Doenças do aparelho musculoesquelético .....(1) Sim (2) Não (10) Doenças do aparelho imunológico/linfático.... (1) Sim (2) Não (11) Doenças do aparelho reprodutor .....(1) Sim (2) Não (12) Doenças do aparelho tegumentar .....(1) Sim (2) Não	uapd _ uapn _ uape _ uapeu _ uapme _ uapil _ uapre _ uapt _
Quanto tempo faz desde seu último atendimento com um médico na atenção primária? (Para um problema que não seja relacionado com sua saúde mental) _ _ _ meses	uqtfmdam _ _ _
Você já recebeu algum atendimento com um dentista? (1) Sim (2) Não Onde aconteceram esses atendimentos? **(pode marcar mais de uma opção)** (1) Atenção primária .....(1) Sim (2) Não (2) Ambulatório/ Serv. Especializado (Público) .. (1) Sim (2) Não (3) Consultório particular ..... (1) Sim (2) Não	uradent _ udeap _ udeamb _ udeconp _
Atualmente você recebe atendimento com dentista? (1) Sim (2) Não Com que frequência? (1) Semanalmente (2) Quinzenalmente (3) Mensalmente (4) A cada 2 meses (5) A cada 3 meses (6) A cada 6 meses (7) Anualmente (8) Intervalo superior a 1 ano (9) N/A Onde você recebe esse atendimento? **(pode marcar mais de uma opção)** (1) Atenção primária (2) Ambulatório/ Serv. Especializado (Público) (3) Consultório particular	uaratde _ uqfratde _ udeaap _ udeaamb _ udeaconp _
Quanto tempo faz desde seu último atendimento com um dentista? _ _ _ meses (999) Nunca consultou	uqtducde _ _ _
Você já recebeu algum atendimento com um nutricionista? (pode marcar mais de uma opção) (1) Sim (2) Não Onde aconteceram esses atendimentos? Atenção primária ..... (1) Sim (2) Não Ambulatório/ Serv. Especializado (Público) ..... (1) Sim (2) Não Consultório particular ..... (1) Sim (2) Não	uranutri _ unuap _ unuamb _ unuconp _
Atualmente você recebe atendimento com nutricionista? (1) Sim (2) Não Com que frequência? (1) Semanalmente (2) Quinzenalmente (3) Mensalmente (4) A cada 2 meses (5) A cada 3 meses (6) A cada 6 meses (7) Anualmente (8) Intervalo superior a 1 ano (9) N/A Onde você recebe esse atendimento? **(pode marcar mais de uma opção)** (1) Atenção primária	uaratnu _ uqfratnu _ unuaap _ unuaamb _

(2) Ambulatório/ Serv. Especializado (Público) (3) Consultório particular	unuaconp
Quanto tempo faz desde seu último atendimento com um nutricionista? _ _ _ meses (999) Nunca consultou	uqtducnu _ _ _
Você já recebeu visitas de Agente Comunitário de Saúde na sua casa? (1) Sim (2) Não	urvacs _
Atualmente, você recebe visitas de Agente Comunitário de Saúde na sua casa? (1) Sim (2) Não Com que frequência? (1) Semanalmente (2) Quinzenalmente (3) Mensalmente (4) A cada 2 meses (5) A cada 3 meses (6) A cada 6 meses (7) Anualmente (8) Intervalo superior a 1 ano (9) N/A	uarvacs _ uqfrvacs _
Quanto tempo faz desde a última vez que um profissional de saúde aferiu a sua pressão arterial? _ _ _ meses (999) Nunca aferiu	uqtpapa _ _ _
Quanto tempo faz desde a última vez que um profissional de saúde mediu a sua glicemia? _ _ _ meses (999) Nunca mediu	uqtpagl _ _ _
Quanto tempo faz desde a última vez que você realizou exames de sangue? _ _ _ meses (999) Nunca realizou	uqtpaes _ _ _
Quanto tempo faz desde a última vez que um profissional de saúde mediu e pesou você? _ _ _ meses (999) Nunca mediu	uqtpamp _ _ _
Peso _ _ _ kg	upeso _ _ _
Altura _ _ _ cm	ualtu _ _ _
Você está satisfeito com suas relações familiares? (1) Insatisfeito (2) Mais ou menos Satisfeito (3) Satisfeito	uscrfa _
Você sente que pode contar com pessoas da sua família para te ajudar nos problemas do dia a dia? (1) Sim (2) Mais ou menos (3) Não	usqpcfd _
Você sente que pode contar com amigos para te ajudar nos problemas do dia a dia? (1) Sim (2) Mais ou menos (3) Não	usqpcad _
Você sente que pode contar com pessoas aqui do serviço para te ajudar nos problemas do dia a dia? (1) Sim (2) Mais ou menos (3) Não	usqpcpsd _
Para finalizar, gostaria de perguntar algumas questões sobre sua satisfação com este serviço e com o tratamento que recebeu aqui. Lembramos que esse questionário será mantido em segredo e utilizado apenas para fins de pesquisa	
Qual a sua opinião sobre a maneira como você foi tratado aqui, você se sentiu respeitado? (1) Nunca me senti respeitado (2) Geralmente não me senti respeitado (3) Mais ou menos (4) Geralmente me senti respeitado (5) Sempre me senti respeitado	usatis1 _
Quando você falou com a pessoa que recebeu você neste serviço, você sentiu que ele/a ouviu você? (1) Não me ouviu de forma alguma (2) Não me ouviu bastante	usatis2 _

(3) Mais ou menos (4) Me ouviu bastante (5) Me ouviu muito	
Você acha que a pessoa que recebeu você neste serviço entendeu o seu problema? (1) Não me compreendeu de forma alguma (2) Não me compreendeu muito (3) Mais ou menos (4) Me compreendeu bem (5) Me compreendeu muito bem	usatis3 _
Em geral, como você acha que a equipe deste serviço entendeu o tipo de ajuda de que você necessitava? (1) Não compreendeu de forma alguma (2) Não compreendeu muito (3) Mais ou menos (4) Compreendeu bem (5) Compreendeu muito bem	usatis4 _
Qual sua opinião sobre os serviços e a ajuda que você recebeu neste serviço? (1) Parece que eles pioraram as coisas (2) Não obtive nenhuma ajuda (3) Não obtive muita ajuda (4) Senti que obtive alguma ajuda (5) Senti que obtive muita ajuda	usatis5 _
Você está satisfeito com a discussão que fizeram com você sobre o seu tratamento neste serviço? (1) Muito insatisfeito (2) Insatisfeito (3) Indiferente (4) Satisfeito (5) Muito satisfeito	usatis6 _
Você considera que a equipe deste serviço esta lhe ajudando? (1) Não (2) Um pouco (3) Mais ou menos (4) Sim (5) Muito	usatis7 _
Em geral, como você classificaria a maneira que profissionais deste serviço te acolheram, eles foram amigáveis? (1) Nada amigável (2) Pouco amigável (3) Mais ou menos (4) Amigável (5) Muito amigável	usatis8 _
Em geral, como você classificaria a competência da equipe deste serviço? (1) Muito incompetente (2) Incompetente (3) Mais ou menos (4) Competente (5) Muito competente	usatis9 _
Na sua opinião, quanto de competência e conhecimento tinha a pessoa com quem você teve mais contato nesse serviço? (1) Muito incompetente (2) Incompetente (3) Mais ou menos (4) Competente (5) Muito competente	usatis10 _
Você ficou satisfeito com o conforto e a aparência deste serviço? (1) Muito insatisfeito (2) Insatisfeito (3) Indiferente (4) Satisfeito (5) Muito satisfeito	usatis11 _
Como você classificaria as condições gerais das instalações (p. ex.,instalações de banheiro/cozinha, refeições, prédio, etc.)? (1) Péssimas (2) Ruins (3) Regulares (4) Boas (5) Excelentes	usatis12 _

APÊNDICE 2 - TCLE USUÁRIO

CONSENTIMENTO . LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA - (Resolução 466/12 do Ministério da Saúde) – USUÁRIOS.

Pesquisa: DISPOSITIVOS DE INTEGRAÇÃO DA REDE DE SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO DE ITATIBA-SP: UMA PESQUISA DE IMPLEMENTAÇÃO.

Pesquisador responsável: Rosana Teresa Onocko Campos

Número do CAAE: 00827918.8.0000.5404

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa. Este documento, chamado Termode Consentimento Livre e Esclarecido, visa assegurar seus direitos como participante da pesquisa e é elaborado em duas vias, assinadas e rubricadas pelo pesquisador e pelo participante/responsável legal, sendo que uma via deverá ficar com você e outra com o pesquisador. Por favor, leia com atenção e calma, aproveitando para esclarecer suas dúvidas. Se houver perguntas antes ou mesmo depois de assiná-lo, você poderá esclarecê-las com o pesquisador. Se preferir, pode levar este Termo para casae consultar seus familiares ou outras pessoas antes de decidir participar. Não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo se você não aceitar participar ou retirar sua autorização em qualquer momento. **Justificativa e objetivos:**

O objetivo desta pesquisa é avaliar o funcionamento da rede de serviços de saúde mental aqui do município. A justificativa para realização desta pesquisa é a importância de saber como a rededе atendimento em saúde mental está funcionando e assim pensar alternativas para melhorá-la.

Procedimentos:

Participando do estudo você está sendo convidado a responder um questionário. A aplicação será aqui no serviço mesmo. O pesquisador vai fazer perguntas a você sobre seu tratamento nesse serviço e sobre como você chegou aqui, anotando suas respostas. A aplicação desse questionário serárealizada uma única vez e deverá durar aproximadamente 40 minutos. Os questionários físicos serão armazenados pela pesquisadora responsável em local próprio na Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas por um período de 3 anos e após isso serão destruídos.

Desconfortos e riscos:

Você não deve participar deste estudo se for portador de diagnósticos correspondentes às categorias F72 a F73 da Classificação Internacional de Doenças (CID) – Retardo Mental Grave e Retardo Mental Profundo.

Embora tenhamos o interesse de manter você o mais confortável possível, sabemos que existe o risco de que as perguntas deste estudo pode fazer você lembrar-se de coisas que podem causar incomodo, este risco se justifica pela necessidade de saber como essas coisas afetaram a suachegada nesse serviço e como você é atendido aqui. Contudo, você pode parar a aplicação do questionário sempre que quiser, podendo continuar a responder ou não. Não há outros riscos previsíveis.

Benefícios:

Não haverá nenhum benefício financeiro para você na participação deste estudo, o único benefício direto será a oportunidade de falar como você se sente a respeito do seu atendimento aqui no serviço e sobre o que você passou para chegar aqui. Contudo, de forma indireta, você estará ajudando a entender os problemas que poderiam ser melhorados nos serviços de saúde aqui do município proporcionando assim um melhor atendimento para você e todos os demais usuários.

Acompanhamento e assistência:

Você tem o direito à assistência integral e gratuita devido a danos diretos e indiretos, imediatos e tardios, pelo tempo que for necessário. Caso necessário e consentido por você, qualquer situação de incômodo ou desconforto físico e emocional será relatada ao seu profissional

de referênciapara que você possa receber atendimento e/ou apoio. Você terá o direito de acessar os seus dados e os resultados da pesquisa sempre que for de seu interesse. Lembramos que você pode cancelar sua participação no estudo a qualquer momento.

Sigilo e privacidade:

Você tem a garantia de que sua identidade será mantida em sigilo e nenhuma informação será dada a outras pessoas que não façam parte da equipe de pesquisadores. Na divulgação dos resultados desse estudo, seu nome não será citado.

Ressarcimento e Indenização:

Como o estudo será feito durante sua rotina nesse serviço, não esperamos gerar gastos paravocê, mas caso você tenha algum gasto para participar dessa pesquisa fora da sua rotina, você será ressarcido integralmente de suas despesas. Caso isso ocorra, esse ressarcimento será feito em espécie, no momento da entrevista, e você deverá assinar um recibo. Você terá a garantia ao direito àindenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa.

Contato:

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com Rosana Teresa Onocko Campos pelo email rosanaoc@mpc.com.br ou no Departamento de Saúde Coletiva daFaculdade de Ciências Médicas da Unicamp das 08:00hs às 11:30hs e das 13:00hs as 17:30hs: R. Albert Sabin, s/ nº. Cidade Universitária "Zeferino Vaz" CEP: 13083-894. Campinas, SP, Brasil. Telefone para contato: (19) 3521-9574.

Em caso de denúncias ou reclamações sobre sua participação e sobre questões éticas do estudo, você poderá entrar em contato com a secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNICAMP das 08:00hs às 11:30hs e das 13:00hs as 17:30hs na Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126; CEP 13083-887 Campinas – SP; telefone (19) 3521-8936 ou (19) 3521-7187; e-mail: cep@fcm.unicamp.br.

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

O papel do CEP é avaliar e acompanhar os aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendoseres humanos. A Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) tem por objetivo desenvolver a regulamentação sobre proteção dos seres humanos envolvidos nas pesquisas. Desempenha um papel coordenador da rede de Comitês de Ética em Pesquisa (CEPs) das instituições, além de assumir a função de órgão consultor na área de ética em pesquisas

Consentimento livre e esclarecido:

Após ter recebido esclarecimentos sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar, aceito participar:

Nome do (a) participante:_____

Assinatura do participante:_____

Data:_____/_____/_____.

Responsabilidade do Pesquisador:

Asseguro ter cumprido as exigências da resolução 466/2012 CNS/MS e complementares naelaboração do protocolo e na obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Asseguro, também, ter explicado e fornecido uma via deste documento ao participante da pesquisa. Informo queo estudo foi aprovado pelo CEP perante o qual o projeto foi apresentado e pela CONEP, quando pertinente. Comprometo-me a utilizar o material e os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento ou conforme o consentimento dado pelo participante dapesquisa.

Assinatura do pesquisador:__

Data:_____/_____.

APÊNDICE 3 - ROTEIRO ENTREVISTA

1. Como é seu dia a dia? O que você gosta de fazer? AQUECIMENTO - COTIDIANO
2. Como você percebeu que precisaria de ajuda de tratamento? IDENTIFICAÇÃO DA NECESSIDADE DE CUIDADO
3. Como e quando você iniciou o tratamento de saúde mental? Quem te encaminhou? Como você se sentia neste momento? PRIMEIRO LOCAL DE TRATAMENTO E ENCAMINHAMENTO
4. O que poderia melhorar nos serviços que passou antes de chegar neste serviço?
5. Para qual problema de saúde você faz acompanhamento neste serviço? Qual seu diagnóstico?
6. Como e quando você vem a este serviço? Você vem sozinho? Me fale como se sente no serviço que faz acompanhamento? O que faz aqui?
7. O que ajuda e chegar nos serviços de saúde (ou neste serviço)?
8. O que atrapalha você chegar nos serviços de saúde (ou neste serviço)? O que ajuda?
9. O que você acha deste serviço de saúde? Tem algo que poderia melhorar?
10. O que você acha dos profissionais das equipes para lidar com as necessidades de saúde mental?
11. O que mudou desde que iniciou o tratamento neste serviço?
12. Você já precisou ficar internado para acompanhamento de saúde mental? Quantas vezes? Onde e como foi?
13. Quais serviços de saúde você conhece em Itatiba? Você faz acompanhamento em outros serviços de saúde do seu município? E na APS? (Caso não tenha citado) Me fale sobre estes serviços, como se sente e o que aconteceu lá?

APÊNDICE 4 - TCLE ENTREVISTAS ITINERÁRIOS USUÁRIOS

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA - (Resolução 466/12 do Ministério da Saúde) USUÁRIO - Itinerários

Pesquisa: DISPOSITIVOS DE INTEGRAÇÃO DA REDE DE SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO DE ITATIBA-SP: UMA PESQUISA DE IMPLEMENTAÇÃO.
Pesquisador responsável: Rosana Teresa Onocko Campos
Número do CAAE: _____

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa. Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, visa assegurar seus direitos como participante da pesquisa e é elaborado em duas vias, assinadas e rubricadas pelo pesquisador e pelo participante/responsável legal, sendo que uma via deverá ficar com você e outra com o pesquisador.

Por favor, leia com atenção e calma, aproveitando para esclarecer suas dúvidas. Se houver perguntas antes ou mesmo depois de assiná-lo, você poderá esclarecê-las com o pesquisador. Se preferir, pode ter um tempo para refletir se deseja participar e consultar seus familiares ou outras pessoas antes de decidir participar. Não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo se você não aceitar participar ou retirar sua autorização em qualquer momento.

Justificativa e objetivos:

O objetivo desta pesquisa é avaliar o processo de implementação de dispositivos de integração de rede no município de Itatiba. A justificativa para realização desta pesquisa é a importância de entender como a implementação favoreceu ou não o funcionamento da rede de serviços em saúde mental.

Procedimentos:

Participando do estudo você está sendo convidado a participar de uma entrevista, que consiste em uma conversa com um dos pesquisadores. A realização será aqui no serviço mesmo. O pesquisador vai fazer perguntas às quais você será convidados a responder e dialogar sobre o que pensa acerca do assunto.

Rubrica do participante _____ Rubrica do pesquisador _____

Essa conversa será gravada e depois escrita, preservando a identidade dos participantes, para que se possa fazer a análise dos dados. Este método será utilizado apenas para facilitar as analises dos dados, mas não será utilizado em apresentações. O material gravado será armazenado pela pesquisadora responsável somente em formato digital pelo

período de 5 anos após o término da pesquisa e depois disto serão destruídos. Deverão acontecer entre 1 e 2 encontros com duração entre 1 e 2 horas.

Desconfortos e riscos:

Embora tenhamos o interesse de manter você o mais confortável possível, sabemos que existe o risco de que as perguntas deste estudo, por fazer alusão ao seu tratamento, podem causar incomodo. Este risco se justifica pela necessidade de entender como o seu processo de trabalho interage com o processo de implementação. Contudo, você pode interromper sua participação sempre que quiser, podendo continuar depois a participar da entrevista ou não. Não há outros riscos previsíveis.

Benefícios:

Não haverá nenhum benefício financeiro para você na participação deste estudo, o único benefício direto será a oportunidade de compartilhar suas vivências e sentimentos acerca do seu processo de tratamento, acolhimento a crise e cuidado em rede. Contudo, de forma indireta, você estará ajudando a entender os problemas que poderiam ser melhorados nos serviços de saúde mental de Itatiba, proporcionando assim um melhor atendimento para os usuários e um melhor processo de trabalho para você e seus colegas.

Acompanhamento e assistência:

Você tem o direito à assistência integral e gratuita devido a danos diretos e indiretos, imediatos e tardios, pelo tempo que for necessário. Caso necessário e consentido por você, qualquer situação de incômodo ou desconforto físico e emocional será relatada ao seu supervisor direto para que você possa receber atendimento e/ou apoio. Você terá o direito de acessar os seus dados e os resultados da pesquisa sempre que for de seu interesse. Lembramos que você pode cancelar sua participação no estudo a qualquer momento.

Sigilo e privacidade:

Você tem a garantia de que sua identidade será mantida em sigilo, nenhuma informação será dada a outras pessoas que não façam parte da equipe de pesquisadores e nenhuma informação que possa identifica-lo será citado em divulgação.

Rubrica do participante _____ Rubrica do pesquisador _____

Ressarcimento e Indenização:

Como o estudo será feito nesse serviço, não esperamos gerar gastos para você, mas caso você tenha algum gasto para participar dessa pesquisa fora da sua rotina, você será ressarcido integralmente de suas despesas com o deslocamento. Caso isso ocorra, esse ressarcimento será feito em espécie, no momento da entrevista, e você deverá assinar um recibo. Você terá a garantia ao direito à indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa.

Contato:

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com Rosana Teresa Onocko Campos pelo email rosanaoc@mpc.com.br ou no Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp das 08:00hs às 11:30hs e das 13:00hs

as 17:30hs: R. Albert Sabin, s/ nº. Cidade Universitária "Zeferino Vaz" CEP: 13083-894. Campinas, SP, Brasil. Telefone para contato: (19) 3521-9574.

Em caso de denúncias ou reclamações sobre sua participação e sobre questões éticas do estudo, você poderá entrar em contato com a secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNICAMP das 08:00hs às 11:30hs e das 13:00hs as 17:30hs na Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126; CEP 13083-887 Campinas – SP; telefone (19) 3521-8936 ou (19) 3521-7187; e-mail: cep@fcm.unicamp.br.

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

O papel do CEP é avaliar e acompanhar os aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos. A Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) tem por objetivo desenvolver a regulamentação sobre proteção dos seres humanos envolvidos nas pesquisas. Desempenha um papel coordenador da rede de Comitês de Ética em Pesquisa (CEPs) das instituições, além de assumir a função de órgão consultor na área de ética em pesquisas

Rubrica do participante _____ Rubrica do pesquisador _____

Consentimento livre e esclarecido:

Após ter recebido esclarecimentos sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar, aceito participar:

( ) Autorizo a gravação do meu depoimento em áudio ( ) Não autorizo a gravação do meu depoimento em áudio.

Nome do (a) participante: _____

Assinatura do participante: _____

Data: ____/_____/_____.

Responsabilidade do Pesquisador:

Asseguro ter cumprido as exigências da resolução 466/2012 CNS/MS e complementares na elaboração do protocolo e na obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Asseguro, também, ter explicado e fornecido uma via deste documento ao participante da pesquisa. Informo que o estudo foi aprovado pelo CEP perante o qual o projeto foi apresentado e pela CONEP, quando pertinente. Comprometo-me a utilizar o material e os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento ou conforme o consentimento dado pelo participante da pesquisa.

Assinatura do pesquisador: _____

Data: ____/_____/_____.

APÊNDICE 5 – NARRATIVAS

CLUSTER 01 USUÁRIO CAPSII - C1CAPSII

Ah, então tenho duas cachorras, eu acordo e tenho que levar elas pra passear
A mel e a preta. Aí eu levo elas pra passear, depois volto, dou ração pra elas e fico à vontade aí eu vou fazer meus afazeres em casa, varrer a casa, lavar louça, normal, né?
E aí depois eu faço almoço, faço arroz, feijão aí quando dá ... Eu almoço, aí depois lavo a louça de novo e aí depois eu tô livre. Não tem nada pra fazer mais.
Isso é em casa, né?!
Agora aqui (CAPS), eu venho de terça, quarta e quinta.
E aqui (CAPS) eu tenho que ficar, ficar aqui, né? Então vou ficando aqui e .aguardando né? Então eu tô aguardando a hora que eles tão disponíveis pra eu ser atendido.
Aqui eu participo da horta.
Nós fizemos a horta.
E foi com bastante sucesso, porque deu bastante dinheiro, eu regava, tinha a responsabilidade de regar ela todo dia de manhã.
Foi bom, foi gostoso, deu bastante verdura, tudo né? Mas daí parou em dezembro por causa das férias... Teve um período de descanso, daí não é conveniente plantar porque aí não ia ter alguém pra regar.
Agora vai começar novamente, de novo.
Não, no momento não participo de outra atividade, só a horta mesmo.
Só a horta. Mais ou menos assim.
Quando não tem nada aqui no (CAPS), eu fico assistindo televisão.
É máquina de fazer bobo, né? risos
Eu moro sozinho. Sempre morei sozinho. Desde que meu pai e minha mãe morreram, eu moro sozinho. Antes morava com eles.
Não tenho nenhum hobby. Às vezes eu assisto filme. Gosto de filmes.
Assisto filmes tanto lá como aqui. Aqui no CAPS, eles colocam vídeo pra assistir, filme.
Eu tenho notebook em casa, mas não tenho filme baixado, pois estou sem sem internet.
Então eu fico em casa, lá, mexendo no computador. Ah, mexo na internet o suficiente, dá pro gasto. Risos Antes de vir para cá eu trabalhava de pintor.
Trabalhei a vida inteira de pintor, mas faz um tempo que não consigo mais trabalhar.
Mas é uma profissão ingrata também, você entendeu? Porque você "pega" muito problema da casa da pessoa.
Aí acabei deixando de trabalhar para não conviver com problemas da casa das pessoas e não voltei mais e gora tô sem trabalhar.
Ainda não conseguiu benefício, mas a assistente social fez o pedido agora, e em março vou passar por perícia.
Como estou sem dinheiro, eu almoço aqui nas três vezes na semana e ganho uma cesta básica do pessoal do San Francisco. Ainda bem que não pago aluguel pois minha casa é própria.
É... eu procurei o tratamento pois uma vez eu tive uma discussão com a minha irmã.
E daí, eu fui lá no... lá no postinho, aí falaram que eu tava alterado, alguma coisa assim e que iam me indicar o Caps, aqui pra mim, se eu topava. Aí eu falei: ah, topo, né?
Foi rápido até. Logo que comecei ficar mal, fui no postinho e pedi ajuda.
Aí, eu vim. Comecei a frequentar e tô até hoje, vai fazer quase dois anos de tratamento.
Eu fui por conta própria pedir ajuda.

Foi logo na primeira vez que fiquei alterado que fui no postinho, pedi ajuda deles e me encaminharam pra cá (CAPS)
Não fazia acompanhamento lá no centro de saúde antes disso
Eu ia esporádico, assim, quando eu sentia algum sintoma mal, que eu ia lá.

Ah, o meu encaminhamento para o CAPS foi bom, eu tava meio perdido, sabe quando você tá sem noção nenhuma? Eu tava assim, entendeu? Desse jeito, sem noção nenhuma, totalmente perdido, sem saber o que fazer. Aí me indicaram o postinho, aí foi uma luz que apareceu, entendeu? E me ajudou muito. Quem conversou comigo lá no postinho para vir para cá foi a...Celaine, enfermeira.
E interessante, né, que aqui a doutora me deu um remédio, passou a injeção. Ela falou que é para acalmar, porque eu tinha muito problema de ansiedade. O tratamento tem feito um efeito bom, curou uma parte da minha ansiedade. E agora uma vez por mês eu tomo a injeção.
Quando cheguei aqui, minha cabeça tava meio bagunçada, não tava muito legal. Não falava coisa com coisa, tinha pensamento ruim, não assimilava bem as coisas, não me cuidava, não me alimentava. Tinha muita alteração no comportamento, estava muito bravo, muito revoltado. Aí acabei vindo ver e falaram que eu tô com problema, mas não consigo lembrar o nome agora. Acho que foi somatória de coisas e acontecimentos. Já faz dois anos que estou aqui no CAPS, vim direto do postinho para cá, não tinha feito tratamento antes.
Eu não gosto de me tratar, mas agora eu tô me cuidando.
Antes eu procurava o postinho quando tinha alguma coisa. Ah, lá no postinho eu passo pelo médico, né, clínico. Ele me deu uma bateria de exames pra fazer, aí eu fui fazer os exames que ele deu, mas o que deu, deu negativo. Não deu nada positivo.Não faço nenhum tratamento lá.
Lembrei: meu diagnóstico é Bipolar! As pessoas também falam TAB. A médica me falou que eu tenho esse problema.
Eu não gostei muito do que ela falou, mas fazer o que, tem que engolir. Não acho legal ter bipolaridade.
Ela não me explicou o que que é, mas disse que eu tenho que conviver com isso. Só que ele não afeta nada, então deixa.
Se for ficar se preocupando com tudo, com tudo certinho, não dá certo. Maluco eu não sou, mas normal também eu não sou, então tem uma quirelinha aí no meio.
Consigo me cuidar,
Não tenho rotina para sono. Não tenho horário pra deitar, dormir. Então eu durmo qualquer hora, assim. Eu não tô sentindo sono, eu não durmo de noite, eu passo a noite inteira acordado. Aí no dia seguinte, eu acordo, mas não levanto já de imediato, eu demoro mais pra levantar.
Ah, acho tudo bom aqui no CAPS. O atendimento, a prontidão que eles tem pra ajudar, a espontaneidade. Aqui tá nota dez.Ah, do meu ponto de vista, eu creio que são excelentes profissionais. Sim, são bons. Fazem tudo certinho, não tem brincadeira. Porque eles estão mexendo com a vida humana, né?
Então eu coloco o tratamento em primeiro lugar, é legal isso aqui.
Ah, eu vou falar que não tem nada que podia melhorar no postinho... porque faz tempo que eu não voltei mais pra lá. Das vezes que passei lá foi bom. Foi tranquilo. Foi... foi bom.
Ainda não estou conversando com o pessoal sobre meu diagnóstico e meu tratamento medicamentoso. Eu vou conversar com a doutora.
Ela me deu um remédio pra dormir, mas eu tomei e não surtiu efeito nenhum.

Acho que esse mês eu vou falar com ela. Aqui minha referência é a doutora Bete. Hoje ela não está aqui. Não tem ninguém aqui hoje que eu possa conversar, que eu costumo conversar. Tem a Uiara que está comigo na horta. Eu até tenho liberdade de falar com ela, mas ela vai a mesma coisa pra mim, pra eu conversar com a doutora.
Vai voltar no mesmo.
Não consigo adiantar a consulta com a doutora não
Venho de ônibus sozinho para o CAPS. Desço perto do córrego e caminho uns 12 a 15 minutos até chegar aqui. O ponto de ônibus é perto de casa, um quarteirão de distância, mas aqui é mais longe. Tenho vale-transporte. O CAPS é meio fora de mão, mas a caminhada faz bem, me exercita. Antes, eu vinha de carro, me pegavam e levavam, mas era mecânico. Agora venho por conta própria, andando, o que acho melhor.
Então, como eu falei depois que comecei o tratamento aqui, né, melhorou bastante. Eu, agora eu tenho disposição pra fazer minhas atividades e não vejo problema.
Antes não tinha vontade de fazer nada, só ficava deitado.
Agora não, agora eu tenho disposição.
Uma coisa que mudou depois que comecei o tratamento aqui foi o meu comportamento.
Mudou, é que influencia, entendeu? Quer queira, quer não, influencia a...
Quer queira, quer não, influencia no comportamento da gente. No meu comportamento. Passei também a enxergar as coisas também com mais detalhe, enxergar melhor. Quando eu venho, eu não entendo uma coisa, eu pergunto pra eles o que que é, o que significa. E aqui fica uma coisa assim, às vezes eu venho...
Eu sou quase um mascote do Caps.
Coloca filme, eu faço esteira... O Caps chama de sessão pipoca. Sexta-feira, quinta-feira passada, foi aqui a sessão pipoca, nós assistimos filme, entendeu? e assim vai indo.
Outra coisa que faz bem é cuidar da horta. A horta tem uma dinâmica legal até... Ela agora está parada mas quando brota a horta, dá um pique, entendeu? Dá um gás.
Me sinto animado cuidando da horta.
Você vai lá, rega, planta, cuida... então é legal. E assim vai indo.
Já tinha trabalhado com horta antes, como trabalho mesmo.. Além de pintor já trabalhei com horta.
Se eu for internado, vai ser a primeira vez que eu vou visitar os piradinhos... Não precisei passar no PS ou na UPA.
Aqui em Itatiba só passei por atendimento no CAPS ou no Postinho.
Até me supreendeu pela qualidade da prestação de serviços deles, aqui no CAPS...entendeu? Itatiba é tão devagar, eu acho Itatiba tão... Que achavam tão, tão zero à esqueda, né? Então me surpreendeu. Surpreendeu bastante.

Usuária Cluster 1 CAPSad - C1CAPSad

Moro com meu esposo. Ele trabalha né, aí eu fico sozinha em casa. Eu levanto cedo, limpo casa, quando eu termino o serviço que tem pra fazer aí as vezes eu fico sentada na sala assistindo TV, as vezes eu canso aí eu vou e deito um pouco, fico deitada rezando um salmo. Mas passo meu dia mais deitada. Este é o meu dia a dia, durante a semana toda. O que eu gosto de fazer é ver TV, principalmente novela, só que tem hora que me enjoa, perco a paciência tem hora. Gosto de passear também. Eu sempre vou na casa da minha mãe e na casa da minha irmã fazer visita pra elas. Vou nos meus médico também, minha rotina também muito médico, é psiquiatra é clínico geral, é nutricionista, é psicólogo. Então, aí tem que tá indo nos médicos. Tem que se cuidar!

Eu já fiz acompanhamento no CAPSad. Passava com o psiquiatra e com o psicólogo. Hoje eu tô no SUS (ambulatório).

Percebi que precisava de tratamento quando eu comecei a agredir meu esposo. Aí eu vi que tava muito fora de si, foi aí foi que todo mundo falou "você precisa de um tratamento" e foi nisso eu procurei tratamento, ajuda.

Isso foi num dia que eu saí com ele no final de semana, eu bebi demais aí eu bati nele, ele ficou todo machucado, ele também bateu em mim. Ele falou para eu procurara ajuda que não dava mais. Aí fui no posto de saúde e eles me encaminharam eu para o CAPSad onde fiquei fazendo tratamento por 2 anos, com psicólogo e psiquiatra. Quando terminou o tratamento eles encaminharam eu pro SUS (ambulatório de saúde mental). Vai fazer um ano que eu "tô" no SUS. Passo no psiquiatra de 3 em 3 meses. Não passo mais no psicólogo porque eu acho que não tem necessidade.

Tem uns dois anos que comecei o tratamento. O pessoal do postinho encaminharam eu pra cá. E aí já faz dois anos que eu não bebo mais, graças a Deus tenho conseguido ficar sem beber.

Procurei o postinho sozinha quando percebi que precisava. Eu sozinha. Eu procurei ajuda, porque cheguei lá numa situação falei assim, pedindo ajuda "vocês pelo amor de Deus ajuda eu que eu to numa situação que eu preciso de ajuda". Lá no postinho, aí o médico ainda falou "calma que a gente ainda precisa entender o que a senhora tá precisando". Aí eu expliquei a minha situação e ele falou assim "a gente vai encaminhar a senhora pelo CAPS, lá eles vão dar atendimento para a senhora, tudo que a senhora precisar tem lá" e foi o que aconteceu. Fui sozinha pro posto de saúde e aí o médico de lá então me encaminhou para cá e o médico me encaminhou pro CAPS

Demorou bastante tempo até procurar ajuda pois eu não admitia que eu tinha problema. Aí quando eu fui ver, eu agredi o meu esposo né.

Já conhecia o postinho, passava lá, mas não conseguia falar disso

Logo depois que eu agredi meu esposo que eu tomei uma providência, falei assim "se aconteceu uma vez só pode acontecer mais outras vezes" aí então eu não deixei acontecer de novo né. Porque começou era só eu beber que eu já vinha com agressão né, se já com a agressão então já, já daqui alguns dias as coisas ficam pior né. Bebia fazia tempo. Fiz a redução de estômago e passei a beber mais. A recomendação é não beber depois da cirurgia, mas eu bebia mais e inclusive engordei tudo de novo por conta da bebida. Está difícil de emagrecer de novo. Fiz a redução de estômago há 4 anos atrás, 2017.

Acho que o posto foi rápido para me encaminhar, foi rápido até demais porque se fosse em outros lugares ia demorar, não ia dar atenção, não ia dar importância pro meu caso né. Eu cheguei lá e falei e já providenciou logo.

Acho que não tem nada que poderiam melhorar no atendimento no posto, acho que foram o certo, fizeram as coisas certas. Eles não tentaram ajudar antes porque eu nunca tinha falado sobre isso, foi a primeira vez que eu falei sobre o alcoolismo, e aí quando eu falei eles procuraram imediatamente ajudar eu. Não deixaram esquecido, a primeira coisa que tomaram é providência.

Tenho diagnóstico de Alcoolismo, só esse diagnóstico mesmo.

Quando vinha para o CAPS era de ônibus mesmo. É, não é difícil não. Dava uns 10 minutos de casa até aqui. Um ônibus só. Vinha no CAPS uma vez por mês. Agora na

psicóloga eu vinha toda semana. Semanalmente com a psicóloga e duas vezes ao mês com o psiquiatra

Era bom o atendimento, eu gostava, eles davam atenção, eles eram acolhedor, foi muito bom o tempo que eu passei aqui, muito apoio que eu precisava no momento, eles me apoiaram. Então não tenho o que queixar não, o tratamento foi muito bom.

Não tinha nada que me dificultasse chegar no CAPSad. Era fácil, eu sempre vinha.Sempre que precisava eu vinha no CAPSad, mesmo sem horário marcado.

Ai, como que eu vou descrever meu deus, é bom o CAPSad porque ajuda as pessoas né, sair do mundo da bebida, do mundo dos vícios, das drogas. Tenta melhorar a vida, a situação das pessoas, foi o que aconteceu comigo né. Eu graças a deus eu consegui, Tem muita gente que fala que não consegue mas eu consegui, através de muita ajuda eu consegui então, vale a pena, compensa, o esforço de cada um, tanto de quem tá ajudando quanto de quem procura ajuda, então não é em vão.

Me sentia bem tratada aqui, me sentia muito bem e continuo me sentindo bem, com o tratamento. Mesmo eu não estando aqui.

Ah, não tinha nada que achava que precisava melhorar não, o tratamento era bom. Os profissionais aqui sempre teve preparado pra isso. E eu não tenho o que queixar não.

Ah, minha vida mudou bastante coisa desde que comecei tratar no CAPSad porque eu era uma pessoa muito agitada, nervosa. Hoje eu sou mais calma e mais tranquila. Só não tenho a disposição que eu tinha antes, de fazer o serviço de casa que eu tinha antes. Aquele ânimo assim eu perdi, aquela vontade de fazer serviço eu perdi.

Minha vida mudou bastante desde que comecei, graças a Deus, eu mudei muito, minha vida mudou pra caramba.

Eu trabalhava como auxiliar de cozinha, e antes disso eu trabalhava de limpeza Aaí eu perdi o serviço e parece que eu perdi tudo na minha vida, aí eu fiquei assim, desanimada, eu desanimei da vida né. Não foi depois de aumentar o uso de bebida que eu perdi o emprego, foi depois que eu comecei a fazer o tratamento. Aí eu perdi o serviço, fez dois anos agora que eu perdi o serviço.

Fazia bem, fazia muito bem trabalhar. Tenho vontade de voltar a trabalhar! Quem sabe!

Agora estou com 42 anos.

Não precisei ficar em hospital por conta da bebida, mas passei várias vezes no UPA durante crises fortes. Nessas crises, queria beber, comia muito açúcar e ia para o UPA tomar remédio. Uma doutora me receitou Diazepam para tomar quando sentisse vontade de beber. Consegui controlar isso e evitar beber, mas ainda fui várias vezes ao UPA.

O tratamento na UPA foi bom, eles me davam remédio e explicavam que as crises eram normais devido à abstinência. Tive crises fortes, tanto na rua quanto em casa, e cheguei a beber para aliviar, mas agora não mantenho bebida em casa e não sinto mais vontade de beber, mesmo quando meu marido bebe nos finais de semana. Só o cheiro da bebida já me faz mal.

Atualmente, passo no posto de saúde para consultas de rotina com o clínico geral e estou retomando o acompanhamento com a nutricionista devido à obesidade.

Meu tratamento era no SUS (ambulatório) agora vou ver se eu consigo no postinho, no postinho é mais... fácil pra mim. No SUS é mais difícil pra mim estar indo, tem que pegar ônibus, aí já fica mais difícil.

No posto me sinto bem, eles me tratam bem, tem o atendimento bom, sempre me trataram bem, não tem o que queixar não. Ah onde eu passo todo mundo cuida bem de mim.

Usuária Cluster 1 Ambulatório de Especialidades - C1AE

Hoje em dia, meu dia a dia é acordar cedo para cuidar das minhas três netas e limpar a casa, tudo sozinha. Moro na casa dos fundos da minha filha. Ela sai para trabalhar, e estamos constantemente em movimento entre as duas casas. Meus netos são adolescentes: 17, 14, 16 e 9 anos.

Gosto de caminhar, conversar com pessoas e frequentar a igreja Assembleia Casa do Leito. Trabalhei numa firma por 15 anos, lidando com tecidos e máquinas quentes. Comecei a ter reumatismo, dores nos ossos e mãos, o que me levou a procurar um médico.

Faz 18 anos que procurei tratamento e fui encaminhada para o SUS. Na época, tinha quase 40 anos e demorou uns seis meses para ser atendida. Cheguei com muitas dores, sem dormir ou comer direito, e não queria sair de casa.

Diagnosticaram-me com depressão devido às dores.

Comecei o tratamento no posto com poucos remédios, que foram ajustados até eu me estabilizar. Em 2011, perdi meu marido num acidente e tive uma forte crise, emagreci 17 quilos, sentia tontura e mal-estar. Agora, com tratamento, as crises são controladas, eu ainda tenha dificuldades para dormir as vezes. Converso com o médico sobre isso, e meu sono melhorou bastante com o ajuste dos remédios.

Eu acredito já que faz uns 18 anos que eu procurei tratamento. Procurei ajuda no posto e eles me encaminharam para o SUS.

Demorou bastantinho para eu ser atendida aqui depois que fui encaminhada, na época... eu acho uns seis meses na época.

Fiquei em acompanhamento aqui no ambulatório acho que mais de 15 anos. Vinha de e três em três meses ou de dois em dois meses.

Fui transferida para o postinho faz uns dois anos e poucos.

Aqui no SUS não da para antecipar consulta com o médico. Já até pedi mas dai só quando tem consulta já marcada para incluir. O intervalo de consulta dele passa dos seis meses porque eu tomo um remédio de pressão também, ai quando faz seis meses que venceu a receita, ahi é que eu passou com ele lá.

De cada seis meses e a gente vai só para trocar a receita. Antes, por exemplo, se estava com algum problema (problema) você explicava para o médico, ai o médico ja sabia o que fazer, as vezes passava com o psicólogo, fazia alguma coisa, mas agora não, porque só pega receita, troca receita de seis em seis meses.

Se acontece alguma coisa, precisar antecipar essa consulta, não consigo.

Então um tempo atrás quatro ou cinco meses, eu fui lá para pegar nova receita, esqueceram o remédio que é o único que me faz dormir, eles esqueceram, e eu só fui a conseguir consulta depois de cinco dias, eu indo lá falando que estou sem remédio, e ele não tem medico não tem isso não tem medico, eu fiquei mais cinco dias tentado pegar a receita para conseguir pegar de novo, que fez errado na receita não fui eu.

Já fiquei dias sem remédio sem conseguir dormir sem nada, porque eu não conseguia consulta. Isso não acontecia aqui no SUS (AE)

É, porque aqui (SUS/AE) se você viesse assim, por exemplo, *algum dia* você conseguia um encaixe para passar com o médico, ou de tarde de manhã. Lá no postinho não, é diferente.

Ehh, no começo para vir aqui no SUS (AE), eu vinha muito com minha filha, no comecinho, mas depois quando ja fui melhorando, comecei a vir sozinha eu mesmo. Vinha de ônibus

Pego um ônibus para chegar aqui. Na realidade seriam dois, só que eu paro aqui na rua de atras lá e venho por aqui caminhando.

É fácil chegar aqui de onibus. Ce anda só um pedacinho, é fácil não é difícil não.

O postinho é na rua praticamente da minha casa. No final da rua já tem o postinho

É, para mim eu achava que estava bom o tratamento aqui no SUSDava conta do que eu precisava

Por exemplo se você precisa de uma receita de alguma coisa, as vezes a gente esquece de ir lá a fazer a receita de dois em dois meses que faz a receita do remédio que eu tomo para a depressão. E você esquece um dia você fica sem o remédio porque só da remédio em dez dias. Tem que esperar dez dias para você fazer uma receita.

Há um tempo atrás, quatro ou cinco meses, eu fui lá para pegar nova receita. Eles esqueceram o remédio que é o único que me faz dormir, eles esqueceram, e eu só fui a conseguir consulta depois de cinco dias, eu indo lá falando que estou sem remédio, e ele não tem medico não tem isso não tem medico, eu fiquei mais cinco dias tentado pegar a receita para conseguir pegar de novo, que fez errado na receita não fui eu.

Ahh, eu que tenho que esperar, eu fiquei quase cinco dias para conseguir remédio, cinco dias sem dormir sem nada, dormia muito pouco uma hora por noite, e não consegui sendo que não fui eu que errei, mesmo você e quem errar, demora muito para poder conseguir encaixe.

Eu achava aqui no “SUS” (AE) melhor porque se você estava por exemplo passando alguma coisa ...eu conversava com ele e tentava dar um jeito, eu cheguei a passar por psicólogo e tudo, só que agora estando no postinho, você só vai e troca receitas, você nem conversa com médico. Eu acho que com o profissional que eu passava eu achava que ele era competente, no que ele fazia.

Cada vez que eu passo é um médico diferente. Então a gente nem consegui conversar com eles... Você chega lá e só faz receita está pronto, está bom. Pelo menos aqui (AE) você explicava o que estava acontecendo isso, isso, aquilo... Aí o médico sabia o que fazer.

Lá no posto eu não consigo conversar com o médico.

Essa troca de médico dificulta. Quando eu estava indo com uma médica angolana, aí seguia com ela, explicava. Estava com um problema sempre de anemia, eu ia lá e ela falava quando terminar este remédio você faz outro exame. Inclusive lá eu fiz, exame, faz quase dois meses, acabei de fazer exames e vou ter consulta o dia 29.

Eu indo com ela sempre com ela a gente conversava com ela, mandava fazer os exames bem direitinho, então você ia lá ela de novo para poder ver, agora você vai com um médico que não conhece seu problema, e o médico nem olha para os papeis, para falar a verdade, vai lá da receita e pronto, mas com ela era diferente. Quando a médica te acompanha, ela te conhece e entende melhor seu problema.

Quando eu comecei a acompanhar na saúde mental, foi muito difícil até conseguir o remédio certo. Até hoje eu ainda tenho dificuldade, por exemplo, têm dia que eu me sinto tão mal que não consigo sair da cama, tenho dificuldade ainda, é começa a doer tudo, joelho. Nos vários exames que fiz o resultado é artrose. Eu operei a coluna cervical eu operei... eu estou com um problema da coluna lombar também, artrite e artrose tudo, então a dificuldade que eu tenho é essa ...e por exemplo as vezes não sair da cama

Às vezes parece que tira fome, tira tudo, você não consegui comer não consegui dormir, assim eu fico cinco ou seis dias assim...

De quando eu comecei o tratamento melhorou bem que agora estou tendo menos dificuldade menos tempo de ficar deitada, antes ficava vários dias deitada não conseguia levantar, doía o joelho o tornozelo, tenho melhorado bastante, eu acho!

Aqui no SUS, eu passava antes com o neurologista, aí depois saiu o neurologista que não consegui mais passar como o neurologista, porque não tava tendo, não consegui mais até agora passar com neuro.

Passava com Neuro e Psiquiatra. Tinha dia que passava com Psicólogo hoje já não passo com psicólogo. Passava com psicólogo uma vez por semana. Isso durou uns seis meses

No posto só passo com médico!

Se têm outras atividades no posto eu não sei, porque eu participava de um grupo da terceira idade, em outro lugar lá no bairro

Faço acompanhamento até hoje para visão. Eu tenho muito pouca visão, eu operei dela vai fazendo dois anos, operei de catarata tudo, porque eu só enxergo de um olho. Eu tenho o mesmo problema nos dois olhos. Ceratocone. Eles queriam até mexer, mas falei agora não porque mexer na outra. Eu só fiz a cirurgia de catarata. Eu o único acompanhamento que eu faço, pingo colírio e uso uma lente no olho. Preciso usar uma lente porque ficou levantado, um cisto na outra córnea, então eu usou uma lente. Para proteger, uma lente curativa.

Eu compro a lente *facor.* E uma lente você põe e fica, não tira. Fica um mês e meio, dois meses, depois troca

Esse acompanhamento oftalmológico é aqui em Itatiba mas é particular.

Eu passava com o oftalmol. no SUS, mas daí estava demorando muito para decidir, como minha visão estava muito ruim para enxergar, aí eu procurei uma médica e ela.... ela fez (pagamento) em várias vezes para mim, dez vezes, daí eu operei.

Terceira idade é no bairro Vitória. É um lugar que trabalha só com pessoas da terceira idade, faz viagens, faz exercício u monte de coisa tipo um centro de convivência para idoso, com atividades. Acho que é da prefeitura!

Não sei direito, só sei que é da terceira idade.

Nunca precisei ficar internada por conta do tratamento psiquiátrico. . Teve uma vez que eu passei mal e eu fiquei umas três horas tomando medicamento na Santa Casa. Eu tinha perdido uma cunhada minha, ela tinha "demência" cerebral, estava internada, veio a falecer, aí eu comecei a passar muito mal, eu não conseguia respirar direito, parecia que estava tudo entupido as veias não conseguia respirar muita dor, aí eu fiquei umas três horas tomando calmante, fui logo para casa fiquei dois dias meio sonolenta meio, não conseguia nem saber direito onde estava, foi a única que eu passei. **O** atendimento lá foi bom, bom... fui bem atendida. Já passei na Santa Casa também e faço atendimento aqui no SUS e no postinho.

A única coisa que eu achava muito ruim quando eu vinha aqui. Era, o médico ja chegava, por exemplo ele falava para você estar aqui a uma hora, ele ia chagar quase quatro horas,

Chegou a ver uma vez que eu sai daqui que estava tudo fechado. Marcava assim por exemplo, pessoal da uma, das duas e das três por exemplo, só que dai ia chegar no horário que era das pessoas das três da tarde. E aí quando ele chegava ficava conversando quando ia sair estava tudo fechado já. Era o único que achava rui de mais

USUÁRIA CLUSTER 02 CAPSII – C2CAPSII

Bom trabalhar eu não trabalho, de manhã eu não faço muita coisa. Tomo um café e faço uma atividade física, faço minha meditação, faço em casa mesmo uma musculação - tem o halteres tem umas coisas em casa e eu pratico. E aí quando eu não vou no CAPS eu tô em casa e fico jogando videogame usando a internet no computador. Fico bastante na internet mesmo. Ajudo também nas coisas da casa, na cozinha, ajudo minha mãe limpar a casa lavar uma louça. Já trabalhei também trabalhava de vendedor em loja de computação. Faz uns 10 anos que eu parei de trabalhar agora eu tô com 39 anos parei com os 29 de trabalhar.

Eu gosto de jogar futebol meu jogo ainda aqui no CAPS mesmo. Tem um pessoal que joga e o Tiago psicólogo do CAPS tava organizando aí para gente voltar a jogar né.. A gente jogava antes da pandemia jogava uma vez por semana o pessoal. No bairro também tem um time de futebol lá. Às vezes eu jogo com as pessoas que que moram perto da quadra que aparecem lá para jogar aí monta o time na hora e joga.

Bom eu não percebi que precisava de ajuda com a saúde mental né? A pessoas perceberam que eu não estava bem e aí me encaminharam para tratamento no CAPS e antes de vir para o CAPS eu passei por uma internação. O médico psiquiatra que atendia minha mãe no convenio, passou a me atender também, que indicou o CAPS.

Eu só passava com ele, não passava no postinho não.

Então eu comecei o tratamento no convênio e depois eu vim para o CAPS.

Quando eu comecei a fazer acompanhamento com o Dr Altino eu “tava” muito isolado mesmo, sem vontade de fazer as coisas, ficava em casa só e não saía para nada. O

pensamento não era dos melhores, pensamento ruim, um pensamento que chegava até me prejudicar de certa forma, não era saudável a gente ser responsável por aquilo que a gente pensa né? O Dr Altino, naquele momento, me encaminhou para internação eu fiquei um mês internado na Fazenda Palmeiras e aí de lá eu vim para aqui (CAPSII). Fazenda Palmeiras fica em Bragança Paulista. Já uns 12 anos que eu faço acompanhamento aqui no CAPS.

Já fiquei internado no Hospício.... Eu acho que eu não precisava ser internado não. Fui muito maltratado lá passei uma situação de muita dificuldade sofri uma certa violência psicológica então nem se fale não me senti bem não internado. Achei que esse tipo de tratamento não funciona, não resolve. Tem muitos pacientes aí que não precisaram ser internado e eu nem estava tão doido assim, ninguém me falou porque que eu precisava de internação.

Além do CAPS não teve nenhum outro lugar que me ajudou. Faço acompanhamento aqui no Caps para esquizofrenia.

Eu vim aqui no CAPS umas duas vezes por semana eu venho aqui e participo da terapia ocupacional qual Iara participa da horta meus artesanatos pintar e tal e me faz bem.

Chegar aqui é tranquilo e para chegar no Centro de Saúde o Centro de Saúde perto de casa o Centro de Saúde pé também é na rua de casa... mas não passo lá não... nunca passei lá até a vacina eu tomei no SUS. Preciso ir no postinho ver como que tá a minha carteira de vacinação é perto de casa só descer a rua no lado é o CAPS do outro lado eu posto tudo perto de casa dentro de 3 minutos tô no CAPS no Centro de Saúde

CAPS a é um serviço adequado né para a gente fazer acompanhamento psiquiátrico e psicológico de terapia ocupacional é um cuidado adequado.

Acho que podia ter mais funcionários, mais uma terapeuta ocupacional para dar conta de todos os pacientes. São vários usuários que faz acompanhamento aqui.

Os Profissionais de Saúde daqui são bem preparados né? Eu sinto que eu sou bem cuidado aqui.

O que mudou desde que eu comecei o tratamento é a pergunta que não quer calar.. Eu acho que eu continuo o mesmo, só mais velho. Mas eu continuo mesmo acho que eu não mudei, só tô mais velho. O tratamento ajudou um pouco no aspecto emocional psicológico o CAPS dá uma grande ajuda... eu durmo bem, me alimento bem... Melhorou na convivência com as pessoas melhorou. Antes eu evitava muito as pessoas, agora eu me aproximo mais das pessoas, sou mais aberto... tem melhorado.

Até tentei trabalhar trabalhei com um pintor fez os bicos eu penso em trabalhar eu acho que ainda não é hora de eu parar de trabalhar eu tenho disposição capacidade acho que eu ainda posso continuar trabalhando sim. Eu recebo benefício mas eu consigo acho que ainda fazendo uns bicos com pintor que nem de pintura é um serviço que normalmente não é registrado tem bastante conhecido nessa área

Além do CAPS, SUS e Postinho eu não conheço mais nenhum serviço em Itatiba

Nunca precisei passar no postinho não. Além do CAPS uma coisa que me ajuda muito é meu cachorro né? Cuido dele há muito tempo.. cuidar de cachorro acho que ajuda a gente também.

Usuário Cluster 02 CAPSad -C2CAPSad

Eu sou encarregado de obras da prefeitura, meu trabalho é muito corrido. Tinha uma rotina bem tranquila antes, agora está uma bagunça. Meu telefone está sempre disponível para o trabalho, tenho que ir trabalhar sempre que me chamam, não importa a hora do dia. Faço parte da administração da prefeitura municipal. Tenho uma filha, uma esposa, tenho tempo pra elas e pra minha casa, gosto, adoro ficar na minha casa, antes não acontecia isso, mas agora acontece e gosto disso.

Então, todo dia de manhã eu vou a academia, vou no primeiro período, antes de fazer qualquer coisa eu vou pra academia. Nos finais de semana dedico a ficar com minha menina. Se eu não vou trabalhar é da minha filha, ela adora ficar grude comigo né? Fico em casa com ela, vou no clube, ou viajamos. Estamos sempre juntos, eu, ela e minha esposa.

Durante a adolescência, tive um contato muito forte com o álcool, o que parecia normal para mim na época. Com o tempo, isso se intensificou e comecei a ter problemas de tireoide, que ainda não haviam sido diagnosticados. A combinação de tireoide descompensada e bebida fez com que eu perdesse cinquenta quilos. Também usei drogas ilícitas, especificamente crack, além de álcool e cigarro. Parei de fumar e beber há doze anos. Quando decido parar com algo, não volto atrás, então beber para mim já era coisa do passado e não seria uma válvula de escape para resolver meus problemas.

Eu acabei usando droga, usando o crack. Eu gosto de dar nome, porque negocinho de nada fez um regaço na minha vida.

E daí como eu já tinha parado de beber e quando eu parei de beber eu precisei de ajuda, tinha um grupo fechado na prefeitura que era lá dentro no SUS (AE), e nós fomos lá e resolveu, daí eu vim pra cá, mas só que o crack mais difícil, foi mais difícil.

O uso do crack foi menor na minha vida, mas sair dele foi bem mais difícil. Entre idas e vindas, acabei me internando no Desafio Jovem, uma comunidade terapêutica com base na Bíblia e na metodologia da igreja Batista. Fiquei lá por dois meses, o que ajudou a quebrar o ciclo.

Decidi parar de beber há doze anos, com ajuda de um grupo interno no SUS, específico para funcionários da prefeitura. Tive recaídas e momentos complicados, mas sabia que precisava de ajuda. Em 2018, busquei tratamento no CAPSad, embora tivesse recaídas no caminho. Mas foram acontecendo coisas pra me mostrar que eu precisava por um ponto final mesmo nessa situação. E daí eu fui pro Desafio Jovem. Fiquei dois meses lá, depois voltei pro CAPS, fiquei mais um tempo aqui. Fiquei internado uma vez só.

Retomei o trabalho e o tratamento, participando dos grupos de acompanhamento até pouco antes da pandemia.

Agora, apesar de não conseguir frequentar o CAPSad regularmente, sei que ainda posso contar com eles se precisar. Continuo a mesma pessoa e sigo levando minha vida.

Ah, eu sou usuário compulsivo. Sou assim! Sou compulsivo não só com bebida e com drogas, mas também com outras coisas. Estou me cuidando para evitar compulsão por compras (risos). Lógico, ¨tô conseguindo pagar tudo que eu compro. M eu sei que a minha compulsividade existe então eu preciso tomar cuidado.

Saber disso já é um, um escudo né, uma defesa.

Vinha sozinho no CAPSad

Não moro perto necessariamente...

Eu vinha de bicicleta, eu não tenho problema de andar de bicicleta, então eu adoro andar de bicicleta, setenta, oitenta quilômetros de bicicleta não tem problema pra mim (risos).

Não era difícil chegar aqui, mas nada facilitava" vir, tinha vezes que nem querer vim eu queria, mas eu tinha que vim.

O dependente químico na minha visão, ele precisa de colo mesmo né, só que assim precisa ter uns "chutes na bunda" também de vez em quando. E quando eu "tava" aqui, o coordenador era X, e X sabia fazer isso muito, muito bem feito sabe? Ele estendia a mão como amigo sempre, mas falava assim: "Ô, o mundo é seu cara, não é meu não, se vira ai!", né. Não sei como tá o tratamento hoje né, como estão, os profissionais que tão, logico, são profissionais, né, é... Mas no meu tratamento na época foi muito válido isso pra mim...

Ah, eu, é difícil, eu sei que, como a prefeitura funciona, então, é difícil pra mim falar que tal coisa poderia melhorar; pois eu sei que não vem dinheiro também, aí não tem como. Ah, eu acho que na medida do possível tá atendendo bem.

Eu acho que pelos resultados que eu já vi, ajudar uma vida já é muito né.

Então, o serviço tá sendo válido. Os profissionais também me atenderam bem.

Desde que comecei o tratamento, minha vida mudou completamente, mudou da água pro vinho. Antes, eu era um funcionário perseguido na prefeitura por meu potencial, e isso me fazia muito mal. Para lidar com essa situação, cheguei a usar drogas, mas não adiantou. Meu trabalho era simples, sem gratificações ou horas extras, e eu recebia o mínimo possível. Em casa, eu quase não conversava e não gostava de ficar lá.

Agora, tudo mudou. Comecei uma empresa no início do tratamento, que cresceu muito. Alugo equipamentos para festas, mas não participo, apenas vejo tudo e bebo água.

Já não sinto necessidade de beber ou fumar, algo que só lembro quando converso com alguém sobre o assunto. Sinto-me privilegiado por ter percebido a tempo que precisava de ajuda. Eu achei que estive no fundo do poço, mas eu sei que é muito mais fundo, né? Nunca mendiguei drogas nem vendi minhas coisas para sustentar o vício. Procurei ajuda e consegui mudar minha vida antes que as coisas piorassem.

É, eu me vejo privilegiado, porque eu não tive perdas materiais, eu não, eu não ficava mendigando drogas, eu usava tudo que eu tinha no bolso, acabou, tchau.

Me sinto privilegiado por ter conseguido ver antecipadamente isso aí e ter procurado ajuda....nesse, nesse sentido.

De serviços de saúde aqui em Itatiba… Ah, eu ¨tô" direto no ortopedista, direto eu tô, só que é tudo particular né. Eu tenho, tenho convenio.

No posto de saúde não vou… Difícil, muito difícil deu ir.

Quando comecei a fazer o tratamento de saúde mental já tinha convênio.

Tanto é que que o psiquiatra eu não passava por aqui, pra tentar deixar mais a rede mais a... agenda dele mais aberta mais, disponível pra outras pessoas irem, passava ao lado do consultório dele.

Era o mesmo psiquiatra do CAPS, mas pelo convênio...

Pra tentar aliviar ele aqui.

Usuário Cluster 2 Ambulatório de Especialidades - C2AE

Bom, no meu dia-a-diaeu tento fazer alguma coisa, que não há perigo né, de eu me machucar. Vai que acontece de cair. Lavar louça não, só coisa que eu tenho certeza que não vou cair e machucar. Às vezes fico olhando o abençoado. Abençoado é meu filho. Agora tá dando trabalho, porque quandoera pequeno não dava. Eu gosto de mexer no computador, brincar um pouco com ele (filho) mas agora tá ficando meio chatinho agora não quer nem saber do pai. Gosto de fazer ele dar risada. As vezes quando ele percebe que eu vou passar mal ele vem me agradar, ele me dá a mão, ele fica passando a mão, fazendo carinho né?

Eu percebi que precisava de tratamento quando eu comecei a trabalhar. Eu trabalhava aqui no Extra, trabalhava nos frios, aí eu acordei estava no hospital.

Não percebi que estava mal, eu não percebia nada. Acordei estava no hospital. Aí passou um tempo e mandaram eu ir embora não sei se foi por causa disso.

Não consegui passar no período de experiência em três fábricas. Voltei a trabalhar em mercados e depois no shopping Dom Pedro, onde um encarregado me levou para lá. Um dia, acordei no hospital após um ano trabalhando lá. Fui levado de volta para casa em Campinas. Fiz uma entrevista em Serra Negra para ser cobrador de ônibus em Itatiba, mas novamente acordei já em Itatiba. Durante as crises, me sentia mal, mas depois melhorava.

No hospital falaram que deu uma crise epiléptica aí eu fui trabalhar nas fábricas, e nas fábricas, eu não sei o que acontecia, não sei se eu perdi o sentido.Quando vira o tempo é três dias antes e três dias depois, é três dias em seguida eu fico mal ... A boca começa a colar eu já sei que vou passar mal, às vezes já começo a ficar tremendo.Não sentia nada, simplesmente apagava. Quando eu tive a primeira crise aí minha mãe foi atras de tratamento. Aí passei pela triagem como Dr. Carlos aqui no SUS (AE), aí ele já passou como Dr. Paulo.

Aí comecei a fazer tratamento aqui com doutor Paulo ele é neurologista. Eles me avaliaram com crise epiléptica. Me passaram remédio e mandaram pra Unicamp. Fui para um ambulatório, passar com médico. Ele falou assim para mim "você fala com seu médico, que os remédios que ele tá dando não tá se encaixando, tem muitas pessoas com problemas bem pior que o seu" aí eu falei com o médico aqui e aí ele falou assim "mas quem é seu médico? eu ou ele?"

Mas esse aí morreu, esse aí é o doutor Paulo. Depois veio o Dr Paulo Queiroz aí ele mudou os remédios, mas que também, continuava sentido, é só virar o tempo acontece.

Agora as crises estão diferente, não sei se é por conta do remédio que a doutora Ana Paula mudou, ela tirou todos os remédios, aí eu tô começando a passar com psiquiatra, começar a tratar depressão.

Eu comecei a passar com um psicólogo e depois com um psiquiatra, que inicialmente me receitou clonazepam, mas a doutora trocou o remédio por causa dos efeitos na memória. Agora tomo levozine para dormir, além de amitriptilina, que passou de 1 para 6 comprimidos (3 de manhã e 3 à tarde), porque sem eles não consigo dormir. Já passei por vários médicos, incluindo o Dr. Carlos, Dr. Paulo, e agora a Dra. Paula, que ajustou os remédios. Também tomo Clobazam e Lamotrigina.

A amitriptilina me faz ganhar peso, o que piorou minha depressão quando fui chamado de gordo. Inicialmente, meu tratamento era para epilepsia, mas agora também é para depressão. No hospital de Jundiaí, disseram que os remédios que eu estava tomando eram antigos. A Dra. Paula ajustou minhas medicações, incluindo Depakene, que aumentou de 8 para doses maiores. Sinto que os novos remédios estão funcionando melhor, embora ainda sinta alguns efeitos colaterais.
Tem familiar que tem vergonha da gente, só liga quando precisa, ou pra avisar que morreu alguém. É que a gente sente até hoje né, se sente mal com isso
Desde quando a gente casou, não podia ter filho, depois de 10 anos, apareceu a benção (filho). A minha esposa teve alguns probleminhas, aí juntou com os meus. Tive esclerose temporal, a mão direita não mexia e tem vez que dá dor de cabeça. A Dra. falou que vai doer, mas teve um dia que doeu tanto que parecia que ia rachar, quebrar a cabeça.Eu fui parar aonde? Na Santa Casa! Fui na santa casa e encaminharam para o hospital de Jundiaí...
Para vir aqui no SUS ou a esposa me traz, as vezes minha sobrinha traz, ou a minha irmã traz ou eu venho de uber.
Bem, na última, vez que eu vim (no AE), por causa de 5 minutos a moça falou: "você perdeu sua consulta" deu vontade de falar pra ela "minha filha, eu não tenho... eu não tenho como chegar na hora certinha" ela falou "você tem 15 minutos de tolerância, você passou 5 minuto, você perdeu a consulta"
Não pode atrasar 5, mas você pode esperar 1 hora, 2 horas para ser atendido..
Porque com a Dra. Ana Paula, a consulta não é na hora, eles marcam muita gente junto no mesmo horário, ela chega mais tarde e vai atendendo.
Para remarcar consulta você deixa um papel aqui e depois de 4 ou 5 meses, eles vão ligar para te chamar. Agora eu perdi a consulta, como eu uso remédio... aquele lá, que pega na farmácia de alto custo, a moça falou "você vai precisar do papel da Ana Paula" eu falei "ah, mas eu não tenho como pegar esse papel" eu falei e a moça falou "então você vai lá, pega o prontuário, traz aqui e eles vão ter que dar um jeito". Falei, por causa de 5 minutos? Fui barrado, mas a gente vai aí, fica esperando horas e horas..
Sim! Foi 5 minutos somente. É que eu tava calmo porque acho que eu tava meio avoado, porque se não eu ia ter discutido com a moça. Eu falei "tudo bem" mas ai agora vai ter que dar um jeito no remédio que é de alto custo.
Aqui (AE) tem, tem bastante gente educada, mas tem uns "cavalinhos" tem umas "cavalinhas" aí também...que eu já cheguei a brigar com umas aí.
Atualmente passo com o neuro, com o psiquiatra, e psicóloga
Psicólogo agora é uma vez no mês, agora dia 20.
Não tem uma frequência certa entre um atendimento e outro, fica mais a critério dele né, quando eles marcam mesmo... Ás vezes é um mês, um mês e meio ...

Acho que depois que mudou para a Dra. Ana Paula e os remédios dela, eu to sentindo um pouco mais melhor... É só o horário mesmo que está difícil... não posso perder a consulta por causa de 5 minuto de 3 em 3 meses.
Teve uma vez que eu passei com um psiquiatra aqui, eu sempre passo como Dr. Altino, aí me passaram com outro médico, aí eu olhei na cara dele, ele olhou na minha, aí ele falou "o que você tem para me dizer?" porque o Dr. Altino me tratava há 10 anos na época. Aí eu disse "não tenho para dizer nada" daí eu falei para a Dra: "Dra, eu com esse médico aí vamos acabar brigando" daí a Dra fez uma carta voltando o atendimento com o Altino, porque esse outro lá, a gente não ia dar certo.
Desde que eu comecei o tratamento mudou bastante coisa.
Ah, depois que mudou os médicos, que foi mudando os remédios... Se eu tivesse com aqueles remédios do jeito que tava, tava tomando 8 comprimidos por dia, eu não tava aguentando mais de dor de estômago, aí depois que a Dra. mudou os médicos e os remédios.. aí melhorou bastante.
Melhorou que estou sentindo menos menos convulsão, dá pra viver um pouco mais... um pouquinho melhor.
A minha vida é: ficar dentro de casa, se eu sei que vai virar o tempo, e eu começo minha boca a colar eu nem no portão saio, parece uma vida de limitações. Uma semana você pode sair, e na outra semana você não pode. Deixo avisado em casa: caso alguém for chamar, você fala "não, não tô bem, tô deitado" nem falo "ai, tá ocupado".
Eu fico atento às mudanças de lua, porque noto que me sinto mal três dias antes e três dias depois. Comentei isso com o Dr. Paulo, que brincou dizendo que eu era "homem da lua". Quando falei para a Dra. Ana Paula, ela inicialmente disse que era coisa da minha cabeça. Ela pediu que eu marcasse os dias em que me sentia mal, e quando comparei com as fases da lua, coincidiram. Ela ficou quieta depois disso.

Dr. Paulo sugeriu que eu fizesse uma palestra sobre esse "negócio da lua", mas ele saiu e a Dra. Ana Paula assumiu, mudando meus remédios, o que trouxe alguma melhora.
O psicólogo, o psiquiatra são bom, porque eu já passei por vários né, é que aqui muda muito, quando a gente acostuma com o médico, parece que o médico vai embora, aí agora eu tenho que começar do zero de novo, e aí vai começar do zero de novo. Tem outra coisa também, no meu caso eu preciso de acompanhante, e aí muitas vezes minha mulher é barrada lá fora e não pode me acompanhar. E tem uma funcionária que não vai com a minha cara, teve uma vez que a gente discutiu por causa de barrar minha esposa.Ela não deixou ela (esposa) entrar. Isso podia melhorar porque no meu caso, sinto melhor quando a minha esposa ou a mãe estão por perto, elas sabem me ajudar quando passo mal.
Fiquei internado na Santa Casa por causa de uma dor de cabeça tão intensa que me deram morfina, mas depois diagnosticaram esclerose. Na Unicamp também me deram morfina. Tive outra experiência ruim lá quando fui fazer uma lavagem, e a enfermeira foi bastante insensível. Também na Santa Casa, durante uma crise de dor de cabeça, a equipe inicialmente achou que era enxaqueca por causa da luz, mas minha sobrinha insistiu e me levaram ao médico que acabou dando morfina. Apesar disso, ainda me liberaram com dor. Minha sobrinha então me levou ao Paulo Sacramento, onde o médico só me liberou após a dor ser controlada.
Aqui em Itatiba eu passo só aqui (AE), no alto custo, psicólogo, psiquiatra e a neuro. Também passo no no postinho, mas lá é uma tristeza. O postinho parece que é um hospital mas é tudo desorganizado. Eu só deixo a receita do remédio porque não dá pra pegar no ambulatório. Tem a consulta com o clínico, faço exame de sangue. Esses tempo fiz exame e não seio que deu que precisei passar na nutricionista. Aquela “filha da mãe” falou que eu tava gordo, deu vontade de dar um tapa na cara dela. Aí eu passei na

nutricionista, aí a nutricionista falou os remédios ajudam a engordar a engordar. Aì eu falei como Dr. Altino né. A nutricionista passou regime mas eu não estou conseguindo fazer. Parece que quando vais vai dar as crises a fome agrava. Mas é que eu não gosto muito de comer essas frutas, verduras não. Banana eu não posso comer.Comi 07 bananas aí fui parar na Santa Casa, tive que fazer lavagem.
Ah, eu não sinto bem no postinhocomo fica no meu bairro e minha vizinha trabalha lá, certez que vai puxar minha ficha e vai ver o que eu tenho. É uma preocupação minha, porque por exemplo, o bairro inteiro vai saber que eu tenho problema né. A cidade inteira. Orientam a pegar o remédio lá mas na hora que vai pegar, o bairro inteiro vê, então eu falo "vai pegar você, leva uma sacola grande aí". De vez em quando meu filho vai buscar, quando pergunta, ele fala que é pra ele. Minha vida é um pouco escondida né. Aí se eu passar mal na rua. o bairro inteiro fica sabendo. Quando aconteceu aqui no mercado, a maioria que viu e veio me perguntar, "tá trabalhando?" Eu disse que estava trabalhando, só que eu já tô aposentado. Acho que o preconceito não é bem em relação ao tratamento, masé que eu acho que as pessoas vão me deixar mais de lado. Já estou de lado né. Falam por trás de mim, tipo um preconceito que eu sinto. Tem uma vizinha, que que ela teve uma crise e ela ficou internada. Ela foi pra um hospital de louco, e ela tem problema, só que ela demonstra o problema. Eu tenho que esconder, ela chega perto da gente e fica piscando. Até os filhos dela mesmo tiram sarro dela. Uma vez um vizinho falou que remédio de louco é pra quem é louco.
Não sei se eles falam mal de mim, porque ninguém sabe que faço tratamento com psiquiatra. Só quem sabe é o pessoal do postinho, se ela não abriu a boca pro bairro inteiro.

Usuário Cluster 3 CAPSII - C3CAPSII

Umas duas vezes por semana eu gosto de caminhar né? Mas o que eu gosto de fazer mesmo é dormir! É que eu tomo remédio então é muito sono né? Então eu fico mais bem deitado né... muito mal estar né? No final de semana também não faço nada não né?

Então foi assim eu comecei a suspeitar que eu “tava” com depressão. Falei assim: “acho que eu “tô” com depressão! Eu ficava muito mal, não queria trabalhar mais, não queria comer, “tava” muito ruim mesmo. Aí eu falei: a mãe acha que eu “tô” com depressão? “Então foi assim eu comecei a suspeitar que eu “tava” com depressão. Falei assim: “acho que eu “tô” com depressão! Eu ficava muito mal, não queria trabalhar mais, não queria comer, “tava” muito ruim mesmo.(...)

Aí eu vim aqui no CAPS passei com Dr Carlos e aí ele descobriu que eu “tava” com esquizofrenia. Ah mas foi difícil chegar até aqui.

Foi meu pai que foi sozinho lá la no SUS (AE) e procurou ajuda, ninguém me encaminhou para o CAPS não. O recepicionista falou para procurar o CAPS, para explicar o que estava acontecendo. Foi aí que descobri onde ir, demorou quase um ano para descobrir que tinha que tratar no CAPS.

Demorou quase um ano para chegar aqui e começar o tratamento porque eu comecei a sentir os sintomas e eu não sabia o que que era. Eu “tava” trabalhando e “tava” ouvindo vozes, vendo vultos, um mal estar terrível que eu não conseguia nem parar em pé. Aí comecei a suspeitar será que isso é sintoma de depressão? Não sabia que era esquizofrenia né? Falei para o meu pai: acho que é depressão. Ninguém sabia onde tratava depressão,

não tinha essa noção. Mas foi difícil para mim nossa não sabia que eu tinha, não sabe especificar. Eu eu sofri bastante!

Quando eu comecei o tratamento acho que eu tinha 21 anos, agora eu "tô" com 34. Foi há 13 anos atrás. Vim direto para cá (CAPS). Aqui faço acompanhamento para esquizofrenia.

Mas foi bem difícil para mim. Para mim ter que aceitar uma doença nova. Para quem tá doente é muito difícil de aceitar

Eu acho que eles tinham que divulgar mais falar o que que é o CAPS o que que ele representa na cidade, eu acho isso. Eu convivo com várias pessoas que nem sabem que existe o CAPS, muitas pessoas que eu converso, perguntam onde eu faço o tratamento aí eu respondo: "eu faço tratamento no CAPS" e eles nem sabem que existe o CAPS. Então acho que seria bom uma divulgação geral na cidade como que funciona, o que que o CAPS faz.

Ah foi tudo novo para mim né porque eu não tinha noção né? Nem sabia o que era o CAPS né?

Aí eu vim aqui comecei fazer uns trabalhos, interagir com as pessoas... Aí tinha o futebol aqui né? Eu jogava futebol, tinha terapeuta ocupacional com quem fazia uns trabalhos de pintura, e alguns ouros trabalhos e aí eu comecei a melhorar.

Ah eu venho aqui antes da pandemia vinha duas três vezes por semana né depois agora não pode né? Não pode ficar vindo para cá. Mas eu vim aqui almoçava, fazia um trabalho aí com a Uiara, fazia mandalas.

Eu também passo por atendimento médico a cada 3 meses, pego meu remédio também uma vez por mês aqui no CAPS mesmo que eu pego o remédio. A médica trocou alguns remédios agora né para ver como eu vou reagir tá em teste ainda né eu tomava respiridona agora eu "tô" com olanzapina e Fluoxetina. Ela trocou né porque "tava" dando muita tremor em mim. Agora eu não sei se ela vai trocar de novo ou não. Tem que observando né explicar para ela né?

Ah aqui no CAPS eu me sinto acolhido né? As pessoas são legais né, e qualquer dúvida eu tiro as dúvidas com a Cleide né? Antes tinha o Gilberto né e eu conversava bastante para com o Gilberto e agora ele aposentou né?

Eu acho bacana que eles dão bastante atenção para gente né? Eles tem bastante experiência né? Então a experiência deles me ajuda bastante passar com psicólogo, com terapeuta ocupacional me ajudam bastante. Eles são bons profissionais.

Só a pandemia que está atrapalhando né? Parou as atividades...

Acho que devia divulgar mais o CAPS, fazer um folheto, levar em todas as casas.

Eu acho isso... As pessoas que convívio nem sabe existe CAPS. Muitas pessoas que converso, pergunta: Onde você faz tratamento? Faço no CAPS e eles nem sabem que existe CAPS... Então acho que seria bom divulgar o que é, o que faz?

Não acho que é difícil chegar aqui não. Normalmente eu venho a pé da minha casa para o CAPS, minha casa fica a 45 minutos, aí já faço uma caminhada. Exercício né? São 40 minutos para vir 40 minutos para voltar e eu venho sozinho...

O que mudou na minha vida é que eu parei de trabalhar né? Para poder fazer o tratamento. Eu trabalhava de balconista de restaurante e eu ficava muito mal não conseguia nem ficar de pé. Muito ruim horrível. Mas o que mudou para mim foi ... Eu fiquei muito chateado quando eu soube que eu estava com esquizofrenia e agora eu tenho que tomar remédio para o resto da vida né? Para sempre vou ter que tomar remédio né... e é uma rotina meio diferente né, porque o remédio também tem seus efeitos colaterais né? E às vezes também atrapalha a vida. A vida normal da gente né? O que o remédio atrapalha é que a gente tem que ter muita responsabilidade de ficar tomando essa medicação certinho né? Não pode esquecer e o remédio dá sono também. Deixa a gente lerda, deixa a gente mais desatencioso né? Fica bem viajando mesmo e é perigoso até dirigir carro. O moço do INSS, ele falou que não é para eu dirigir carro... Eu "tava" recebendo auxílio-doença sabe? Mas agora eu já estou aposentado, consegui aposentar esse ano. Recebi três anos de auxílio doença e depois cortaram. Aí eu fiquei um ano e seis meses mais ou menos sem benefício. E aí agora eu aposentei e comecei a receber de novo.

Nunca cheguei a não fiquei internado não, mas já fiquei muito mal mesmo.

Teve um dia, se eu falar para você... Eu saí de cueca na rua, saí quase pelado na rua. Eu "tava" muito mal. As vozes falavam: "tira a roupa e sai da rua!" Aí eu obedeci as vozes. Tirei a roupa e sai na rua. Aí meu pai foi atrás de mim, tudo... Disse: "não moleque vem para cá! Onde você tá com a cabeça?" Aí eu saí da rua e fui para dentro de casa, mas eu "tava" desorientado da cabeça né?

Perdi a noção do que a realidade ...É muita confusão mental né? Eu fico vendo ouro na terra sabe? Como se tivesse ouro no chão... o chão tremendo... Isso atrapalha a vida normal né ? Porque a minha mente fica pensando direto né? Isso me atrapalha né? Me atrapalha bastante! Isso melhorou um pouco, mas ainda tenho sintomas que me incomodam.

Uma vez eu precisei ir na Santa Casa. Eu já até fazia acompanhamento no CAPS, mas eu acabei passando no postinho e aí eles mandaram eu para Santa Casa. Nesse dia eu "tava" sentindo muita aflição e muita ansiedade. Aí, eu fui no hospital e falei estou sentindo muita aflição. Aí a moça perguntou se eu fazia tratamento e para quê. Aí eu disse para ela faz tratamento para esquizofrenia. Aí a moça disse, então volta lá no seu médico de esquizofrenia que pode ser por causa o remédio ou pode ser o tratamento. Eu "tava" sentindo muita ansiedade...

Ah o postinho sabe que eu faço acompanhamento no CAPS sim. Eles olham lá no prontuário todas as doenças que a gente tem né? Então eles sabem sim.

Não conheço e nem passei em outro serviço de saúde. Eu conheço e passo aqui no CAPS, no postinho e na santa casa mesmo.

Então, no postinho às vezes eu passo. Mas não faço acompanhamento médico. Eles falam para continuar fazendo o tratamento com seu médico, tomando remédio que o médico do CAPS passou. Passei lá no postinho porque eu "tava" com infecção urinária. Eu faço exames para a saúde aqui no CAPS mesmo. O colesterol "tava" um pouquinho alto, mas agora não "tô" mais. Eu "tava" comendo muita fritura né, mas é agora deu normal.

Faz tempo última vez que eu passei no postinho, faz 6 anos já. Faz tempo! Eu vou porque é perto de casa né já fui orientado qualquer coisa passar no postinho

O atendimento no postinho é bom, mas demora um pouco tem que marcar agenda, demora um pouco, uns 15 dias.

Usuário Cluster 3 CAPSad - C3 CAPSad

Eu...eu tô aposentado por...por idade, né?
Se eu fala pro "cê" tudo que já trabalhei, tudo o que eu já fiz... Difícil explicar.
Já carpi de enxada nesse terrenão inteiro ai ó. Cortei de machado, cortei de enxada, enxadão, já fiz de tudo, entende. Hoje eu não mexo mais né. Aposentei por idade mesmo, porque na época não dava pra eu aposentar por tempo de serviço, daí... aquela moça que trabalha lá na agência do INSS arrumou essa aposentadoria pra mim.
Eu tive que ir pra Bragança, para conseguir a aposentadoria. Eu sou daqui, só que eu fui encostado pelo banco lá.
Meu dia a dia e assim, eu ajudo o moço aqui do terreno. Logo cedo ajudo a tratar das criação, depois ele sai eu saio "tamém". Vou no bar "tomar uma"A i eu volto, fico aqui. Agora fico a tarde inteira aqui. Que essa ai é a parte que a gente fala assim: é que a gente toca o barco, entende, que se a gente pudesse trabalhar, tivesse lugar pro "cê"...dizer assim... plantar um pé de couve, um pé de milho, uma coisa ou outra né? Mas não tem! Aí é pasto, pra cá é pasto, vai plantar o que no meio de "guanxumeiro" que tem aqui? Não tem onde "cê" plantar nada!
Hoje mesmo, eu converso com várias pessoas e falo pra eles olharem essa área: daquela capela até o fim do terreno, que agora é um depósito de carro, era tudo cafezal. Quando eu tinha nove anos, eu puxava tudo isso na enxada. Meu barraco fica lá embaixo, perto de onde eu moro, mas trabalho aqui em cima. Fico mais aqui porque minha filha diz que preciso atender as pessoas no portão, o que é um problema.
Eu falo pra eles que se começassem a trabalhar na enxada como eu trabalhei, seria difícil para eles hoje. Mostro minha mão, que hoje não tem calo, mas antes era cheia de calo de carpir café com meu pai. Comecei a beber com dezessete anos. Já tinha parado, fazendo tratamento com o doutor Altino, mas depois voltei a beber.
Vi que precisava de ajuda quando eu cai lá no CAPS. Ah, acho que já tem uns quatro anos já ou mais.Mais ou menos. Não, antes de passar no CAPS não precisava de ajuda, entende, porque... a gente não corria atras de médico, entende. Eu só fui correr atras de médico mesmo quando eu tava no CAPS. Quem falou para eu ir no CAPS foi filha minha. Ela conhecia o lugar lá e ai me levou direto pra lá. Só que eles ficaram meio cabreiro comigo porque eu tava começando a ficar meio...é... como que diz, meio perdido já né, na cachaça que eu tava, ai que ela resolveu levar eu pra lá. Aí, levou eu pra lá, eu ia todo dia cedo, ia todo dia cedo no CAPS, vinha embora de tarde, depois com os medicamentos dali, tudo, foi endireitando, ai eu comecei a trabalhar lá dentro, "tá" entendendo...
Eu trabalhei até lá dentro do CAPS, a gente só não fazia comida porque a comida já vinha de fora né.
Já vinha pronta. Eu fazia café, eu fazia um pãozinho com manteiga, uma coisa ou outra pra turma, era normal, ne. Era parte da manhã, a parte da tarde, né. Porque o almoço já vinha tudo pronto né, então não precisava a gente mexer com aquilo. A gente viveu com esse tipo de modo de viver.
No postinho, aqui é.... no Engenho D'agua. Passei uma vez só. Antes de ir para o CAPS
Não falei da bebida. Ninguém fez pergunta, nem nada né, então a gente não... não conta história tamém, né? Se eu comecei beber com dezessete anos, "cê" veja bem o quanto tempo que eu to sofrendo. Então não é fácil hoje, pra gente contar a história.Talvez, se tivesse ajuda antes podia ser melhor né? Fiz acompanhamento lá no CAPS por conta da bebida e teve época que ia todo dia lá CAPS.
Eu ia de ônibus até na cidade né, podia pegar dois ônibus, mas eu não pegava, daí eu descia ali no terminal ali, na pracinha ali, dali eu ia a pé.

Eu sempre andei assim. É longe... Ah, dali até lá embaixo da mais ou menos uns quarenta minutos. A distância não atrapalha não. Ainda bem.
Não, isso não atrapalha nada.
Não...não tem nada que atrapalhe eu de ir no CAPS não.
Não, porque pra mim chegar no CAPS é fácil, entendeu?
Tenho que saber a hora só que eu tenho que ir porque, o doutor Altino, se cai com o doutor Altino, os dias dele, né.
Gosto de passar com o doutor Altino.
Dou bem com ele
Quem mais me atende ali é ele.
Tem uma médica que atende lá também, mas eu passei acho que uma vez ou duas com ela só.
Ah, no CAPS pra mim não tem nada para melhorar. "Tá" bom do jeito que tá. Pra mim tá, entende. Porque doutor Altino é um bom médico, né. Ele é uma boa pessoa.
Agora, os funcionários que trabalham lá dentro, todos eles entram sete e meia, oito horas da manhã, quatro horas vai embora, né. Então a gente trabalhou junto, a gente cozinhou junto, entende. Esse faz parte da vida da gente.
Às vezes, não concordo muito é com os remédios que ele dá e tudo essas coisas que é pra, pro cara parar de beber...esses remédios, não funciona, entendeu? Esses remédios vêm de lá, pra pessoa parar de beber: "não, mas "cê" tem que tomar o remédio..." – gente! Pare com isso. Eu tomo dois, três comprimidos por dia, eu não parei ainda...né? Então o remédio deles que não tá funcionando. Bom o CAPS... Se eu falar pra você, não tem nada diferente, entende. Nada muda na vida da gente. Não é tanto o remédio. Porque, como eles já falaram pra mim, eu falei pra eles: gente! Esses remédios, pra quê? – "é pra você largar de beber" - mas como que para de beber, se o remédio não corta nada? Entende? Então não tem como "cê" parar de beber mesmo, né, quer dizer, o parar de beber, como dizia, dizia meu pai: "é criar vergonha", né. Ah, eu, as vezes penso assim também, entende. Porque não tem como fia, não tem como você ajeitar uma coisa pra mim: "não, "cê" vai parar de beber daqui trinta dias". Eu tomo remédio três, quatro dias, depois não tomo mais, pronto. Eu já fiquei...eu já fiquei mais de nove anos sem beber, entende. Só que depois eu cai na bagunceira aí, voltei de novo, né. E só isso.
Ah, se eu falar pra você eu não sei viu se tem alguma coisa que possa ajudar a parar de beber... Assim, além do remédio. Isso aqui é fácil fia, num ... não tem uma coisa com a outra, "tá" entendendo?
Não tem nada que podia melhorar no CAPS, lá não tem nada, num, né, cada um, tudo gente boa, tudo tranquilo entende?
Me senti bem cuidado lá no CAPS, Graças a Deus.
Ah, mudou bastante coisa, só que depois eu parei, né, eu parei e voltei na mesma desgraça de novo né. Falar pro "cê" assim: a verdade é essa, que não adianta a gente querer, dizer não, não era isso, né. Eu fiquei mais de oito anos sem beber, entende, eu comecei a beber bem depois, né. Contudo, se eu for falar pro "cê" é difícil. Hoje, não posso nem falar pra você o que que eu sou hoje. Eu fui evangélico, entendeu?
Eu fiquei mais de quinze anos evangélico, né, sou batizado no evangélico. Hoje eu não to indo mais, eu parei, num, não corri mais atras disso não.
Eu fiquei internado foi na, na, na...Numa clínica que tinha lá no, no, no...Morungaba.
Tinha uma clínica, eu fiquei lá acho que um...um bom tempo, eu fiquei um bom tempo lá, depois, eles separaram a clínica...não sei se "cê" conhece eles?
Então, tinha um pastor que tinha uma igreja aqui na, na...como é que fala ai...na Prudente de Moraes...entende? E ele era o dono da igreja lá, aí eles separaram de igreja, ai sai de um lugar, fui pro outro, só que lá eu não trabalhava pra ninguém, entende...

O serviço meu era só mexer com panela, o serviço meu era fazer comida, até eu gostava do serviço, entende.
Fiquei lá internado um ano e meio.
Isso foi depois do CAPS já.
Quem me encaminhou pra lá, pra clínica não foi o CAPS não, foi o pastor Paulo mesmo. Pastor Paulo que levou eu prá lá. Então ele levou eu pra lá, e ai fiquei lá junto com eles, lá eu fui mexer com horta, entende, essas coisas porque...olha fia, se eu falar pra você, é difícil de falar pra você, tantas pessoas que entra aqui dentro, não sabe nem como se planta um pé de alface... Eu já trabalhei com tudo. Lá ninguém sabia fazer canteiro. Eu fiz horta pra eles, entende. Quando eu sai de lá deixei a horta pronta.
Pé de couve, tudo plantado assim ó, deixei tudo no jeito pra eles.
Não é que eu tive alta, eu vim embora.
Eu sai, eu pedi, eu pedi pra eles e eu sai embora, entende.
Ai eu fiquei um pouco de tempo parado, não fui para o CAPS não.
Fui num sítio perto da Quinta da Baronesa e voltei a beber cachaça lá. Tava no CAPS, depois fiquei um ano e meio na clínica e um tempo sem tratamento. Voltei a beber. Minha filha me levou no CAPS novamente. Além do CAPS e do postinho, só fui no hospital e na UPA, por causa da bebida.

No CAPS, sempre fui atendido pelo doutor Altino. No postinho, tive uma médica diferente, mas ela sabia que eu bebia, mesmo sem eu falar. O pessoal do postinho não sabe que faço tratamento no CAPS porque não voltei mais lá. Vou ao posto só para tomar vacina. Já tomei a da Covid. Tenho setenta e quatro anos.

Usuária cluster 4 CAPSII - C4CAPSII

Meu dia a dia, bem dizer, se for ver, eu levanto, acordo, fico esperando, porque eu tomo o remédio de jejum primeiro, né, espero dar hora daí tomo o café, venho, esquento o leite, chego até ferver tem vez, porque meu marido fala: “esses leite tem que ferver, não pode tomar ele requentado não, que não sei o que...”, (risos), daí eu esquento, fervo, tomo, com pão requentado na frigideira Eu passo o tempo todo mais deitada, não consigo fazer o serviço de casa. Eu falei pra Iara, não consigo fazer, a única coisa que eu faço é lavar roupa, porque eu ponho na máquina lá e a máquina que lava bem dizer né? Esses dias meu filho comprou lanche, daí ele falou assim: “Mãe, se não tem janta, o que que eu vou levar amanhã no serviço?”. E rapidinho eu descasquei alho, tinha uma panela limpa né, e fiz arroz pra ele levar no serviço, mas fiz em pouco tempo. É complicado, eu não entendo essa minha doença, o que causa em mim. Não tenho ânimo pras coisas, fico parada no tempo, deito no sofá, assisto, quando começa meio dia, quero assistir o jornal, pra saber sobre o tempo, se vai chover, se vai dar sol. Gosto da previsão do tempo. Gosto de escutar a música do passado, no rádio Rádio Difusora de Cambuí.
Gosto de música. Tanto que vivo com radio ligado. Tava escutando o Cabo Botelho. Cada coisa que a gente escuta, só coisa ruim que passa né? Mas a gente tem que viver o momento bom, os momentos bons, porque se a gente tá ouvindo essas coisas tem que relevar, porque quem tá vivendo é eles lá, não é a gente né.
Também gosto de dançar, mas só que eu não consigo dançar muito tempo, cansa minhas pernas.Danço um pouquinho.
Danço em casa mesmo. Sábado mesmo, teve uma festa, aniversário da minha sobrinha, lá no Bairro dos Pires. Nós fomos, a turma tava dançando lá, eu tava de vestido, falaram:

“cê não vai dançar?” – falei: Ah, não vou dançar não, tô de vestido, é ruim de dançar de vestido, né. Daí disse: “mas dança um pouquinho!”- daí comecei dançar, mas foi pouco.
Faço tratamento para saúde mental, mas não lembro direito como foi que eu percebi que precisava de tratamento. Lembro que eu tava com depressão, não dormia de noite, meu marido morava comigo esse tempo né? Não dormia a noite, ligava o rádio baixinho, que ele trabalhava a noite né e ligava o rádio baixinho e ficava limpando os armários, lavando os copos, tirando as coisas do lugar, limpando, eu não tinha sono. Eles falavam: ”Ah, cê tem que internar essa mulher, essa mulher não deixa nós dormir...” Daí internaram eu. Eu fiquei acho que três meses. Esqueci o nome do lugar lá...
Daí fiquei três meses internada lá nesse hospital. Isso foi em 2001
Não sei quem que me encaminhou para a internação, acho que foi meu marido que foi atras de alguém, não sei se foi no CAPS que indicaram.
Saí da internação e fui para o CAPS. Logo que saí da internação eu dormia dia e noite. Daí eu comecei a ir no CAPS e fazia um trabalho lá em conjunto. A gente fazia “fuxiquinho” de crochê. Eu sei fazer crochê, aprendi desde criança...

Tem um bom tempo já que eu faço tratamento lá. Passei com uma psicóloga, com a Maria Helena, com o Anderson, depois fiquei com a Uiara.
Fiquei internada uma vez só.
Lá na internação eu não sabia de nada. Só lembro que eu tomava banho. Não lembro o que eu almoçava, não lembro o que eu jantava, não lembro o que eu comia, só lembro que eu tomava banho. Só lembro disso. Não lembro de mais nada.
Acho que tem que melhorar muita coisa porque eles não têm paciência de lidar com paciente com problema né?
Por exemplo, se precisar de dar banho numa pessoa eles tem que ajudar a dar banho né? E eles não davam banho, a gente tinha que tomar banho sozinha, só que eu tomava banho sozinha,
Faço tratamento lá no CAPS para depressão.Eu acho que é depressão, porque eu fiquei internada por causa desse problema de depressão. Quando eu vou no CAPS No começo eu ia com o cartão do ônibus que eles tinham dado, só que eu perdi. Era um cartão para fazer o tratamento. Só que agora quem que me leva é o meu ex-marido, me leva e me busca. As vezes ele vai me levar na consulta e me espera. Eu “tô” indo nas consultas só, porque a TO pediu pra mim conversar com a Iara lá, pelo menos de quinze em quinze dias. Queria ir só na consulta. As consultas com psiquiatra demoram um tempo.
Ele (ex-esposo) me leva, eu passo na consulta. Quando é pra pegar remédio é ele ou a Angélica que pega pra mim, minha filha né, Iara... Só que como ela tá doente, não tá bem preparada ainda para me ajudar comisso, porque faz pouco tempo que ficou internada - ficou mais de sete dias internada, foi pra UTI até.
As consultas médicas são a cada três meses. A Iara também fez convite de ir quinzenal, passar com ela, mas, nesse momento não tô conseguindo ir com essa frequência, né? Então ela vem aqui em casa.
Ah, não sei vou frequentar mais tanto o CAPS depois da pandemia. Se tivesse um cursinho lá igual teve, teve da outra vez eu até ia. Por causa dessa pandemia que tem mais, não pode ter aglomeração de pessoas, então a gente não pode ir mais. Eu gostava de ir no grupo lá que a gente fazia, que eu fazia crochê. E fazia o fuxiquinho, fazia a... a... deixa mostrar a bolsinha pra você vê que eu fazia lá. Guardo moeda, dinheiro... olha!
Mas não ta tendo mais...mais... Por causa dessa pandemia...
Tomara que melhore, porque ta difícil essas coisas né?
Única coisa que me atrapalha, é... pra mim ir de a pé, subir o morro, que pra mim ir de carro, tem que ir de carro, porque é mais fácil pra mim levar eu né, e de a pé fica mais difícil porque até chegar lá, demora né?

Pra ir de ônibus eu tenho que ir aqui no ponto mas não sei que horário passa ônibus pra ir pra lá, não sei fia, porque to mais por fora do que, as... asa da xicara (risos).
Meu ex-marido que me leva eu lá, com o carro dele...
Ele é tudo pra mim, faz tudo pra mim. De ônibus dá 2 ônibus daqui até lá.
Tem que pegar um no...no...pego um daqui até no centro, no centro pego um no...pro. Alto de Fátima pro Crispim.
De carro vai mais rápido. Uma vez pedi pra ele ir pegar remédio pra mim, ele foi pegar, eu fui...eu pensei que ele não vinha, peguei e fui na frente, cheguei lá ele tava chegando atras de mim...
De ônibus demora um tempo... não é muito tempo.
Porque demora pegar o ônibus né. Eu não tenho mais paciência de esperar ônibus.
Ah...eu acho bom porquea gente pode pegar lá mesmo os remédios.
Gosto do CAPS porque a gente vai lá, a gente passa na consulta, passa com a com psicóloga, a gente vai lá as vezes e se a gente não em tempo de conversar com a Iara, a Iara ainda vem em casa conversar um pouquinho com a gente...
Mas se fosse ver era pra era pra mim ir lá conversar com ela né Iara? E agora ela tá vindo aqui em casa melhor ainda né?
É bom passar na consulta, só que a gente vai lá, tem profissional que vem com brutalidade pro lado da gente. Diz que a gente tem que ficar pra fora, porque não pode ficar muito lá dentro. Eu gosto muito da "M"., "M" foi um amor de pessoa pra minha vida, só que eu sinto que ela trata as pessoas com, muito aqui pra nós, não comente com ela, com brutalidade. Ela responde com brutalidade pro lado da gente. Isso é com todas as pessoas lá. Eu já reparei isso já. E assim vamo indo... Mas ela não vai mudar nunca porque ela tem esse jeito dela.
Acho excelente a equipe né, porque cada um tem o seu trabalho né, sua profissão lá... e... cada um tem sua profissão pra cuidar dos pacientes, pra cuidar das pessoas né?
Não mudou nada desde que eu comecei o tratamento, tá do mesmo jeito. Porque quem tem que mudar sou eu, só que eu não mudo (risos).
Teve um tempo que eu tomava uns cinco comprimidos e não dormia. Agora eu tô dormindo até bem, graças a Deus pois ficar sem dormir é ruim né?
Ah, tá difícil pra mudar viu, eu que tinha que mudar, porque eu estou parada no tempo. Nem eu me entendo. As pessoas falam para eu cuida da casa, fazer isso, faz aquilo, faz isso, faz aquilo. Entra por um ouvido e sai pelo outro. Eu simplesmente não consigo. Não sei o que que me segura, mas eu não faço. Faço alguma coisinha de cuidado da casa e só.
De serviço de saúde eu conheço o postinho aqui do Delforno né, que é do Novo Horizonte, que eu faço tratamento,. Passo quando tem consulta ou quando eu sinto que eu preciso ir lá. Daí eu vou e peço remédio... Não lembro de quanto em quanto tempo passo em consulta...
Ah no posto eles tamén não é muito educado com a gente... Eu marquei consulta pro dia oito do mês passado né? E eu fui dia nove, pensando que era dia nove. Chego lá e dizem: "ai a médica não vai poder atender, que não sei o que", dai eu falei assim: Mas eu queria passar esse remédio aqui, esse exame aqui da endoscopia, porque eu não sei o que que causa esse refluxo que eu tenho, eu tenho medo de ter até uma úlcera no estomago". Daí, passei com a Aninha, ela disse:" ah, ce lembra de mim?" Eu não tava lembrando dela. Daí ela tirou a máscara, dai que eu fui lembrar que era ela. Daí ela falou assim: 'eu to aqui Edna, no lugar do enfermeiro. Daí eu falei assim: ah, é você Aninha? Que me atendia ali no postinho do Delforno. Eu passava sempre com a doutora Solange no Delforno.. A gente tinha um trabalho ali de grupo tamen. Só que daí depois parou tamen, daí doutora Solange saiu, mas era um amor de pessoa a doutora.

Daí a Aninha pediu pra mim passar com a médica, conseguiu encaixar com a médica, daí eu passei com a médica, que falou pra mim ficar tranquila... Mas esse refluxo que tenho é demais tem hora sabe? Que eu não sei de onde que causa esse refluxo, que eu falo: não é possível, não é possível isso. Eles (familiares) tavam falando que eu tenho que ir pra igreja pra ver o que causa esse refluxo. Passou remédio tamen pra refluxo. Só que de vez em quando tem remédio que tem que comprar e a gente, as vezes a gente não tem condições de comprar né, quem compra é o meu ex-marido que compra pra mim e traz pra mim.
Agora não tem mais o trabalho (grupo) mais lá. Eu tava fazendo ginástica no postinho, fazia tempo que tinha ginastica e poucas pessoas iam. Acho que foi isso que causou o problema do meu coração. Eu senti que eu ia desmaiar, e desmaiei mesmo. Só vi o professor me levando eu pra sala deitar na maca. Deitei e logo eu voltei né, dai, não sei se mediu minha pressão porque eu não vi.
To passando no SUS agora por causa desse exame do coração. Vou passar aqui no posto dia 24, daí eles vão me encaminhar pro SUS(ambulatório) né. No SUS eu passo no cardiologista...
Eu tomo remédio de manhã. Tomo remédio para circulação, pra tireoide, e esse aqui é omeprazol, que é pra mim tomar dois eu to tomando um só. porque tá sendo muito remédio que eu to tomando. Esse aqui é pra soltar o intestino, só que eu tomo de vez em quando, não to tomando ele.

Usuária Cluster 4 CAPSad - C4CAPSad

Meu dia a dia é assim: acordo 5:40h, faço café da manhã para meu filho, tomo meu remédio da tiroide e volto a dormir. Ai por volta das 9:30 eu acordo de novo, meu marido vai tomar café e eu arrumo a marmita para ele. Ele vai para o trabalho e eu volto a dormir de novo. Acordo às duas da tarde, ai tomo café e tomo os remédios. Tomo bastante medicação. Aí que meu dia começa. Eu gostaria de dormir menos, mas não estou conseguindo. Um dia eu vou conseguir. Dai eu começo a fazer as coisas da casa, mas eu também não consigo organizar muito. Minha casa é bem bagunçada. Dai duas ou três vezes por semana vou para academia. Para comer eu não tenho muita rotina porque eu não tenhoapetite. Tenho um cachorro que se chama keki, que tem que tomar gardenal nas manhãs, a tarde prometo e a noite também toma cardinal.

Eu tenho um filho de 22 anos e se chama João Vitor, eu tenho uma filha que se chama Tais de 37 anos. Todo dia ela passa em casa e a gente vai na academia juntas. Elá é casada e está grávida de 4 semanas, de um menininho ... Ela fez fertilização in vitro. Acredito que a chegada do bebê vai mudar muito minha rotina ne, porque minha filha trabalha e o bebe vai ficar comigo. Então vou ter em esses oito meses para me acostumar a acordar mais cedo, organizar a casa, porque não dá para o bebê ficar a bagunça.

Olha antes de ter meus problemas de saúde, eu gostava muito de ler. Mas agora não consigo mais porque eu estou terminando um parágrafo e já esqueci. Eu não consigo ter mais concentração. Então assistio um filme, novela. Vídeo engraçado, mas o que eu mas gosto. De vez em quando saio visitar minha mãe

Tenho uma sobrinha, chamada Ana Luiza, com quem gosto muito de estar. Ela me traz muita alegria, ela é muito fofa, muito inteligente .

Olha, começou assim, eu tive minha filha com18 anos. Depois de 15 anos, quando tinha 33 anos, engravidei do João. Quando ele fez 4 anos eu coloquei ele na escolinha. Nesta época e comecei a perceber que ia pegar na escolinha eu "pisava muito alto" como se não sentisse o chão, como você se flutuasse. Minha aparência era muito simples, muito abatida e eu não fazia nada com gosto, viva amargurada, com a cabeça aérea, anestesiada. Eu não entendia o que estava acontecendo? Era assim do nada. Fui no ginecologista um dia, contei para ele, e ele falou que não era nada. Eu fiquei daquele jeito um ano e pouco. Eu me sentia muito mal, eu ficava triste, eu nasci com vocação para alegria, eu sempre fui muito alegre, muito comunicativa.

Eu não me reconhecia, não era mais eu. Comecei a ter insônia. Aí numa consulta de rotina, no ginecologista ele começou a me receitar uns remédios, mas não melhorava. Isso durou uns 7 anos, até que eu tive uma crise de pânico. Eu e meu marido já não estávamos bem. Meu marido saia de casa e eu sempre suspeitava que ele saia com mulheres, mas eu não tinha comprovação. Não precisava ter essa comprovação, eu sabia.

Numa noite ele não chegava e eu fui me desesperando. Porque ele chegava tarde eu brigava. Neste dia eu fiquei dormindo e fui tomando remédio. Ele tomava uns remédios para depressão. Comecei a tomar 10 horas da noite e fui tomando até as 3 horas da manhã. Minha filha conta que ele fui avisar que tinha tomado todo o remédio. Lembro que eu tremia tanto que a cama batia na parede, porque eu deitei na cama de algum jeito e a cama batia e daí eu não lembro mais nada. Só lembro uns flashes.

Só queria dormir. Aí o médico gordinho falou assim: dá próxima vez você mata o marido. E eles me colocaram em uma cadeirinha de rodas, me carregaram e logo me colocaram no carro isso foi o domingo à noite. Só fui acordar na quinta feira quando meu pai saiu de dentro do meu closet apareceu uma luz para mim. Aí falei para minha filha: meu pai está aqui, meu pai esta aqui. Aí ela veio correndo me abraçou e começou a chorar muito. **E**ntão foi assim, que comecei o tratamento. Realmente tinha já tinha pânico e comecei a tomar antidepressivo. Depois disso eu fiquei mais de um ano e tendo pânico. Eu vivia e qualquer coisa que saísse do normal eu tinha crise.

Fui piorando, meu marido bebendo. Aí, há 03 anos atrás eu descobri que ele tinha um filho fora do casamento. E tem sido assim, uma coisa atras da outra. Aí outro dia um sobrinho meu, que tinha muita crise de ansiedade, se tratava também com psiquiatra tudo ele se enforcou. Ele estava ficando na minha casa pois o Altino estava tratando dele. Ele se enforcou na casa da mãe dele. Quatro meses depois meu pai meu pai faleceu de desgosto. E meus problemas só aumentando. Agora eu estou anoréxica. Os remédios aumentando e eu estou lutando para melhorar.

Meu filho estava com 27 anos eu tinha quarenta. Hoje estou com 55

Quando iniciei o uso da medicação com o ginecologista tinha convênio.

Depois de passar no pronto socorro, comecei o tratamento com o Dr. Altino, psiquiatra do convênio. Ninguém me encaminhava. Eu que sempre procurei por tratamento sozinha . Nunca tive apoio assim. Eu via quando não estava bem, eu pensei assim, eu fui ver a meu pai antes de meu par morrer. Eu estava com ele até a hora que ele morreu, eu prometi que eu cuidava da minha mãe. Eu queria me mante para cuidar da minha mãe. Quando não estava bem eu mesmo corria me cuidar, marcar consulta. Eu comecei a trair meu marido porque eu bebia. Eu comecei a beber, compulsão por álcool.

Comecei a beber faz pouco tempo, 4 anos atras. Meu marido saia na sexta e as vezes aparecia no domingo. Meus filhos já eram adultos, minha mãe morava em Bragança e eu

completamente sozinha. Aí comecei a pegar meu carro e sair para beber. Não sei se eu me aproveitava dos homens ou eles de mim. Comecei a conhecer homens. Vim de uma educação católica muito rígida, já fui até catequista por 8 anos. Por usar bebida eu comecei a achar que eu não era mais digna de ensinar Jesus Cristo para ninguém. Ai me afastei, pare a catequese, e meu vazio aumentou. Então ai quando comecei a ficar assim, fui arranjar uma psicóloga. Aí procurei tratamento psicológico. Eu falava para ela do álcool, mas ela achava que não precisava, que eu bebia pouco, que eu podia me controlar. Mas eu pedi para ela encaminhamento. Precisava de tratamento. Não era mais eu, não me conhecia. Eu estava perdendo o controle total da minha vida. Essa psicóloga era particular, eu pagava as consultas, então ela me encaminhou para o CAPS.

Foi um tempo que eu passei muito difícil da minha vida. Hoje meu problema é a comida. Vou ter que conseguir me alimentar. Hoje eu treino (musculação) eu não tenho mais massa muscular. Mas eu vou dar conta. Ai eu eu faço acompanhamento hoje porque eu preciso concertar minha cabeça. Não sei qual meu diagnóstico... Acho que vou perguntar isso para Samanta.

Eu não sei dizer o que poderia melhorar nos serviços que eu passei antes de chegar aqui no CAPS, assim eu fui muito bem tratada por todos.

Eu venho aqui no CAPS de 15 em 15 dias falar com a Rosangela. Com a Samanta, médica psiquiatra, é cada mês e meio. Venho sozinha aqui no CAPS. Venho de carro, eu dirijo.

Eu me sinto apoiada eu me sinto segura fazendo acompanhamento aqui no CAPSad. Eu venho sempre nos dias marcados, mas eles disseram que se eu precisar de alguma coisa posso vir.

Não tem nada que me dificulta vir ao CAPS. É tranquilo. É longe da minha casa, mas de carro da para vir. Teve uma vez que não podia vir de carro, mas eu chamo Uber.

O atendimento no CAPSad é muito bom, gosto muito. Eles dão importância para a gente, né? Tratam a gente com muita atenção com muito cuidado, a gente chega aqui muito fragilizado né? Eu cheguei aqui eu estava muito fragilizada mesmo, muito....

Eu acho que se tivesse oficinas, assim para a gente... aprender coisas assim.. Ah eu achou que seria legal, mas é só, só sugestão

Os profissionais me ajudam muito né?

Ah o que ajudava muito, parou por conta da COVID, eram aquelas reuniões que tinha, troca de experiência, é muito bom. As atividades em grupo ajudam também!

Então eu cheguei aqui no CAPS no fundo do poço muito ruim mesmo. Eu não posso dizer que eu estou bem, mas eu cheguei aqui pior. Mudou bastante coisa, assim primeiro que eu parei com o álcool, hoje em dia consigo pensar antes por álcool na boca, eu tive só uma recaída há dois anos. E depois que hoje eu consigo identificar muita coisa em mim que eu não conseguia. Essa tendência de me culpar por causa de tudo por causa desse relacionamento abusivo. Então eu estou começando a entender que as coisas não são bem assim, as coisas acontecem porque tem que acontecer. Eu não sou tão onipotente assim, tudo não gira em torno de mim... isso está me ajudando bastante

Não, nunca precisei ficar internada

Além do CAPSad, conheço o SUS lá embaixo, a Santa Casa que eu trabalhei, UPA que quando tive covid passei por lá... Também faço acompanhamento no postinho, no

Centenário. A última vez que passei foi que no começo do ano. Atualmente só faço acompanhamento no postinho e aqui (CAPSad). Lá o no posto acompanhamento é com o clínico geral. O médico é muito atencioso. Mas nestes dias eu tive que pagar uma consulta com ginecologista né? Eu estou tendo problemas agora por causa do climatério. Lá não tem ginecologista. Lá no posto, quando as pessoas que precisam passar pelo ginecologista, o clinico vai pedindo os exames e ele mesmo vai passando o tratamento. O médico da atenção primaria lá ele sabe que eu faço acompanhamento aqui no CAPSad, eu conto tudo para ele. Eu não me sinto envergonhada por fazer acompanhamento aqui (CAPSad). Mas eu sei que ele já sabe. Sabe, eu acho o seguinte, eu tenho que ser uma pessoa inteira, não só com os médicos, com todos, com minhas qualidades e meus defeitos também

Eu tenho médico ginecologista de confiança do convênio. Eu eu já passava com ele desde que engravidei. Então fez pré-natal, ele fez cesariana do meu filho. É uma pessoa que eu confio né? Ai eu pensei vou a fazer os exames todos com ele e quando chegar a menopausa eu quero que ele veja se vai precisar de hormônios

Minha família toda sabe. Não escondo não. Ehhh mas eu chego para o médico e já conto.

Já conto dos remédios que eu tomo, porque as vezes me passou outro remédio.

Usuária cluster 4 Ambulatório de Especialidades - C4 AE

Primeiro de tudo, eu tenho uma vida sedentária. Eu acho que é porque eu tenho depressão e eu tenho dificuldade de fazer atividade física. O duro é começar a se exercitar, depois que você começa uns dois meses você vê que ajuda muito, mas eu sou bem preguiçosa mesmo. Eu levanto, vou pro trabalho... Sou professora. Hoje em dia trabalho a tarde então levanto tarde. Alé do meu tratamento, cuido dos problemas do meu menino (filho), e aí você fica também né, dependente, codependente, aí fico doente também, então eu sempre passo com o psicólogo. Trabalhar me faz bem quando “tô” dentro da sala de aula eu esqueço dos meus problemas. Coloquei o pé dentro do portão, eu esqueço, tanto que peço pros meus filhos "liga no último extremo".

Meu filho faz acompanhamento no CAPS. Recentemente, ele precisou ser internado e, com a ajuda do Dr. Altino, conseguimos interná-lo. Ele teve uma recaída após terminar um namoro de três anos. A ex-namorada, que tem um filho de dois anos, parecia imatura e meu filho queria muito ter filhos, apesar dos problemas de dependência. Mesmo eu avisando para ele pensar bem, ela começou um tratamento para engravidar e ficou grávida depois que terminaram. Isso o levou a uma recaída. Ele não queria falar sobre o problema, ficava no quarto e chorava, recusando-se a ir ao CAPS.

Com muito sacrifício, consegui levá-lo a outro médico que confirmou que ele estava com depressão. O médico me aconselhou a não pressioná-lo muito, pois poderia ser perigoso. Cinco meses depois, ele deixou o emprego e decidiu se tratar. Ele foi internado e agora está há um mês em tratamento. Além disso, ele tem um problema no fêmur e está esperando uma cirurgia há sete anos.

Tenho uma filha de 28 anos. Meus filhos são tudo para mim. Eu dedico minha vida a eles. Quando me separei, meu ex-marido não ajudou financeiramente, e eu paguei a faculdade de psicologia da minha filha até onde pude. Ela acabou parando de estudar.

Meus filhos moram comigo. Minha filha, Núbia, teve problemas na escola por medo do pai, que bebia. Ela teve um surto e foi tratada pelo Dr. Altino. Tenho medo do meu ex-marido até hoje. Nos divorciamos em 2009, ele foi internado por bebida e drogas, mas voltou para casa depois. Ele era violento, especialmente quando bebia.

Tentei manter a família unida por medo do que os outros poderiam pensar. Trabalhei como pedagoga e dei aulas em dois períodos, fiz magistério, faculdade e pós-graduação. Foi uma luta difícil, mas venci. Meu ex-marido voltou a ser violento, inclusive correndo atrás da menina com uma faca. Procurei ajuda médica em Campinas e continuei meu tratamento em grupos, mesmo sem querer me expor.

Hoje, dou aulas meio período, mas meus filhos são minha prioridade.

Antes da pandemia eu tava fazendo pilates, aí acabou... eu tava bem assim... envolvida, mas aí acabou então eu tenho, assim, não gosto, academia eu não gosto, mas eu tenho problema de circulação.

Fiquei 20 anos com ele, e no primeiro ano de casamento já apanhei. Morávamos perto da minha mãe, depois mudamos, e ele me traiu, o que doía muito. Eu chorava muito, sentia medo sem saber do que, e tomava remédio. Ficava retraída, pensando que todos falavam de mim, tinha insônia e não conseguia dormir.

Desde a infância, tenho pânico de traição porque descobri que meu pai biológico não era o homem que me criou. Minha mãe me mostrou outro homem como meu pai quando eu tinha seis anos, e a família sabia da traição. Minha vó e minhas tias também traíam e minha mãe não soube me dizer quem era meu pai. Eu era ameaçada e torturada emocionalmente para não contar ao meu pai.

Aos 14 anos, procurei ajuda psicológica porque chorava muito e não entendia o comportamento da minha mãe. Consegui terminar meus estudos com a ajuda do meu tio e fui morar em outra cidade. Meu pai se mudou para onde eu estava e quase morreu de depressão. Fiquei muito mal quando ele faleceu e pensei em me matar, mas sentia que precisava dele e ele de mim.

Minha mãe nunca demonstrou afeto. Aos 36 anos, ela me mandou uma carta dizendo "eu te amo" pela primeira vez, o que me abalou profundamente. Sempre fui insegura, mas me esforcei para não ser igual a ela. Comecei acompanhamento psicológico quando cheguei em Itatiba, passando por psicólogos na faculdade e no SUS, onde o Dr. Altino me atendia. Participava de grupos de apoio, mas não conseguia falar sobre minhas experiências de abuso e sofrimento.

Quando comecei o tratamento com o Dr. Altino tava nesse momento chorando muito, sentindo desesperançosa, aí fiquei um tempo com ele aqui em acompanhamento de grupo, por muitos anos .Tomava remédio. Aí depois você fiquei um tempo sem participar do grupo.

Aí depois fui na faculdade (USF) com psicólogo de novo, depois eu voltei aqui. Era difícil psicólogo. Depois eu fui em psicólogo porque eu tinha convênio.

No ano retrasado comecei lá no postinho lá perto de casa.

Aí depois eu tinha meus filhos, fui lá e passei aí uma médica lá do posto falou "o problema tá em você" aí com insistência eu pedi pro meu ex marido ir também, passei meus filhos, porque morava com a minha mãe, minha mãe manipulava muito sabe?

Eu sentia uma emoção da minha filha falar que queria ser parecida comigo, fica muito feliz. Eu nunca queria parecer com a minha mãe sabe? É assim... é muito estranho sabe, na minha cabeça, até hoje, é muito duro. Por isso quando eu tô na escola, eu desligo.

Eu acolho muito essas crianças, escuto os pais, as meninas falam assim "ai, você parece psicóloga" eu falo "é o que o mundo precisa, eu não vou resolver, mas eu posso ouvir" ás vezes a gente não quer que ninguém fala nada, só o fato de ouvir.

É isso... Porque minha mãe era assim sabe... vou fazer isso. Tanto é que meu irmão coitado, tá até hoje, perdido, "ah, me dá o dinheiro, eu vou no mercado" "mãe, você não tem que ir no mercado" e ele casou, e a vida dele sabe... Ele tem... ele vai fazer em Janeiro 55 anos, ele é perdido. Ele mora aqui em Itatiba.

O tanto de dinheiro que perde...perdido, mas eu já fui mais assim, jogava, se vira se vira, eu que corria atrás das coisas..

O CAPS me encaminhou para o posto, eu fui mas tava demorando muito, aí o CAPS pediu pra eu vir aqui no SUS (AE) que eu conseguia, aí eu passo com a psicóloga. Aí lá no postinho também, eu não quero ficar falando porque tem a agente que me conhece, agente comunitária né, e eu não gosto de ficar falando. Porque a minha menina teve os surtos, e ela saiu falando, aí ela pegou e ficou falando muita coisa. Agente comunitário ficou falando do surto da minha filha. Então eu acho que a pessoa tem que ser profissional, eu sou!

No CAPS, fui por causa dos meus filhos. Meu filho faz tratamento no CAPSad e minha filha, que é bipolar, no CAPS II. Ela já precisou ser internada no Palmeiras por causa do pai. Ele não aceitava a separação e fazia a cabeça dela, dizendo que os remédios não eram bons e que eu era louca.

Minha filha tomava antidepressivos, o que piorava sua condição. Em Jundiaí, um psiquiatra descobriu que ela era bipolar e que antidepressivos causavam mania. Agora ela toma uma injeção. O CAPS não quis atender, então chamamos o pai para acompanhar, mas ele não ajudava.

Mesmo com meus filhos em tratamento, continuei o meu. Tomo remédios para depressão e faço exames regularmente. Sou muito insegura, tenho lapsos de memória e sinto que todos sabem do meu passado de abusos, o que me faz sentir coitadinha, algo que não gosto. Trabalho e me sustento, e não sou uma vítima. Não gosto quando as pessoas se aproveitam da situação.

Continuo me tratando aqui no SUS.

Vou ter que mudar de médico pois o Dr. Altino começou a atender adolescente. Aí eu falei "ai, eu não queria outro medico" aí ele falou "não, ele é gente boa". Minha menina passava lá com ele, só que eu trabalhei também numa instituição por 8 anos, e a mulher era psicóloga, tanto é que quando a minha menina teve problema o presidente da instituição falou "passa com ela", eu não gosto de levar meus problemas pro trabalho, porque qualquer coisinha "ah tá com problema, é por isso". Eu deixo meus problemas fora do trabalho.

Eu tenho depressão.

Precisei ir ao CAPS pelo tratamento dos meus filhos. Eu busco ajuda quando preciso, não fico só falando, corro atrás. Sei que dependência é uma doença, mas é difícil porque manipulam muito. O pai diz "deixa que morra" e outros falam "põe na rua". Eu peço ajuda.

Quando casei e tive meu filho, não precisei da saúde pública ou da polícia, mas agora preciso. Dizem para ser firme com meu filho, mas não vou colocá-lo na rua. Continuo tentando, enquanto sou mãe. Quando meu filho começou a pegar coisas de casa, falei que ia fazer uma medida protetiva. Liguei no CAPSad, mas não foram em casa. Paguei uma consulta, fui à psicóloga, chorei muito. Ela ofereceu afastamento, mas preferi continuar trabalhando e pedi ajuda.

Com minha filha foi difícil também. Precisava que o CAPSII fosse em casa, mas negaram. Liguei, não atenderam. Fui ao CAPSad avisar que meu filho tinha consulta, mas ele não queria ir. A enfermeira disse que marcaria de novo, mas era difícil conseguir ajuda.

Falei com o Dr., que me atendeu fora do horário. Ele é muito calmo e me ajudou a acalmar. Disse que eu precisava ser fria em casa, mas é difícil. Minha filha, quebrou tudo e parou de tomar remédio quando minha mãe faleceu. Ela ficou dois meses no quarto e não pegava receita. Liguei pedindo ajuda, mas diziam que ela era adulta e precisava caminhar sozinha.

Meu filho também surtava. Quando minha mãe faleceu, ele ficou na rua a noite toda e minha filha chorava no quarto por dois meses. Fui ao CAPS pegar receita porque ela precisava do remédio. Diziam que eu devia deixá-la caminhar, mas sem remédio ela surtava. Ela começou a andar na rua, agitada. Todos ligavam, eu a buscava, mas ela saía de novo.

Ela berrava na rua e me chamava de ladrona, sem noção do perigo. Chamou a polícia dizendo que tinha ladrão em casa. Quando a polícia chegou, expliquei que ela estava sem remédio. Eles perguntaram se eu não fazia nada. Ela jogava pedras nos carros e a polícia não a levava ao CAPS. Ela me chamava de rainha ou bruxa dependendo do momento. Faz tratamento porque é bipolar e tem surtos.

Você vem aqui no SUS (AE), marca pra daqui dois meses, três meses só que ele não tinha, ela falava pega o encaixe que talvez eu conseguia talvez não então é assim, pra você conseguir atendimento tem que vir toda semana paea conseguir encaixe.

No CAPS, a recepcionista sugeriu que eu pedisse um encaixe para minha filha, pois moramos longe. Começamos a insistir, mas o Anderson parou de atender. Meu filho sugeriu ir ao prefeito e acabaram atendendo, chamaram o pai dela, e ela precisou tomar uma injeção. A polícia e a guarda foram chamadas várias vezes. Em uma dessas ocasiões, a polícia não queria levá-la, então pedi ajuda para segurá-la e levá-la na ambulância.

Ela ficou internada na UPA por alguns dias, mas voltou a ter surtos. O coordenador e a TO tentaram ajudar, mas a situação era difícil. O pai dela prometeu ajudar, mas nunca cumpria. Muitas vezes, ele atrasava e brigava com a equipe do CAPS.

Minha filha se recusava a tomar os remédios porque o pai dizia que não precisava. Em um dos surtos, ela se trancou no banheiro e tivemos que arrombar a porta para tirá-la. Ela chutava e resistia, e nós a seguramos.

O pai das minhas crianças sempre interferia negativamente. Ele falava mal de mim e não ajudava nas consultas. Tive que lidar com essa situação difícil enquanto tentava cuidar dos meus filhos e buscar ajuda.

Apesar de tudo, continuei procurando ajuda. O pai das crianças ainda causava problemas, incentivando minha filha a não tomar os remédios. A polícia e a delegacia acabaram ajudando a controlar a situação. Encontrei um namorado, mas o pai das crianças até quebrou a perna dele. Isso mostra o quanto ele interfere na nossa vida, mas eu continuo lutando por meus filhos e buscando apoio.

Atualmente eu venho no psiquiatra aqui no SUS de 3 em 3 meses. Passo na psicóloga também de 2 em2 meses. Só que aí eu tive reunião e é dia de segunda só, que ela atende eu, porque agora vai mudar tudo de novo, eu vou pra tarde e depois que eu…eu tava correndo atrás de terminar um (inaudível, parece dizer eletro)... Depois ir em Jundiaí, na perícia, não vim tá pra mais de mês. Depois que ela falou: "vem, pede encaixe quando cê tiver assim" eu nem conversei com ela porque ela porque ela deu um impulso sabe?

O que me atrapalha no tratamento é ter que correr atrás das coisas pros meus filhos

porque em casa, tudo, tudo eu.

Falando do meu tratamento, conheço a psicologa muito pouco mas o pouco que eu conheci ela me ajudou. Eu acho que poderia ser mais vezes, sabe? É muito distante uma consulta da outra, a cada 2 meses. Acho que é porque tem muito paciente .

No postinho, não tinha vaga para psicóloga, então fiquei aguardando. O CAPS, que era referência para mim e para meu filho, tinha uma equipe ótima, com Letícia Michele e Fernando. Fui lá, mas não adiantava muito. Letícia disse que encaminharia, e meu filho ia a uma sessão a cada 15 dias por causa do trabalho. O patrão dele dizia que o importante era ele estar bem.

Eu chorava muito durante esse tempo. Letícia disse que ligaria se fosse necessário, mas depois consegui e logo chamaram.

O espaço aqui, acho que não é apropriado, né?

Ah, num sei…Uma sala que não tem privacidade nenhuma. Eu acho que não, porque ultimamente a porta fica aberta. Eu, eu Aldenir, eu tenho dificuldade de falar porque às vezes tem conhecidos passando aí, eu num gosto de tá me expondo

Poderia melhorar este espaço, espaço, ter mais privacidade, principalmente na parte de psicólogos, então acho que isso deveria mudar e aporta ficar fechada.

A consulta é muito rápida... eu já cheguei a passar em outros médicos aqui que mal te ouvem… O paciente nem fala…eu num posso falar muito porque eu falo muito né? Aí mas a gente vê que as pessoas sabem, eu trazia minha mãe…idosa…então a gente fala…"ah tá bom, tá bom" peraí, porque é idoso né? Então assim…e teve um debate também na câmara, tals, sabe? De pessoas questionando deste problema... Não fui eu, no caso, mas eu achei muito legal isso, pessoas reclamar e leva isso, e foi assim então, melhorou muito, muito…É que tá tendo muitas pessoas…muitos médicos de fora também.

Ah mudou muito, eu acho assim…a permanência do paciente no consultório. O Dr Altino não, ele é assim, sabe, porque eu já fui no consultório dele e na época que meu irmão passava não tinha convênio, não era particular e ele…a gente…eu falei não tenho

condições. Ele falava assim: se eu vim pra cá ele fazia um preço simbólico, simbólico e a gente ia, aí ele até dia como ele atendia todos…

Não, não nunca fiquei internada, nem afastada.

Passo, eu passo pra…eita. É lá, é que eu não sei, eu…antes eu pegava…eu tenho... trato tireóide, aí eu fazia exame de 3…de 6 em 6 meses. Agora diz que não faz mais, é de 6 em 6 meses… É 1 vez ano.

Faço tratamento aqui com a nutricionista. Faço psiquiatra, psicóloga e nutricionista aqui no SUS, e clínico lá no, postinho.

E eu também tive um cisto na mama. Nossa, agora mudou a equipe de lá, mas assim: foi muito…foi muito legal também, sabe? Porque eu fiquei…foi numa sexta-feira, tava com 5 meses que minha mãe tinha falecido, então…aí eu tava deitada, passei a mão e senti…

Aí estremeceu, sabe? O final de semana não passava, tem mais essa, a cabeça faz isso, né? Aí na segunda feira eu fui no postinho, conversei com a enfermeira, aí já tava próximo deu…deu fazer a mamografia…

Aí eu fiz a mamo…aí elas me antecederam, que eu ia fazer no mês seguinte, me antecederam, depois já me deu o papel, aí eu passei, a enfermeira viu, me passou pra ir na médica, achou que era necessário.

A médica já me deu o papel, pra mim ir na santa casa, tirar uma… um ultrassom. Tava desesperada

Aí eu…a moça falou assim: "ah só daqui uns…" eu falei: ah moça, não tem problema, se puder fazer hoje eu espero. Ela falou: "deixa eu conversar" aí foi lá e falou: "só você esperar" eu esperei, aí ela já tinha agendado lá, aí elas já agendaram lá, foi muito rápido assim sabe? Aí depois passou com o mastologista que é no CAISM (UNICAMP), aí eu reagendei, de 6 em 6 meses, aí eu fiz, depois pediu novamente, agora pediu, agora falou que diminuiu, tava 8 tá 6…

Agora ele pediu pra…passei, e ele já deu pro ano que vem, já deu a guia

Aqui em Itatiba eu conheço o CAPS AD, o Caps II, o SUS (AE) e o postinho lá perto da sua casa, Abramo Delforno.

Também conheço a UPA, onde minh afilha já passou e o Desafio Jovem, onde meu filho está internado é tipo uma comunidade terapêutica.

Eu falei demais, eu acho que eu tiro até o foco (risadas)..

Usuário cluster 05 CAPSII - C5CAPSII

Eu era supervisor de segurança e trabalhava muito, sendo campeão de horas extras. Gostava de ajudar em outros departamentos, mas percebi que estava me sobrecarregando e à minha família. Quando meu filho começou a dar problemas, saí de casa, mas voltei por causa do meu filho menor. Eventualmente, me separei definitivamente, e minha sogra se envolveu para defender meu filho, que estava envolvido em atividades criminosas.

Houve um incidente em que capotei o carro após trabalhar a noite inteira. Um chefe que eu odiava me ligava constantemente, interrompendo meu sono, e isso me deixava muito nervoso. Cheguei a machucar minha mão várias vezes de raiva. Um dia, após uma ligação

dele, soquei o carro, quebrando o volante e machucando a mão. A situação piorou quando ele não avisou o folguista, me obrigando a cobrir turnos extras. Numa dessas noites, capotei o carro, fui hospitalizado e, mesmo machucado, voltei a trabalhar imediatamente, o que agravou minha condição.

Eventualmente, fui demitido enquanto estava de atestado médico. Fiquei afastado pelo INSS e tive que lutar contra as consequências físicas e emocionais desse período. As dores aumentaram e o impacto do acidente, combinado com o ambiente de trabalho hostil, piorou minha saúde mental e física. Hoje, com 58 anos, continuo lidando com as consequências dessa época

Eu passava com um neurologista na Faculdade de Medicina em Jundiaí por causa das minhas dores. O médico percebeu que eu não estava bem emocionalmente e me encaminhou para um psicólogo e psiquiatra. Ele fez vários testes e tentou tratamentos leves, incluindo acupuntura, mas sem sucesso. Depois, fui encaminhado para um psiquiatra, apesar de minha resistência inicial.

Conheci minha atual esposa nesse período e tivemos um tempo de estabilidade, mas minhas dores e problemas de saúde mental voltaram. Após várias consultas, descobri que minha coluna estava lesionada e precisava de cirurgia urgente. Fiz a cirurgia, mas continuei a tomar medicamentos para dor intensa, incluindo morfina, e descobri que tinha espondilite.

Passei por muitos tratamentos, incluindo fisioterapia e hidroterapia, mas a pandemia interrompeu esses cuidados. Minha esposa teve dificuldade em entender minhas limitações, além das dores e problemas mentais, tinha dificuldades sexuais e nossas brigas se intensificaram, levando-me a várias tentativas de suicídio. Eu já tinha histórico de pensamentos suicidas desde a infância e, após tentativas frustradas, com gás, uso de remédio e enforcamento fui encaminhado para o CAPS.

Meu irmão neste período também morreu por suicídio. Eu que encontrei o corpo e precisei dar a notícia para minha mãe. O pessoal do IML e da polícia foram muito duros, muito insensíveis com este momentnto de dor.

No CAPS, inicialmente fiquei relutante, mas eventualmente encontrei apoio. Ainda lido com o impacto das minhas condições físicas e emocionais. A relação com minha esposa piorou a ponto de tentar novamente o suicídio. Em uma dessas crises, fui internado e comecei a receber tratamento mais intenso, que ajudou a controlar um pouco meus sintomas.

Mesmo assim, enfrento dificuldades diárias com a dor e a saúde mental. A abordagem espiritual e terapêutica me ajudou a entender melhor minha situação e a lidar com os desafios. Tento me focar na melhora gradual, apesar das limitações e das memórias dolorosas do passado.

Quando fui encaminhado para o CAPS, tinha muitos pensamentos, de morte, tinha tentado me suicidar, né? Além disso, eu também ouvia vozes... Ouço as vezes mas, convivo com essas vozes.

Quando cheguei aqui eu me sentia muito mal, sinto mal até hoje, só que eu falo o seguinte: eu gosto muito desse pessoal aqui. Tenho vontade de chorar quando eu falo, porque eles me acolheram numa hora muito difícil.

Eu vim aqui um lixo, arrastando sabe, não queria nem vim, porque eu queria morrer. Mas o pessoal da USF falou que seria melhor ir para CAPS. E quando eu vim pra cá, nossa me trataram muito bem, achei até nossa, porque eu senti no hospital isso aí, sabe? Me senti mal no hospital.

Na USF passava com psicólogo . Como precisava de medicação então fui com um psiquiatra que é do convenio que eu pagava tal.

Eu fiquei sem dinheiro, eu não consegui pagar o convenio, não conseguia pagar consulta e renovar receita. No dia da consulta tentei conversar com a secretária sobre minha situação mas depois dela falar com ele disse que não seria possível. Sabe eu me senti tão mal, que eu cheguei lá quase rastejando, de vergonha pra chegar lá pra fazer isso. Ele não me deu a receita. Eu consegui uma receita num pronto atendimento, conversei com o doutor, eles me passaram uma quantidade pequena até eu conseguir passar num psiquiatra novamente. Era difícil, sem dinheiro para pagar consulta, nada de remédio.

O medico do pronto socorro não falou pra procurar a unidade básica, o SUS. Antes eu ía no PA do convenio. Agora cortou tudo mesmo, estou sem convênio.

Antes eu tomava Rivotril, agora é o a formulazinha dele lá, Clonazepam. Esse que começou daí, depois aqui deu. a carbamazepina - eu tomo esse ai, faço manipulado, e uns outros remédios também. Tenho uma tabelinha com o que eu tomo, manhã, tarde, noite. Então eu consegui certinho isso daí.

Sese eu tomo o remédio certinho, eu tenho sono, durmo bem.

Quando passei no PA, por conta das tentativas de sucídio, não me senti bem tratado. Pareciam que falavam comigo como se eu fosse um covarde. Mas eu não tinha nem força pra brigar.

Agora, quando eu vim para o CAPS eu já senti diferença, mas ao mesmo tempo com todo amor e carinho que eles me trataram, me tratam até hoje. É que não está atendendo por causa da, do Covid ainda, mas me acolheram muito bem. A enfermeira é fantástica, aquela da recepção também. Isso aí mudou muito sabe, porque eu vi que tem pessoas que gostam da gente, como a gente é.

Aqui (CAPSII) eles se importa, se importa muito. Por isso que eu falo: olha, gosto!

Eu também gosto muito do pessoal da farmácia de alto custo. Então quando eu vou lá, nossa, o pessoal me conhece desde que comecei o tratamento.

No meu tratamento, eu acho que na faculdade (USF) pecaram um pouco, sabe, essa parte aí. Passou uma mensagem que não queriam mais me atender, como se fosse um objeto. Como se tivesse passados dos limites pela minha tentativa de suicídio.

Ou porque eu não tava bem tamém...só que eu senti, quando eles falaram isso comigo, talvez a ...a doutora vai me perdoar, mas eu lembro, não lembro direito sabe, só que eu senti é...na hora, assim: “olha, não queremos mais tratar de você, vai lá, sabe, e vai mesmo, porque já é... pelo que eu entendi tinha alguma coisa policial.

Olha, o meu diagnóstico era depressão, parece que teve bipolaridade...

Depressão, bipolaridade e tinha transtornos de bipolaridade, síndrome do pânico e ausência.

Aqui no CAPS venho de carro sozinho. O CAPS é perto de casa, não é longe não.

Esses horários aqui são bons porque não tem muito trânsito... aí fica bom de vir para cá, facilita

Olha, o que eu me atrapalha de vir aqui no CAPS é que eu tenho preguiça.

Eu venho aqui todo mês buscar remédio e... todo mês, cada três meses mais ou menos venho falar com a psicóloga toda a semana, e com psiquiatra.

Aí eu vou buscar remédio também no alto custo né, pego pra espondilite. Atualmente, por conta da pandemia eu venho uma vez por mês, mas antes eu vinha toda semana passar com o psicólogo.

Eu fazia assim o tratamento até o comecinho do Covid, depois aí parou, falei pro acircunstâncias aí, qualquer coisinha, quanto mais se expor num lugar desse é perigoso, então vamos evitar! Espero que em janeiro comece de novo eu acho. Desde que não volte...

Tinha pessoas deitadas no chão isso me chocava um pouco. Porque eu não sou acostumado a ver pessoas deitadas assim, eu sempre fui contra pessoas deitadas no chão.

Embora nem tem como porque a pessoa toma medicação, depois ficam.

Olha, aparência do CAPS melhorou bastante, porque foi reformado faz pouco tempo. Olha, eu tenho evoluído. Tenho trabalhado minha aceitação da minha doença, das minhas doenças né, dos meus probleminhas mentais. Hoje até consigo dar risada.

Bom aqui eu gosto das pessoas, gosto de todo mundo aqui. Todo mundo é muito bom aqui, dão suporte.

Quase fui internado, mas falei que não queria ir né... me deram uma chance

Ele falou: vou internar você, vou chamar a ambulância já, vou por você lá, que não sei que... Aí falei: doutor, pelo amor de Deus não faz isso comigo não, quando to vendo esse pessoal me choca. Me chocava mesmo

Foi um choque de realidade. Mas aí disse que não queria, que ia me recompor, pegar todos os meus pedacinhos, caquinhos, vou colar ai, depois eu vejo se ficou bom ou não. Preferia morrer do que ir para lá, mas as vezes a gente fala as coisas sem saber direito com são.

Tenho uma ideia muito severa da internação. Gente vê na televisão, aquelas coisas, deposito de gente, como se fosse cadeia, não recupera ninguém.

Eu tava indo no Galeto. Agora mudou de lugar, então tá meio difícil pra fazer algumas coisas.

Mas o Galeto é bom. No posto eu passo pelo médico clinico, fazia consultas, exames, pegava encaminhamento para fazer a hidroterapia. O pessoal lá era legal também. A enfermeira que é legal também. Pessoal bacana lá e sabem que eu faço acompanhamento aqui pelo CAPS todo mundo sabe.

A hidroterapia é de graça. É ali na, ali na Benjamin Constant. Você faz dez sessões e depois fica um tempo sem fazer, depois volta de novo. Eu fiz lá já umas cinquenta hidros, é bom.

Eu gosto, gosto de ir no posto, me sinto bem lá.

Toda vez que eu percebo que o local me trata bem, eu já mando um comunicado pra prefeitura falando do atendimento, eu faço questão disso. u valorizo bastante isso. E é legal esse feedback pros trabalhadores, porque as vezes eles só recebem quando não está legal e receber quando ta bom é muito bacana.

Usuário cluster 05 CAPSad - C5CAPSad

Em 79, fui para São Paulo e morei lá até os 7 ou 8 anos. Depois, mudei para Campinas com minha família. Quando casei, mudei para Itatiba. Casei com minha esposa em 86 e estamos juntos até hoje. Meu pai já faleceu. Gostaria de voltar para Minas, especificamente para Poços, mas não para Alfenas, onde sofremos muito e éramos tratados com água e pão de sal.

Eu penso em trabalhar, eu quero trabalhar tudo, mas não consigo serviço, por causa da idade, né? Ah, eu faço tudo, todas as coisas. Eu trabalhei mais em obras, já trabalhei como servente de pedreiro, trabalho com ceifada, sabe?

Ah, parei de trabalhar em 2017, desde lá eu fiquei parado.

Tentei mandar meu currículo, para as empresas e... Sabe, até hoje nada... Eu passei pelo INSS porque eu tenho uma platina no fêmur esquerdo, então me impede de arrumar serviço, né? Então quando eu vou arrumar serviço eu tenho que ficar calado mesmo pra... Eles vão saber que eu tenho uma platina na perna, senão eles não pegam.

Quando estou em casa, as vezes eu faço almoço, as vezes a gente não almoça porque é difícil. Mas eu faço janta, eu faço café, sabe? Faço uma faxina na casa lá, porque a minha esposa diz que tem problema na mão, tendinite e até tem problema de epilepsia e não faz. Ontem mesmo ela passou mal... Tem que ficar perto dela, para ajudar. Ela é aposentada e tudo.

Antes eu fazia caminhada. Quando eu levantava cedo eu gostava de fazer caminhada e ir na casa lotérica. No posto até tem grupo de caminhada. Para mim a caminhada faz bem, mas pra esposa, ela já preferia andar de ônibus. Ela não paga ônibus, né? Tem carteirinha de deficiente e não paga ônibus. Eu também tenho esta carteirinha. Sabia?

Gosto de fazer é muitas coisas, antes eu fazia bastam=nte coisa, mas é que infelizmente, não consigo fazer mais. Eu ia trabalhar, fazia faxinão na casa. Pagava minhas despesas. Pagava agua, luz e o que tinha que pagar e sempre que sobrava um pouquinho que eu guardava e escondia. Eu escondia o dinheiro que sobrava porque a minha mulher já pagava tudo.

Minha esposa também faz acompanhamento de saúde. Passa com os médicos do SUS, né? Toma calmante demais, muito forte... Toma de manhã, toma à noite, sabe? Tem noite que ela não consegue dormir. As vezes fica brava com a família, porque a família fica pedindo muita coisa pra ela. Vai , vai marcar consulta, vai fazer isso, vai fazer aquilo, pra ela. Aí fica nervosa, sabe?

O filho também começa a apontar, já foi o usuário de drogas. Chamou ele pra vir aqui no CAPSad, pra participar do grupo aqui e ele recusou, sabe? Ele chegou, ele veio aqui no CAPS e tudo, mas ele não aceitou o tratamento. Aí... aí resolvemos internar ele e tudo, arrumamos um advogadopara internar ele, pois ele não queria de jeito nenhum. Pagamos

o advogado com sacrifício e conseguimos internar. Ficou seis meses internado. Saiu bom, sabe? Boa saúde e tudo, mas depois recaiu de novo e até hoje está usando. Só que aquelas drogas que ele usava bastante ele parou de usar, só estava usando mesmo maconha. Fuma cigarro também.

A gente fala pra ele ir trabalhar e ele fala: "Ah, tenho preguiça." Ele tem 29. anos Ele já chegou a trabalhar, assim, com o vizinho em casa e tudo... Trabalhou dois, três dias, pegava o dinheiro, já gastava com a droga, ela ficava pra rua... Chegava no outro dia e depois dormia o dia inteiro. E roubava as coisas dentro de casa, pra vender, pra comprar droga... Né? Eu tinha expulsado ele de casa, mas a minha mulher chamou ele de volta... Desse jeito não dá, não consigo viver a vida, né? Compramos coisas da loja, tudo novinho, né? Sem uso, pagando a prestação toda, e foi lá, catou, vendeu...

Então, mas agora eu penso que eu comecei a ir numa igreja espirita mesmo. Só que eu vou lá mesmo par ajudar ele mesmo. Por ele mesmo. Eu sou católico Frequento a missa no bairro lá. Mas vou lá por ele, pra ver se afasta ele dessa turma aí que chama ele para usar. O pessoal aparece lá na casa dele e ele vai na onda dos caras lá e... Esse meu filho mora com mulher, tá amigado, né? Tem uma filha, com a primeira mulher. Não chegou a casar também. Amigou umas duas vezes, poucos meses também, né? Não deu certo. E agora tem uma mulher, tem uma segunda mulher nele. Essa segunda mulher pega no pé dele mesmo, sabe. Aí eu resolvi abrir um barzinho pra ele lá. Só que eu que tô tocando o bar para ele até hoje. Então ele e a mulher dele não tem nada, sabe? E dá os pulos dele lá pra comprar os estoques, pra chamar a freguesia. Quase todo dia eu vou lá pra ver como tá o movimento. Se tá baixo, ou se tá bem movimentado, né? Ver os estoques lá, como que tá também. Já falei pra ele não vender fiado que pra turma pagar é dureza. Mas a mulher dele tá lá e pega no pé.

Mas eu fui tocando a vida, construí minha acasa aos poucos no lote que minha irmã me ajudou a comprar lá na Colina, lá... Aí, fiz uma casa, nem... nem terminei, tá cru, sabe? Nem rebocada a casa não tá, o piso tá no Concreto, sabe? Não tá acabado, de vez em quando faço alguma coisa ali, mas... Então a minha mãe ia na minha casa no final de semana... Falava coisas para mim e... Como se eu tivesse 5 anos ela ficava brava comigo, né? Minha mãe bebia também, né? Eu lembro muito bem quando eu era pequenininho. Depois com a idade parou. Depois que o meu pai morreu aí pareceu que ela acabou. O meu pai bebia cerveja de vez em quando mas não exagerava. Ele era motorista de ônibus. Trabalhou de dezessete anos de motorista de ônibus. Aí depois aí depois comprou um caminhão e passou a trabalhar por conta. Puxar carga.

Comecei a beber com 21 anos. O pai dela (esposa) que me incentivou. Eu bebo bastante dos 21 anos pra cá. Quando eu comecei o tratamento eu tinha, uns 30 e poucos anos.

Eu tava bebendo demais, todo dia bebendo. A maior parte do meu salário, o que eu recebia, ia tudo na bebida. E aí ela(esposa) também começava a beber também, sabe? De manhã cedo parava de tarde começava tudo de novo. Aí depois, falei, não dá pra aguentar mais, falei, eu não sei se vou pro médico ou se vou pra igreja. Aí comecei a fazer tratamento aqui, né?

Ah, demorou bastante para procurar ajuda, viu. Eu não falava lá no posto porque eu não gosto de ficar comentando. Eu não comentava. A minha esposa ia junto comigo, ela que falava. Aí eu ficava com vergonha... Ao mesmo tempo eu ficava com vergonha, eu ficava com raiva. Ela, minha esposa, ficava comentando muitas coisas que nem devia falar. Aí eu já ficava com vergonha de explicar coisas para o médico e aí ela entrava no meio.

Foi o Postinho que encaminhou, o médico do postinho que encaminhou para o CAPS.

Falei que tava bebendo todo dia, expliquei como estava Ah, eu queria mudar. Falei: preciso parar com isso. Eu mesmo falava e pensava comigo: ah, não dá, eu tenho que parar com isso, eu preciso comprar um terreno porque morar aqui de favor não dá, preciso fazer meu futuro.

O CAPSad foi o primeiro lugar que fiz tratamento. Vim pra cá (CAPSad). Eu e minha esposa tratamos aqui. Passava pro doutor Altino, sabe? Mas antes eu passava com um médico, não sei o nome dele.

Bom, pra falar a verdade, quem viu de fazer o tratamento, foi minha esposa, né? Falou que iria no CAPS fazer o tratamento. Eu não sabia esse negócio de participar de grupo, conversar. Não conhecia este tipo de tratamento. Lá no posto eu estava acostumado a passar com a doutora, contar o que estava acontecendo e pegar a medicação.

Ah, eu acho que tudo podia mudar no posto. O atendimento mesmo, sabe? O jeito de conversar, devia ser como esta conversa aqui. O médico doutor lá, começa a levantar a voz e aí eu começo a ficar nervoso quando alguém levanta a voz para mim. Teve um dia que abri a porta e sai para não fazer "arte" lá. E até hoje eu sou assim. Quando alguém fala alto comigo, mesmo lá em casa se a mulher fala alto comigo, começa a falar coisas que nem devia falar, eu já pego e vou lá pra fora, né? Pra não fazer escândalo, pra não machucar, pra não brigar. Então, eu já pego e saio pra rua, já faço as cadeiras. Aí eu dou um tempo lá e depois eu volto.

Mas eu era muito nervoso mesmo, sabe? Muito nervoso!

Me contam que eu tive lesão no coração de nervoso. Que eu cheguei a ficar morto mesmo. Morri, não sei como eu voltei, né? Mas eu dei trabalho pra eles, pra minha família. Ia em médico direto. Eu tinha um ano, dois anos, por aí.

Nesse tempo não dava trabalho pela bebida, dava trabalho por causa da saúde, do coração.

Que nem, de vez em quando ainda me dá falta de ar. Eu tô um pouco ali, depois começa... Começa a faltar ar, a vista começa a embaçar.

E eu fui no médico lá, fiz o exame, tudo... O coração tá tudo bem, não tem nada. Eu passo no posto para fazer acompanhamento com clínico.

Eu já tive alta daqui do CAPS. Quando eu cheguei passava com a Flávia, a psicóloga Flávia.

Então, eu cheguei a passar um tempo com ela e depois ela me deu alta. Eu vinha toda semana. Vinha toda quarta-feira pra participar do grupo.Era um grupo de conversa. Acontecia na parte de baixo do CAPS, colocava a cadeira em roda ali, e ali a gente ficava conversando. Uma hora ali, tudo, sabe? Eu e minha esposa passava aqui no mesmo dia. Então, eu ia passava com o Dr. Remos. Eu tinha vergonha , porque eu nuncatinha participado de grupo, né? Isso no começo. Ah, e depois eu fui acostumando. É, fui acostumando, aí... É, eu arrumei um emprego, e tive que parar de vir aqui no grupo, participar do grupo. E foi isso.

Ah, os profissionais do CAPSad me tratavam bem, sabe? Tratava bem, eu conversava com a turma lá. Às vezes, quando eu... Eu fazia de pergunta lá, eu falava, passava de um a um contando o que aconteceu, o que não aconteceu, né? E ía rodando. Rodando, né?

Escutava o que eles falavam também... Eles fumavam né? Ele fumava muito e botava o meu cigarro aqui... levava maço também... Então, esse grupo eu participava depois. Então, depois eu tive que abandonar, porque eu tinha arrumado serviço.

Ah, eu acho meio difícil chegar aqui no CAPS ad.

Ah, é porque às vezes sempre aparece alguma oportunidade, assim, para resolver algum problema. Né? Tem algum problema para resolver. E vai cair justo aquele dia que tem que vir aqui, né? E a gente tem que ficar só ligando e ligando. Não dá para fazer isso, porque tem que outro lugar para ir. Tem que organizar o lugar, então... Né? Isso é atrapalha eu e eles.

Aqui também é longe de casa. Tem ônibus, mas não vai para o bairro mesmo, sabe? Aqui tem mais, aquele Piracay lá. Para mim, para pegar o ônibus, se eu estiver na minha casa mesmo, tem que andar até o ponto, pegar um ônibus, parar no terminal e pegar outro ônibus para o CAPS. Ele vem da Aparecidinha, né? O caminho demora pelo menos uns 40, 45 minutos, porque tem que fazer todas as paradas, né? Tem que ter paciência dos passageiros, entra, sobe, desce, tem um monte de negócio. E as voltas que você tem que fazer, os horários que você tem que esperar lá no terminal, sabe?

Eu achava bom o CAPS. Como eu sou converso pouco, né? Tenho poucas palavras, então, de vez em quando eu pegava um cochilo ali, né? Por causa das remédios que eu tomo até hoje. É um lugar que você pode descansar, se você não estivesse se sentindo bem. Os profissionais, passavam, falavam bom dia, boa tarde, , perguntavam como a geste estava. Era isso.

Nossa, eu sentia bem mesmo fazendo tratamento aqui (CAPSad). De vez em quando eu tinha alguma coisa pra conversar, e conversava. Eu tenho dificuldade para conversar porque eu falo muito ligeiro. As vezes as pessoaos veinham conversar comigo , não entendem o que falo e pede par repetir. Aí, naquela hora, eu ficava quieto, né? Não voltava atrás, não. Eu falava uma, duas vezes só, aí. Depois disso eu ficava na minha.

Quando precisava do CAPS fora do horário aí eu ligava, falava que não dava pra ir por causa de outro compromisso e aí deixavava para a próxima vez do atendimento.

Acho que os profissionais estava preparados. Eu acho que, assim, tem alguns que não era grande coisa, mas tem outros que te tratava bem, sabe, eram preparados.

Ah, mudou tudo, sabe? Mudou tudo. Eu recordo, eu fico recordando as coisas, recordando as coisas passadas, né? O que que passei ... Eu nem sempre penso no futuro, eu penso mais no que tá acontecendo agora. Eu vou trabalhar, quero reformar minha casa, isso aí, sabe? Eu penso, mas eu penso, assim, que nem... Assim, eu penso mais daqui pra trás do que daqui pra frente. Futuro.

O tratamento ajudou, né? Ah, ajudou mais em afastar da bebida. Agora eu abandonei mesmo. Então, não quero mais. Nem prefiro.

Não, nunca fiquei internado pra saúde mental. Não, eu só entrei.... Só fiquei internado para fazer tipo de cirurgia, né?

Na saúde passei pelo SUS, pelo CAPSad e pelo posto... Pelos três. Cada dois, três meses eu tô passando no SUS, com a doutora... Maria José.

Usuário Cluste 05 Ambulatório de Especialidades - C5AE

Meu dia a dia hoje é diferente do que eu tinha. Passo o dia sentado assistindo TV vendo o dia passando. Fico sentado, assistindo, vendo o tempo passar, fazendo minha terapias com ajuda da minha mãe. Aqui eu não conheço nada aqui em Itatiba. Eu sou do Maranhão. Vim para cá para fazer o tratamento. Vim para Itatiba há dois anos, contra minha vontade.

Comecei tratar da cabeça porque eu... eu sofri um acidente e bati a cabeça. Isso depois que sofreu o acidente que eu comecei o tratamento. A minha mãe quer que eu faço tratamento. Ela morava aqui e eu morava lá no Maranhão. Lá não tinha ninguém que me ajudasse lá.

Foi o pessoal lá do postinho que me encaminhou para cá (SUS-AE)

A mãe foi pro Maranhão porque eu fiquei em coma... 3 meses em coma e aí depois ela foi para lá ele ficou 3 meses sem ver o mundo e aí ele foi para casa e ficou mais 3 , 4 meses sem saber de nada ela tinha que fazer tudo por mim dia e noite. Aí depois que eu passei a usar cadeira de roda a mãe me trouxe pra cá. Aí ela levou no postinho e eles encaminharam aqui para ambula tório. Comecei a passar no psiquiatra porque o só queria ir embora. Falava: vou me embora, vou me embora. Aí o pessoal do postinho encaminhou para o psiquiatra.

Foi a médica do posto que encaminhou para cá (ambulatório). Agora agora eu não sei falar quando que foi a última consulta mas quando começou mas no começo eu já tinha consulta aqui com frequência com psiquiatra com o neuro. Além de querer ir embora, fiquei bravo, mais agressivo. Eu me sinto estressado eu não gosto daqui. Não gosto de nada daqui. Trato aqui desde 2018. Minha família diz que bati a cabeça no acidente e perdeu neurônios.

Não sei qual meu problema de saúde. Ele diz que o stress é de querer ir embora. Só sei que ele me dá conselho eu passo aqui e ele me dá conselho. Isso me ajuda. É só o que ele faz ele me dá conselho pergunta umas coisinhas só. Não sei se tem alguma coisa que poderia melhorar no tratamento.

Antes, no começo era a cada 3 meses agora tá demorando mais.

Venho aqui de carro, com alguém da família. E é difícil chegar aqui

Passo de vez em quando no postinho. Sou bem atendido quando passo lá.

Ah, o tratamento aqui é normal. Não sei dizer de alguma coisa que poderia melhorar, aqui tá tudo bom tá tudo bem. Os profissionais que me atendem aqui são bons. Todos eles são bons. Não sei dizer .o que mudou desde que comecei o tratamento. A minha raiva é de morar aqui todo o estresse que eu tenho de morar aqui só isso que eu tenho

Nunca precisei ser internado ou passar em PS aqui em Itatiiba. Aqui em Itatiba, de saúde, eu conheço o postinho, aqui (ambulatório), o centro de reabilitação onde fiz fisioterapia, e a natação. Faço natação. É um projeto para pessoa com deficiência que chama nativa. É um tipo uma ONG que funciona a base de doação . É um lugar para as pessoas que têm deficiências deficiência física deficiências mental, síndrome de Down. Não gosto de ir não. Eu gosto de ir à academia. Vou 3 vezes na semana. Tenho que fazer exercício fazer fisioterapia se eu fizer exercício minha perna melhora. Minha perna ficou ruim com acidente.

Família do pai ainda mora lá no Maranhão mas na cidade que eu morava não tem ninguém para ajudar. Minha família tem Felicidade as pessoas têm. Felicidade eu não tenho.

Tem que ficar e morar num lugar que eu não gosto não me faz feliz. Eu não sou feliz.

Fui para o Maranhão no ano passado. Para ir para lá são 3 dias de viagem. Tenho saudades de tudo de lá. Lá morava com a mulher. Ela largou de mim e casou com outro. Ela descobriu que tinha um caso e largou de mim.

APÊNDICE 6 - REDE DE SUPORTE

Cluster 1

Figura 8 Construção compartilhada IT C1CAPSII

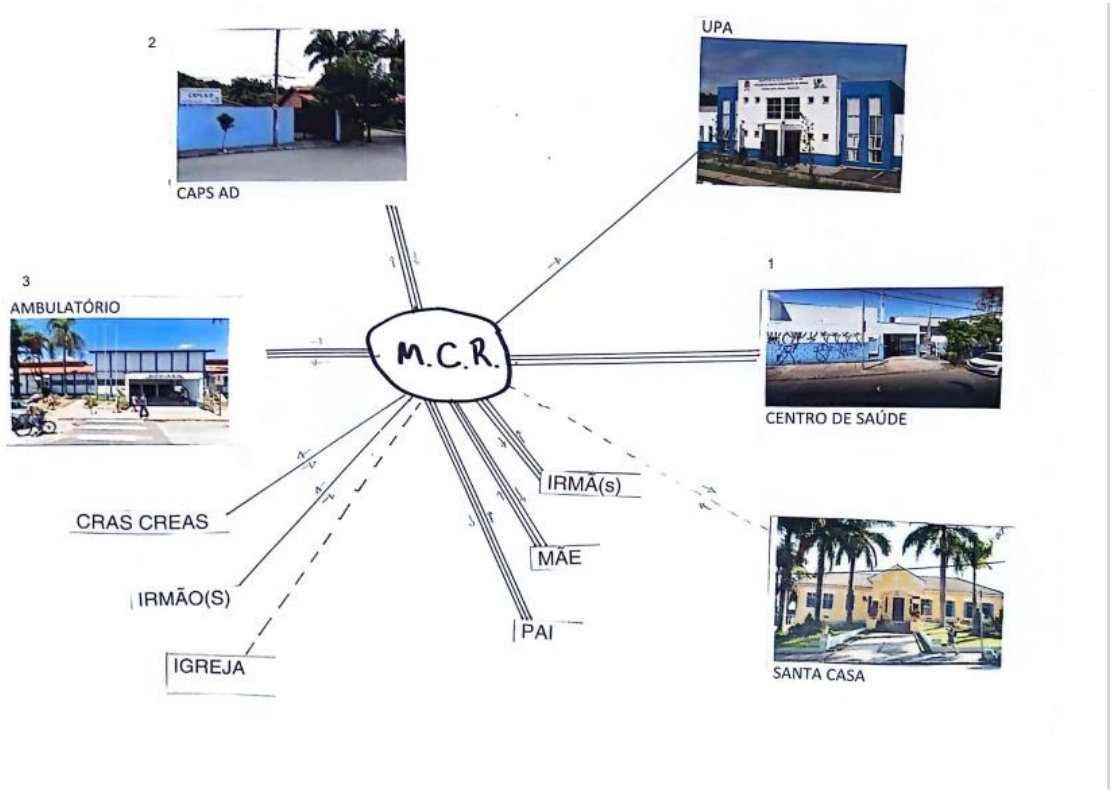


Figura 9 - Construção compartilhada IT - C1CAPSad

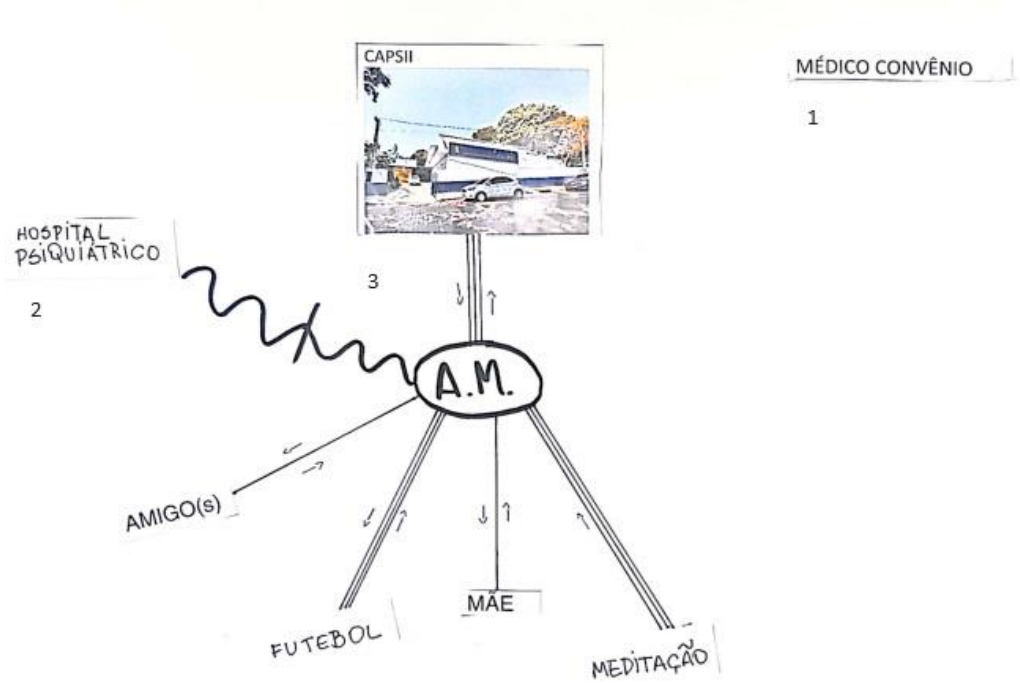


Figura 10 - Construção compartilhada IT - C1AE

Cluster 2

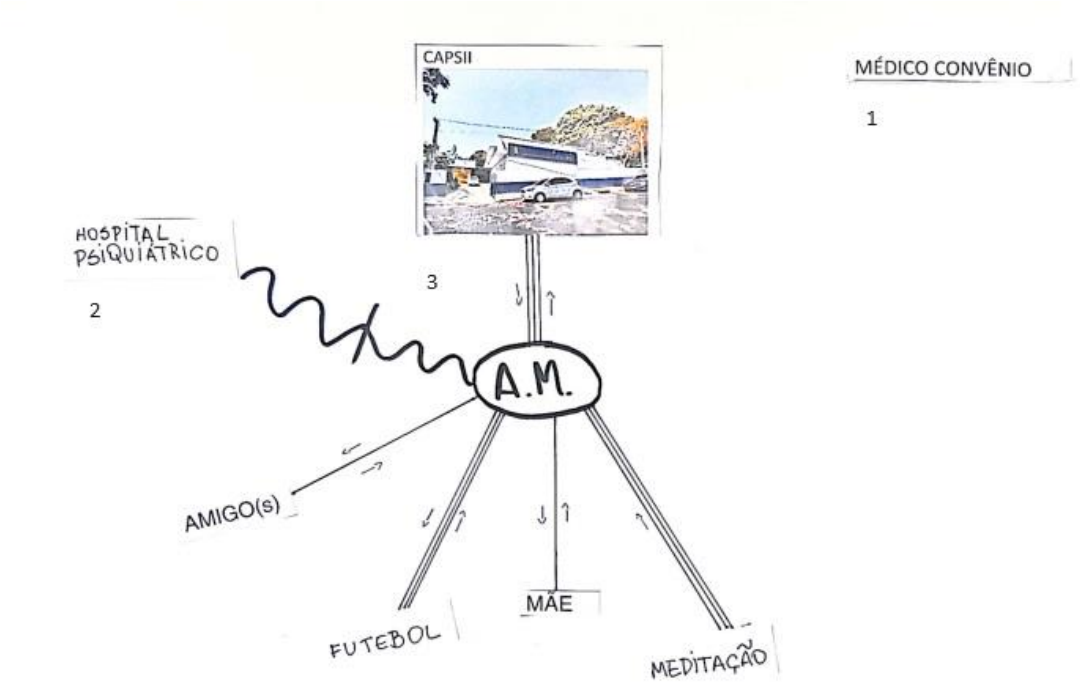


Figura 11 - Construção compartilhada IT – C2CAPSII

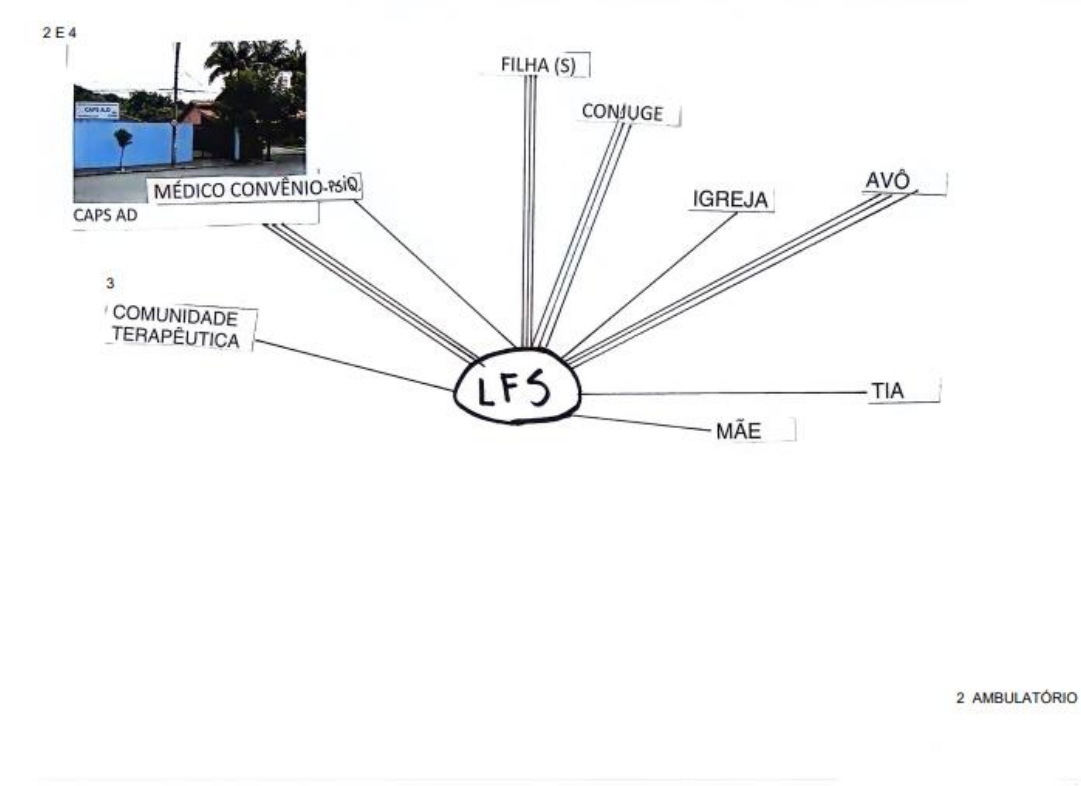


Figura 12 - Construção compartilhada IT – C2CAPSad

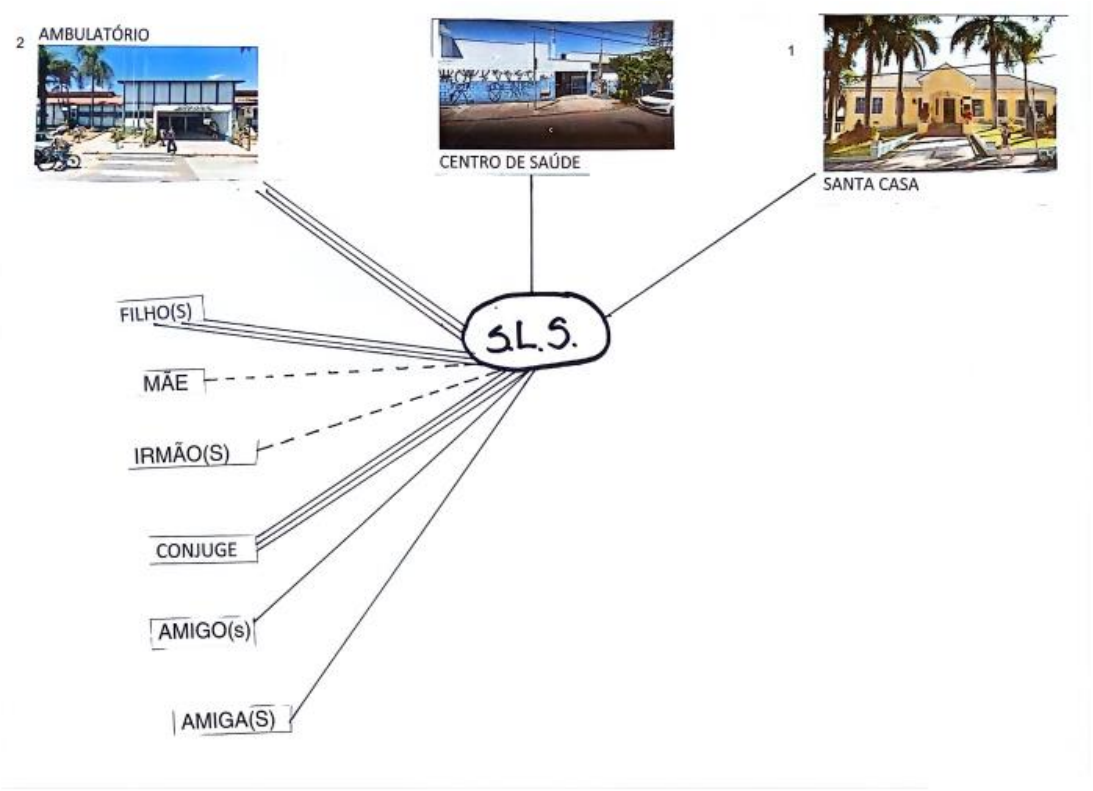


Figura 13 - Construção compartilhada IT – C2CAE

Cluster 03

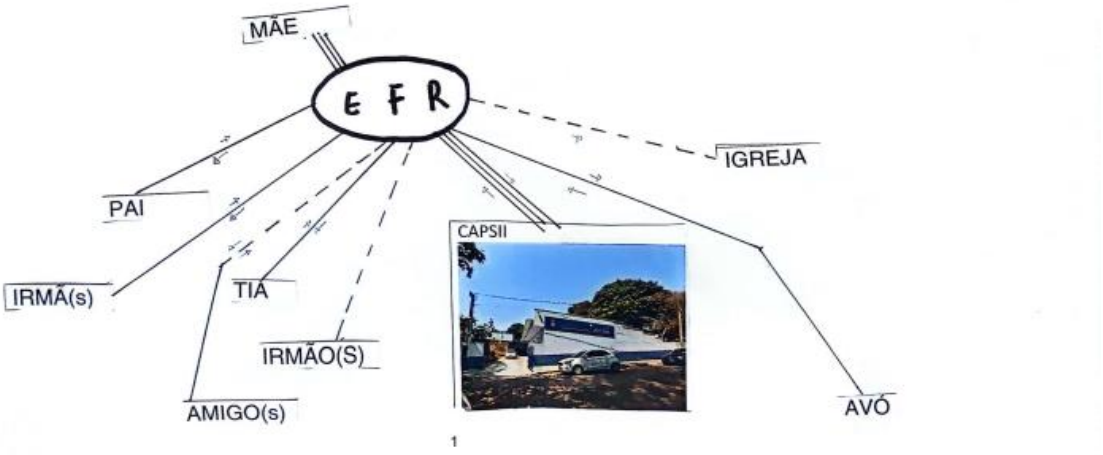


Figura 14 - Construção compartilhada IT – C3CAPSII

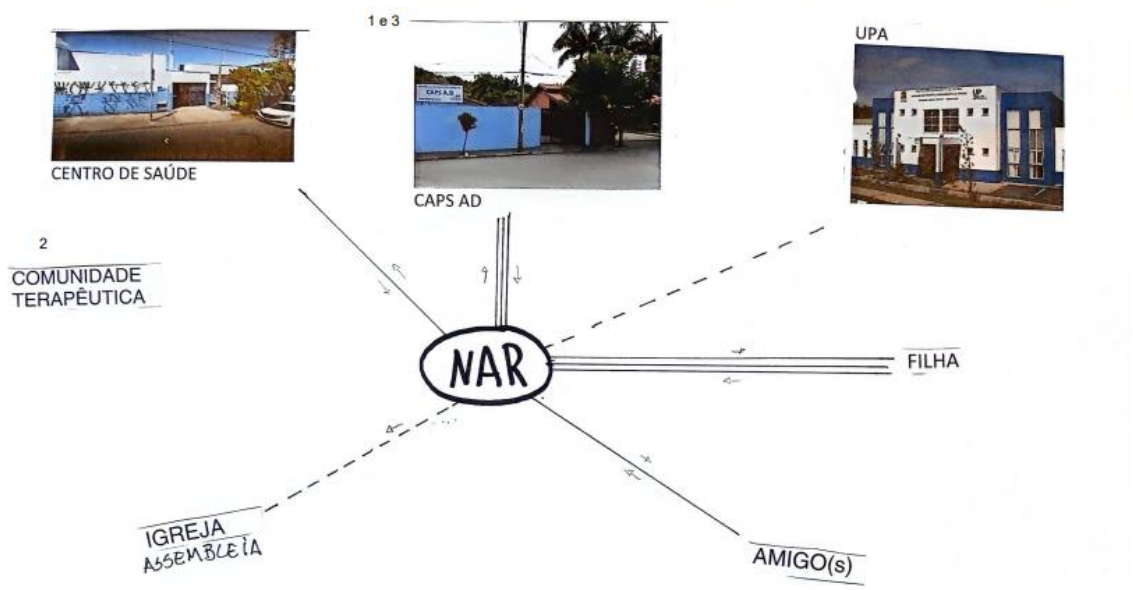


Figura 15 - Construção compartilhada IT – C3CAPSad

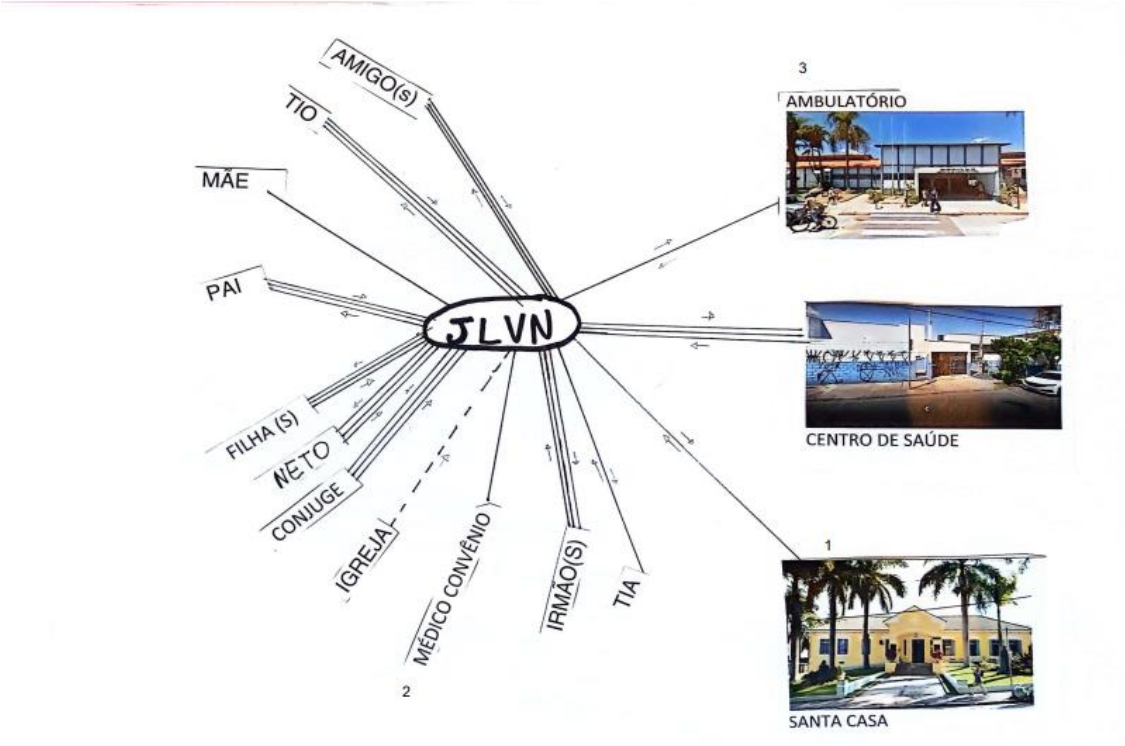


Figura 16 - Construção compartilhada IT – C3CAPSAE

Cluster 04

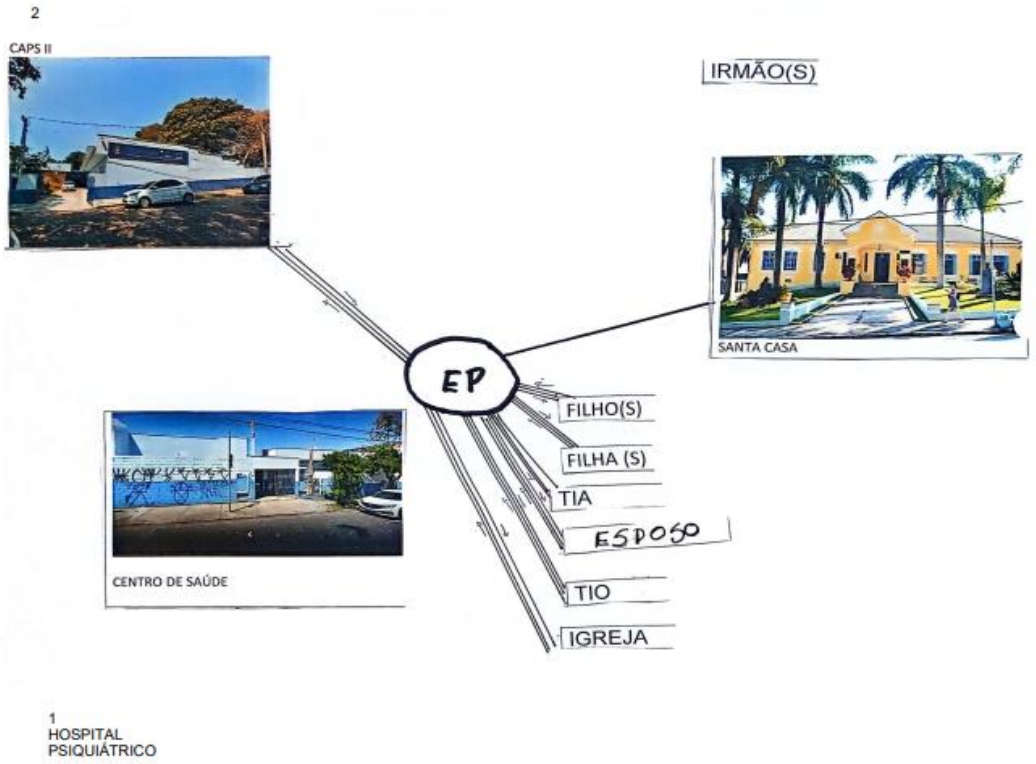


Figura 17 - Construção compartilhada IT – C4CAPSII

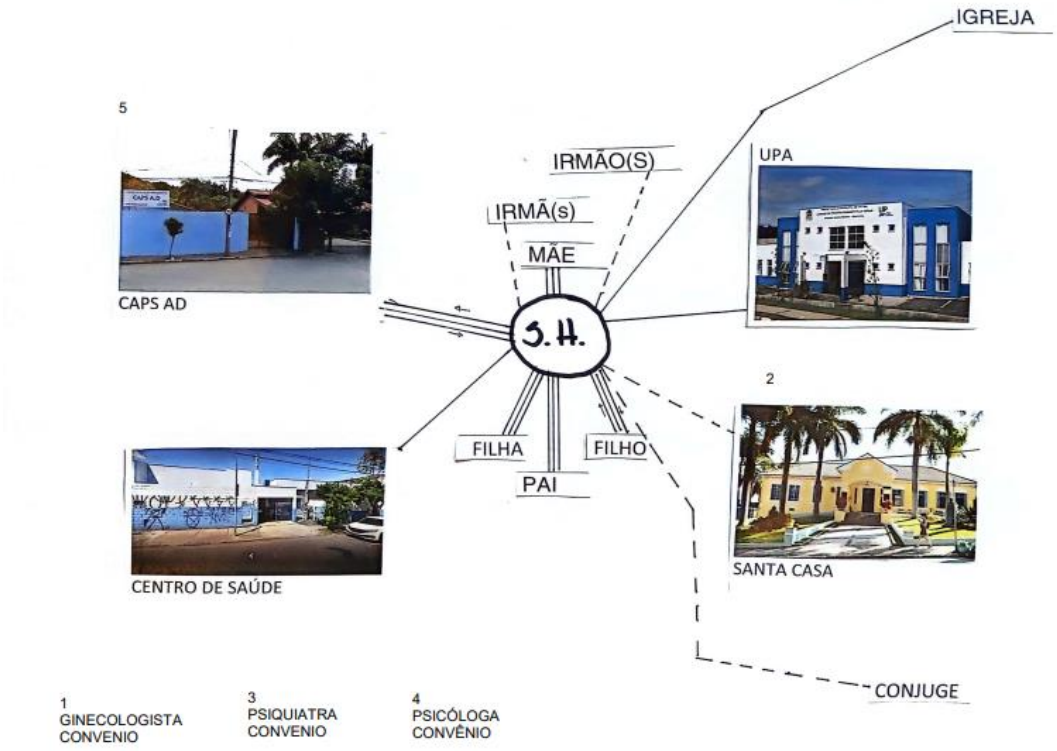


Figura 18 - Construção compartilhada IT – C4CAPSad

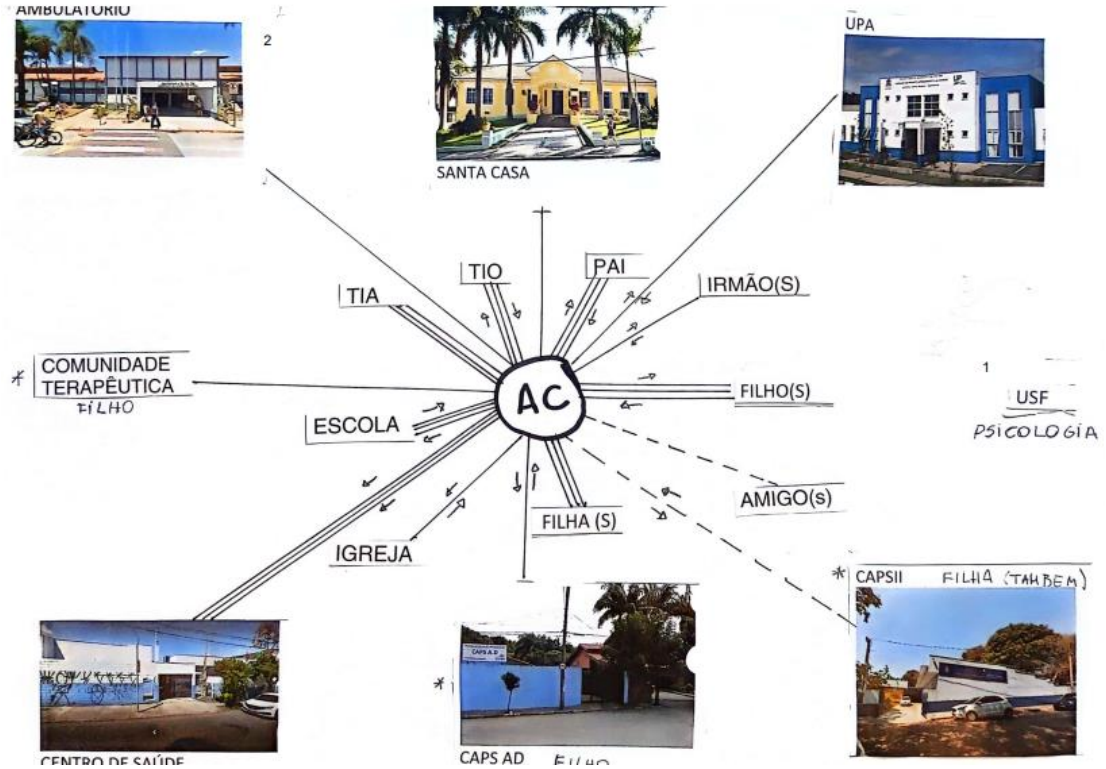


Figura 19 - Construção compartilhada IT – C4AE

Cluster 05

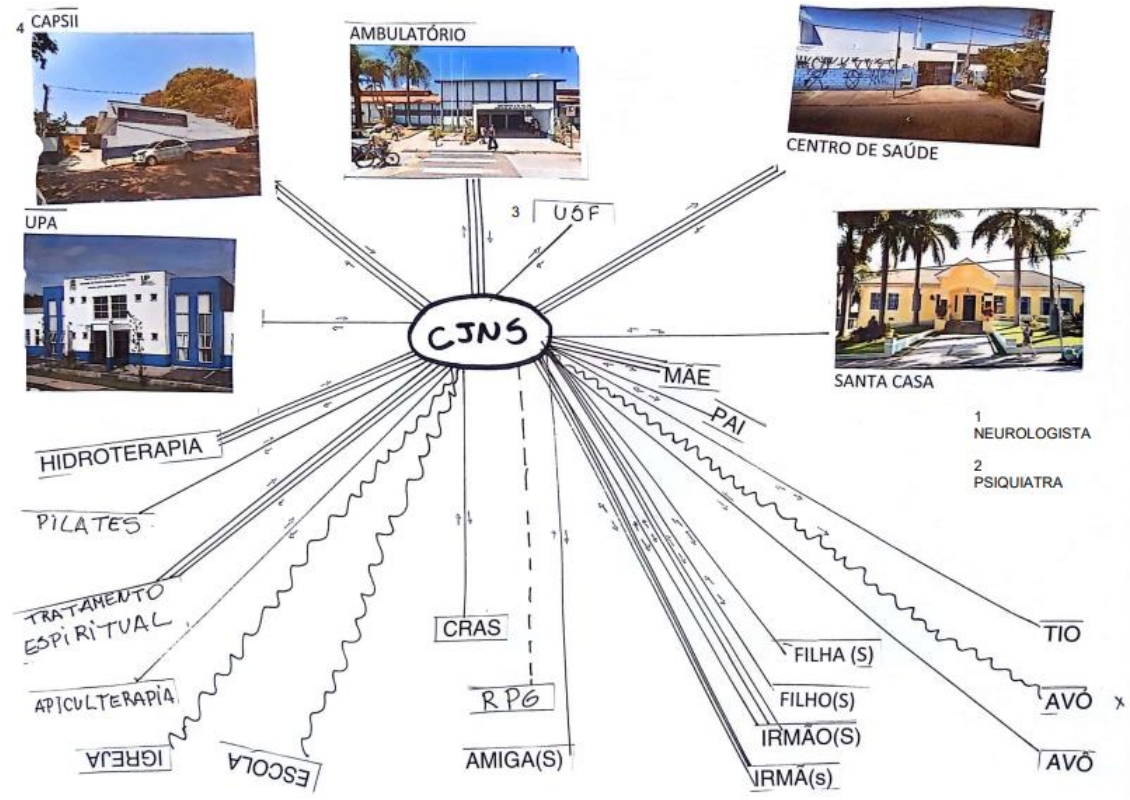


Figura 20 - Construção compartilhada IT – C5CAPSII

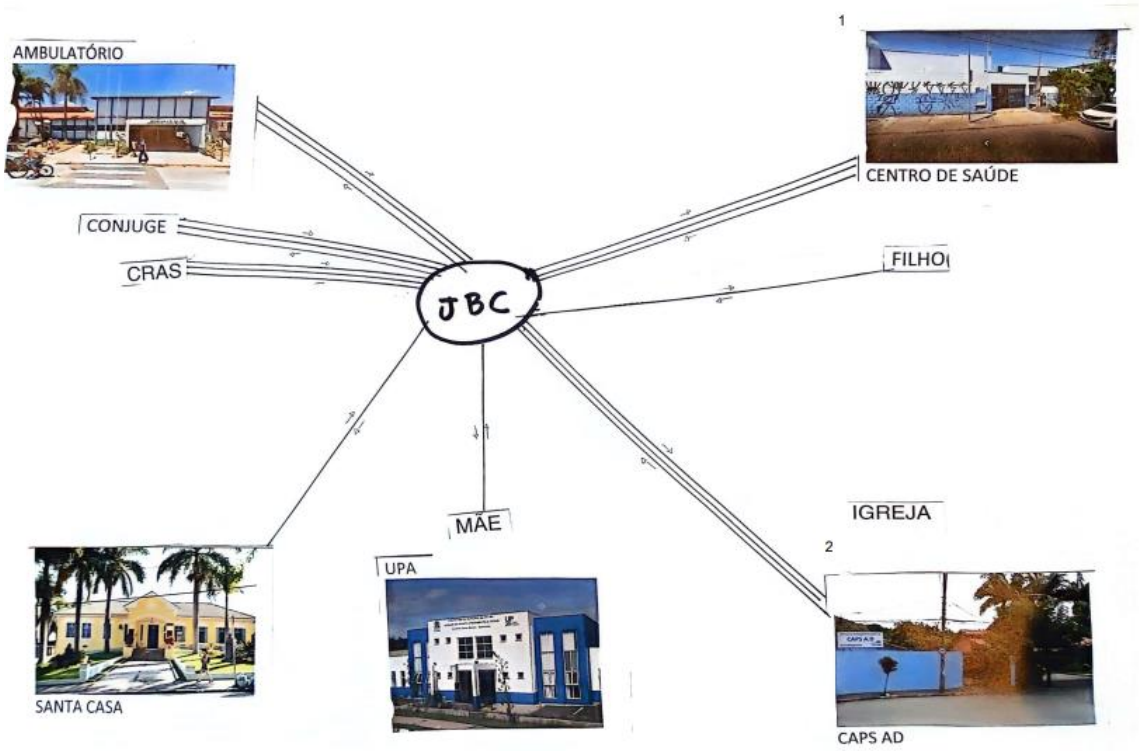


Figura 21 - Construção compartilhada IT – C5CAPSad

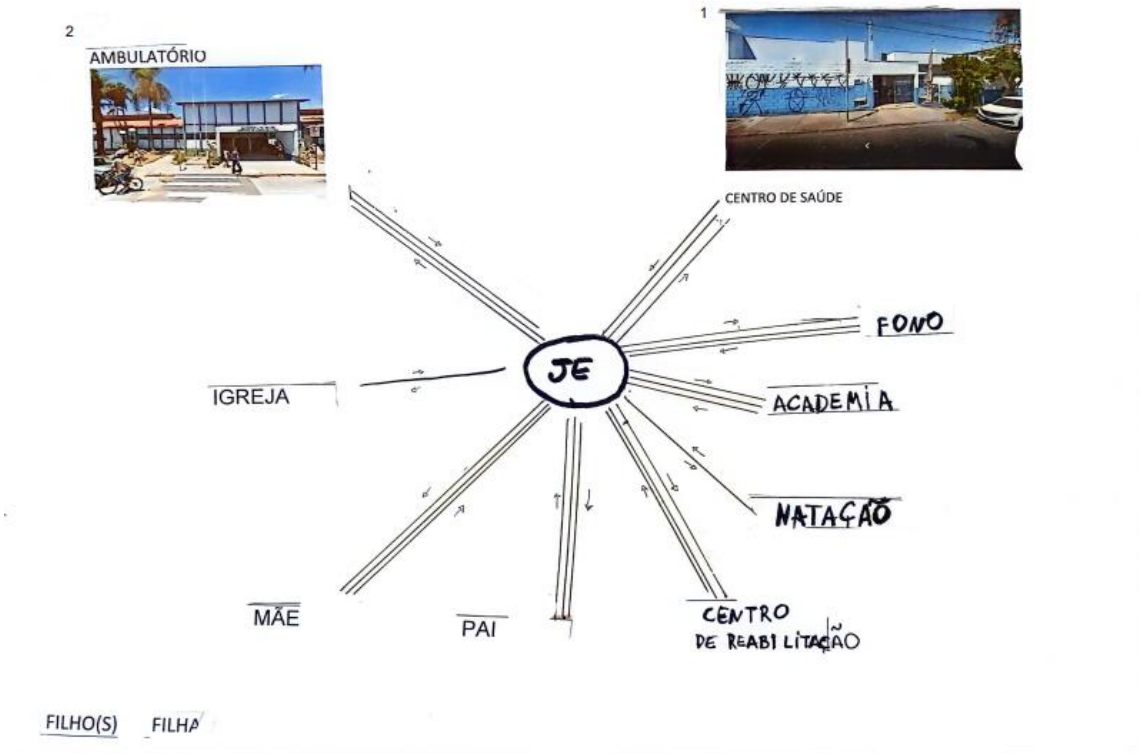


Figura 22 - Construção compartilhada IT – C5AE

ANEXOS

ANEXO 1 – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: DISPOSITIVOS DE INTEGRAÇÃO DA REDE DE SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO DE ITATIBA-SP: UMA PESQUISA DE IMPLEMENTAÇÃO

Pesquisador: Rosana Teresa Onocko-Campos

Área Temática:

Versão: 5

CAAE: 00827918.8.0000.5404

Instituição Proponente: Faculdade de Ciências Medicas - UNICAMP

Patrocinador Principal: CONSELHO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO CIENTIFICO E TECNOLOGICO-CNPQ

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.793.771

Apresentação do Projeto:

Solicitação de emenda ao projeto original. Segundo o documento PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1453108_E1.pdf 07/11/2019 : Justificativa da Emenda: O grupo de pesquisa avaliou importante o esclarecimento de algumas etapas da pesquisa e para tanto foi feito o acréscimo de dois objetivos específicos, inclusão de outros grupos de interesse em algumas das etapas da pesquisa e a descrição da ampliação do campo da pesquisa para outros serviços de saúde mental que compõem a rede de saúde mental de Itatiba, em especial no acolhimento a crise realizado a partir de internações em hospitais localizados em outros municípios que compõem Distrito Regional de Saúde de Itatiba, como a Enfermaria de Psiquiatria do Hospital da Clínicas da Unicamp. Justifica-se tais alterações pelo fato de aprofundar a avaliação do impacto da execução da pesquisa assim como sua intervenção para a qualificação do trabalho em rede a partir dos aspectos identificados como problemáticos. Espera-se que a partir das alterações realizadas a pesquisa seja mais consistente e consiga abarcar as complexidades do trabalho em rede.

Objetivo da Pesquisa:

São incluídos dois novos objetivos secundários:

1- Compreender a percepção dos usuários que necessitaram de internação psiquiátrica sobre a rede de saúde mental do município de Itatiba;

2- Compreender quais são os itinerários terapêutico dos usuários da rede de saúde mental do

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br

Município de Itatiba.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Inalterados

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Alterações apresentadas no documento CartaEmendaCEP.pdf 07/11/2019:

1–Inclusão da pesquisadora Michelle Chanchetti Silva no item Equipe de Pesquisa.

2-Inserção dos familiares e profissionais de saúde com as respectivas explicações nas etapas da pesquisa em que estão inclusos; Trata-se de uma proposta de estudo transversal, analítico, a ser realizado com usuários, familiares e trabalhadores dos serviços especializados de saúde mental do município de Itatiba-SP.

3-Inserção dos objetivos específicos secundários: compreender a percepção dos usuários que necessitaram de internação psiquiátrica sobre a rede de saúde mental do município de Itatiba; e compreender quais são os itinerários terapêutico dos usuários da rede de saúde mental do Município de Itatiba - assim com os esclarecimentos de cada etapa deste item da pesquisa nos subitens como Tipo de estudo e delineamento, População de estudo, Logística, Análise dos dados, Aspectos éticos específicos, neste último subitem especificamente, vale ressaltar que os TCLEs utilizados serão os mesmos já aprovados pelo CEP nesta pesquisa, com alteração somente da descrição da técnica da entrevista;

4-Houve necessidade de inclusão da descrição da Regional de Saúde de Itatiba e contextualização da inclusão da Enfermaria de Psiquiatria do HC da Unicamp como campo no item Etapa de pré-implementação;

5- Inserção da Enfermaria de Psiquiatria do Hospital das Clínicas – UNCAMP e sua respectiva justificativa. O município de Itatiba integra o Distrito Regional sete (DRSVII) que compreende 42 municípios, responsáveis por coordenar as atividades da Secretaria de Estado da Saúde no âmbito regional e promover a articulação intersetorial, com os municípios e organismos da sociedade civil. Por isso, dentre o projeto se considera importante a realização de grupos focais com usuários e trabalhadores da Enfermaria de Psiquiatria do Hospital das Clínicas (HC) Unicamp – um dos pontos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) responsável pela Atenção Hospitalar do Distrito Regional de Saúde de Itatiba. A escolha da referida enfermaria deve-se ao fato de encaixar na parceria Unicamp-Itatiba marco do presente projeto; e também pelo fato da enfermaria de saúde mental no Hospital Geral estar mais alinhada aos pressupostos da reforma psiquiátrica.

6-Inserção dos critérios de inclusão dos familiares; Uma vez identificados, os usuários e familiares

serão contatados e caso atendam aos critérios de inclusão, convidados a participar do estudo. Os critérios de inclusão para o usuário serão: ser maior de idade; estar em acompanhamento no serviço no momento da entrevista tendo realizado pelo menos uma consulta nos últimos 3 meses. Os critérios de exclusão serão: ser portador de diagnósticos correspondentes às categorias F72 a F73 da Classificação Internacional de Doenças (CID) – Retardo Mental Grave e Retardo Mental Profundo. Os critérios de inclusão para o familiar serão: ser maior de idade; ser familiar de um usuário que tenha realizado pelo menos uma consulta nos últimos 3 meses e esteja em acompanhamento no serviço no momento da entrevista. Os critérios de exclusão serão: ser portador de diagnósticos correspondentes às categorias F72 a F73 da Classificação Internacional de Doenças (CID) – Retardo Mental Grave e Retardo Mental Profundo. A rede de Atenção primária do município de Itatiba-SP conta com 312 profissionais distribuídos em 6 Unidades Básicas de Saúde (UBS) tradicionais e 13 Unidades de Estratégia Saúde da Família (ESF). No que se refere aos serviços de saúde mental, o município conta com 13 profissionais vinculados ao CAPS II, 13 profissionais vinculados ao CAPS AD, 14 profissionais vinculados ao NASF, além de profissionais que realizam atendimentos em saúde mental vinculados ao ambulatório de especialidades e ao Centro de Atenção à Criança. Para seleção dos entrevistados, será adotada amostragem censitária, ou seja, serão incluídos todos os trabalhadores que estiverem com vínculo na rede de Atenção primária e serviços especializados que aceitarem participar da pesquisa.

7-Inserção das Variáveis a respeito do estudo dos Familiares no Quadro 3 e dos Trabalhadores no Quadro 4.

9-Inserção do mapeamento Itinerários terapêuticos dos usuários atendidos na rede saúde mental de em Itatiba. 6.5: Itinerários Terapêuticos 32 6.5.1: Tipo de estudo e delineamento Trata-se de uma proposta de estudo exploratório de natureza qualitativa que visa a avaliação a compreensão de quais são os itinerários terapêuticos dos usuários da rede de saúde mental do município de Itatiba. Os itinerários terapêuticos são constituídos por todos os movimentos desencadeados por indivíduos ou grupos na preservação ou recuperação da saúde, que podem mobilizar diferentes recursos que incluem desde os cuidados caseiros e práticas religiosas até os dispositivos biomédicos predominantes (atenção primária, urgência, etc.). Referem -se a uma sucessão de acontecimentos e tomada de decisões que, tendo como objeto o tratamento da enfermidade, constrói uma determinada trajetória (CABRAL et al., 2011). 6.5.2: População de estudo. A população elegível para esse estudo será compreendida pelos usuários atendidos no CAPS AD, CAPS II e ambulatório, sendo 10 usuários de cada referido serviço. Os critérios de inclusão para o serão: ser maior de idade; estar em acompanhamento no serviço no momento da entrevista tendo

realizado pelo menos uma consulta nos últimos 3 meses. Os critérios de exclusão serão: ser portador de diagnósticos correspondentes às categorias F72 a F73 da Classificação Internacional de Doenças (CID) – Retardo Mental Grave e Retardo Mental Profundo. 6.5.3 logística Os itinerários terapêuticos serão construídos por meio de entrevista a profundidade conduzidos por dois membros da equipe de pesquisa, um assumirá o papel entrevistador e observador. O papel do entrevistador será criar um clima favorável de modo que estimule o participante a discutir o tema e compartilhar suas opiniões (APÊNDICE G). O observador será responsável por tomar notas sobre o andamento da entrevista destacando aspectos não verbais da interação entre o entrevistador e o participante. Para realização das entrevistas, os usuários serão contatados via telefone e convidados a participar do estudo, e solicitados a comparecer no local do encontro, no dia e no horário marcado. Será reservada uma sala de tamanho e local adequados, sem ruídos ou interferências, de forma que se assegure a privacidade e facilite a entrevista. Serão fornecidas informações sobre a pesquisa e seus objetivos, e caso o usuário aceite participar da mesma, lhe será apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE F) em duas vias, cujo todas as laudas deverão ser rubricadas, além de assinadas pelo participante e pelo pesquisador na última lauda. Uma das vias ficará com o participante e a outra com o pesquisador. As entrevistas terão duração mínima de 1h30min e máxima de 2 horas e terão o seguinte procedimento: apresentação da entrevistador e observador; esclarecimento sobre a dinâmica da entrevista, realização de questões norteadora e finalização da entrevista. As entrevistas serão audiogravadas para posterior transcrição. 6.5.4: Análise dos dados Para análise dos dados produzidos a partir da entrevista, após transcrição na íntegra do material audiogravado, serão elaboradas narrativas de cada um dos entrevistados no intuito de tornar denso o material, mantendo-se fiel a história que nele se conta, mas não necessariamente em sua sequência temporal e tampouco reproduzindo as formas lexicais do participante. Para tal, será adotado o reconhecimento de núcleos argumentais tal como proposto por Ricoeur (1997). Após construção das narrativas, as mesmas serão apresentadas ao participante em um encontro subsequente para discussão. Nesse encontro, se realizará a leitura da narrativa e o participante poderá retificar o conteúdo da mesma, tendo como objetivo final a validação dos dados. 6.5.5: Aspectos éticos específicos Além da adoção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, os aspectos éticos serão atendidos ainda pela garantia do direito de não participação na pesquisa; direito de desistir da pesquisa a qualquer momento sem qualquer ônus; livre acesso aos dados quando de interesse do participante e anonimato. O estudo 34 envolverá, exclusivamente, a realização de entrevistas. Não estará incluído nenhum tipo de procedimento invasivo ou coleta de material biológico. Compreendendo que toda pesquisa que

envolve seres humanos abarca riscos, se reconhece que por envolver perguntas sobre o processo de trabalho dos serviços, que invariavelmente é atravessado por disputas políticas e ideológicas, poderá haver desconforto entre os participantes. Esse risco se justifica pela necessidade de entender a experiência do sofrimento e a qualidade do cuidado nos serviços de saúde mental. Contudo, o risco de desconforto por ventura gerado pelos questionamentos da entrevista poderá ser minimizado através da ação dos pesquisadores como mediadores. Os usuários terão a possibilidade de interromper sua participação sempre que assim o desejarem, podendo retornar ou não para a sessão. Não haverá benefícios financeiros destinados aos participantes. O único benefício direto envolvido na participação do estudo será a oportunidade de expressar suas percepções acerca do processo de cuidado de saúde mental em rede. 6.6: Grupos focais usuários e trabalhadores 6.6.1 Tipo de estudo e delineamento Trata-se de uma proposta de estudo exploratório de natureza qualitativa que visa à compreensão da percepção dos usuários que necessitaram de internação psiquiátrica sobre a rede de saúde mental do município de Itatiba por meio da utilização de grupos focais em dois grupos de interesse, usuários e trabalhadores. 6.6.2: População e amostragem A população elegível para o estudo será compreendida por trabalhadores da enfermaria de Psiquiatria do HC da Unicamp e usuários oriundos dos diversos pontos da rede de saúde e assistência social do município de Itatiba-SP. Serão realizados grupos focais por cada grupo de interesse (usuário e trabalhador), os grupos serão compostos por no mínimo 6 participantes até 12 pessoas, de acordo com a literatura de grupos focais narrativos proposto em MIRANDA et al., 2008. 6.6.3: Logística 35 Os grupos focais serão conduzidos por dois membros da equipe de pesquisa, um assumirá o papel de moderador do grupo e outro de observador. O papel do moderador será criar um clima favorável que estimule todos os participantes a discutir o tema e compartilhar suas opiniões. O mesmo deverá facilitar a interação entre os participantes por meio da inserção de comentários e questões pré-definidas no roteiro norteador do grupo focal (APÊNDICE J e L). O moderador terá ainda como papel assegurar que o diálogo ocorra entre os membros do grupo e não entre ele e os membros do grupo. Já o observador será responsável por tomar notas sobre o andamento do grupo destacando aspectos não verbais da interação entre os participantes. Para realização dos grupos focais, serão agendados via telefone o dia e horário em que os trabalhadores convidados a participar do estudo serão solicitados a comparecer no local do encontro, onde será reservada uma sala de tamanho e local adequados, sem ruídos ou interferências, de forma que se assegure a privacidade e facilite o debate. Serão fornecidas informações sobre a pesquisa e seus objetivos, e caso o usuário ou trabalhador aceite participar da mesma, lhe será apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE L e M) em

duas vias, cujo todas as laudas deverão ser rubricadas, além de assinadas pelo participante e pelo pesquisador na última lauda. Uma das vias ficará com o participante e a outra com o pesquisador. Após os devidos esclarecimentos e obtenção do consentimento dos participantes, os mesmos serão orientados para sentar em roda, sem assentos predefinidos, de forma que todos possam ter bom contato visual e estar em igual distância do moderador do grupo. Os encontros terão duração mínima de 1h30min e máxima de 2 horas e terão o seguinte itinerário: abertura da sessão; apresentação dos participantes entre si; esclarecimento sobre a dinâmica do debate; contextualização do tema com realização de questões norteadoras; debate; síntese dos momentos anteriores e encerramento da sessão. As sessões serão audiogravadas para posterior transcrição. 6.6.4: Análise dos dados Para análise dos dados produzidos a partir dos grupos focais, após transcrição na íntegra do material audiogravado, serão elaboradas narrativas de cada um dos grupos no intuito de tornar denso o material, mantendo-se fiel a história que nele se conta, mas não necessariamente em sua sequência temporal e tampouco reproduzindo as formas lexicais do grupo. Para tal, será adotado o reconhecimento de núcleos argumentais tal como proposto por Ricoeur (1997). Após construção das narrativas, as mesmas serão apresentadas aos participantes do grupo focal em um encontro subsequente para discussão. Nesse encontro, se realizará a leitura coletiva das narrativas e os participantes poderão retificar o conteúdo das mesmas, tendo como objetivo final a validação dos dados. 6.6.5: Aspectos éticos específicos Além da adoção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, os aspectos éticos serão atendidos ainda pela garantia do direito de não participação na pesquisa; direito de desistir da pesquisa a qualquer momento sem qualquer ônus; livre acesso aos dados quando de interesse do participante e anonimato. O estudo envolverá, exclusivamente, a realização de entrevistas. Não estará incluído nenhum tipo de procedimento invasivo ou coleta de material biológico. Compreendendo que toda pesquisa que envolve seres humanos abarca riscos, se reconhece que por envolver perguntas sobre o processo de trabalho dos serviços, que invariavelmente é atravessado por disputas políticas e ideológicas, poderá haver desconforto entre os participantes. Esse risco se justifica pela necessidade de entender como a experiência do sofrimento e o processo de trabalho, e mesmo essas disputas, impactam na qualidade e o cuidado dos serviços de saúde mental. Contudo, o risco de desconforto por ventura gerado pelos questionamentos ou divergências do grupo poderá ser minimizado através da ação dos pesquisadores como mediadores. Os usuários e os trabalhadores terão a possibilidade de interromper sua participação no grupo sempre que assim o desejarem, podendo retomar ou não para a sessão. Não haverá benefícios financeiros destinados aos participantes, O único benefício direto envolvido na participação do estudo será a oportunidade de expressar suas

percepções acerca do processo de cuidado de saúde mental em rede.

10-Em decorrência da inserção de novos itens no Sumario houve alteração da enumeração, por isso os números esta tarjados em amarelo;

11–Em decorrência da inserção de novos Apêndices, houve a alteração das enumerações por isso as letras estão tarjadas.

12- Inclusão do TCLE para familiares (Aquivo: APENDICE_B_TCLE_Familiares_sur)

13-Inclusão do TCLE trabalhadores (Arquivo: APENDICE_C_TCLE_Trabalhadores_SUR);

14-Inserção do Questionário Survey Familiares (Arquivo: APENDICE_E_QuestionArio_Survey_Familiares)

15-Inserção do Questionário Survey Trabalhador (Arquivo: APENDICE_F_QuestionArio_Survey_Trabalhador)

16-Inserção do Roteiro Nortador para Observação Participante (Arquivo: APENDICE_G_Roteiro_Norteador_para_Observacao_ParticipantRe)

17-Inserção dos TCLEs Itinerário Terapêuticos (Arquivo: APENDICE_I_TCLE_UsuariosItinerariosTerapeuticos)

18- Inserção do oteiro Norteador para Entrevista sore Itinerários Terapêuticos (Arquivo: APENDICE_H_Questoes_Itinerario_terapeutico)

19–Inserção Roteiro Norteador Grupo Focal Enfermaria Psiquiátrica Hospital das Clínicas Unicamp – Usuários (Arquivo: APENDICE_J_OBSERVA_GF_EPsiqHCUnicamp_usuarios)

20 – Inserção Roteiro Norteador Grupo Focal Enfermaria Psiquiátrica Hospital das Clínicas Unicamp – Trabalhadores (Arquivo: APENDICE_K_Observ_GF_EPsiqHCUnicamp_trab)

21 - Inserção APÊNDICE L. TCLE Enfermaria Psiquiátririaca Hospital das Clínicas Unicamp – Usuários (Arquivo: APENDICE_L_tcle_usu_EPsiqHC)

22 - Inserção APÊNDICE L. TCLE Enfermaria Psiquiátrica Hospital das Clínicas Unicamp – Trabalhadores (Arquivo: APENDICE_M_TCLE_trab_EPsiqHCUnicamp)

23 – Inserção da Carta de Anuência para Pesquisa na Enfermaria de Psiquiatria Hospital das Clínicas UNICAMP (Arquivo: APENDICE_V_carta_anuencia_EPsiq _HC_Unicamp).

Ainda: - insere um Teste piloto para avaliação e possíveis ajustes do questionário pretende-se realizar uma aplicação prévia do questionário a 10 usuários, 10 familiares e 10 trabalhadores.

- Inclui 2 referências bibliográficas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- CartaEmendaCEP.pdf 07/11/2019: lista as alterações.

- emenda_29_10_19.pdf 04/11/2019 : apresenta primeira folha do projeto e nomeia as alterações

no projeto.

- - projeto_4_CEP_ITATIBA.pdf 30/10/2019: projeto completo com destaque nas alterações. - - Apresenta anuência da Enfermaria da Unicamp datada de outubro de 2019.

- Emenda_18_11_2019.pdf 18/11/2019 : Declara a inserção erronea do "PROJETO_3_pesquisa.pdf" (versão anterior), por acreditarmos que seria necessário manter tanto a versão anterior quanto a versão atual do projeto "projeto_4_CEP_ITATIBA.pdf". Foi retirada a versão anterior.
- CARTA_RESPOSTA.pdf 12/12/2019: cita ter adequado as pendências, mas não apresenta as respostas.
- PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1453108_E1.pdf 12/12/2019
- anuencia2_Itatiba.pdf 12/12/2019: carta de anuência com as alterações da emenda assinada em dezembro de 2019.

Os apêndices abaixo são TCLEs com destaque nas alterações das adequações as pendências:
- APENDICE_B_editado_TCLE_Familiares.pdf 12/12/2019
- APENDICE_C_editado_TCLE_Trabalhadores_SUR.pdf 12/12/2019
- APENDICE_I_editado_TCLEitinerario_usu.pdf 12/12/2019
- APENDICE_L_editado_tcle_usu_EPsiqHC.pdf 12/12/2019
- APENDICE_M_editado_tcle_trab_EPsiq_HC_Unicamp.pdf 12/12/2019
- APENDICE_Q_editado_TCL_GF_avaliacao_capacitacao.pdf 12/12/2019.

- APENDICE_J_editado_Roteiro_GF_ESMHC_Unicamp_Usuarios.pdf 12/12/2019: co inclusão da questão final "No seu tratamento você tem espaços para conversar com outros usuários sobre estratégias para lidarem com seu sofrimento e/ou tratamento?".

Recomendações:

Adequar erros:
- " e sobre como você tem sido acompanhando enquanto cuidador e anotará suas respostas"
- " familiar e não esperamos gerar gastos para você,"

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Em consideração ao parecer de pendências anterior de 14 de Novembro de 2019, Número do Parecer: 3.706.228, pesquisador:

- encaminha o documento CARTA_RESPOSTA.pdf 12/12/2019 onde cita ter adequado as pendências, mas não apresenta as respostas.
- encaminha anuência da prefeitura do município de Itatiba para as alterações da emenda.
- Apresenta TCLEs com destaque nas alterações.
- Apresenta realtório parcial de acompanhamento do projeto com parecer aprovado em 16 de Dezembro de 2019, Número do Parecer: 3.775.312.

Conclusão:

emenda aprovada.

Considerações Finais a critério do CEP:

- O participante da pesquisa deve receber uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (quando aplicável).
- O participante da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (quando aplicável).
- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Se o pesquisador considerar a descontinuação do estudo, esta deve ser justificada e somente ser realizada após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou. O pesquisador deve aguardar o parecer do CEP quanto à descontinuação, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao participante ou quando constatar a superioridade de uma estratégia diagnóstica ou terapêutica oferecida a um dos grupos da pesquisa, isto é, somente em caso de necessidade de ação imediata com intuito de proteger os participantes.
- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo. É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.
- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br

e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas e aguardando a aprovação do CEP para continuidade da pesquisa.

- Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial.

- Relatórios parciais semestrais e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente seis meses após a data deste parecer de aprovação e ao término do estudo.

-Lembramos que segundo a Resolução 466/2012 , item XI.2 letra e, "cabe ao pesquisador apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento".

-O pesquisador deve manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1453108_E1.pdf	12/12/2019 15:44:15		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	anuencia2_Itatiba.pdf	12/12/2019 15:36:12	Rosana Teresa Onocko-Campos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	APENDICE_Q_editado_TCL_GF_avaliacao_capacitacao.pdf	12/12/2019 15:35:43	Rosana Teresa Onocko-Campos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	APENDICE_M_editado_tcle_trab_EPsiq_HC_Unicamp.pdf	12/12/2019 15:35:22	Rosana Teresa Onocko-Campos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	APENDICE_L_editado_tcle_usu_EPsiqHC.pdf	12/12/2019 15:35:06	Rosana Teresa Onocko-Campos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	APENDICE_J_editado_Roteiro_GF_ESMHC_Unicamp_Usuarios.pdf	12/12/2019 15:34:40	Rosana Teresa Onocko-Campos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	APENDICE_I_editado_TCLEitinerario_usu.pdf	12/12/2019 15:34:13	Rosana Teresa Onocko-Campos	Aceito

Justificativa de Ausência	APENDICE_I_editado_TCLEitinerario_usu.pdf	12/12/2019 15:34:13	Rosana Teresa Onocko-Campos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	APENDICE_C_editado_TCLE_Trabalhadores_SUR.pdf	12/12/2019 15:33:53	Rosana Teresa Onocko-Campos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	APENDICE_B_editado_TCLE_Familiares.pdf	12/12/2019 15:33:37	Rosana Teresa Onocko-Campos	Aceito
Outros	CARTA_RESPOSTA.pdf	12/12/2019 15:31:04	Rosana Teresa Onocko-Campos	Aceito
Outros	Emenda_18_11_2019.pdf	18/11/2019 10:41:15	Rosana Teresa Onocko-Campos	Aceito
Outros	CartaEmendaCEP.pdf	07/11/2019 11:44:03	Rosana Teresa Onocko-Campos	Aceito
Outros	emenda_29_10_19.pdf	04/11/2019 07:22:56	Rosana Teresa Onocko-Campos	Aceito
Outros	APENDICE_R_Roteiro_Norteador_Para_Observa_Participante.pdf	30/10/2019 11:13:35	Rosana Teresa Onocko-Campos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	APENDICE_Q_TCLE_GF_avaliacao_capacita.pdf	30/10/2019 11:13:13	Rosana Teresa Onocko-Campos	Aceito
Outros	APENDICE_P_roteiro_GF_Avalia_Capacita.pdf	30/10/2019 11:12:39	Rosana Teresa Onocko-Campos	Aceito
Outros	APENDICE_O_Avalia_Da_Implementa.pdf	30/10/2019 11:12:18	Rosana Teresa Onocko-Campos	Aceito
Outros	APENDICE_N_roteiro_GF_modelo_teorico.pdf	30/10/2019 11:09:45	Rosana Teresa Onocko-Campos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	APENDICE_L_tcle_usu_EPsiqHC.pdf	30/10/2019 11:09:10	Rosana Teresa Onocko-Campos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	APENDICE_M_TCLE_trab_EPsiqHCUnicamp.pdf	30/10/2019 11:08:12	Rosana Teresa Onocko-Campos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	APENDICE_K_Observ_GF_EPsiqHCUnicamp_trab.pdf	30/10/2019 11:08:26	Rosana Teresa Onocko-Campos	Aceito
Outros	APENDICE_J_OBSERVA_GF_EPsiqHC Unicamp_usuarios.pdf	30/10/2019 11:05:17	Rosana Teresa Onocko-Campos	Aceito
Outros	APENDICE_I_TCLE_UsuariosItinerarios Terapeuticos.pdf	30/10/2019 11:03:24	Rosana Teresa Onocko-Campos	Aceito
Outros	APENDICE_H_Questoes_Itinerario_ter	30/10/2019	Rosana Teresa	Aceito

Outros	apeutico.pdf	11:01:55	Onocko-Campos	Aceito
Outros	APENDICE_G_Roteiro_Norteador_para_Observacao_Participante.pdf	30/10/2019 11:01:33	Rosana Teresa Onocko-Campos	Aceito
Outros	APENDICE_F_QuestionArio_Survey_Trabalhador.pdf	30/10/2019 11:01:04	Rosana Teresa Onocko-Campos	Aceito
Outros	APENDICE_D_QuestionArio_Survey_UsuArios.pdf	30/10/2019 10:58:57	Rosana Teresa Onocko-Campos	Aceito
Outros	APENDICE_E_QuestionArio_Survey_Familiares.pdf	30/10/2019 10:49:15	Rosana Teresa Onocko-Campos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	APENDICE_C_TCLE_Trabalhadores_SUR.pdf	30/10/2019 10:48:42	Rosana Teresa Onocko-Campos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	APENDICE_B_TCLE_Familiares_sur.pdf	30/10/2019 10:44:04	Rosana Teresa Onocko-Campos	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_4_CEP_ITATIBA.pdf	30/10/2019 10:35:46	Rosana Teresa Onocko-Campos	Aceito
Parecer Anterior	PARECER_ANTERIOR.pdf	22/11/2018 16:41:16	Rosana Teresa Onocko-Campos	Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	CARTA_RESPOSTA_AO_PARECER.pdf	22/11/2018 16:41:05	Rosana Teresa Onocko-Campos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE3.pdf	22/11/2018 16:40:22	Rosana Teresa Onocko-Campos	Aceito
Outros	COMPROVANTE_DE_VINCULO_DA_PESQUISADORA.pdf	08/11/2018 18:03:23	Rosana Teresa Onocko-Campos	Aceito
Outros	CARTA_DE_ANUENCIA.pdf	08/11/2018 18:02:35	Rosana Teresa Onocko-Campos	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO.pdf	10/10/2018 16:16:51	Rosana Teresa Onocko-Campos	Aceito
Outros	INTREUMENTOS_DE_COLETA.pdf	10/10/2018 13:02:45	Rosana Teresa Onocko-Campos	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	10/10/2018 13:02:02	Rosana Teresa Onocko-Campos	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	10/10/2018 13:01:33	Rosana Teresa Onocko-Campos	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br

CAMPINAS, 03 de Janeiro de 2020

Assinado por:
Maria Fernanda Ribeiro Bittar
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br