



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA – UFBA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA – ISC
PROGRAMA DE PÓS – GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA

RAQUEL MALHEIROS TEIXEIRA MOREIRA DA PAZ

**O ABANDONO DO TRATAMENTO NO CONTEXTO DOS CUIDADOS DE SAÚDE
MENTAL PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES**

Salvador

2015

RAQUEL MALHEIROS TEIXEIRA MOREIRA DA PAZ

**O ABANDONO DO TRATAMENTO NO CONTEXTO DOS CUIDADOS DE SAÚDE
MENTAL PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva (PPGSC-ISC), da Universidade Federal da Bahia (UFBA), como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Comunitária.

Área de Concentração: Ciências Sociais em Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dra. Monique Azevedo Esperidião.

Coorientadora: Prof.^a Dra. Vlândia Jamile dos Santos Jucá.

Salvador

2015

RAQUEL MALHEIROS TEIXEIRA MOREIRA DA PAZ

**O ABANDONO DO TRATAMENTO NO CONTEXTO DOS CUIDADOS DE SAÚDE
MENTAL PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES**

A comissão organizadora abaixo assinada aprova a Dissertação, apresentada em sessão pública ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva (PPG -ISC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

Data de defesa: 19 de novembro de 2015, às 14h 00 min.

Banca Examinadora:

Prof.^a Dra. Mônica de Oliveira Nunes de Torrenté – ISC/UFBA

Prof.^a Dra. Vânia N. Bustamante Dejo – IPS/UFBA

Prof.^a Dra. Monique A. Esperidião – ISC/UFBA
Orientadora

Prof.^a Dra. Vlândia Jamile dos Santos Jucá – IPS/UFBA
Coorientadora

Salvador

2015

AGRADECIMENTOS

À dupla de orientadoras Monique e Vlória, imprescindíveis para a realização desta pesquisa e sem as quais este trabalho não teria sido possível. Sou profundamente grata pelo acolhimento, orientação e apoio inestimável nos momentos de angústia e incerteza. À Monique agradeço em especial, pela delicadeza de suas palavras, pela paciência e pela dedicação empenhadas ao longo de nosso percurso juntas, mas agradeço, fundamentalmente, pela disponibilidade em se aventurar comigo pelos caminhos da saúde mental infantil. À Vlória, pela enriquecedora convivência ao longo de minha formação acadêmica e pela oportunidade de reencontrá-la mais uma vez.

À minha família pelo apoio incondicional e pelo incentivo em todos os momentos, no esforço contínuo da construção desse sonho conjunto. E, mais do que isso, por estarem dispostos a se reinventarem comigo e por nunca me deixarem desistir não importando o tamanho do obstáculo.

Ao meu companheiro e amante por sua leveza ao me amparar frente aos dilemas desta e de muitas caminhadas.

Aos meus amigos por compreenderem e aceitarem as minhas escolhas e conseqüente ausência. Em especial a Manu por sua empatia e compressão em um momento tão especial de sua vida e da qual estive tão ausente.

À minha prima Catarina pelo olhar atento e solidário na finalização do trabalho, e a sua pequena Laurinha que movimentaram a casa e as horas de estudo, com seus risos e cantigas de ninar que tornaram a conclusão dessa etapa muito mais leve.

Às Professoras Mônica Nunes e Vânia Bustamante pelas imensuráveis contribuições.

A todos professores do Programa de Pós-Graduação pela inspiração e conhecimentos.

Agradeço à Anunciação e Soninha, pelos serviços prestados nas horas de urgência e, principalmente, pelo apoio e carinho.

À FAPESP pelo suporte financeiro concedido, que foi de fundamental importância para o desenvolvimento deste trabalho.

Aos colegas de jornada no Mestrado em especial à Mari, Gisele e Lais, pelo apoio e pelas alegrias compartilhadas.

Aos profissionais e familiares que aceitaram participar das entrevistas e me receberam tão bem em todos os momentos, apesar da difícil tarefa que eu trazia.

Enfim, a todos aqueles que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste trabalho.

“A verdadeira viagem de descobrimento não consiste em procurar novas paisagens, mas em ter novos olhos”

Marcel Proust

“[...] Talvez não tenha conseguido fazer o melhor, mas lutei para que o melhor fosse feito, não sou o que deveria ser, mas, graças a Deus, não sou o que eu era antes [...]”

Martin Luther King

APRESENTAÇÃO

A presente dissertação de Mestrado é composta por dois estudos, seguindo as normas do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva ISC/UFBA. O primeiro estudo constitui uma revisão de literatura intitulada “O abandono do tratamento no contexto dos cuidados de saúde mental para crianças e adolescentes: um estudo de revisão de literatura” que teve por objetivo apresentar e discutir quais os conceitos e os principais fatores associados ao abandono do tratamento de saúde mental entre crianças, adolescentes e suas famílias, em publicações científicas. Foram consultadas as bases de dados Scielo, Lilacs, Medline, PubMed e NCBI (National Center for Biotechnology Information), utilizando-se artigos publicados desde o ano de 1956. Inicialmente, cabe registrar o número limitado de trabalhos sobre abandono do tratamento com o público infantojuvenil no Brasil e no mundo. Os resultados encontrados evidenciaram o predomínio de trabalhos quantitativos, com diferenças na forma de conceituar o abandono e com achados distintos entre si. Os aspectos explicativos para o abandono encontrados com maior frequência foram: a monoparentalidade, sobrecarga do cuidado na figura de um único cuidador; uso abusivo de substâncias psicoativas entre os jovens e seus pais; violência intrafamiliar; baixa escolaridade dos pais; baixo capital econômico; discrepâncias entre as expectativas dos familiares e profissionais quanto ao tratamento; atitudes e comportamentos do terapeuta como empatia e disponibilidade subjetiva; pouca clareza sobre os objetivos e métodos de tratamento; dificuldades na marcação; formas de acolhimento; vínculo terapêutico frágil, natureza das fontes de encaminhamento, dentre outros. Discute-se que conhecer os possíveis preditores para o abandono do tratamento de saúde mental possibilita que os profissionais possam identificar precocemente pacientes pertencentes ao grupo de risco para abandono, oportunizando-lhes trabalhar preventivamente e mais diretamente aspectos que dificultam a permanência desses pacientes e seus familiares na instituição. Apesar da significativa contribuição destas pesquisas para a produção do conhecimento científico, ressalta-se a necessidade de se realizar novos estudos qualitativos junto aos familiares, usuários e profissionais do CAPSi, a fim de compreender melhor a realidade desse espaço de cuidado, tão diverso dos modelos de tratamento ofertados em outros países. O segundo artigo, denominado “O abandono do tratamento de saúde mental em um Centro de Atenção Psicossocial para Crianças e Adolescentes”, trata de uma pesquisa qualitativa de natureza exploratória a partir do estudo de três casos, realizada com familiares e

profissionais de usuários que abandonaram o tratamento no CAPSi, entre dezembro de 2014 a março de 2015 por meio de entrevistas semiestruturadas e grupo focal. O referido estudo teve por objetivo analisar os elementos relacionados ao abandono do tratamento em um Centro de Atenção Psicossocial para crianças e adolescentes, considerando as experiências de adoecimento e de cuidado construídas pelos usuários e familiares em sua busca por tratamento de saúde mental. Foi possível observar que familiares e profissionais apresentam percepções divergentes sobre o conceito de abandono no tratamento. E apontar aspectos relacionados às características familiares, aos serviços de saúde e comunitários, como facilitadores para o abandono do tratamento de saúde mental no CAPSi. Apesar da contribuição desses achados, faz-se necessário, investigar tais resultados em amostras mais amplas, afim de subsidiar propostas que favoreçam a continuidade do cuidado e a validação dos elementos apontados neste estudo.

SUMÁRIO

RESUMO	8
ABSTRACT	9
1 INTRODUÇÃO	10
2 METODOLOGIA	14
3 RESULTADOS E DISCUSSÃO	15
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	33
REFERÊNCIAS	35
RESUMO	44
ABSTRACT	45
1 INTRODUÇÃO	46
2 METODOLOGIA	52
3 RESULTADOS E DISCUSSÕES	Erro! Indicador não
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	90
REFERÊNCIAS	94
APÊNDICE A - ROTEIRO DE GRUPO FOCAL	103
APÊNDICE B - ROTEIROS GUIA PARA ENTREVISTA COM FAMILIARES	104
APÊNDICE C - ROTEIROS GUIA PARA ENTREVISTA COM TÉCNICOS DE REFERÊNCIA	107
APÊNDICE D - MATRIZ DE ANÁLISE PARA ENTREVISTAS	108
APÊNDICE E - QUADROS DE CARACTERIZAÇÃO DOS CASOS, QUANTO A IDADE E TEMPO	109
APÊNDICE F – MODELO DE TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO	110

ABANDONO DO TRATAMENTO NO CONTEXTO DOS CUIDADOS DE SAÚDE MENTAL PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES: UM ESTUDO DE REVISÃO DE LITERATURA

Treatment of dropout in the context of mental health care for children and teens: a literature review of study

RESUMO

Apesar da relevância do tema, existem poucos e divergentes estudos a respeito do conceito de abandono do tratamento e sobre os fatores predisponentes para o mesmo em serviços de saúde mental infantojuvenil. Portanto, este trabalho teve por objetivo apresentar e discutir quais os conceitos e os principais fatores associados ao abandono do tratamento de saúde mental entre crianças, adolescentes e suas famílias, em publicações científicas. Foram consultadas as bases de dados Scielo, Lilacs, Medline, PubMed e NCBI (National Center for Biotechnology Information), utilizando - se artigos publicados desde o primeiro estudo divulgado em 1956, através dos seguintes descritores: “pacientes desistentes do tratamento”, “abandono”, “*dropout*” e “desistência do paciente”, correlacionados à “saúde mental” e “crianças e adolescentes”. Os resultados encontrados evidenciaram o predomínio de trabalhos quantitativos, com significativas divergências conceituais e sobre os resultados produzidos. Alguns fatores foram levantados com maior recorrência entre os estudos como possivelmente associados ao abandono do tratamento entre crianças e adolescentes, tais como a monoparentalidade e sobrecarga do cuidado na figura de um único cuidador; uso abusivo de substâncias psicoativas entre os jovens e seus pais; violência intrafamiliar; baixa escolaridade dos pais; baixo capital econômico; discrepâncias entre as expectativas dos familiares e profissionais quanto ao tratamento; atitudes e comportamentos do terapeuta como empatia e disponibilidade subjetiva; pouca clareza sobre os objetivos e métodos de tratamento; dificuldades na marcação; formas de acolhimento; vínculo terapêutico frágil, natureza das fontes de encaminhamento, dentre outros. Discute-se que conhecer os possíveis preditores para o abandono do tratamento de saúde mental possibilita que os profissionais possam identificar precocemente pacientes pertencentes ao grupo de risco para abandono, oportunizando-lhes trabalhar preventivamente e mais diretamente aspectos que dificultam a permanência desses pacientes e seus familiares na instituição. Apesar da significativa contribuição destes estudos para a produção do conhecimento científico, ressalva – se a necessidade de novos estudos de cunho qualitativo junto aos familiares, usuários e profissionais do CAPSi, a fim de compreender melhor a realidade desse espaço de cuidado tão diverso dos modelos de tratamento ofertados em outros países.

Palavras-chave: Saúde mental; Crianças e adolescentes; Abandono do tratamento; Pacientes desistentes do tratamento; CAPSi.

ABANDONO DO TRATAMENTO NO CONTEXTO DOS CUIDADOS DE SAÚDE MENTAL PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES: UM ESTUDO DE REVISÃO DE LITERATURA

Treatment of dropout in the context of mental health care for children and teens: a literature review of study

ABSTRACT

Despite the relevance of the topic, there are few and conflicting studies about the concept of abandonment of treatment and on the predisposing factors for the same in infantojuvenil mental health services. Therefore, this study aimed to present and discuss which concepts and the main factors associated with the dropout of the mental health treatment for children, adolescents and their families in scientific publications. Data bases were consulted Scielo, Lilacs, Medline, PubMed and NCBI (National Center for Biotechnology Information), utilizando - if articles published since the first study published in 1956, using the following descriptors: "quitters patients treatment", "abandonment "" dropout "and" withdrawal of the patient, "related to" mental health "and" children and adolescents". The findings showed the predominance of quantitative studies, with significant conceptual differences and on the results produced. Some factors have been raised with greater recurrence between studies as possibly associated with treatment dropout among children and adolescents, such as single parenthood and burden of care in the figure of a single caregiver; abuse of psychoactive substances among young people and their parents; family violence; low parental education; low economic capital; discrepancies between the expectations of families and professionals regarding the treatment; attitudes and behaviors of the therapist as empathy and subjective availability; little clarity about the goals and methods of treatment; difficulties in marking; forms of care; fragile therapeutic bond, nature of referral sources, among others. It is argued that know the possible predictors for the dropout of mental health treatment enables professionals to identify early patients in the risk group for dropout, providing opportunities for them to work preventively and more directly aspects that hinder the permanence of these patients and their families the institution. Despite the significant contribution of these studies to the production of scientific knowledge, qualification - the need for new qualitative nature studies with relatives, users and CAPSi professionals in order to better understand the reality of this so diverse care space of models treatment offered in other countries.

Keywords: Mental health; Children and adolescents; Noncompliance with treatment; Dropouts patients treatment; CAPSi.

1 INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, a literatura científica tem chamado atenção para a ocorrência de transtornos mentais entre crianças e adolescentes. Estima-se que 10% a 20% da população de crianças e adolescentes do mundo sofram de transtornos mentais graves (MURRAY; LOPEZ, 1996; OMS, 2001, 2013; REMSCHMIDT; BELFER, 2005). No Brasil, estudos registraram taxas de prevalência que variam de 7 a 12,7%, dependendo da exposição a fatores de risco, da região investigada, e da metodologia empregada nos estudos (FLEITLICH-BILYK; GOODMAN, 2004).

Revisões internacionais apontam que entre os males mais frequentes estão a deficiência mental, o autismo, a psicose infantil e os transtornos de ansiedade. Observa-se, também, aumento da ocorrência do uso de substâncias psicoativas e da ocorrência do suicídio como uma das principais causas de morte entre os jovens (REMSCHMIDT; BELFER, 2005; WHR, 2001).

Faz-se relevante destacar que existe uma continuidade consistente entre problemas de saúde mental na infância e na vida adulta (ALMEIDA FILHO et al., 1977; BORDIN; PAULA, 2010; DUARTE; BIRD, 2002; DULMUS; WODARSKI, 1996; HALES; YUDOFKAY, 2006; KAZDIN et al., 1994; KAZDIN; WASSELL, 1998; MURRAY; LOPEZ, 1996; OMS, 2001, 2003; PAULA et al., 2010; REIS; BROWN, 1999; RUTTER et al., 2006) o que reforça a importância de intervenções estruturadas desde a infância. Segundo Kessler et al. (2007), 50% a 75% dos transtornos mentais começam nessa fase da vida, ou seja, os casos identificados tardiamente já apresentavam sintomas precoces.

A ocorrência de transtornos mentais na infância é precursora de uma gama de resultados negativos ao longo da vida. Aumentando o risco para outros problemas, como uso abusivo de substâncias psicoativas, desemprego, criminalidade, mortalidade, abandono escolar e a uma maior dependência de serviços de saúde (DULMUS; WODARSKI, 1996; BARUCH et al., 2009; HAAN et al., 2013; KAZDIN; MAZURICK; SIEGEL, 1994; KAZDIN; WASSELL, 1998; REIS; BROWN, 1999).

Tendo-se em vista o impacto que os transtornos mentais exercem no estado de saúde e na vida das pessoas, diversos países têm realizado esforço de levantar discussões sobre o tema e a necessidade de articular uma rede para esse fim, mas, a despeito da organização de modelos mais eficazes dos inegáveis avanços verificados nos últimos anos no tratamento de

saúde mental e da alta prevalência de transtornos mentais e seus prejuízos para o estado de saúde da população, persiste o desafio da garantia de uma boa adesão dos pacientes, pois o abandono do tratamento de saúde mental em geral ainda é significativo e consiste em uma relevante questão para a agenda das políticas de saúde (EDLUND et al., 2002; DI GALLO et al., 2002; JOHNSON et al., 2008; YOUNG et al., 2000; TEHRANI et al., 1997; WANG, 2007).

Estima-se que cerca de 30% a 60% dos pacientes com problemas mentais abandonam o tratamento, e a não adesão à medicação psiquiátrica entre adultos é observada em cerca de 50% dos casos, provocando inúmeros prejuízos à saúde das pessoas (NEHI, 2009; WHO, 2003). Nos Estados Unidos e na cidade de Ontário, as taxas de 19,2% e 16,9% respectivamente encontradas (EDLUND et al., 2002) são comparáveis com a taxa de abandono de 17% recentemente observados em um estudo de membros do grupo de defesa da saúde mental realizadas em 11 países (EDLUND et al., 2002; WANG; 2000).

Em geral, ser mais jovem (WANG, 2007), do sexo masculino, estar desempregado, solteiro (BROOK et al., 2006; CHINESA et al., 2000; O'RIEN et al., 2009; PERCUDANI et al., 2002; THERANI et al., 1996), ser adulto e ter diagnóstico relativo aos transtornos mentais da infância e adolescência (F80-F98 do CID-10) (RIBEIRO et al., 2008) são fatores relacionados a uma maior probabilidade de abandono do tratamento psiquiátrico. Uma percepção negativa do paciente sobre o tratamento em saúde mental também foi encontrada como uma variável influenciadora do abandono do tratamento (EDLUND et al., 2002; RUSCH et al., 2008).

A fraca adesão e, conseqüentemente, o abandono do tratamento pode implicar procedimentos e internações desnecessárias e dispendiosas e traz graves repercussões para o planejamento e o orçamento destinados às ações de saúde e para o estado de saúde dos usuários e suas famílias (BOTTLEDER; SOYKA, 2005; CALLAGHAM; CUNNIGHAM, 2002; OLIVEIRA et al., 2004; OYFFE et al., 2009; PAGES et al., 1998; RIES et al., 2009; WERGELAND, 2015).

Os pacientes adultos que abandonam o tratamento são mais propensos a experimentar a progressão de seu sofrimento (AMBURSTER; KANZIN, 1994; BROOK et al., 2006; REITZEL et al., 2006; RIO et al., 2005), apresentando maior risco de suicídio (KUO et al., 2010) e recaídas quando usuários de álcool e outras drogas (BOTTLEDER; SOYKA, 2005; CALLAGHAM; CUNNIGHAM, 2002).

Com o objetivo de compreender o fenômeno e encontrar possíveis soluções para esse problema, pesquisas publicadas nos últimos anos, têm identificado diversos fatores estatisticamente associados ao não comparecimento às consultas, e/ou ao abandono do tratamento em psiquiatria no público adulto, como sexo, faixa etária, diagnóstico etc (BROOK et al., 2006; CHINESA et al., 2000; O'BRIEN et al., 2009; PERCUDANI et al., 2002; THERANI et al., 1996). Contudo, ainda são escassos os estudos que priorizam a investigação do tema na população de crianças e adolescentes principalmente a sua relação com a qualidade da atenção ofertada, como também, no que se refere ao acompanhamento dos resultados das pesquisas, a fim de orientar mudanças estratégicas (GARCIA; WEISZ, 2002; GEARING; MIAN, 2005; GONZALES et al., 2011).

Logo, o fato das investigações contarem principalmente com amostras de adultos (HAAN et al., 2013) reafirma a necessidade de investigar esse fenômeno no público infantojuvenil, uma vez que as estimativas são excessivamente altas e os fatores relacionados ao abandono do tratamento por parte de adultos podem não ser aplicáveis a estas (COHEN, 1970; GONZALES et al., 2011; STAUDT, 2003 *apud* TAYLOR et al., 2009).

No Brasil, apesar da considerável Rede de Saúde Mental instituída (BRASIL, 2002, 2011) e dos avanços conquistados pelo Movimento da Reforma Psiquiátrica no país, poucos são os estudos de avaliação ou que estudem abandono do tratamento especialmente entre crianças e adolescentes, o que requer esforço coletivo para o incentivo de pesquisas neste campo (CAMPOS; FURTADO, 2006).

Nos estudos realizados por Miller et al. (2008 *apud* GONZALEZ 2011; KAZDIN, 1990), a estimativa é que 35% a 75 % das crianças interrompem os atendimentos antes do tempo apropriado. Johnson et al. (2009) e Wergeland (2015) encontraram uma média de 50% de abandono de algum tipo de tratamento em saúde mental. Da mesma forma, as taxas de interrupção do tratamento sem o consentimento ou comunicação com a equipe de saúde para serviços de psiquiatria infantil variaram de 28 a 59% em uma pesquisa realizada por Gould et al. (1985).

É provável que, em função das delimitações de desenho das pesquisas, da definição de abandono utilizada e pela diversidade entre os perfis que compõem a amostra em um mesmo estudo, e entre estudos, as pesquisas têm produzido resultados díspares sobre a frequência e os preditores de abandono de tratamento em saúde mental (EDLUND et al., 2002; HAAN et al., 2013; JOHNSON et al., 2009; WANG, 2000).

A despeito dos desencontros metodológicos, esses estudos lançam uma nova luz sobre a magnitude do problema de saúde mental entre a população de crianças e adolescentes e a ocorrência de abandono do tratamento neste público, uma vez que há muitos indícios de que as taxas de abandono em clínicas de psiquiatria infantil são excessivamente altas e mais recorrentes quando comparadas com os adultos, consistindo em um problema significativo de saúde em diversos países do mundo (COHEN; RICHARDSON, 1970; TAYLOR et al., 2009; TAYLOR et al., 2011; WERGELAND, 2015).

Muitas questões podem ser elencadas a respeito do abandono do tratamento em saúde mental, sobre as quais seria útil ter melhores respostas como: existem características específicas do quadro familiar que possam indicar a possibilidade de abandono potencial? De que forma as fontes de encaminhamento podem contribuir para as altas taxas de abandono? Existe alguma modificação na prática clínica ou administrativa que pode tornar possível prevenir a ocorrência do abandono em potencial? E o que o abandono fala acerca dos impasses na condução do tratamento?

Assim, a compreensão dos determinantes envolvidos na interrupção prematura do tratamento pode subsidiar estratégias de prevenção em saúde mental e proporcionar uma otimização dos investimentos voltados para esta clientela, com redução da desassistência, diminuição das trajetórias de cronificação e promoção da qualidade de vida — tudo isso atrelado ao desenvolvimento de equipamentos e estratégias mais eficazes, bem como à formação de recursos humanos mais capacitados.

Tendo-se em vista as considerações acima realizadas, o presente estudo teve por objetivo: apresentar e discutir quais os conceitos e os principais fatores associados ao abandono do tratamento de saúde mental entre crianças, adolescentes e suas famílias, em publicações científicas.

Como objetivos específicos, buscamos: a) apresentar e discutir os principais conceitos de abandono de tratamento de saúde mental encontradas na literatura nacional e internacional e b) identificar os principais fatores apontados pela literatura como significativamente relevantes para o abandono do tratamento de saúde mental no público infantojuvenil.

2 METODOLOGIA

O método adotado consistiu em revisão sistemática da literatura a respeito do abandono do tratamento em saúde mental no público infantojuvenil. Foram utilizadas as bases de dados bibliográficos Scielo, Lilacs, Medline e PubMed entre janeiro de 2014 a setembro de 2015 (Tabela 1), utilizando-se os seguintes descritores: “pacientes desistentes do tratamento”, “abandono”, “*dropout*” e “desistência do paciente”, correlacionados à “saúde mental” e “crianças e adolescentes”. A pesquisa buscou identificar estudos relevantes, desde as primeiras publicações encontradas, de modo que seu escopo envolveu o período de 59 anos. Com o intuito de ampliar as fontes de informação foi realizada busca manual complementar a partir das referências de artigos considerados relevantes.

A identificação dos descritores citados se concentrou no título ou resumo do artigo. Os critérios de inclusão utilizados foram: a) artigos completos, dissertações e teses b) em inglês e português que versassem sobre abandono do tratamento em saúde mental e em saúde mental infantojuvenil; c) e recorrência de citação do artigo. Artigos de revisão teórica foram incluídos neste trabalho somente para discutir os dados encontrados.

Foram excluídos artigos repetidos, artigos não acessíveis em texto completo, resenhas, anais de congresso, artigos de opinião, artigos de reflexão, editoriais, e estudos que, embora abordassem o abandono de saúde mental não tinham essa variável como tema central. A fim de abranger um volume significativo de trabalhos, optou-se por não utilizar a data de publicação como critério de exclusão.

Com o intuito de refinar os dados sobre o abandono e conhecer a proporção de estudos publicados por faixa etária, realizamos inicialmente o levantamento de estudos sobre o abandono do tratamento de saúde mental na população em geral, identificando os estudos realizados no Brasil. Posteriormente, refinamos a busca para a população de interesse dessa pesquisa (0 - 19 anos), utilizando o critério estabelecido pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2013), que entende como criança como a pessoa que tem entre 0 e 9 anos de idade completos e adolescente aquela entre 10 e 19 anos.

A partir da aplicação dos critérios de inclusão e exclusão na busca dos artigos, foram encontrados 326 estudos que versavam sobre o abandono do tratamento em saúde mental (tendo sido 14 deles realizados no Brasil) e 34 destes versam sobre o tema na população de crianças e adolescentes, dos quais 11 foram excluídos por não preencherem os critérios de

inclusão delimitados (8 artigos estão incompletos e 3 se tratava de artigos de revisão de literatura), perfazendo um total de 23 estudos selecionados para a análise.

A análise dos 23 estudos completos foi realizada em duas fases, sendo a primeira, quantitativa (quadro 1) e a segunda, qualitativa (quadro 2). Para a análise quantitativa, todos os resumos encontrados foram agrupados conforme: a) o número de artigos nacionais e internacionais publicados; b) ano; c) a natureza da pesquisa (qualitativo – quantitativo); d) público pesquisado c) autor; e) país de origem; f) idioma de publicação e g) local de estudo.

No que diz respeito aos conceitos e fatores associados ao abandono de tratamento, a análise foi realizada em termos qualitativos, sumarizando os dados para formar as seguintes categorias: conceito de abandono de tratamento de saúde mental e fatores associados ao abandono de tratamento de saúde mental entre crianças e adolescentes.

Para melhor situar as discussões levantadas sobre o abandono do tratamento serão apresentadas algumas considerações sobre a etimologia da palavra e suas possíveis implicações para o conceito de abandono em saúde. Não se pretende empreender análise exaustiva de todos os conceitos empregados, mas apresentar panorama sobre os termos utilizados e analisar sua aplicação no campo da saúde mental.

Os resultados encontrados bem como a discussão dos dados encontram-se distribuídos em tópicos, visando apresentar os aspectos centrais sobre o assunto, por meio dos quais foram aprofundadas a discussão em torno do abandono: Abandono do tratamento: em busca de uma definição; Fatores associados ao abandono do tratamento de saúde mental em crianças, adolescentes e seus familiares e Considerações finais.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A despeito da relevância do tema do abandono ao tratamento no âmbito da Saúde Coletiva (MELO; GUIMARÃES, 2005; POÇO; RIBEIRO, 2006; SOUZA et al., 2011; VENTURA et al., 2012) e para a avaliação das práticas de cuidado, um primeiro resultado mostra que, dos 326 estudos sobre abandono do tratamento de saúde mental localizados nas bases de dados pesquisadas (Quadro 1), somente 10 % (34) deles versavam sobre a população de crianças e adolescentes.

Quadro 1 – número de estudos sobre abandono de tratamento encontrados nas bases de dados eletrônicas

Distribuição de artigos por bases de dados pesquisada e público		
Bases de dados	Abandono do tratamento de saúde mental	Abandono do tratamento de saúde mental na população de crianças e adolescentes
Pubmed	213	17
Medilene	84	11
Lilacs	15	4
Scielo	13	1
Manual	1	1
Total	326	34 (11 excluídos) = 23

Fonte: elaborado pela autora.

A maioria (87%) dos estudos da amostra estudada (23) foram realizados em países desenvolvidos, principalmente Estados Unidos (61%). Das três pesquisas em países em desenvolvimento, duas foram conduzidas no Brasil e uma no continente Africano. Com relação ao local de pesquisa, prevaleceram os serviços comunitários de saúde públicos e privados (61%) e Hospitais Psiquiátricos (39%), geralmente por meio de questionários autopreenchíveis enviados por correspondência ou fontes secundárias de informação (prontuários ou bancos de dados).

Quanto ao tipo de estudo, do total de 23 estudos, 96% apresentaram desenho quantitativo. Dentre os estudos longitudinais, predominaram os de coorte e apenas 4 foram de seguimento (follow-up). A média de tempo de publicação entre os estudos sobre abandono entre crianças e adolescentes foi de 2,56 anos (Quadro 2).

Quadro 2 – estudos publicados sobre abandono do tratamento por critério de natureza da pesquisa, definição de abandono, público, autor, ano, país, idioma e local

Natureza da Pesquisa	Definição de abandono	Público	Autor (res)	País	Idioma	Local
Pesquisa quantitativa (estudo de caso-controlado)	Pacientes que deixaram de frequentar o serviço.	Crianças e adolescentes	Tuckman & Lavel (1956)	EUA	Inglês	Serviço Psiquiátrico
Pesquisa quantitativa (estudo de caso - controle)	Decisão unilateral (quer passiva ou ativamente) de encerrar o tratamento no serviço, após um ou mais contatos presenciais. Sem qualquer discussão ou notificação à clínica.	Crianças	Cohen & Richardson (1970)	EUA	Inglês	Clínica Psiquiátrica Infantil
Pesquisa quantitativa (estudo retrospectivo)	Qualquer ausência superior há 60 dias, após a última consulta marcada.	Crianças e adolescentes	Almeida Filho (1976)	Brasil	Português	Hospital Psiquiátrico
Pesquisa quantitativa	Pacientes que não retornaram após a primeira consulta.	Crianças e adolescentes	Gould et al. (1985)	EUA	Inglês	Clínica Psiquiátrica Infantil
Pesquisa quantitativa (estudo descritivo)	Não comparecimento, repetidos cancelamentos ou recusa explícita de retomar ao tratamento.	Crianças e adolescentes	Ambruster & Fallon (1994)	EUA	Inglês	Centro de Estudos Infantis de Yale
Pesquisa quantitativa (estudos ecológicos)	Decisão informada por parte dos pais ou familiar de abandonar o tratamento. E ausência das consultas agendadas por três semanas consecutivas sem notificar a instituição.	Crianças e adolescentes	Kazdin et al. (1994)	EUA	Inglês	Clínica de Tratamento Psiquiátrico
Pesquisa quantitativa	Pacientes que tinham indicação clínica para retornar, mas que não retornaram após a primeira consulta.	Crianças e adolescentes	Kendall & Sugarman (1997)	EUA	Inglês	Clínica Psiquiátrica Universitária
Pesquisa epidemiológica	Pacientes que deixaram de frequentar 12 meses após o último atendimento tendo indicação clínica para retorno e sem o consentimento do psiquiatra.	Crianças e adolescentes	Lai et al. (1998)	Hong Kong	Inglês	Serviço de Psiquiatria
Pesquisa quantitativa (estudo de caso clínico randomizado)	Pacientes diagnosticados com transtorno de conduta a mais de 6 meses e que abandonaram o tratamento após 15,5 semanas.	Crianças e adolescentes	Luck et al. (2000)	EUA	Inglês	Serviço de Saúde Mental
Pesquisa quantitativa	Pacientes aceitos em tratamento e para os	Crianças e adolescentes	Garcia & Weisz	EUA	Inglês	Comunidade s da

(estudo de caso-control)	quais foram designados um profissional, mas que abandonaram o tratamento. Abandono prematuro (5 sessões de tratamento ou menos) e abandono tardio (6 sessões ou mais).		(2002)			California
Pesquisa quantitativa (estudo retrospectivo)	Não apresenta conceito de abandono.	Crianças e adolescentes	Owes et al. (2002)	EUA	Inglês	Serviço Comunitário de Saúde Mental Escolar
Pesquisa quantitativa (estudo descritivo)	Não apresenta conceito de abandono.	Crianças e adolescentes	Rotem et al. (2004)	EUA	Inglês	Serviço Privado de Saúde Mental
Pesquisa quantitativa (estudo epidemiológico longitudinal)	Pacientes que tinham indicação clínica de continuar em tratamento, mas que desistiram do tratamento.	Crianças e adolescentes	Perez et al. (2007)	Barcelona	Inglês	Serviço de Saúde Mental
Pesquisa quantitativa (estudo populacional)	Participantes que relataram não ter contato com qualquer profissional de saúde nos últimos 12 meses.	Adolescents	Wang (2007)	Canadá	Inglês	Serviço de Saúde Comunitário
Pesquisa quantitativa (estudo descritivo)	Desejo afirmado explícita ou implicitamente pelo paciente e familiar de não comparecer às sessões, mesmo quando acompanhados.	Crianças e adolescentes	Johnson et al. (2008)	Austrália	Inglês	Serviço de Saúde Mental
Pesquisa quantitativa (estudo descritivo)	Desejo afirmado explícita ou implicitamente pelo paciente e familiar de não comparecer às sessões, mesmo quando acompanhados.	Crianças e adolescentes	Johnson et al. (2009)	Austrália	Inglês	Serviço de Saúde Mental
Pesquisa quantitativa (estudo descritivo exploratório)	Pacientes com indicação clínica para tratamento, mas, que não compareceram a primeira consulta e pacientes com indicação clínica para a continuidade do tratamento, mas que, não se apresentavam regularmente.	Adolescentes e familiares	Pelegrin et al. (2010)	EUA	Inglês	Centro Comunitário de Saúde
Pesquisa epidemiológica	Pacientes admitidos em tratamento entre julho de 2004 e março de 2007, e que	Crianças e adolescentes	Gonzales et al. (2011)	EUA	Inglês	Clinica de Saúde Mental Comunitária

	frequentaram o serviço até maio de 2008.					
Pesquisa quantitativa (estudo retrospectivo)	Decisão unilateral do cliente de terminar o tratamento, seja de forma explícita, por meio de afirmar seu desejo de interromper e não fazer novas consultas, ou implicitamente, ao não assistir às sessões, mesmo quando acompanhados.	Crianças e adolescentes	Taylor et al. (2011)	África	Inglês	Clínica de Orientação Infantil Universitária
Pesquisa qualitativa exploratória	Não apresenta conceito de abandono.	Adolescentes	Vasters (2011)	Brasil	Português	CAPSad
Pesquisa quantitativa (estudo retrospectivo)	Pacientes que não retornaram após a primeira consulta.	Crianças e adolescentes	Fawcett (2012)	EUA	Inglês	Operadora de Planos de Saúde
Pesquisa quantitativa (descritiva)	Incapacidade de voltar aos centros de tratamento após uma ou duas visitas.	Crianças e adolescentes	Oruche et al. (2014)	EUA	Inglês	Centro Comunitário de Saúde Mental
Pesquisa quantitativa (ensaio controlado randomizado)	Incapacidade de concluir um protocolo de tratamento completo para ansiedade de 10 sessões (Swift & Greenberg, 2012). E crianças ausentes a mais de três sessões.	Crianças e adolescentes	Wergeland (2015)	Noruega	Inglês	Centro Comunitário de Saúde Mental

Fonte: elaborado pela autora.

No Brasil, só foram encontrados 14 estudos que versavam sobre abandono do tratamento em saúde mental (Quadro 3), todos apresentando amostras pequenas, não representativas da população, e com pouca clareza sobre o conceito de abandono utilizado. Esses fatos podem gerar erros na estimativa dos fatores avaliados.

Dos 14 artigos, dois (14%) abordavam a ocorrência do abandono no público infantojuvenil. Tratando-se de um estudo piloto quantitativo realizado com crianças atendidas em Hospital Psiquiátrico em 1976 e o outro, um estudo qualitativo de 2011 sobre a continuidade do tratamento no uso de Spa's entre adolescentes, mas que não aprofunda a discussão sobre o abandono do tratamento, pois se trata de um estudo que busca investigar as percepções dos adolescentes sobre o tratamento.

Quadro 3 – estudos sobre abandono realizados no Brasil

Natureza da pesquisa	Definição de abandono	Público	Autor (res)	País	Idioma	Local
Pesquisa quantitativa (estudo retrospectivo)	Qualquer ausência de mais de 60 dias após a última consulta marcada.	Crianças	Almeida - Filho (1976)	Brasil	Português	Hospital Psiquiátrico
Pesquisa quantitativa (estudo epidemiológico descritivo)	Não apresenta conceito de abandono.	Adultos	Amaral (1997)	Brasil	Português	Serviço de Saúde
Pesquisa quantitativa (estudo prospectivo não concorrente/coorte histórica)	Pacientes que compareceram à entrevista inicial, tiveram pelo menos uma indicação de nova consulta e não retornaram dentro um período de 4 meses.	Adultos	Melo & Guimarães (2005)	Brasil	Inglês	Centros de Referência de Saúde Mental (CERSAMs)
Pesquisa quantitativa (estudo corte transversal)	Interrupção de tratamento por 3 meses ou mais, sem alta médica ou contrarreferência. Tomando-se o mês de novembro de 2001 como referência para identificação dos abandonos.	Adultos	Ribeiro & Poço (2006)	Brasil	Português	CAPS
Pesquisa quantitativa (estudo observacional)	Pacientes que após a primeira consulta não retornavam para a continuidade do tratamento até o final do mês consecutivo.	Adultos	Ribeiro et al. (2008)	Brasil	Português	CAPS
Pesquisa qualitativa	Não apresenta conceito de abandono.	Adolescentes	Vasters (2011)	Brasil	Português	CAPSad
Pesquisa quantitativa	Não apresenta conceito de abandono.	Adultos	Silveira et al. (2011)	Brasil	Inglês	Centro de Estudos e Tratamento do Estresse Traumático
Pesquisa quantitativa (ensaios clínicos randomizados controlados)	Não apresenta conceito de abandono.	Adultos	Filho & Baltieri (2012)	Brasil	Inglês	Ambulatório Universitário

Pesquisa quantitativa (estudo descritivo)	Pacientes que frequentaram o serviço no período de janeiro a dezembro de 2007, evasão ultrapassando quatro meses consecutivos, mesmo após ter a sua consulta médica agendada.	Adultos	Moll et al. (2012)	Brasil	Português	CAPS
Pesquisa quantitativa (estudo descritivo exploratório)	Não apresenta conceito de abandono.	Adultos	Pedreira et al. (2012)	Brasil	Português	CAPS
Pesquisa quantitativa (estudo observacional, descritivo e prospectivo)	Não apresenta conceito de abandono.	Adultos	Freire et al. (2013)	Brasil	Inglês	CAPS
Pesquisa quantitativa (estudo retrospectivo, do tipo caso-controle)	Não apresenta conceito de abandono.	Adultos	Carvalho (2013)	Brasil	Português	Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas - USP
Pesquisa quantitativa (estudo descritivo exploratório)	Não apresenta conceito de abandono.	Adultos	Almeida (2013)	Brasil	Português	CAPSad
Pesquisa quantitativa (estudo transversal descritivo)	Ausência por 30 dias.	Adultos	Pereira et al. (2013)	Brasil	Português	CAPS

Fonte: elaborado pela autora.

Também foi possível observar a existência de duas lacunas de tempo significativas no que diz respeito ao volume de publicações entre os anos de 1976, 1997 e 2005 (21 e 8 anos respectivamente). Somente após o ano de 2011 vamos contar com uma produção ainda que insuficiente, mas mais sistemática sobre o tema. Diferentemente do que ocorreu com as publicações internacionais, que apresentaram volume intenso e contínuo de estudos desde o ano de 1956. A abordagem quantitativa foi elegida em 93% dos 14 artigos publicados sobre este tema em serviços de saúde mental no Brasil e só 7 delas traziam critérios explícitos para definir abandono do tratamento de saúde mental.

Abandono do tratamento: em busca de uma definição

Conforme destacam Silva e Formigli (1994) um dos maiores problemas para aqueles que procuram tratar sobre o tema do abandono do tratamento de forma sistemática refere-se à diversidade terminológica das abordagens e dos atributos ou componentes. Com base na revisão de literatura, as autoras informam a frequente inexistência de definição dos termos empregados e consideram que, no caso específico da área de saúde, esse quadro decorre da complexidade do objeto avaliação em saúde, que pode gerar tantas concepções quantas forem as compreensões e práticas envolvidas.

Uma questão relevante para o debate a respeito do conceito de abandono do tratamento é a questão da adesão ao tratamento, sua relação com o abandono e suas implicações no campo da saúde mental e os equívocos metodológicos ao utilizá-los como sinônimos (KYNGAS et al., 2000). Ao empregar o uso dos termos adesão e aderência, alguns equívocos podem advir, como a compreensão de que os pacientes aderem tão intensamente à prescrição de que dela não mais se desligariam. Ou ainda a compreensão equivocada do uso do conceito de adesão como equivalente a frequentar ou não determinado serviço.

Tal proposição não é apenas indesejável e limitada, como também vai de encontro com os pressupostos de co-participação e autonomia agenciados pela Política Nacional de Saúde Mental no Brasil, pois, equivale à noção de obediência, ao ato de conformar-se ou acatar. Sugere que o esquema terapêutico prescrito não foi fruto de uma decisão compartilhada entre o usuário e o profissional de saúde e não atua como promotor de autonomia (BERTOLOZZI et al., 2009; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

Bertolozzi (et al., 2001 p. 1324), ao realizar um estudo sobre a adesão ao Programa de Controle da Tuberculose propõe que a:

A adesão não se reduz a um ato de volição pessoal. É um processo intimamente associado à vida, que depende de uma série de intermediações que envolvem o cotidiano da pessoa, a organização dos processos de trabalho em saúde e a acessibilidade em sentido amplo [que inclui os processos que levam - ou não - ao desenvolvimento da vida com dignidade].

Nessa perspectiva, a adesão ao tratamento está diretamente relacionada à forma como o paciente concebe a doença e como vive à organização dos serviços de saúde. E deve ser compreendida como um processo colaborativo que facilita a aceitação e a integração de determinado regime terapêutico no cotidiano das pessoas em tratamento, pressupondo sua

participação nas decisões sobre o mesmo (BERTOLOZZI, 2001; BERTOLOZZI et al., 2009; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

É importante salientar que apesar da ‘baixa adesão’ constituir um importante fator de risco para o abandono do tratamento, outros elementos como perdas financeiras, mudanças de domicílio e a sensação de desamparo vivenciada pelas famílias em relação ao serviço podem contribuir para o abandono do tratamento em serviços de saúde.

Embora seja um evento frequente no tratamento de pacientes psiquiátricos, a própria definição de abandono de tratamento em saúde mental não é tarefa simples, pois não existe um consenso do que se deve considerar abandono do tratamento e sua terminologia, de modo que não há uma padronização entre diversos estudos que abordam o tema (AMARAL, 1997; ARMBRUSTER; KAZDIN, 1994; CERQUEIRA, 1992; EDLUND, 2002; FUCIEC et al., 2003; GONZALEZ, 2011; ISERHARD; FREITAS, 1993; JOHNSON et al., 2009; MELO; GUIMARÃES, 2005; O BRIEN et al., 2009; ORME; BOSWELL, 1962; PERCUDANI et al., 2002; RIBEIRO; POÇO, 2006; RIBEROL et al., 2006; ROSSI et al., 2002; WANG, 2007; WERGELAND, 2015; YOUNG et al., 2000). Dessa forma, o termo “*definition chaos*” tem sido empregado para caracterizar a literatura sobre abandono (ARMBRUSTER; SCHWAB-STONE, 1994; KAZDIN, 1996), uma vez que as inconsistências são a regra e não a exceção (KAZDIN, 1996).

O significado das palavras e a forma como são utilizadas muitas vezes revelam heranças semânticas, sua materialidade simbólica e imaginária, o que nos convoca a investigar a origem etimológica do termo “abandono”. Consoante o dicionário Houaiss, abandono é um substantivo masculino que significa: abandonar, ato ou efeito de deixar, de largar, de sair sem a intenção de voltar; partida, afastamento; falta de amparo ou de assistência; desarrimo; ato ou efeito de renunciar, de desistir; desleixo, negligência e modo de quem vive ou se apresenta como se fosse abandonado. Os vocábulos em português e em inglês são derivados do francês “*a bandon*” do qual nasce à expressão *laisser à bandon*: à vontade de; a critério de, a poder de, à jurisdição; deixar ir para o exílio (século XI).

Na língua inglesa, indicando o mesmo sentido de abandono enquanto desamparo (p. ex., ser abandonado), o verbo “*to abandon*” ou, como no português, também na voz passiva, “*to be abandoned*”; “*abandonment*” é o substantivo correspondente a “abandono”, deixar de

lado, guarda relação de sentido com “desamparo” e “deserção”. Todavia, em inglês, não se usa esse termo para significar interrupção de tratamento.

Em inglês, o idioma mais utilizado na publicação de artigos, vários são os termos utilizados para esse fenômeno: *Discharge against medical advice (DAMA* ou *leaving AMA)*, *Premature termination*, *Dropout*, *Attrition*, *Abscondig*, *Absent without leave*. Mas, o descritor mais comumente utilizado nas bases de dados internacionais é o termo "*Dropout*". Os *dropouts* são os “desistentes”, aqueles “que caem fora”, “se retiram”. Essa forma carrega mais especificamente o sentido relacionado àquele que “cai de alguma coisa”, escapa de uma regulação. Já em português, pacientes desistentes do tratamento foi o descritor utilizado pela biblioteca virtual em saúde (DCES- BVS) para caracterizar esta clientela.

A partir da análise dos 23 estudos acima apresentados (quadro 2), é possível identificar uma considerável diversidade quanto ao conceito de abandono do tratamento de saúde mental empregado e um predomínio da utilização do critério de diferentes janelas temporais para a definição do conceito de abandono. O critério utilizado variou desde a falta a uma consulta (PERCUDANI et al., 2002) até a ausência por período superior a um ano (ROSSI et al., 2002). Apesar da riqueza etimológica da palavra abandono, as diferentes nuances são pouco exploradas entre os estudos sobre abandono do tratamento.

Embora o momento no qual ocorre o abandono ser de suma relevância, pouco se sabe sobre a extensão em que os pacientes não conseguem aderir a um ciclo completo de tratamento (JOHNSON et al., 2008a; JOHNSON et al., 2009b). Kazdin e Mazurick (1994), ao analisar as faltas às sessões defendem uma definição mais matizada, ao considerar que o abandono pode ocorrer em distintas fases do tratamento, na fase inicial após 1 a 2 sessões ou mais tardiamente. Ressaltando ainda, que as características das crianças, adolescentes e seus familiares variam em função do momento que elas abandonam o cuidado ofertado no serviço.

Segundo Harpaz-Rotem (2004), o tempo médio de permanência em tratamento é de menos de três meses. E não é incomum para a duração do tratamento a média de 3 a 4 sessões em comunidades de baixa renda em centros urbanos (KAZDIN; MAZURICK, 1994).

O quadro acima apresentado não visa esgotar a discussão sobre o conceito, mas apresentar e problematizar os diversos critérios utilizados entre os pesquisadores. É evidente nos estudos nacionais e internacionais compilados a ausência de padronização, a centralidade da definição pelo critério de não comparecimento as consultas e a indicação de seguimento do tratamento pelo profissional. Embora sejam potencialmente de grande confiabilidade, esses

critérios são demasiadamente conservadores e insuficientes para a compreensão de um evento tão complexo (JOHNSON et al., 2008; JOHNSON et al., 2009; HAZ-ROTEM et al., 2004; WIERZBICKI; PEKARIK, 1993).

Uma vez que o cuidado integral ofertado nos Centros de Atenção Psicossocial não é apenas psiquiátrico e medicamentoso, mas pretende ser humanizado, político e transversal, apresenta especificidades que devem ser levadas em consideração, por exemplo: a tendência a cronicidade, os episódios de crise e a utilização de uma série de manejos ‘inventivos’ e diversificados para o cuidado no território.

Desse modo, pode-se afirmar que o abandono do tratamento, ou ao que se atribui como sucesso em um determinado caso, está intimamente relacionado às expectativas, possibilidades e aos horizontes estabelecidos em cada caso por familiares, usuários e profissionais.

Em um sentido mais amplo, o abandono corresponderia à descontinuidade do tratamento antes do que foi planejado pela equipe terapêutica. Contudo, entre os estudos que versam sobre o tema, muitas vezes não fica claro de quem seria essa decisão — se do profissional, da equipe, do paciente ou de ambas as partes — e em que momento deixar o tratamento é considerado abandono. Ademais, faz-se necessário pensar o processo de escolha de tratamento e sua continuidade para além da culpabilização dos familiares, uma vez que, mesmo a compreensão do que resulta ser um abandono de tratamento, empregada pelos pais e familiares pode ser distinta daquela empregada por profissionais.

É relevante salientar que a compreensão sobre o fenômeno e possibilidade de generalização dos dados não está relacionada somente com o termo empregado, mas também com os autores da pesquisa, aos fatores culturais e aos participantes que compõem o estudo, uma vez que um mesmo termo pode apresentar diferentes conceitos em distintas pesquisas.

Outro ponto discutível na produção sobre o tema refere-se ao fato de que muitos deles não levam em consideração que nem todos os pacientes que interromperam os cuidados de saúde mental em um serviço não deram continuidade posteriormente em outro local. É possível que alguns pacientes, apesar de terem terminado o tratamento antes do planejado, podem ainda ser considerados casos bem-sucedidos, visto que uma melhora satisfatória de seu quadro foi alcançada em um período mais curto do que o planejado (JOHNSON et al., 2008; JOHNSON et al., 2009; HAPAZ-ROTEM et al., 2004).

Assim, nem todos os pacientes que abandonaram representam fracasso do tratamento (JOHNSON et al., 2008). A enfermidade não deve ser compreendida meramente como um estado de sofrimento, mas também como uma realidade social (ALVES, 1993, p. 264). Nesse processo, o doente é também um ator social que vai desenvolver seu papel de forma relacional, interagindo, moldando e sendo moldado pelo cenário no qual está inscrito.

Com base na combinação de hipóteses de diferentes estudos (BECHELLI, 2003; COHEN; RICHARDSON, 1970; DAVIS; CHEN, 2003; TAYLOR et al., 2011; WIERZBICKI; PEKARIK, 1993), propomos a delimitação de critérios temporais para a seleção dos casos e uma pré-noção para fomentar novos debates sobre o conceito abandono do tratamento utilizado no campo da saúde mental. Entendendo — o como um: “fenômeno complexo e processual” de ruptura com um equipamento assistencial, que é construído e se “inscreve” ao longo do itinerário terapêutico percorrido pelos usuários e suas famílias, determinado por uma multiplicidade de fatores, e que traz sérias repercussões para o campo da saúde mental, para a vida e estado de saúde dos usuários e seus familiares, que pode ou não estar relacionada a um processo de fragilização da adesão e dos vínculos terapêuticos. Não pode ser pensado apenas como um ‘evento’ pontual, localizado no ato de desligamento (BECHELLI, 2003; COHEN; RICHARDSON, 1970; DAVIS; CHEN, 2003; TAYLOR et al., 2011; WIERZBICKI; PEKARIK, 1993).

No que diz respeito aos critérios temporários para a delimitação dos casos de abandono sugeridos neste trabalho, essas foram adaptadas tomando como referência os achados de Johnson et al. (2008), Kazdin e Mazurick (1994) e Harpaz-Rotem (2004). Compreendendo como casos de abandono, pacientes que, apesar da indicação clínica para continuidade dos cuidados de saúde mental, deixaram de dar seguimento ao tratamento em diferentes etapas do mesmo (tendo comunicado a equipe ou não). Etapa 1: ausência após a primeira consulta tendo indicação clínica para retorno; Etapa 2: pacientes que frequentaram o serviço por 30 dias e apresentaram ausência superior a 30 dias após a última consulta tendo indicação clínica para retorno; Etapa 3: pacientes que frequentaram o serviço por 60 dias e apresentaram ausência superior a 60 dias após a última consulta; Etapa 4: pacientes que frequentaram o serviço por 90 dias e apresentaram ausência superior a 90 dias após a última consulta; Etapa 5: pacientes que frequentaram o serviço por 120 dias e apresentaram ausência superior a 120 dias após a última consulta tendo indicação clínica para retorno; Etapa 6:

pacientes que frequentaram o serviço por um período superior a 150 dias e apresentaram ausência superior a 150 dias após a última consulta tendo indicação clínica para retorno.

É importante salientar ainda que, tendo em vista as altas taxas de abandono de tratamento frequentemente encontradas em programas de saúde mental, podem ocorrer distorções importantes, se não forem incluídas informações sobre os pacientes que se mantiverem em tratamento (YOUNG, 2000; WERGELAND, 2015), a fim de favorecermos não somente a promoção de práticas preventivas, mas protetoras, atentas as características que favorecem a continuidade do tratamento.

Fatores associados ao abandono do tratamento de saúde mental em crianças, adolescentes e seus familiares

Diversos são os fatores apontados nos artigos pesquisados como influenciadores para o abandono do tratamento em serviços de saúde mental. Entretanto, observa-se uma considerável divergência não só no que diz respeito ao conceito de abandono, mas também sobre quais seriam os elementos influenciadores.

Um aspecto relevante nos estudos realizados sobre abandono do tratamento de saúde mental é que eles têm sido muitas vezes limitados ao utilizar amostras pequenas e com grupos de estudo altamente restritos, tais como pacientes com um único transtorno mental (EDLUND et al., 2002; GONZALES, 1996; JOHNSON et al., 2009; KAZDIN et al., 1997; KAZDIN et al., 2003; ROTEM, 2004) ou pacientes de um cenário único de tratamento (BARUCH et al., 1998; KAZDIN; WASSELL, 2000; KEELER et al., 1988; STERN, 1984; TOSELAND, 1987; WANG et al., 2000; WERGELAND, 2015).

Para entender melhor a natureza desses padrões de uso de serviço, seria preciso olhar mais de perto a motivação das crianças e de experiências, crenças e atitudes dos pais em relação a doença e tratamento mental, e sua capacidade de entender as necessidades emocionais e físicas de seu filho. Quanto à disparidade nas taxas de abandono de tratamento quando comparamos adolescentes e crianças, os resultados ainda são inconclusivos e divergentes. Até a data, enquanto algumas descobertas indicam que pré-adolescentes são mais propensos a abandonar o tratamento do que os adolescentes mais velhos (BARUCH et al., 2009; PELEGRIN et al., 2010; PEREZ et al., 2007), outros sugerem que os adolescentes, em

geral, podem ser menos propensos do que as crianças mais jovens a abandonar o tratamento devido a temores de serem estigmatizados por seus pares (CAVALERI et al., 2009 ; LOGAN; KING, 2001; ORUCHE et al., 2014), além de acreditarem que os métodos de tratamento são pouco interessantes (VASTERS, 2013).

No caso de crianças e adolescentes, é importante ainda se considerar que, em contraste com os adultos, na maioria dos casos, as crianças e adolescentes não procuram ou interrompem tratamentos de saúde por si mesmos. A motivação para a entrada e permanência em tratamento em um serviço em grande parte depende de outros, como dos: pais, professores ou agências de referência (ex. Sistema judicial). Os pais, frequentemente, participam no tratamento de seu filho e, conseqüentemente, características dos pais e da família desempenham um papel central na continuação ou término do tratamento (ARMBRUSTER; KAZDIN, 1994; COHEN; RICHARDSON, 1970).

No que se refere ao abandono do tratamento e parentalidade, pais biológicos tendem a apresentar muito mais culpa em relação ao resultado do desenvolvimento desfavorável de seus filhos e por isso são mais vulneráveis ao abandono do tratamento quando comparados a lares constituídos por pais adotivos (COHEN; RICHARDSON, 1970; SHERMAN et al., 2008; TEHRANI et al., 1996; YOUNG et al., 2000). Crenças e atitudes etnoculturais também são aspectos influenciadores para um menor envolvimento com o serviço, como em alguns grupos em que alguns pais compreendem que a criança e a família devem superar os problemas de saúde por conta própria (MCCABE, 2002; SNOWDEN, 2001).

O uso de álcool e outras drogas na família, o número excessivo de pessoas residindo no mesmo domicílio, a inclusão em lista de espera por um longo período de tempo antes de sua primeira convocação (ARMBRUSTER; FALLON, 1994; BARUCH et al., 2009; KAZDIN; MAZURICK, 1994, KAZDIN et al., 1997; KENDALL; SUGARMAN, 1997; OWES et al., 2002), o uso de diferentes serviços de saúde mental simultaneamente (COHEN; RICHARDSON, 1970; PEREZ et al., 2007) e a falta de transporte, também são fatores colaboradores para o abandono do tratamento (KAZDIN; MAZURICK, 1994; MCKAY; BANNON, 2004).

Um ponto de controvérsia entre os estudos refere-se à relação entre histórico de transtorno mental na família principalmente o materno com o abandono do tratamento. Alguns estudos estabelecem correlação positiva para abandono (ARMBRUSTER; FALLON, 1994; KAZDIN; MAZURICK, 1994, KAZDIN et al., 1997; PEREZ et al., 2007), enquanto,

em Sherman et al. (2008), a presença de um diagnóstico psiquiátrico materno para depressão no passado ou presente foi considerado fator de proteção contra o encerramento prematuro.

De tal modo que, ao legitimar uma doença através do diagnóstico, o saber médico delimita que aquele sujeito apresenta uma condição especial, elemento relevante tanto para cobrança social quanto para a vivência pessoal do sujeito (ADAM; HERZLICH, 2001).

Ainda sobre os fatores de risco e/ou elementos relacionados à ocorrência do abandono do tratamento em saúde mental e o diagnóstico, em diferentes estudos foram apontados como elementos influenciadores para o abandono: o diagnóstico, a gravidade do caso (FAWCETT, 2012; PEREZ et al., 2007; ROBIN, 1976), a ausência de conhecimento sobre o diagnóstico psiquiátrico (JOHNSON et al., 2008); uma visão negativa sobre ele e dificuldades psicológicas parentais em aceitar o diagnóstico (ARMBRUSTER; FALLON, 1994; COHEN; RICHARDSON, 1970; KAZDIN; MAZURICK, 1994, KAZDIN et al., 1997; ROBIN et al., 2005).

A respeito do diagnóstico e dos elementos relacionados a ele apontados acima como elemento colaborador para a ocorrência do abandono do tratamento, cabe ressaltar que o poder médico, por meio do diagnóstico, exames e prescrições influenciam decisivamente a experiência que as pessoas doentes têm de seu estado. Assim, no caso de crianças e adolescentes, após o diagnóstico de uma doença crônica, usuários e familiares passam a reorganizar sua vida, ponderando a nova dimensão do cuidado requerida pela condição.

No estudo realizado por Conhen e Richardson (1970), apesar de ter sido realizado há 45 anos e do fato de não ter sido realizado em serviços comunitários, mas em clínicas psiquiátricas, apresenta reflexões críticas interessantes no que diz respeito à interação família — instituição na predição de abandono do tratamento psiquiátrico de crianças e adolescentes, e que estão em consonância com resultados encontrados em alguns estudos recentes.

Para Cohen e Richardson (1970) e Johansson e Edlund (2005), a ausência ou inadequação da preparação da família acerca da condução do caso, das estratégias elegidas e do direcionamento clínico institucional colaboram significativamente para altas taxas de abandono. A percepção do paciente e de suas famílias (no caso de crianças e adolescentes) sobre o tratamento em saúde mental e a crença de que o tratamento em saúde mental é ineficaz também foram apontadas como uma variável influenciadora do abandono do tratamento (HANN et al., 2008; JOHNSON et al., 2009; COHEN; RICHARDSON, 1970; DI GALLO et al., 2002; EDLUND et al., 2002; WANG, 2007).

Alguns estudos também demonstram que, quando existe uma discrepância significativa entre o que os pacientes e suas famílias esperam da clínica e a oferta por essa apresentada efetivamente, maior é a probabilidade de apresentar altas taxas de abandono (GLOBAL; ARONSON, 1963 *apud* COHEN; RICHARDSON, 1970; LUCK et al., 2001). As mães, frequentemente, opõem-se a abordagens não diretivas desde que elas costumam requerer para si direcionamento, aconselhamento e encorajamento durante o tratamento de seu familiar (DRUCKER; GREENSON, 1965).

Nesse sentido, a fonte de encaminhamento também foi apontada como um fator que desempenha um papel importante na manutenção do tratamento. Pacientes e familiares encaminhados por psicólogos, neurologistas e psiquiatras tendem a permanecer em tratamento quando comparados com os que foram referenciados de outros modos. Já pacientes encaminhados por fontes de natureza coercitiva como a justiça ou a escola, tendem a abandonar mais o tratamento (HANN et al., 2008; JOHNSON et al., 2009; JOHNSON et al., 2008; COHEN; RICHARDSON, 1970; WANG, 2007). De acordo Sherman et al. (2008) e Oruche et al. (2014) a inclusão em lista de espera por sua vez foi compreendida pelas famílias como uma atitude de rejeição as mesmas, o que favoreceu o desenvolvimento de atitudes negativas desenvolvidas em direção à clínica e a equipe.

Alguns estudos dedicaram uma atenção importante às barreiras de acesso como possíveis influenciadoras para o abandono do tratamento como os obstáculos logísticos específicos para uso de serviço, que incluía (por exemplo, tempo insuficiente, falta de transporte), contextual (por exemplo, violência comunitária) de concreto e obstáculos agência (por exemplo, tempo em lista de espera) (GARCIA; WEISZ, 2002; JOHNSON et al., 2008; KAZDIN; MAZURICK, 1994; KAZDIN et al., 1997; ORUCHE et al., 2014). Além disso, as barreiras perceptivas incluindo a má aliança terapêutica, a percepção da necessidade de tratamento, a percepção de barreiras, as expectativas para a terapia e crenças sobre o processo terapêutico também impactam no engajamento para além das barreiras logísticas (GARCIA; WEISZ, 2002, 1997).

Uma informação de extrema relevância para os CAPS diz respeito ao modelo de cuidado empregado. De acordo com Edlund et al. (2002), os pacientes que se beneficiaram de tratamentos combinados (farmacológico psicoterapêutico) e de terapias em grupo e/ou familiar (FAWCETT, 2012) apresentaram baixas taxas de abandono quando comparados aos que utilizaram apenas uma modalidade de tratamento. Em contrapartida, em um estudo

realizado por Ribeiro e Poço (2006), o uso de mais de um método de tratamento foi relacionado a uma maior probabilidade de abandono, o que se torna preocupante haja vista que em geral os Projetos Terapêuticos Singulares elaborados nesses serviços tendem a utilizar diferentes e complementares ferramentas de cuidado, como inserção em grupos terapêuticos, atendimento psiquiátrico, psicológico etc.

Conforme Cecílio (2009), as necessidades de saúde podem ser compreendidas a partir de quatro grandes conjuntos: a procura por respostas às condições inadequadas de vida; o acesso a tecnologias capazes de proporcionar longevidade e melhor qualidade de vida; a busca por vínculos terapêuticos ‘afetivos’ entre usuários e profissionais por meio de uma relação de longo prazo, intransferível, e principalmente de confiança, realizada através do encontro de subjetividades; e a busca por maior autonomia nos modos de viver. Pode-se perceber, portanto, a complexidade das dimensões envolvidas, pois congregam tanto elementos que levam o indivíduo à procura de um espaço de cuidado, quanto os elementos ofertados pelo serviço.

A despeito da diversidade de conceitos de acesso e acessibilidade adotados em pesquisas realizadas na área da saúde, os referidos conceitos apresentam uma via importante para a compreensão das relações estabelecidas entre os usuários e serviços de saúde. Para Travassos e Martins (2006), tanto a noção de acesso quanto a de acessibilidade, empreendidas, estão, de modo geral, relacionados à facilidade, ou dificuldade, com que as pessoas obtêm cuidados de saúde. Nessa perspectiva:

o uso de serviços pode ser uma medida de acesso, mas não se explica apenas por ele. A despeito de o acesso ser um importante determinante do uso, o uso efetivo dos serviços de saúde resulta de uma multiplicidade de fatores. Fatores individuais predisponentes, fatores contextuais e relativos à qualidade do cuidado influenciam o uso e a efetividade do cuidado. A continuidade também depende de situações distintas daquelas que definem a entrada no sistema, o que indica a importância de que seja analisada em suas particularidades. (TRAVASSOS; MARTINS, 2006, p.197).

A acessibilidade, por sua vez, é geralmente compreendida como uma dimensão relacional, entre a acomodação do que é ofertado pelo serviço e os atributos da população que o procura (TRAVASSOS; MARTINS, 2006).

A despeito dos fatores de risco apontados, em uma revisão sobre abandono entre crianças e adolescentes, Armbruster e Kazdin (1994) concluíram que nenhum perfil claro surgiu a respeito das características das crianças e adolescentes que abandonaram o tratamento

ou sobre as condições em que o abandono aparece. Vários potenciais preditores de abandono tinham sido estudados até então, como idade, sexo, QI infantil, falta de moradia, fonte de referência, tratamento psiquiátrico prévio, modalidade de tratamento, status socioeconômico, status de minoria étnica, a proximidade com a instituição de saúde mental, estresse parental e psicopatologia. Para todos esses fatores, os resultados diferiram por estudo (ARMBRUSTER; KAZDIN, 1994). Os autores concluíram que a mera identificação das diferentes variáveis meramente estatísticas sem promover conceituações subjacentes ao processo de rescisão prematura torna improvável uma melhorara da nossa compreensão a respeito do abandono (ARMBRUSTER; KAZDIN, 1994; LAI, 2009; LUCK et al., 2001; WERGELAND, 2015). Nesse sentido, faz-se importante de realização de novos estudos dedicados não somente na identificação de fatores associados ao abandono do tratamento de saúde mental, mas que se proponham a discutir conceitos, critérios e referências padronizadas para o abandono do tratamento.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho teve como objetivo primeiro apresentar e discutir as contribuições dos principais trabalhos de pesquisa sobre o conceito de abandono do tratamento de saúde mental entre crianças, adolescentes e suas famílias, destacando os principais aspectos identificados nos estudos como potencialmente associados ao abandono. A realização de tal investigação está diretamente relacionada a relevância do tema, tendo em vista o impacto que o sofrimento psíquico pode trazer para a vida de crianças, adolescentes e seus familiares quando subtratado bem como para as práticas desenvolvidas nesse campo.

Para dar conta de tais objetivos, realizamos a disposição das reflexões em itens, que tentaram apresentar minimamente o panorama dos estudos realizados, priorizando discutir os diversos fatores apresentados. Pensamos que, ao longo deste trabalho, alcançamos os objetivos propostos, contudo gostaríamos de salientar que esse estudo não pretende encerrar as discussões ou realizar um juízo de valor sobre as práticas e os serviços de saúde mental.

Pelo contrário, nos propomos a discutir sobre as questões que permeiam o abandono do tratamento no campo da saúde mental infantojuvenil, justamente com a intenção de fazer avançar a Rede de Saúde Mental e fomentar a realização de novas pesquisas. As limitações deste estudo referem-se, dentre outros aspectos, ao uso exclusivo de artigos científicos completos, disponíveis gratuitamente nas bases de dados, o que pode ter deixado de fora da revisão, trabalhos importantes para a compreensão do tema.

Tomando-se por base o que foi refletido ao longo do texto, percebe-se que há uma marcada defasagem nos estudos de abandono em saúde mental e entre crianças e adolescentes na literatura nacional. Nos estudos encontrados, observou-se uma considerável divergência tanto no que diz respeito aos conceitos de abandono utilizados quanto nos fatores apontados como relacionados ao abandono do tratamento.

Os elementos associados ao abandono do tratamento são diversos e complexos podem tanto estarem relacionadas ao usuário, quanto ao tratamento em si e à própria operacionalização da assistência de saúde, de forma que o vínculo e o acolhimento são essenciais para assegurar a continuidade e longitudinalidade do tratamento. Constituindo-se como importantes fontes de informação sobre os processos terapêuticos que podem ainda

possibilitar uma maior compreensão dos fatores envolvidos na eficácia dos cuidados, principalmente para o planejamento das intervenções clínicas nos serviços de saúde mental.

Desse modo e visando melhorar a qualidade do cuidado à saúde oferecido no âmbito dos CAPS, é fundamental que trabalhos que avaliem o índice de abandono do tratamento entre indivíduos assistidos nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) sejam realizados periodicamente, para que as equipes atuantes nesses serviços possam ter uma visão quantitativa. Com base nesta visão, pode-se compreender os problemas que dificultam a adesão da clientela e a partir da identificação dos problemas, estimular a elaboração e implementação de ações que minimizem esse percentual. É imprescindível, salientar que esses fatores isoladamente por si só não são determinantes para a ocorrência do abandono, mas nos fornece um ponto de partida para a realização de novos estudos e reflexões sobre as práticas de cuidado.

Construir uma direção pública para a política e o atendimento em saúde mental voltado a crianças e adolescentes não é uma tarefa fácil, demanda delineamentos éticos, clínico-assistenciais, políticos, de produção de conhecimento, formação de recursos humanos e planejamento. Um empenho conjunto para encarar, de forma efetiva, a situação atual (ARNSTALDEN et al., 2010).

REFERÊNCIAS

ADAM, P.; HERZLICH, C. **Sociologia da Doença e da Medicina**. Trad. de Laureano Pelegrin. Bauru: EDUSC, 2001.

ALMEIDA, A. R. **Fatores associados ao abandono do tratamento por usuários do Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas em João Pessoa**. (2013) Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa-PB, 2013.

ALMEIDA FILHO, N. M. de. Avaliação do atendimento infantil em um Centro Comunitário de Saúde Mental. **Revista Bahiana de Saúde Pública**, v. 3, p. 68-77, 1976.

ALVES, P. C. A. experiência da enfermidade: considerações teóricas. **Cad. Saúde Pública**, v. 9, n. 3, p. 263-271, 1993.

AMARAL, M. A. do. Atenção à saúde mental na rede básica: estudo sobre a eficácia do modelo assistencial. **Rev. Saúde Pública [online]**, v. 31, n. 3, p. 288-295, 1997. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0034-89101997000300010&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 01 jun. 2013.

ARMBRUSTER, P. M. A.; FALLON, T. Clinical, socio demographic, and systems risk factors for attrition in a children's mental health clinic. **The American Journal of Orthopsychiatry**, v. 64, n. 4, p. 577-585, 1994.

ARMBRUSTER, P.; KAZDIN, A. E. Attrition in child therapy. In: OLLENDICK, T. H; PRINZ, T. J. (Eds.). **Advances in clinical child psychology**, v. 16, p. 81-108, 1994.

ARNSTALDEN, A. L.; HOFFMANN, C. C. M C.; MONTEIRO, T, P M. A política de saúde mental infanto-juvenil: seus percursos e desafios. In: RIBEIRO, Edith L; LAURIDSEN-RIBEIRO, E.; TANAKA, O. Y. **Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS**. São Paulo: HUCITEC, 2010.

BAEKELAND, F.; LUNDWALL, L. Dropping out of treatment: a critical review. **Psychological Bulletin**, v. 82, n. 5, p. 738-783, 1975.

BARUCH, G.; GERBER, A.; FEARON, P. Adolescents who drop out of psychotherapy at a community-based psychotherapy centre: A preliminary investigation of the characteristics of early dropouts, late dropouts and those who continue treatment. **British Journal of Medical Psychology**, v. 71, n. 3, p. 233-245, 1998.

BEHELLI, L. P. C. Antipsicóticos de ação prolongada no tratamento de manutenção da esquizofrenia. Parte II. O manejo do medicamento, integração da equipe multidisciplinar e perspectivas com a formulação de antipsicóticos de nova geração de ação prolongada. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 3, p. 507-515, 2003.

BELFER, M. L.; ROHDE, L. A. Child and adolescent mental health in Latin America and the Caribbean: problems, progress, and policy research. **Rev Panam Salud Publica [online]**. v.18, n. 4-5, p. 359-365, 2005. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v18n4-5/28098.pdf>>. Acesso em: 05 jun. 2013.

BELFER, M. L.; SAXENA, S. Child Atlas project. *Lancet*. World Health Organization: WHO. **Child Atlas Project**. WHO, v. 367, p. 551-552, 2006.

BELFER, M. L. Child and adolescent mental disorders: the magnitude of the problem across the globe. **J Child Psychol Psychiatry**, Boston, v. 49, n. 3, 2008.

BERGHOFER, G. et al. Predictors of treatment discontinuity in outpatient mental health care. **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol**, v. 37, n. 6, p. 276-82, 2002.

BORDIN, I. A. S.; PAULA, C. S. Estudos populacionais sobre saúde mental de crianças e adolescentes brasileiros. In: MELLO, M. F, MELLO, A. A; KOHN, R, (Org). **Epidemiologia da saúde mental no Brasil**. São Paulo: Editora Art Med, 2006, p. 101-117.

BOTTLENDER, M.; SOYKA, M. Outpatient alcoholism treatment: predictors of outcome after 3 years. **Drug Alcohol Depend**, v. 1, n. 80, p. 83-9, out. 2005.

BROOK, M. Discharge Against Medical Advice From Inpatient Psychiatric Treatment: A Literature Review. **Psychiatric services**, v. 57, n. 8, ago. 2006.

CALLAGHAM, R. C.; CUNNINGHAM, J.A. Gender differences in detoxification: predictors of completion and re- admission. **Journal os substance abuse treatment**, v. 23, n. 4, p. 39-407, 2002.

CAVALERI, M. A.; HOAGWOOD, K. E.; MCKAY, M. M. **Examining the implementation of the Clinic Plus initiative Prepared for New York State Office of Mental Health**. Unpublished manuscript, 2009.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO R.; MATTOS R. A. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; 2001. p. 113-26.

CHINESA, M.; DRAHORAD, C.; LONGO, S. Early termination of treatment in personality disorder treated in a psychotherapy hospital: Quantitative and qualitative study. **The British Journal of Psychiatry**, v. 177, p. 107-111, 2000.

COHEN, R. L, M. D.; RICHARDSON, C. H. A. Retrospective Study of Case Attrition in a Child Psychiatric Clinic. **Social psychiatry**, v. 5, n. 2, p. 77-83, abr. 1970.

COUTO, M. C. V. **Novos desafios à reforma psiquiátrica brasileira**: Necessidade da construção de uma política pública de saúde mental para crianças e adolescentes. Brasília,

MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL. Cadernos de Textos de Apoio da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Belo Horizonte: Editora Autêntica/FHC-FUMEC, 2001.

DAVIS, J. M.; CHEN, N. Choice of maintenance medication for schizophrenia. **J Clin Psychiatry**, v. 64, n. 16, p. 24-33, 2003.

DUARTE, C. S.; BIRD, H. Dados epidemiológicos em psiquiatria infantil: orientando políticas de Saúde Mental. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 24, n. 4, out. 2002.

DULMUS, C.; WODARSKI, J. Assessment and effective treatments of child-hood psychopathology: Responsibilities and implications for practice. **Journal of Child and Adolescent Group Therapy**, v. 6, n. 2, p. 75-99, jun. 1996.

EDLUND, M. J. et al. Dropping out of mental health treatment: patterns and predictors among epidemiological survey respondents in the United States and Ontario. **Am J Psychiatry**, v. 159, n. 5, p. 845-851, mai. 2002.

FAWCETT, D. **Mental Health Treatment for Children and Adolescents: Cost Effectiveness, Dropout, and Recidivism by Presenting Diagnosis and Thrapy Modality**. All Thses and Dissertations. Brigham Young University, 2012.

FORTNEY, J. et al. Measuring Continuity of Care for Clients of Public Mental Health Systems. **Mental Health Services Research**, v. 38, n. 4, p. 1157-1176, 2003.

FUCIEC, M.; MOHR, S.; GARIN, C. Factors and motives associated with dropout in an ambulatory service for patients with psychothic disorders. **European Psychiatry**, v. 18, n. 4, p. 193-195, jun. 2003.

DI GALLO, A.; AMSLER, F.; BÜRGIN, D. Discontinuation of treatment in child and adolescent ambulatory psychiatric care in Basel: an evaluation within the scope of quality assurance. **Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr**, v. 51, n. 2, p. 92-102, fev. 2002.

FLEITLICH-BILYK, B.; GOODMAN, R. Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders in southeast Brazil. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry**, v. 43, n. 6, p. 727, 2004.

GARCIA, J. A.; WEISZ, J. R. When youth mental health care stops: therapeutic relationship problems and other reasons for ending youth outpatient treatment. Source Department of Psychology, University of California. **J Consult Clin Psychol**, v. 70, n. 2, p. 439-443, abr. 2002.

GEARING, R. E.; MIAN, I. A. An Approach to Maximizing Treatment Adherence of Children and Adolescents with Psychotic Disorders and Major Mood Disorders. **Can Child Adolesc Psychiatr Rev. PubMed**, v. 14, n. 4, p. 106-13, nov. 2005.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 2003.

GONZALEZ, A. et al. Predictors of treatment attrition among an outpatient clinic sample of youths with clinically significant anxiety. **Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research**, v. 38, n. 5, p. 356–367, set. 2011.

GOPALAN, L. C. S. W. Engaging Families into Child Mental Health Treatment: Updates and Special Considerations. **J Can Acad Child Adolesc Psychiatry**, v. 19, n. 3, p. 182–196, 2010.

GOULD, M. S.; SHAFFER, D.; KAPLAN, D. The Characteristics of Dropouts from a Child Psychiatry Clinic. **Journal of the American Academy of Child Psychiatry**, v. 24, n. 3, p. 316-328, 1985.

HAAN, A. M. de. et al. A meta-analytic review on treatment dropout in child and adolescent outpatient mental health care. **Clinical Psychology Review**, v. 33, n. 5, p. 698–711, jul. 2013.

HARPAZ-ROTEM, I.; LESLIE D.; ROSENHECK, R. A. Treatment retention among children entering a new episode of mental health care. **Psychiatric Services**, v. 55, n. 9, p. 1022-1028, 2004.

HARPAZ-ROTEM, I. et al. Clinical epidemiology of urban violence: Responding to children exposed to violence in ten communities. **Journal of Interpersonal Violence**, v. 22, n. 11, p. 1479-1490, 2007.

HONG, M.; KANG, E. Mental health care for children and adolescents: a regional perspective. **World Psychiatry**, v. 4, n. 3, p. 158-159, out. 2005.

ISERHARD, R.; FREITAS, C. S. C. Frequência do usuário e diagnóstico em um ambulatório de psiquiatria. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 42, n. 5, p. 273-277, jun. 1993.

JOHNSON, E.; MELLOR, D.; BRANN, P. Differences in dropout between diagnoses in child and adolescent mental health services. **Clinical Child Psychology and Psychiatry**, v. 13, n. 4, p. 515-530, 2008.

JOHNSON, L. D.; MELLOR, D.; BRANN, P. Factors associated with dropout and diagnoses in child and adolescent mental health services. The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry. **School of Psychology**, Deakin University, Burwood, Australia, v. 43, n.5, p. 431-437, 2009.

JOHANSSON, H.; EKLUND, M. Helping alliance and early dropout from psychiatric outpatient care: The influence of patient factors. **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol**, v. 41, n. 2, p. 140-157, fev. 2006.

YOUNG, A. S. et al. Routine outcome monitoring in a public mental health system: the impact of patients who leave care. **Psychiatric Services**, v. 51, n. 1, p. 85-91, jan. 2000.

KAZDIN, A. E.; HOLLAND, L.; CROWLEY, M. Family experiences of barriers to treatment and premature termination from child therapy. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 65, n. 3, p. 453-63, jun. 1997

KAZDIN, A. E.; MAZURICK, J. L. Dropping out of child psychotherapy: distinguishing early and late dropouts over the course of treatment. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 62, n. 9, p. 1069-1074, out. 1994.

KAZDIN, A. E.; WASSELL, G. Treatment completion and therapeutic change among children referred for outpatient therapy. **Professional Psychology: Research and Practice**, v. 29, n. 4, p. 332-340, aug. 1998.

KENDALL, P. C.; SUGARMAN, A. Attrition in the treatment of childhood anxiety disorders. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 65, n. 5, p. 883-888, 1997.

KESSLER, R. C. et al. Age of onset of mental disorders: A review of recent literature. **Curr Opin Psychiatry**, v. p. 359-64, 2007.

KESSLER, R. C. Differences in the use of psychiatric outpatient services between the United States and Ontario. **N Engl J Med**, v., 336, p. 551-557, 1997.

KUO, C. J. et al. Psychiatric discharge against medical advice is a risk factor for suicide but not for other causes of death. **J Clin Psychiatry**, v. 71, n. 6, p. 808-819, jun. 2010.

LAI, K. Y.; PANG, A. H.; WONG, C. K.; LUM, F.; LO, M. K. Characteristics of dropouts from a child psychiatry clinic in Hong Kong. **Social Psychiatry And Psychiatric Epidemiology**, v. 33, p. 45-48, jan. 1998.

LOGAN, D. E.; KING, C. A. Parental facilitation of adolescent mental health services utilization: A conceptual and empirical review. **Clinical Psychology: Science and Practice**, vol. 8, n. 3, p. 319-333, 2001.

MACKAY, M. M. et al. Multiple-family groups for urban children with conduct difficulties and their families. **Psychiatric Services**, vol. 53, n. 11, p.1467-1468, 2002.

MCKAY, M. M.; BANNON, W. M. J. Engaging families in child mental health services. **Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America**, v. 13, n. 4, p. 905-921, 2004.

MELO, A. P. S.; GUIMARÃES, M. D. C. Fatores associados ao abandono do tratamento psiquiátrico em um centro de referência em saúde mental em Belo Horizonte. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 27, n. 2, p. 113-118, 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL. **Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e aids**. Série Manuais, Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, n. 84, p. 130, 2008. Disponível em:

<http://www.aids.gov.br/sites/default/files/Manual_de_adexao_web.pdf>. Acesso em: 23 out. 2015.

MOLL, M. F. et al. O abandono ao tratamento entre pacientes assistidos em um Centro de Atenção Psicossocial. **J Nurs Health**, Pelotas (RS), v. 2, n. 1, p. 18-27, 2012.

MURRAY, C. J. L. "Rethinking DALYs." In *The Global Burden of Disease*. C. J. L. Murray and A. D. Lopez (ed.). **Cambridge, MA: Harvard University Press**, p. 1-89, 1996a.

MURRAY, C. J. L., LOPEZ, A. D. Evidence-Based Health Policy: Lessons from the Global Burden of Disease Study. **Science**, v. 1, p. 740-43, 1996b.

NEHI. **Thinking Outside the Pillbox: A System-wide Approach to Improving Patient Medication Adherence for Chronic Disease**, 2009.

OLIVEIRA, V. Z.; GOMES, W. B. Comunicação médico-paciente e adesão ao tratamento em adolescentes portadores de doenças orgânicas crônicas. **Estud Psicol**, Natal, v. 9, n. 3, p. 459-469, 2004.

O'BRIEN, A.; FAHMY, R.; SINGH, S. P. Disengagement from mental health services. A literature review. Division of Mental Health, St. George's University of London, **Cranmer Terrace**, London, v. 44, n. 7, p. 558-68, 2008.

OYFFE, I. et al. Revolving-door Patients in a Public Psychiatric Hospital. In: *Israel: Cross Sectional Study*. **Croatian Medical Journal**, v. 50, n. 6, p. 575, dez. 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório sobre a saúde no mundo. Saúde mental: nova concepção, nova esperança**. Genebra, 2001. Disponível em: <<http://www.abebe.org.br/wp-content/uploads/oms2001.pdf>>. Acesso em: 12 jan. 2014.

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

ORME, D. R.; BOSWELL, D. The pre-intake drop-out at a community mental health center. **Community Ment Health J**, v. 27, n. 5, p. 375-9, 1991.

ORUCHE, U. M. et al. Barriers and facilitators to treatment participation by adolescents in a community mental health clinic. **J Psychiatr Ment Health Nurs**, v. 21, n. 3, p. 241-8, 2013.

OWES, P. L. et al. Barriers to Children's Mental Health Services, **J. AM. ACAD. Child adolesc. Psychiatry**, v. 41, n. 6, 2002.

PAULA, C. S.; MIRANDA, C. T.; BORDIN, I. A. L. S. Saúde mental na infância e adolescência: revisão dos estudos epidemiológicos brasileiros. In: Lauridsen, E.; Ribeiro; O. Y.; Tanaka (Orgs.). **Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS**. São Paulo: Hucitec, 2010.

PATEL, V. et al. Mental health of young people: a global public-health challenge. **Lancet**, v. 369, n. 9569, p. 1302-13, abril 2007.

PEDREIRA. et al. O Papel do enfermeiro na adesão ao tratamento de pessoas com transtorno afetivo bipolar: o que os registros dizem? SMAD. **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, v. 8, n. 1, p. 17-24, abr. 2012. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/smad/article/view/49598>>. Acesso em: 12 jan. 2014.

PEREIRA, M. O. et al. Busca ativa para conhecer o motivo da evasão de usuários em serviço de saúde mental. **Acta paul. enferm. [online]**, v. 26, n. 5, p. 409-412, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010321002013000500002&script=sci_abstract&tlng=es>. Acesso em: 12 jan. 2014.

PERCUDANI, M. et al. Monitoring community psychiatric services in Italy: differences between patients who leave care and those who stay in treatment. **British Journal of Psychiatry**, v. 180, p. 254-259, mar. 2002.

REIS, B. F.; BROWN, L. G. Reducing psychotherapy dropouts: Maximizing perspective convergence in the psychotherapy dyad. Psychotherapy. **American Psychological Association**, v. 36, n. 2, p. 123-136, 1999.

REMSCHMIDT, H.; BELFER, M. Mental health care for children and adolescents worldwide: a review. **World Psychiatry**, v. 4, n. 3, p. 147-153, out. 2005.

REITZEL, L. R. et al. Does time between application and case assignment predict therapy attendance or premature termination in outpatients? **Psychological Services**, v. 3, n. 1, p. 51-60, fev, 2006.

RIBEIRO, M. S.; POÇO, J. L. C. Motivos referidos para abandono de tratamento em um sistema público de atenção à saúde mental. **Revista APS**, v. 9, n. 2, p. 136-145, jul/dez. 2006.

RÍO, J. et al. Factors related with treatment adherence to interferon beta and glatiramer acetate therapy in multiple sclerosis. **Mult. Scler**, v. 11, n. 3, p. 306-309, 2005.

ROBERT, H. E.; YUDOFKY, S. C. **Tratado de Psiquiatria Clínica**. 4 Edição, Espanha. 2006.

ROBIN, E. G.; IRFAN, A.; MIAN, M. D. An Approach to Maximizing Treatment Adherence of Children and Adolescents with Psychotic Disorders and Major Mood Disorders. **Adolesc Psychiatr Ver**, v. 14, n. 4, p. 106-113, nov. 2005.

ROSSI, A. et al. Dropping out of care: inappropriate terminations of contact with community based psychiatric services. **British Journal of Psychiatry**, v. 181, p. 331-338, 2002.

RUTTER, M.; COHEN, K.; MAUGHAN, B. Continuities and discontinuities in psychopathology between childhood and adult life. **J Child Psychol Psychiatry**, v. 181, p. 331-338, out. 2002.

SILVEIRA JUNIOR, E. M. et al. Can countertransference at the early stage of trauma care predict patient dropout of psychiatric treatment? **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 33, n. 4, p. 379-384, dez. 2011.

SHATKIN, J. P.; BELFER, M. L. The Global Absence of Child and Adolescent Mental Health Policy. **Child and Adolescent Mental Health Wiley Online Library**, v. 9, n. 3, p. 104-108, set. 2004.

SHERMAN, M. L. et al. Predictors of preintake attrition in a rural community mental health center. **Psychological Services**, v. 5, p. 332-340, nov. 2008.

SNOWDEN, L. R. Barriers to effective mental health services for African Americans. **Mental Health Services Research**, v. 3, p. 81-187, 2001.

SOALHEIRO, N. I. **Da experiência subjetiva à prática política: a visão do usuário sobre si, sua condição, seus direitos.** (2003) Tese (doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública; 2003.

SOUZA, T. et al. Evaluation of adherence to treatment by patients seen in a psychosocial care center in northeastern Brazil. **Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences**, v. 47, n. 4, 2011.

STERZ, R. Patient compliance: the misunderstood problem of healthcare. In: HCPC-EUROPE'S. **Conference on compliance - ENHANCED PACKAGING**, 1, Brussels, 2006. Topic thematic. Brussels: HCP Europe, p. 1-37. 2006.

TAYLOR, L.; KAMINER, D.; HARDY, A. Risk factors for premature termination of treatment at a child and family mental health clinic. **University of Cape Town Published online**, v. 23, n. 2, dec, 2011.

TEHRANI, E.; KRUSSEL, J.; BORG, L.; JØRGENSEN, MUNK P. Dropping out of psychiatric treatment: a prospective study of a first-admission cohort. **Acta Psychiatr Scandvol**, v. 94, p. 266-271, 1996.

TORRES, A. R.; CERQUEIRA, A. T. Avaliação crítica de um programa do ambulatório de psiquiatria de um hospital universitário. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 41, n. 4, p. 171-176, 1992.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro**, v. 20, Sup, p. 190-198, 2004.

TUCKMAN, J.; LAVELL. Attrition in psychiatric clinics for children. **Public Helth Rep**, v. 74, n. 4, p. 309-315, 1959.

VASCONCELOS, E. M. Avaliação de serviços no contexto da desinstitucionalização psiquiátrica: revisão de metodologias e estratégias de pesquisa. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 44, n. 4, p. 189-197, 1995.

VASCONCELOS, E. M. **O poder que brota da dor e da opressão**: empowerment, sua história, teorias e estratégias. Rio de Janeiro: Paulus, 2003.

WANG, P. S.; BERGLUND, P.; KESSLER, R. C. Recent care of common mental disorders in the US population: prevalence and conformance with evidence-based recommendations. **J Gen Intern Med**, vol. 15, n. 5, p. 284-92, May, 2000.

WANG, J. L. Mental health treatment dropout and its correlates in a general population sample. **Med Care**, v. 45, n. 3, p. 224-9, mar. 2007.

WANG, P. S. et al. Initiation of and adherence to treatment for mental disorders: examination of patient advocate group members in 11 countries. **Med Care**, v. 38, p. 926–936, 2000.

WERGELAND, J. G. Predictors of dropout from community clinic child CBT for anxiety disorders. **Journal of Anxiety Disorders**, v. 31, p. 1-10, jan. 2015.

WHO. **Caring for children and adolescents with mental disorders Setting WHO directions.** Genebra. 2003. Disponível em: <http://www.who.int/mental_health/media/en/785.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2014.

WIERZBICKI, M.; PEKARIK, G. A meta-analysis of psychotherapy dropout. **Professional Psychology: Research and Practice**, v. 24, n. 2, p. 190-195, 1993.

O ABANDONO DO TRATAMENTO EM SAÚDE MENTAL DE UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES

The dropout in mental health of a Psychosocial Care Center for children and adolescents

RESUMO

Este trabalho tem por objetivo analisar os elementos relacionados ao abandono do tratamento em um Centro de Atenção Psicossocial para crianças e adolescentes, considerando as experiências de adoecimento e de cuidado construídas pelos usuários e familiares em sua busca por tratamento de saúde mental. Foram realizadas entrevistas com familiares e profissionais que participaram diretamente no cuidado das crianças e adolescentes e um grupo focal com profissionais do CAPSi. Os resultados evidenciam algumas dificuldades dos familiares junto às novas propostas de cuidados em saúde mental que podem interferir diretamente na continuidade do cuidado. A partir das entrevistas realizadas foi possível apreender que os cuidados das crianças e adolescentes em sofrimento psíquico estão centrados na figura de um único cuidador do sexo feminino e que apresentaram percepções sobre o conceito de abandono do tratamento, divergentes das apresentadas pelos profissionais do serviço. Duas das três famílias demonstraram dificuldade em administrar o papel de cuidador e conciliá-lo as exigências das condições concretas da vida. Sendo também identificada, no caso dos dois adolescentes, uma ênfase no Hospital Psiquiátrico enquanto espaço de eleição de cuidados. Diferentes aspectos intrínsecos e extrínsecos foram aludidos e observados nos casos selecionados como favoráveis à adesão e ao abandono do tratamento no serviço, tais como: aspectos relacionados às características familiares, aspectos relacionados ao paciente e ao processo de sofrimento, aspectos ligados às características dos serviços de saúde e aspectos comunitários como violência urbana. Conclui-se que o abandono do tratamento nos três casos apresentados está relacionado a diversos fatores, nem sempre evidentes para os familiares. Ademais, observa-se que a maioria dos profissionais ainda conservam uma visão da família como limitadora para o tratamento. Por fim, almejamos que esses achados sejam melhor investigados e que possam contribuir para o debate a respeito do tema e fomentar a realização de novas pesquisas com este público.

Palavras-chave: Centros de Atenção Psicossocial; Crianças e adolescentes; Pacientes desistentes do tratamento; Saúde Mental.

O ABANDONO DO TRATAMENTO EM SAÚDE MENTAL DE UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Treatment of dropout in mental health of a psychosocial care center for children's and adolescents

ABSTRACT

This work aims to analyze the elements related to the abandonment of treatment in a Psychosocial Care Center for children and adolescents, considering the experiences of illness and care built by users and family members in their quest for mental health treatment. Interviews were conducted with family members and professionals who participated directly in the care of children and adolescents and a focus group with CAPSi professionals. The results show some difficulties of family with the new proposals for mental health care that can directly interfere with continuity of care. From the interviews it was possible to apprehend that the care of children and adolescents in psychological distress are centered on the figure of a single caregiver female and presenting perceptions on the concept of dropout of treatment, different from those of professional service. Two of the three families showed difficulty in managing the role of caregiver and reconcile it with the requirements of the concrete conditions of life. Also being identified in the case of two teenagers, an emphasis on psychiatric hospital care while election space. Different intrinsic and extrinsic aspects were alluded to and observed in selected cases as favorable for accession and dropout of treatment in the service, such as aspects related to family characteristics, aspects related to the patient and the process of suffering, linked aspects to the characteristics of service health and community issues such as urban violence, were some of the reasons related to dropout. It is concluded that the dropout of treatment in the three cases presented is related to several factors, not always apparent to the family. Moreover, it is observed that most professionals still retain a vision of the family as limiting for treatment. Finally, we wish that these findings may contribute to the debate on the subject and promote new research with this audience.

Keywords: Mental health services; Children and adolescents; Dropouts patients treatment; Mental health.

1 INTRODUÇÃO

Estudos epidemiológicos internacionais apontam que os problemas de saúde mental se encontram entre as cinco principais causas de doenças a partir dos cinco anos de idade e estimam que 10% a 20% da população de crianças e adolescentes* do mundo sofram de transtornos mentais graves (MURRAY; LOPEZ, 1996; OMS, 2001, 2003; REMSCHMIDT; BELFER, 2005).

Apesar da alta prevalência dos transtornos mentais e dos agravos decorrentes da desassistência, é evidente uma acentuada defasagem entre a necessidade de atenção em saúde mental para crianças e adolescentes e a oferta de uma rede de serviços capaz de responder por ela. Essa defasagem pode ser observada em diferentes nações do mundo, independente de seus níveis econômicos e de distribuição de renda, mas é notadamente mais expressiva no grupo de países em desenvolvimento (BELFER; SAXENA, 2006; HONG, 2005; JOHNSON et al., 2009; OMS, 2001, 2003; PATEL, 2007).

No Brasil, o campo da saúde mental tem passado por significativas transformações que geraram avanços, mas também desafios e tensionamentos na construção de novas possibilidades de agenciar o cuidado em saúde (BORDIN; PAULA, 2010; COUTO et al., 2008).

Segundo Onocko (2013), no campo da Saúde Coletiva brasileira, a área da saúde mental tem se destacado pelas rupturas éticas produzidas no cenário das formulações políticas e pelas significativas mudanças e inovações das práticas assistenciais. Essas novas configurações de redes de serviços, novas formas de organização dos cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial têm produzido, também, na área da pesquisa, novas indagações e desafios metodológicos e de cunho ético-político.

* É importante ressaltar que as instâncias jurídicas e sociais que apropriam do campo da infância e adolescência divergem quanto à classificação dos limites das faixas etárias. De modo geral, essas definições socialmente convencionadas, convivem no ordenamento sociocultural e influenciam as estatísticas, a organização de políticas e ações de saúde. O Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº 8.069 de 13 de julho de 1990) considera como criança a pessoa com até 12 anos incompletos e adolescente aquela entre 12 e 18 anos. O Ministério da Saúde por sua vez, segue as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS), que entende como criança a pessoa que tem entre 0 e 9 anos de idade completos e adolescente aquela entre 10 e 19 anos. Para a Organização das Nações Unidas (ONU) a faixa etária é um pouco mais abrangente de modo que a adolescência corresponderia a faixa etária de 15 e 24 anos (*youth*). Utiliza-se também o termo jovens adultos para englobar a faixa etária de 20 a 24 anos de idade (*young adults*).

Assim, a atenção voltada à saúde mental de crianças e adolescentes, e seu reconhecimento como uma questão de saúde pública integrante das ações do Sistema Único de Saúde (SUS), é recente e tem sido considerada como um dos principais desafios da reforma psiquiátrica brasileira (ARNSTALDEN et al., 2010; BORDIN; PAULA, 2006; CERQUEIRA; FERREIRA, 2004; FLAVINA, 2008).

Podemos situar no campo normativo algumas contribuições expressivas como o lançamento da Portaria 3.088 de 23 de dezembro de 2011 e a elaboração de dois manuais técnicos (BRASIL, 2013, 2014), pelo Ministério da Saúde que versam a respeito do tratamento de saúde mental de crianças e adolescentes no SUS. Mas essas iniciativas têm se mostrado insuficientes para garantir uma boa assistência para crianças e adolescentes na rede de saúde mental (ASSIS et al., 2010; BORDIN; PAULA, 2006; COUTO, 2001; COUTO et al., 2008), pois, embora considerem crianças e adolescentes como grupo prioritário das ações estratégicas a serem desenvolvidas, estas destinam-se, principalmente, àquelas que fazem uso abusivo de drogas.

Embora o acesso a serviços seja fundamental para a assistência de crianças e adolescentes, ele não garante o envolvimento sustentado no tratamento. Apesar das tentativas de organização de modelos mais eficazes de cuidado, das altas taxas de prevalência de transtornos mentais e seu impacto para o estado de saúde no curso da vida, estima-se que cerca de 30% a 60% dos pacientes adultos e 35% a 75% das crianças e adolescentes com sofrimento psíquico abandonam o tratamento de saúde mental (DI GALLO et al., 2002; EDLUND et al., 2002; JOHNSON et al., 2008; JOHNSON et al., 2009; YOUNG et al., 2000; TEHRANI et al., 1996; WANG, 2007).

Em contraste com os pacientes adultos, na maioria dos casos, as crianças e adolescentes não procuram ou interrompem tratamentos de saúde por si mesmos. A motivação para a entrada e permanência em tratamento em um serviço em grande parte depende de outras instâncias, como a família, a escola e as agências de referência (ex. Sistema judicial) (ARMBRUSTER; KAZDIN, 1994; CONHEN; RICHARDSON, 1970). De modo que os pais frequentemente participam do tratamento de seu filho e, conseqüentemente, características dos pais e da família desempenham um papel central na continuação ou término do tratamento (ARMBRUSTER; KAZDIN, 1994).

As transformações da sociedade, especialmente, com a pós-modernidade têm implicado em transformações importantes na organização e dinâmicas familiares (SILVA,

2012). A compreensão contemporânea de família enquanto uma estrutura que considera relevantes a afeição e a intensificação das relações entre pais e filhos é resultado de um processo histórico iniciado na Europa em meados do século XVII. E é atualmente considerada como a principal responsável para o desenvolvimento da sociabilidade, da afetividade e do bem-estar físico dos seus seres, sobretudo durante a infância e a adolescência (GOODE, 1970).

A dinâmica familiar, por sua vez, reflete as transformações sociais e culturais do decorrer da história, as quais constituem os indivíduos e influenciam suas condutas e comportamento nas relações que estabelecem entre si e no convívio em sociedade.

Nesse processo, o papel da relação e a implicação da família no provimento de cuidados do portador de sofrimento psíquico passaram por profundas transformações, variando de acordo com a realidade sociocultural e econômica no decorrer do tempo e do espaço de cada época. O envolvimento de familiares no cuidado de seus entes e sua participação em organizações e associações para a luta por direitos à assistência digna, à integração social e ao resgate de direitos de cidadania, é recente, já que há pouco mais de uma década o único modelo assistencial disponível era o manicomial (AMARANTE, 1994).

Estudos recentes demonstram que o envolvimento da família tem papel fundamental para o sucesso do tratamento de pessoas com transtorno psíquico, o que torna a participação do familiar um elemento de extrema importância na condução do tratamento e na implementação do modelo preconizado pela perspectiva da atenção psicossocial.

No que diz respeito à família, a forma de olhar o ‘indivíduo doente’ e as condutas utilizadas e/ou abandonadas dependeram dos aspectos objetivos e subjetivos de cada integrante, refletindo os contextos culturais, religiosos, ideológicos e econômicos no qual estão inseridos (MELMAN, 2006). Dessa forma, para abordar mais plenamente a natureza da utilização dos serviços de Saúde Mental entre as crianças, adolescentes e seus familiares, se faz necessário um olhar mais atento às barreiras específicas para o envolvimento continuado nos serviços.

Diante das altas taxas supracitadas de abandono do tratamento e da defasagem de informações entre o público infantojuvenil, pesquisas internacionais vêm sendo desenvolvidas nos últimos anos, principalmente com o objetivo de estudar os fatores estatisticamente associados ao não comparecimento às consultas, e ao abandono do tratamento (BROOK,

2006; CHINESA et al., 2000; O´BRIEN et al., 2008; PERCUDANI et al., 2002; TEHRANI et al., 1996).

Porém, mesmo diante das significativas contribuições que esses trabalhos trouxeram para o debate sobre o abandono e a melhor forma de abordá-lo, é evidente que eles têm se revelado insuficientes para dar conta da complexidade desse fenômeno, uma vez que muitos são os desencontros metodológicos e conceituais estabelecidos entre os diferentes estudos, sendo significativa a divergência entre os achados (GARCIA; WEISZ, 2002; GEARING; MIAN, 2005; GONZALES et al., 2011).

Outro ponto relevante refere-se ao fato de que as pesquisas que versam sobre os fatores associados ao abandono de tratamento em saúde mental em diferentes sistemas de saúde são frequentemente realizadas retrospectivamente, com base em dados de prontuários ou sistemas de informação (FUCIEC et al., 2003; HERINCKX, 1997; MELO; GUIMARÃES, 2005; PERCUDANI et al., 2002; ROSSI et al., 2002), especialmente relacionadas a clínicas psiquiátricas, hospitais e ambulatórios (ROSSI et al., 2002). Assim dispomos de poucos estudos de seguimento, com busca ativa e entrevista dos pacientes que abandonaram o tratamento em sistemas integrados e territoriais de saúde (EDLUND et al., 2002).

A consolidação da reforma psiquiátrica e o surgimento dos novos serviços recolocou o debate sobre a necessidade da construção de novos instrumentos e indicadores de avaliação. Visto que os indicadores clássicos e os parâmetros tradicionalmente utilizados pela assistência psiquiátrica, têm-se mostrado insuficientes e inadequados para dar conta das especificidades que comportam o exercício do cuidado integrado e em liberdade agenciado nos dispositivos da reforma psiquiátrica brasileira (ESCOREL, 2002). Segundo Escorel (2002, p. 40), experiências emergentes e inovadoras, “com todas as dificuldades e desafios que o novo traz, especificamente na área com a qual estamos lidando, levam, muitas vezes, a um certo receio de expor-se a processos de avaliação”.

No Brasil, a despeito dos avanços impulsionados pelo Movimento da Reforma Psiquiátrica, ainda são poucos os estudos que priorizam a avaliação dos serviços substitutivos (ONOCKO-CAMPOS et al., 2008, 2013) e a ocorrência do abandono ao tratamento, principalmente na população de crianças e adolescentes.

Em consulta nas bases de dados de literatura especializada, foram localizados quatorze estudos que abordavam direta ou indiretamente o abandono do tratamento de saúde mental no Sistema Único de Saúde (artigo 1). Entre os estudos localizados apenas dois versavam sobre a

ocorrência do abandono entre crianças e adolescentes, realizados respectivamente em 1977 e 2009. O que sugere que o tema, apesar de relevante, possivelmente ainda não suscitou o interesse de demais pesquisadores da área.

O que torna evidente que sabemos muito pouco a respeito dos meios pelos quais são realizadas as escolhas, avaliações, seguimentos ou desistências de diferentes tipos de tratamentos em saúde mental, principalmente entre a população de crianças e adolescentes.

O abandono ao tratamento ao ser compreendido como uma experiência processual de ruptura com relação a um equipamento assistencial, em geral está relacionado a um processo de fragilização da adesão e dos vínculos terapêuticos conforme discutido no artigo anterior. Pode apresentar aspectos relevantes sobre as práticas de cuidados e o direcionamento clínico e político institucional agenciados neste dispositivo.

Para Young e colaboradores (2000), o abandono do tratamento em sistemas públicos de saúde mental não é um acontecimento ao acaso e pode estar muitas vezes relacionado ao agravamento ou melhoria na evolução do estado de saúde dos pacientes. Conhecer os elementos apontados por familiares e profissionais como relevantes para o abandono ou descontinuidade do tratamento de saúde mental infanto-juvenil possibilita abrir novo campo de discussão atualmente negligenciado, além de auxiliar na identificação de pacientes pertencentes ao grupo de risco para abandono, oportunizando-lhes trabalhar preventivamente e mais diretamente esses aspectos nos projetos terapêuticos singulares e inclusive repensar os modelos de tratamento e gestão ofertados.

Entendemos que, de modo geral, o estudo aprofundado de um serviço, apesar de não permitir generalizações, pode apontar para uma realidade coletiva, remetendo a questões comuns a outros serviços. É importante salientar que, embora esse trabalho não se proponha a realizar um estudo de avaliação desse aparelho assistencial, ele aponta e evidencia aspectos que dizem respeito à instituição, à rede de saúde e às formas de cuidados agenciadas nesse serviço.

De acordo com Furtado e Onocko – Campos (2005), a educação permanente dos trabalhadores, a avaliação sistemática das novas práticas, a inclusão da perspectiva dos usuários no processo de cuidado, dentre outras, são vias importantes e necessárias ao estabelecimento dos novos referenciais na prática cotidiana de atenção em saúde mental.

Tendo-se em vista a escassez de estudos qualitativos que versem sobre o abandono do tratamento de saúde mental a partir da perspectiva das crianças, adolescentes e seus familiares

em serviços comunitários de saúde, em particular, nas publicações nacionais e a pertinência do tema para o campo da saúde mental infantil, o presente estudo teve por objetivo analisar os elementos relacionados ao abandono do tratamento em um Centro de Atenção Psicossocial para crianças e adolescentes, considerando as experiências de adoecimento e de cuidado construídas pelos usuários e familiares em sua busca por tratamento de saúde mental.

Destarte, foram objetivos específicos da pesquisa: 1) identificar como o processo de adoecimento se ‘inseriu’ no contexto familiar e os caminhos trilhados pelas famílias com suas crianças e adolescentes em busca de cuidados de saúde mental; 2) descrever os modos pelos quais as crianças, adolescentes e seus familiares ingressaram no CAPSi e sua experiência com o serviço e 3) analisar os elementos apontados pelos familiares e profissionais do serviço para o abandono do tratamento.

2 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa de natureza exploratória realizada a partir do estudo de caso, adotando-se o procedimento de Estudos de Casos Múltiplos (YIN, 2005), de três pacientes que foram assistidos em um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi) situado no Município de Salvador (BA) e que abandonaram o tratamento.

Durante o andamento da pesquisa, constavam no cadastro de ativos da unidade pesquisada 259 pacientes*, distribuídos nas três modalidades de atendimento previstas na legislação, como intensivo, semi-intensivo e não-intensivo.

Os critérios utilizados para a seleção e inclusão dos sujeitos na pesquisa foram: usuários entre 0 a 19 anos de idade que apesar de terem indicação clínica para continuidade do tratamento, no momento do levantamento encontravam-se ausentes das atividades do serviço por um período superior a 3 meses consecutivos após a data da última consulta. O tratamento deve ter tido duração mínima de 4 meses para o paciente ser considerado abandonante, esse critério foi estabelecido tomando como referência os estudos de Harpaz – Rotem (2004) e Kazdin e Mazurick (1994) que versam sobre o tempo médio de permanência em serviços de saúde mental. Foram considerados como critérios de exclusão: óbito, mudança de domicílio e ausência de contato telefônico no prontuário.

Com vistas a reconstituir os casos de abandono, optou-se pelo uso de diferentes técnicas e métodos de coleta de informações, de modo a contemplar a articulação entre a família, os usuários, o serviço e os diferentes e às vezes conflitantes pontos de vista presentes nesta situação social.

Os dados apresentados foram coletados utilizando-se consecutivamente os seguintes instrumentos: grupo focal com profissionais do CAPSi (Apêndice A), análise documental dos prontuários dos casos sugeridos, entrevistas em profundidade com familiares (Apêndice B),

* Cabe ressaltar que, no ano de 2012 o serviço apresentava o quantitativo de 480 pacientes ativos em seu banco de dados. A pesquisa realizada por Teixeira e Jucá (2014) apontou que, possivelmente, 107 desses pacientes, já haviam abandonado a instituição, seja porque já haviam recebido alta, seja pelo tempo decorrido desde o último atendimento (8 a 24 meses). Atualmente, o banco de dados institucional conta com 259 pacientes no cadastro de ativos da unidade, porém 19 desses estavam entre os prontuários sugeridos para participarem do estudo. Totalizando uma estimativa de 240 pacientes referenciados pela instituição. O que aponta para os esforços que a coordenação junto à equipe vem realizando para assegurar a organização e o cuidado na instituição, mas que ainda requer maior atenção, já que os três casos aqui apresentados ainda constavam no cadastro de ativos no banco da unidade.

entrevistas semiestruturadas com os técnicos de referência dos casos (Apêndice C) e o uso de diário de campo com o registro das conversas informais ou frases consideradas relevantes.

Por meio da realização do grupo focal com profissionais que voluntariamente se candidataram para participar, foram levantadas considerações iniciais a respeito do abandono do tratamento no serviço e sugerido pelos profissionais o nome de dez pacientes, que eles consideravam como casos relevantes para a participação no estudo. Com a finalidade de ampliar o quantitativo de nomes sugeridos, foi solicitada em conversas informais com profissionais e gestores do serviço a indicação de outros nomes, resultando em um quantitativo inicial de 30 pacientes.

Após o levantamento dos pacientes indicados pelos profissionais do CAPSi, procedeu-se à revisão e à análise documental dos prontuários, considerando-se os seguintes aspectos: situação de prontuário (ativo e inativo), data de nascimento, contato telefônico, endereço, último diagnóstico, se teve atendimento com o psiquiatra, medicação, projeto terapêutico singular, sexo, fonte de encaminhamento, técnico e referência, data de admissão, data do último atendimento, motivo para arquivamento do prontuário, escolaridade da criança e dos pais, idade dos pais, busca ativa e informações que chamassem a atenção ou se relacionassem com o tema abandono.

Dos trinta casos indicados, seis foram excluídos por não apresentarem contato telefônico no prontuário, onze não atenderam aos critérios de inclusão para mínimo de permanência de seis meses e ausência de três meses, sete não foram localizados durante as três tentativas de contatos em diferentes dias e horários, um não possuía mais o mesmo número de contato telefônico e duas famílias não tiveram interesse em participar da pesquisa. Totalizando um quantitativo de três pacientes elegíveis para participação no estudo, sendo dois adolescentes de 18, e 16 anos e uma criança de 11 anos.

Para reconstituição dos casos de abandono dos 3 sujeitos selecionados, foram entrevistados 3 familiares (2 mães e uma avó paterna) e seus técnicos de referência. Com o intuito de apresentar breves informações a respeito dos colaboradores desta pesquisa, apresento nos quadros 1, 2, 3, 4 e 5 uma síntese dos principais dados que os caracterizam e os nomes fictícios correspondentemente adotados para classificá-los

Ressaltamos que, em uma situação ideal, os adolescentes deveriam ter autorizado e participado das entrevistas. Entretanto, em função da delimitação do tempo e em função de

ambos estarem vivenciando no momento da execução da pesquisa episódios de crise e sofrimento agudo, optou-se por não os incluir diretamente no levantamento das informações.

Desse modo, ao todo foram realizadas um total de 6 entrevistas entre familiares e técnicos de referência e 1 grupo focal com 5 profissionais do CAPSi no período de dezembro a fevereiro de 2015, que duraram em média 2 horas. Os familiares e/ou responsáveis legais foram contatados por meio de ligação telefônica, na qual foram apresentados os objetivos da pesquisa e agendada a entrevista em local sugerido pelo entrevistado. Todos os sujeitos selecionados e convidados a participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. No que diz respeito às crianças e adolescentes, tanto os responsáveis legais quanto a Secretária Municipal de Saúde, que tem o direito a concessão e posse dos prontuários, autorizaram a realização do estudo.

Durante as entrevistas com os familiares, os participantes foram convidados a contarem sobre o processo de adoecimento de seu parente antes de iniciar o tratamento até os dias de hoje (Apêndice B). Desse modo, partimos não apenas da escuta dos motivos apontados para o abandono do tratamento em si, mas desde a inserção daquela criança ou adolescente na história familiar, tomando como ponto de partida, seu desenvolvimento, a convivência com a doença e as projeções da família a respeito do prognóstico para o estado de saúde de seu filho.

Apenas ao final do relato dos entrevistados, foram realizadas perguntas elaboradas com base em um roteiro de modo a esclarecer e aprofundar pontos trazidos na narrativa pertinentes a pesquisa. Procuramos investigar nesse momento as estratégias e serviços eleitos em sua busca pela garantia de cuidados de saúde mental, e os desafios enfrentados para a continuidade do tratamento no CAPSi, sem perder de vista o contexto sócio-econômico-cultural no qual esta busca ocorre, bem como, a capacidade dos serviços de saúde em responder às necessidades dos sujeitos (ALVES; SOUZA, 1996).

Análise dos dados

As entrevistas com profissionais e familiares foram gravadas, transcritas, impressas e submetidas inicialmente a leitura flutuante para a apreensão dos tópicos centrais considerados pela literatura especializada como relevantes para o abandono do tratamento. Cada trecho

considerado significativo foi marcado com uma cor correspondente e sistematizado em eixos a partir de subtemas elegidos, relacionados a saber:

- a) processo de adoecimento e a busca por tratamento;
- b) à experiência de cuidado no CAPSi (Acolhimento, tratamento etc.);
- c) motivos apontados por profissionais e familiares para o abandono do tratamento.

Em seguida, após a leitura aprofundada dos eixos temáticos, a contribuição de cada entrevistado foi sistematizada em um plano de análise (Apêndice D). Posteriormente procedeu-se à sistematização geral na qual foram identificados os temas mais relevantes para serem abordados neste estudo, considerando os objetivos propostos nesta dissertação. É importante ressaltar que todos os aspectos apontados acima estabelecem relações entre si, mas foram organizados em eixos apenas para efeito didático, haja vista que a finalidade real da pesquisa qualitativa não é contar opiniões ou pessoas, mas ao contrário, explorar o espectro de opiniões e as diferentes representações sobre o assunto em questão (DENZIN; LINCOLN, 2005). E, por meio do uso de metodologias qualitativas, apreender a vivência e a lógica dos familiares e profissionais, a fim de fazer emergir suas interpretações e sentidos sobre a trajetória de cuidado (GERHARDT, 2010; VELHO, 1994) e os elementos relacionados ao abandono do tratamento.

Para balizar a discussão dos dados tomamos como referencial as proposições teóricas encontradas em literatura especializada a respeito das relações causais para o abandono do tratamento, o cruzamento de casos e a construção da explanação de Yin (2005), que tem como finalidade analisar os dados do estudo de caso construindo uma explanação sobre o mesmo, a fim de explorar como e por que ocorreu o abandono do tratamento.

O objetivo não consiste em concluir o debate sobre o tema, mas possibilitar o desenvolvimento de ideias para novas pesquisas. No que concerne aos motivos diretamente apontados por familiares e profissionais para o abandono do tratamento, o detalhamento destes foi organizado e apresentado em uma tabela (Quadro 6).

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA), sob o parecer de número 841.434/CEP/ISC. Na Plataforma Brasil, o projeto está registrado sob o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE).

Quadros de caracterização dos usuários e dos informantes

Quadro 1 – caracterização dos familiares entrevistados quanto ao tipo de vínculo, ocupação, escolaridade e renda familiar

Nome fictício	Familiar	Vínculo	Ocupação	Escolaridade	Renda familiar
Pedro	Alice	(Avó paterna)	Auxiliar de serviços gerais	Ensino médio incompleto	2 SM
João	Graça	(Mãe)	Diarista	Ensino fundamental incompleto	1 SM
Carlos	Maria	(Mãe)	Dona de Casa	Ensino superior	> 2 SM

Fonte: elaborado pela autora.

Quadro 2 – caracterização dos Técnicos de Referência quanto a escolaridade, formação, tempo de trabalho no CAPSi, tipo de vínculo e número de casos a seus cuidados (N. de referências)

Nome fictício	T. Referência	Escolaridade	Formação	Função	Tempo de permanência no CAPSi	Tipo de Vínculo	Nº. De casos como TCR
Paulo	Pedro	Pós-graduação	Educador físico	Técnico. Nível superior (Educador físico)	1 ano e 8 meses	Ex. residente e concursado	17
Ana	João	Superior	Artes plásticas	Técnico. Nível médio (oficineiro)	1 ano e 2 meses	Concurso	12
Clara	Carlos	Superior	Terapeuta ocupacional	Técnico Nível superior (Terapeuta ocupacional)	4 anos e 4 meses	Contrato	20

Fonte: elaborado pela autora.

Quadro 3 – caracterização dos Profissionais do Grupo Focal

Formação	Escolaridade	Função	Tempo de permanência no CAPSi	Tipo de Vínculo	Nº. De casos como TCR
Artes plásticas	Ensino superior	Técnico. Nível médio (Oficineiro)	1 ano e 2 meses	Concurso	12
Educador físico	Ensino Superior Pós-Graduação	Técnico Nível superior (Educador físico)	4 anos e 7 meses	Contrato	13
Terapeuta Ocupacional	Ensino Superior Pós-Graduação	Técnico. Nível superior (Terapeuta ocupacional)	4 anos e 6 meses	Contrato	20

Farmacêutica	Ensino Superior	Técnico. Nível superior (Farmacêutica)	1 ano e 11 meses	Concurso	8
Terapeuta Ocupacional	Ensino Superior Pós-Graduação	Técnico. Nível superior (Terapeuta ocupacional)	11 meses	Ex residente e Concurso	12

Fonte: elaborado pela autora.

Quadro 4 – distribuição dos pacientes por idade, tempo de frequência e abandono do tratamento

Nome	Idade na admissão		Tempo de frequência no CAPSi		Idade quando abandonaram o CAPSi		Tempo que abandonou		Idade atual	
	Anos	Meses	Anos	Meses	Anos	Meses	Anos	Meses	Anos	Meses
Pedro	16	11	0	4	17	3	0	10	18	2
João	15	2	0	6	15	9	0	5	16	2
Carlos	7	1	3	2	10	3	1	2	11	5

Fonte: Elaborado pela autora.

Quadro 5 – Caracterização dos sujeitos

Nome	Situação	Bairro	Cid	Encaminhamento	Esc.do paciente	Motivo do arquivamento	Obs. Em prontuário	Busca ativa
Pedro	Ativo	Auto do Cabrito	F. 29, F. 19 e F.71.1	Hospital Psiquiátrico Mario Leal (HPML)	5ª série	Prontuário não arquivado	Família refere que não tem vindo pela própria resistência da criança	Sim
João	Ativo	Peripiri	F. 43.1	Hospital Psiquiátrico Mario Leal (HPML)	6ª série	Prontuário não arquivado	Paciente abandonou e retornou com piora do quadro	Busca ativa e visita domiciliar
Carlos	Ativo	Cosme de Farias	F. 84	Associação Bahiana de Recuperação do Excepcional (ABRE)	Alfabetização	Prontuário arquivado por não comparecimento	Prontuário foi arquivado, mas ainda está no cadastro e no armário de ativos da unidade	Tentativa de contato telefônico em 08/09/14 sem sucesso.

Fonte: elaborado pela autora.

Apresentando os casos: Pedro, João, Carlos e suas famílias

As histórias não narram apenas acontecimentos passados, mas também os projeta no futuro. Ouvir um familiar narrar sobre o processo de adoecimento e ‘abandono do tratamento’ de um de seus parentes é também ouvir sua história de vida, em que a presença da doença, com suas intercorrências, incertezas e desafios e superações, as toca e também as transforma.

Tendo-se em vista a importância da família para o cuidado de crianças e adolescentes, este capítulo destina-se a narração das histórias de Pedro, João, Carlos e de seus familiares na busca por cuidado às situações de sofrimento que vivenciaram e ao abandono do tratamento no CAPSi. Com base nessas histórias, daremos continuidade a esse trabalho, conhecendo melhor como se deu o processo de cuidado no CAPSi e, assim, nos aproximando das representações e destinos sobre o sofrimento psíquico e o abandono do tratamento.

PEDRO

Pedro, atualmente com 18 anos e 2 meses, diagnosticado com Transtorno Mental Orgânico em comorbidade com Retardo mental moderado e uso abusivo de drogas, está fora da escola desde os 14 anos e permaneceu em tratamento no CAPSi por 4 meses antes de abandonar o serviço aos 17 anos de idade. Assim, está há 10 meses sem frequentar o serviço. Fazem parte de seu círculo familiar mais próximo Sara, sua mãe, Raimundo, seu padrasto, uma irmã mais nova e sua avó paterna Alice. O pai de Pedro faleceu quando ele tinha 6 anos de idade.

Pedro reside em um edifício simples de cinco andares compartilhado pelas famílias dos cinco filhos de Alice, que, na ocasião da entrevista, estava sendo gradeado em função das constantes ameaças e tentativas dele de se jogar pelas irregulares e estreitas escadas. Por não possuírem proteção nas laterais apresentavam risco tanto para Pedro quanto para as demais pessoas da família.

Ele costuma dividir seu tempo entre a casa da mãe e da avó que o mesmo costuma afetivamente chamar de ‘mainha’. Alice não consegue precisar quando passou a assumir os cuidados do neto, mas narra que com o falecimento do seu filho há 12 anos e o ingresso da mãe de Pedro no mercado de trabalho com longas jornadas em uma Central de atendimentos

(Call Center), os laços entre eles se estreitaram. Atualmente, é ela quem assume mais diretamente a responsabilidade pelos cuidados e tratamento de Pedro e que se colocou disponível para participar da pesquisa.

[...] como você sabe, eu não sou mãe de Pedro, eu sou a avô paterna dele. Quando você ligou, foi no meu telefone. Porque era o que eu tinha dado no CAPS, fui sempre eu e as vezes a mãe dele que levava ele nos atendimentos. Até falei que ela como você pediu, ela autorizou e assinou o documento, mas não quis participar, também a coitada trabalha todos os dias até domingo como atendente de call center. Quando ele tinha uns 6 anos de idade o meu filho faleceu. Mas, eu sempre cuidei dele, desde pequeno. Eles engravidaram quando eram de menores na época. Depois que meu filho faleceu ela até casou de novo, teve uma menina e continua morando aqui no prédio embaixo de mim, mas ele fica mais é comigo mesmo (Alice, avó de Pedro).

Alice narra que o início da vida de Pedro foi marcado pela relação conjugal conturbada dos pais, pela gravidez adolescente, e por seu nascimento prematuro.

[...] quando meu filho engravidou a mãe de Pedro eles eram de menores e aí Clara (mãe de Pedro) veio morar aqui em casa no início até a casa de baixo ficar pronta. Só que ela teve uma gravidez assim tumultuosa, porque ele é um tipo de rapaz namorador e tal..., mas até aí tudo bem... Só que na, na hora de ela ter Pedro, ela foi pra maternidade, chegou lá disseram que ela tinha uma semana ainda que o, o útero ainda tava fechado...que tinha uma semana ainda pra poder ela ter neném, aí ela foi pra casa. Mas, ela acabou tendo o nenê de noite, meu filho tava trabalhando de porteiro na época. Se eu não acordo com os gemidos dela... podia ter morrido os dois. Eu nunca tinha visto tanto sangue em minha vida (Alice, avó de Pedro).

O parto de emergência de Pedro foi realizado por ela e uma tia que na ocasião acreditaram que ele havia nascido morto, pois não respirava ou chorava.

[...] a gente conseguiu fazer o parto e Pedro nasceu morto, praticamente morto, entendeu? Não chorou, estava todo roxinho, a gente bateu na bundinha, eu fiz respiração boca a boca, me meleí toda de sangue, abri a boquinha dele, eu não sabia o que fazer na hora. A gente conseguiu tirar as placentas, mas ele não chorava, todo roxo, então eu abri a boquinha dele e soprei (risos) ao invés de eu chupar, eu soprei pra dentro, comecei a soprar, soprar, soprar e chupar o nariz, aí ele nada, não reagiu. A notícia chegou no Horto, porque eu não morava aqui, morava na clínica horto, chegou na clínica que tinha nascido um menino morto abaixo da escada, na hora vinha descendo três médicos porque eu já estava com ele enrolado, subindo, já pra pedir socorro, já pra ver o que os médicos faziam. Chegou na escada ele chorou, foi num espaço assim que ele teve morto, foi um espaço assim de...vamos dizer uns dez minutos (Gesto com as mãos). Aí o médico começou a gritar: “Então, tá vivo, tá vivo, tá vivo”. Aí foi aquele corre-corre, levaram ele pro horto e cortaram o umbigo dele e mandaram levar pra maternidade [...] quando chegou lá no PA (Unidade de Ponto Atendimento) a médica fez um exame e disse que ele estava ótimo, mas nesse

intervalo (entre o parto e a caminho da emergência) entrou... ar no cérebro. Ele ficou sendo acompanhado durante um tempo, mas depois os médicos mandaram ele pra casa e não explicaram se ele ia ter algum problema depois (Alice, avó de Pedro).

Alice enfatiza ainda que o relacionamento entre Pedro e a mãe Clara (35 anos) sempre foi conflituoso, mas que se tornou consideravelmente pior após a ocorrência de sua primeira crise, pois, depois disso, ele passou a agredir verbal e fisicamente a mãe.

[...] bate na mãe e como bate! Essa semana mesmo meu filho pegou ele deu um bocado de pau na cara dele porque ele deu um murro na cara da mãe, porque ela também é um tipo de pessoa que não...sabe... não sabe ser relevante, tudo que ele fala ela consente. Oras tá bem, ora tá mal, oras tá bem com o padrasto, ora ele não tá bem, entendeu? E é isso assim... (Alice, avó de Pedro).

Para Alice, a agressividade de Pedro se coloca dessa forma principalmente por Clara não dispor de mecanismos de enfrentamento e por sua dificuldade em colocar limites.

[...] outro dia ele aqui sentado conversando, ele falou um negócio desrespeitoso e aí ela respondeu aí ele ficou quieto. Aí eu disse a ela: que milagre que você não respondeu, está vendo aí Sara como essas coisas influenciam, tiram o respeito, tira o respeito que ele tem a você. Ele pode tá na pior das hipóteses mas ele tem que respeitar, eu chego e acabou! Eu bafô ele: “é o que? Bora, você vai pra casa, tá na rua eu levo, bora, desce, bora pra casa”. Então ele sempre me obedece, porque eu trato ele sempre com muito carinho, entendeu? Mas, também sei colocar limite! (Alice, avó de Pedro).

No caso de Pedro, ‘a violência’ ganha outros contornos, uma vez que as situações de violência serão expressas principalmente no ambiente intrafamiliar, ao ser utilizada como um recurso entre os pares tanto para educá-lo na infância quanto para conter seus episódios de crise. Esse é um aspecto importante, uma vez que famílias cujas interações entre pais e filhos são mais hostis, são particularmente mais difíceis de se manter em tratamento e costumam abandonar com maior recorrência (ARMBRUSTER, 1994; BANNON; MCKAY, 2005, 1997; HAPAZ-HOTEM et al., 2004; HAPAZ-HOTEM et al., 2007).

Quando nos conhecemos, por ocasião da apresentação da pesquisa, Pedro acabara de agredir um garoto desconhecido que passava pela frente de sua casa. O que chama mais atenção durante a narrativa de Alice não é necessariamente o envolvimento de Pedro em situações de agressão intra e extrafamiliares, mas a naturalização da agressão física enquanto um recurso concreto para a resolução de conflitos, expresso em diversas passagens da narrativa de Alice.

Sabe-se que a violência dirigida a crianças e adolescentes está profundamente arraigada na cultura familiar brasileira e formas agressivas e desiguais de se relacionar são frequentemente usadas pelos pais como estratégias para educar e para corrigir "erros de comportamento" de crianças e adolescentes.

Vale advertir que o presente estudo pretende superar a perspectiva simplista de mera culpabilização da família a respeito das situações de violência, o que não implica necessariamente uma anulação das responsabilidades entre uns e outros, mas em considerar o potencial cuidador de seus membros (DESLANDES; BARCINSKI, 2010). Nesse sentido, o trabalho das equipes de saúde e demais setores por sua vez devem valorizar a busca pela produção de práticas internas cuidadoras e protetoras no contexto familiar e social.

Ao rememorar o início do processo de adoecimento de Pedro, sua primeira crise ocorreu aos 14 anos de idade e a consequente internação psiquiátrica sobreveio aproximadamente 1 ano depois. Alice vai se dando conta de que as marcas diferenciais de que alguma coisa não ia bem, já estavam presentes desde o início da infância do seu neto e que segundo ela podem estar relacionadas ao parto.

[...] é engraçado né... porque eu acho que nunca pensei sobre isso, mas quando você me pergunta assim... a gente vai se dando conta, vai se dando conta, que talvez se a gente tivesse procurado ajuda antes, talvez ele não tinha ficado desse jeito (silêncio e choro). Mas, a verdade, a verdade... é que a gente não entendia dessas coisas, achava que era normal ele não sentir dor. Porque ele apanhava muito também, é como agente foi criado e vai criando os filhos (Alice, avó de Pedro).

[...] então acho ele já veio com esse problema (pausa) eu acho (pausa) desde pequeno que ele já vinha assim, demonstrando ser um menino assim... É...problemático [...] ele vinha criando problema, ele não sentia pancada, a gente podia bater até matar ele não estava nem aí, entendeu? É que a gente foi criada assim, apanhando, batendo, então ele apanhava e dizia: "Mate, mate" Sabe, não é aquele negócio de criança que chora, ele era assim subversivo mesmo, 'subordinado', a gente não percebia nada. A gente veio perceber depois, que ficou adulto, entendeu? (Alice, avó de Pedro).

O surgimento dos primeiros sinais e sintomas obscurecidos pela aparente insensibilidade de Pedro (18 anos) à dor, pelo uso da violência física enquanto recurso disciplinar por parte dos familiares e pelo uso de substâncias psicoativas, resultaram em uma ausência de busca por ajuda fora do ambiente domiciliar, o que contribuiu sensivelmente para a intensificação do sofrimento de Pedro, para a ocorrência de seu primeiro episódio de crise aos 14 anos de idade e para a primeira de muitas internações psiquiátricas (cerca de 10), iniciadas aproximadamente 1 ano depois do advento da primeira crise por volta de seus 15

anos. As internações recorrentes de Pedro nos levam a refletir sobre os efeitos da desassistência ou assistência restrita a porta giratória da internação, que colaboram tanto a carreira do doente mental, (GOFFMAN, 1891), quanto à cronificação e a descontinuidade do tratamento.

Como nos ilustra Alice, aos 14 anos, ele:

[...]‘caiu’ (palavra empregada por Alice para descrever o primeiro uso de substâncias psicoativas de Pedro) ... Usou um tal de uma droga aí, e passou mal, dormiu na rua dentro de uma lama. Dessa época pra cá ele começou a mostrar uma coisa diferente, começou a ficar falando besteira, com ele mesmo! Bom dentro de casa ele falava um bocadinho de besteira, e um dia eu notei porque eu tava em pé vendo ele fazendo aquelas coisas, se furando todo, se cortava, botando tatuagem, furava língua, furava tudo, não sentia dor pra nada, e a gente não entendia... ia pras boca ficava lá a troco de nada, não é por dinheiro, não é por nada, só por aquela aventura de se jogar nas coisas ruins, e a gente foi percebendo aquele comportamento e foi todo mundo deixando ele até de mão [...] aí um dia o primo dele veio da escola, todo limpinho, aí quando foi na hora de entrar em casa, eu estava no muro conversando com a mãe dele, aí ele disse assim: “Lolô, você vai entrar em casa assim todo sujo? A casa está limpa, você vai sujar a casa toda, Lolô? Oh para seus pés, você está todo imundo, todo sujo”. E o menino todo limpinho. Aí eu olhei assim pra mãe dele e ela olhou pra mim, “Pedro não está bem”, aí que a gente começou a perceber que ele estava com distúrbio (Alice, avó de Pedro).

Situações de diagnóstico e intervenção tardia são comumente apontados em estudos voltados à crianças e adolescentes com sofrimento psíquico. No caso de crianças e adolescentes, esse é um dado especialmente preocupante uma vez que, em geral, quanto mais se atrasa a intervenção, mais avançada se encontrará a doença, pior será o prognóstico, mais intensivo será o tratamento necessário e maiores serão os impactos em seu desenvolvimento.

É oportuno mencionar que, de acordo com algumas pesquisas, alguns dos aspectos observados na narrativa de Alice sobre a vida e comportamento de Pedro como: o uso de substâncias psicoativas, atitudes pessimistas em relação ao tratamento, atitude antissocial, agressividade, comportamento disruptivo e história de inúmeras internações, estão estatisticamente associadas ao abandono dos tratamentos de saúde em especial dos serviços de saúde mental (ARMBRUSTER; KAZDIN, 1994; CONHEN; RICHARDSON, 1970; KANZIDIN et al., 1994; OYFFE et al., 2009; PAGES et al., 1998; RIES et al., 2009; WERGELAND, 2015), que em geral requerem a continuidade do tratamento por um período considerável de tempo.

Como lembra Alice, a agressividade e a perturbação do ambiente familiar foram os principais fatores que impulsionaram a busca pelos primeiros cuidados na rede de serviços de

saúde mental e do uso da internação como primeiro recurso e via de administrar as situações de crise apresentadas por ele.

[...] pronto! Depois disso começou as agressões, falar besteira, de querer se jogar daqui, dizendo que a voz estava mandando ele se jogar... aí começou aquele negócio de voz, e ele fazia um bocado de coisa, aí a gente internou ele a primeira vez, sempre indo para a emergência. (Alice, avó de Pedro).

[...]sinceramente, quando ele fica assim...todo mundo ajuda na hora que dá uma crise assim que quer bater, quer quebrar tudo, quer matar e tudo, aí junta todo mundo, entendeu? Aí quando dá outra vez que ele foi, eu não sei nem se eu tenho aqui ainda as faixas, ele foi todo amarrado. Mas, no dia a dia sou mais eu, pois a mãe dele trabalha muito. É difícil... ele sofre e agente também! (Choro) (Alice, avó de Pedro).

Os familiares de Pedro também referiram a ideação suicida e/ou tentativa de suicídio como situações que contribuíram para a busca de ajuda no CAPSi. Embora as famílias com altos níveis de estresse apresentem maior necessidade de suporte, tais indicadores de estresse podem prejudicar a capacidade das famílias para buscar e manter o tratamento de saúde mental infantil (JOHNSON et al., 2008).

De acordo com Dalgalarrodo (2006, p. 109),

o medo consiste em um estado de progressiva insegurança e angústia, de impotência e invalidez crescentes, ante a impressão iminente de que sucederá algo que queríamos evitar e que progressivamente nos consideramos menos capazes de fazer.

A perda do controle comportamental faz, por vezes, que a família recorra insistentemente à internação, principalmente se o cuidador principal é uma mulher, de modo geral mais fisicamente vulnerável (OLIVEIRA et al., 2011). Em pesquisa realizada por Oliveira et al. (2011), a agressividade apareceu como maior dificuldade a ser enfrentada pelas famílias em 43% dos casos. E o medo ou sentimento de incapacidade em lidar com os eventos de crise, como um dos principais motivadores para as internações psiquiátricas.

Assim, apesar das famílias serem mais propensas a procurarem tratamento em épocas de estresse ou de crise, o risco de abandono do tratamento é consideravelmente maior em famílias que estejam vivenciando dificuldades psicossociais e problemas relacionados à dinâmica familiar (JOHNSON et al., 2008). Tais resultados indicam a importância de considerar altos níveis de estresse familiar como elementos dificultadores e/ou impeditivos para o engajamento no tratamento e evidencia a necessidade de que os profissionais do

serviço estejam atentos para lidar adequadamente com os familiares e os sujeitos que vivenciam essas experiências.

Conforme vimos anteriormente, assim como a fonte de encaminhamento, o acolhimento no serviço de destino e o encaminhamento do caso quando se faz necessário desempenham papel considerável nos caminhos a serem percorridos pela família para a continuidade e sucesso do tratamento.

De acordo com a Política Nacional de Humanização da Saúde, “acolher é reconhecer o que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde”. E tem por objetivo romper com as práticas tecnocráticas de atenção à saúde e construir relações de confiança, compromisso e vínculo entre as equipes/serviços, trabalhador/equipes e usuário com sua rede sócio afetiva (BRASIL, 2013). A forma como é conduzida a recepção e o acolhimento de novos usuários em um CAPSi fala sobre seus processos de trabalho, pontua problemas e oferece respostas a questões indicativas da organização dos serviços de saúde e ao cotidiano ‘vivo’ e ‘vivido’ por usuários e profissionais.

Após sua terceira internação psiquiátrica, aproximadamente 2 anos depois da ocorrência de sua primeira crise e, após, aproximadamente, 4 internações psiquiátricas no mesmo hospital, Pedro foi encaminhado pela equipe médica da emergência para o CAPSi vizinho, onde recebeu o diagnóstico de esquizofrenia orgânica, acompanhada de retardo mental e o uso abusivo de drogas aos 16 anos. Seu técnico de referência era Paulo, educador físico a 1 ano e 8 meses no CAPSi e responsável por 17 referências.

Quando indagada sobre o processo de chegada no CAPSi, Alice informa que a primeira vez que chegaram lá não foram bem recebidos e que isso influenciou sua relação com o serviço.

[...] a primeira vez que cheguei lá a gente não foi bem recebido, mas a gente precisava né... então ficou. Então só tenho essas duas referências para lhe dar de coisas boas... Dra. M e Paulo (Técnico de Referência), esses dois eu tive contato direto, eles eram excelentes, excelentes! Então pra mim o CAPS foi bom nesse sentido. Mas, o resto é tudo ignorante, tudo pedante, tudo parecendo que nunca vai existir doença na vida delas, trata mal quem chega, entendeu? (Alice, avó de Pedro).

No prontuário de Pedro, não constava explicitado seu Projeto Terapêutico Singular, mas foi possível identificar através das evoluções em prontuário o uso do recurso da medicação e eventuais encontros com o Técnico de referência (TR).

Alice fala sobre a importância da figura do técnico de referência em sua experiência com o CAPSi que se faz presente até os dias atuais, já que a estima pelo mesmo ainda é utilizada como um recurso para administrar as situações de sofrimento e conflito com Pedro.

[...] ela me explicava, entendeu? Como é que eu podia fazer em casa, e tal, como é que eu podia tratar. Ela que conversava comigo, ela e Paulo (Técnico de referência). Era os dois que conversavam. Paulo gostava muito dele, quando ele chegava, Paulo abraçava ele, dava muita atenção. Então ele tinha Paulo assim como uma pessoa assim sabe, uma pessoa amiga, então quando ele estava fazendo uma série de besteiras eu dizia assim: “Olhe, eu vou dizer a Paulo que você tá fazendo assim, que Paulo não vai querer mais saber de você”. “Não mainha, não diga nada não”. Entendeu? Então ele tinha aquele respeito, aquela consideração por Paulo (Alice, avó paterna de Pedro).

Atualmente, Pedro encontra-se sem um acompanhamento de perspectiva longitudinal, seus familiares seguem recorrendo a busca por atendimento em unidades de emergência, mas enfatiza que se fosse possível retomaria o tratamento no CAPSi.

Só esse último aí agora que ele ficou internado, entendeu, quando ele saiu assim, ele saiu bolado mesmo, mas ele prometeu o médico que ele ia ficar bem, que ele ia tomar a medicação certinho, aí o médico deu alta. Ele não queria nem dar, mas aí ele insistiu, tal. Aí o médico então disse: “Ah, então eu vou dar, a senhora dá a medicação dele direitinho, passar tudo”. Aí foi que esse médico passou. Outro excelente médico, outro, não sei nem o nome dele, mas é excelente, o médico, as enfermeiras, as atendentes dali do quinto centro, eu não sei o nome daquele, daquele... acho que eles chamam UPA, unidade de pronto atendimento. Excelente, pessoas assim, coisa de Deus mesmo. Eu fui muito, muito bem tratada por todos, ele muito bem tratado, todos os doentes ali bem tratados. Quando dá cinco horas elas botam ali um dvd pra eles dançar, ficar à vontade, foi uma maravilha! Mas, se ele pudesse a voltar a se tratar com Dra. M, mesmo com toda a grossura eu voltaria. Quem sabe ele melhorava... (Alice, avó de Pedro).

JOÃO

João, 16 anos de idade, diagnosticado com Transtorno de Estresse Pós-Traumático, depois de presenciar um assassinato no caminho para a escola, é filho caçula de uma família de nove filhos, dos quais muitos já se casaram ou saíram de casa. Após esse evento, e com o surgimento dos primeiros sintomas (Confusão mental, isolamento, medo de contaminação) João abandonou a escola. Ingressou no CAPSi aos 15 anos de idade, permaneceu em tratamento na instituição por um período de 6 meses e após 5 meses sem frequentar o serviço, retornou ao CAPSi procurando atendimento na unidade e apresentando piora do quadro

clínico. O pai de João residiu durante um breve período de tempo com a família, mas saiu de casa e não voltou a participar da vida familiar e veio a falecer quando João estava com 12 anos de idade.

Atualmente, João reside com a mãe Graça e com o irmão de 17 anos em uma casa simples, localizada em um bairro de alta vulnerabilidade social e periculosidade (com toques de recolher e sem saneamento básico). A família se mantém financeiramente com a ocasional ajuda financeira de dois dos filhos mais velhos e com os trabalhos de diarista que Graça eventualmente realiza quando encontra trabalho e quando João encontra-se bem.

A renda familiar da família de João bem como a de Pedro concentra-se entre um e dois salários mínimos. Todos os três participantes residiam em locais geograficamente afastados do CAPSi, atravessados pela vulnerabilidade social e pela violência urbana, com exceção de Carlos que conta com uma melhor condição socioeconômica e uma rede de apoio mais estável. Esse é um dado importante, pois, nos estudos internacionais realizados em sua grande maioria em países em desenvolvimento, a situação econômica constitui fator predisponente para o abandono do tratamento e, embora o quesito violência urbana seja um aspecto relevante para o entendimento do abandono do tratamento, ainda é pouco explorado pelos mesmos (ARMBRUSTER, 1994; BANNON; MCKAY, 2005, 1997; HAPAZ-HOTEM et al., 2004; HAPAZ-HOTEM et al., 2007).

Na vida de João, por exemplo, a violência não se faz presente no ambiente familiar, mas se expressa por meio dos toques de recolher no bairro onde mora e nos arredores da escola. O que contribuiu sensivelmente para a ocorrência de faltas às consultas, dificultou a realização de visitas domiciliares por parte do CAPSi e por fim, impossibilitou a realização das entrevistas no ambiente domiciliar.

Nota-se também que a composição familiar monoparental e a ‘feminização’ do cuidado são predominantes entre os participantes. Segundo Rosa (2003), a ‘feminização’ da atribuição do cuidado ao sujeito em sofrimento psíquico no ambiente doméstico é uma realidade historicamente construída e mantida pela sociedade que vê na mulher uma cuidadora por excelência, tanto para familiares adoecidos ou não. Deixando claro as questões de gênero que permeiam o provimento de cuidados no ambiente do lar.

A monoparentalidade, por sua vez, embora não seja considerada um fator determinante para a ocorrência do abandono do tratamento em saúde mental, é apontada pela literatura como um dos fatores que favorecem a ocorrência deste (ARMBRUSTER;

KAZDIN, 1994; BRANNAN et al., 2003; GARLAND et al., de 2005; GOULD et al., 1985; KAZDIN et al., 1997). O que torna evidente a necessidade de se discutir na literatura as novas configurações familiares e a violência urbana como parte do contexto atual dessas e de tantas outras crianças e adolescentes de muitas cidades brasileiras.

Ao contrário de Pedro, João teve um desenvolvimento considerado pela família como normal, uma infância tranquila como toda e qualquer criança. Possuía um bom relacionamento com os irmãos, brincava com seus colegas, gostava de ir à praia e tinha bom rendimento nos estudos. Graça enfatiza que, nesse período, ele possuía responsabilidades domésticas e familiares importantes. Até que presenciou um homicídio no caminho para escola aos 14 anos de idade, aproximadamente 1 ano antes de ingressar no CAPSi.

Segundo Graça:

[...] foi bem, tudo bem no início, né? Ele nasceu normal, nasceu normal e tudo, mas depois ele teve assim... eu não sei nem como é que chama. Disse que foi um estresse e não sei que lá. A parte da família do pai dele tem uma tia e um primo que tem problema, mas eles tinham desde pequeno. João, não, ele era um menino normal..., mas, ele viu uma cena onde eu morava, o lugar era um pouco violento. Acho que você deve até ter visto no noticiário. Ele estava descendo pro colégio, e ele viu um assassinato e na mente dele quem ver morre, sabe? Ele teve uma crise, e aí se perdeu, ele ficou totalmente fora do ar, não se lembrava de mais ninguém, não comia. Pra ele comer, pra ele sobreviver eu batia no liquidificador, comprei uma seringa, injetava nele, coçava ele, pra ele comer, mas ele chegou bastante prejudicado, eu fiquei cuidando dele em casa, eu dava chás, mas ele não melhorou [...] (Graça Mãe de João).

Após o ocorrido, João passou a não se alimentar, a isolar-se em casa, a não se comunicar e a se cortar. Apresentando comportamento modificado, com eventuais episódios de agressividade em relação aos seus familiares, que contrasta com sua habitual gentileza. Graça inicialmente tentou administrar os cuidados do filho em casa, mas diante da incidência de novas crises resolveu procurar ajuda especializada. De acordo com McCabe (2002) e Snowden (2001), crenças e atitudes etnoculturais como a de que os pais e a criança devem superar problemas de saúde por conta própria dificulta a busca por ajuda profissional e favorece o abandono do tratamento.

O adoecimento mental de um membro da família representa, em geral, um forte abalo para os familiares, pois a enfermidade representa uma ruptura significativa na trajetória existencial dos mesmos. A vivência de ‘catástrofe’ desorganiza as formas habituais de lidar com situações do cotidiano, e muitos familiares que não estão preparados para enfrentar as

intercorrências e problemas, não sabem como agir, experienciando dúvidas e conflitos (MELMAN, 2001).

As doenças mentais, de modo geral, tendem a ter duração prolongada, apresentando recidivas de manifestações agudas que ainda carregam uma imagem de incapacitação e estigmatização atribuídas pela sociedade. Isso gera uma sobrecarga de ordem física, emocional e econômica para as famílias, motivando alterações na dinâmica familiar, afetando inúmeros aspectos do viver social da família e da criança ou adolescente como lazer, saúde, capacidade produtiva, vida social, entre outros (CAVALHERI, 2010).

Outro aspecto observado entre os três casos é a fragilidade dos laços sociais e a ausência de uma rede social de suporte externa aos laços de consanguinidade, como amigos, vizinhos etc. A única exceção foi a de Graça que referiu a Igreja como um local significativo para sua vida e para alívio de seu sofrimento, mas essa identificação não foi trasposta aos membros da instituição religiosa.

A fala de Graça mostra-se emblemática e aponta para a percepção familiar do controle sobre a vida e sobre os movimentos do sujeito com sofrimento:

[...] às vezes eu consigo com muito esforço levar ele na igreja comigo, mas é muito raro. Quando ele quer ele vai. Quando ele não quer sair, ele não, não tem jeito... não tem quem faz! Ele sai de vez em quando com os irmãos dele leva ele pra praia, tem um parque descendo, tem uma praça assim que ele distrai, pra passear com ele, eu levo ele pra passear. Ele pede pra ir pra praia, “Mainha, bora ali.” Aí eu vou e ando com ele. Essas coisas, porque é importante também, pra ele ter uma vida saudável... (Graça, Mãe de João).

A vida escolar é outro aspecto de sua vida que foi profundamente afetado, pela ocorrência da enfermidade e busca de tratamento de saúde mental.

[...] Ele estudava normal, ele ia pra escola mesmo. Era muito estudioso. Esse ano ele não conseguiu nem vaga, porque ele estava mal, parou a série dele. Tava sem conseguir pegar em outro lugar, as vagas são poucas. Aí eu não consegui, tô tentando ainda, disseram que a outra escola que tá formando, que agora em fevereiro que vai ver, talvez haja vaga pra série dele, porque é muita pouca vaga. Só conseguir pra de noite, mas de noite eu não quero colocar ele [...] (Graça, mãe de João).

No caso de João, o fato de a ocorrência da primeira crise proveniente de um quadro de Estresse Pós-Traumático ter se dado após o desenvolvimento de uma vida até então considerada por Graça (Mãe de João) como ‘normal’ trouxe repercussões importantes na aceitação da ‘doença’ por parte da família e conseqüentemente para o tratamento de João.

Conforme Cervený (2004), cada família, de acordo com suas condições de sustentabilidade e repertórios emocionais e culturais, tentará encontrar maneiras de compreender e conviver com essa difícil realidade. Nesse processo, a forma de ingresso na rede de cuidados de saúde, o modo em que foi conduzido o encaminhamento e a fonte de encaminhamento desempenham papel importante na manutenção ou interrupção do tratamento.

Assim, pacientes encaminhados por fontes consideradas coercitivas como a justiça, a escola ou hospitais psiquiátricos tendem a abandonar significativamente mais o tratamento, quando comparados com aqueles encaminhados por psicólogos, neurologistas e psiquiatras (HAAN et al., 2009; COHEN; RICHARDSON, 1970; WANG, 2007). Esse critério torna-se importante na medida em que parte considerável da clientela dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) é constituída por pessoas com histórico de várias internações e que têm o modelo manicomial como único parâmetro de (des) assistência (ESCOREL, 2002).

[...] Nessa época procurei ajuda, só que eles diziam assim: “Não tem vaga”! Pra eu conseguir aqui, foi assim, ele deu uma crise, uma crise forte que saiu quebrando tudo, gritando, saiu fora do normal, então ligamos pra SAMU, a SAMU botou ele aqui no Mario Leal. Aí ele ficou internado um dia e uma noite, no outro dia eles mandaram ele sair tarde, tarde! E nem me deram nada, o médico no Mario Leal, é que deu isso aqui (cartão SUS) e falaram pra eu vir aqui. Ele mandou somente porquê, só porque ele tava agressivo, mas ele só fez o quê? Deu o remédio E passou aqui, não me explicaram direito o que ele tinha (Graça, mãe de João).

É possível observar que, desde o início da vida de Pedro e princípio da doença em João, o acesso e utilização dos serviços primários e especializados serão permeadas por um não saber sobre a situação de saúde do filho e os cuidados demandados, mas principalmente será atravessada pela sensação de abandono das instâncias de cuidado.

O acolhimento de João, na ocasião acompanhado pela mãe e dois de seus irmãos mais velhos, por sua vez também foi marcado por questões burocráticas, o que, possivelmente, afetou a sua identificação com o serviço.

[...] quando eu vim pra aqui. Não, marcou. Não foi atendido né? Por que você tem que marcar pra ser atendida. Aí marcaram pra voltar depois. Eu vim aqui, eles mandaram eu vim aqui, marcar. Aí eu vim, eles marcaram com a doutora, pra eu voltar com ele, né? Aí mandou eu voltar aqui com ele outra vez (Graça, Mãe de João).

Ana, Técnica de referência (Oficineira há 1 ano e 2 meses no CAPSi com 12 referências), que vem acompanhando João desde sua chegada ao CAPSi, relembra seu primeiro encontro com o adolescente e refere que no dia do acolhimento ele estava “muito aéreo, apresentava discurso desconexo e sem sentido, estava retraído, não queria permanecer na entrevista” e seus familiares estavam muito angustiados.

Como pontua Johnson et al. (2008), as duas primeiras visitas para avaliação diagnóstica, aconselhamento e início do tratamento, correspondem a uma questão central para a adesão e o engajamento familiar no tratamento de saúde mental de crianças e adolescentes, haja vista que existe um alto risco de abandono precoce nesta fase inicial do tratamento.

Além disso, Kerkorian et al. (2006) descobriu, ainda, que os pais que se sentiram desrespeitados pelos prestadores de saúde mental perante seus filhos eram seis vezes mais propensos a duvidar da utilidade de um futuro tratamento, e foram, posteriormente, mais atentos as barreiras estruturais e contextuais do tratamento e das instituições. Ao mesmo tempo, como esperado, os pacientes que estão menos satisfeitos com as habilidades profissionais e comportamentais dos trabalhadores do serviço de saúde também são mais propensos a abandonar os cuidados de saúde.

Durante as últimas décadas, uma grande quantidade de pesquisas sobre aliança terapêutica vem sendo produzidas (KERKORIAN et al., 2006; ROBBINS et al., 2006). A razão para isso refere-se à descoberta de que a qualidade da aliança terapêutica e ajuda ofertada, estão relacionadas com melhores resultados em deferentes níveis de atenção à saúde, a melhores resultados no tratamento farmacoterápico e a percepções mais positivas sobre a qualidade de vida dos pacientes (KERKORIAN et al., 2006; ORUCHE et al., 2013; ROBBINS et al., 2006).

Diante dessas informações, percebe-se que o vínculo e o acolhimento se caracterizam como aspectos essenciais para assegurar a continuidade do tratamento (JOHNSON et al., 2008; JOHNSON et al., 2009). No tratamento de saúde mental no Centros de Atenção Psicossocial, a construção de vínculos terapêuticos se dá de modo geral de forma orgânica e viva, que podem variar desde a uma identificação com a figura de um ou mais profissionais até a representação da instituição como um todo.

No processo de construção dos vínculos terapêuticos, o técnico de referência compreendido “como aquele que tem como responsabilidade o monitoramento do usuário, o projeto terapêutico singular, o contato com a família e a avaliação das metas traçadas no

projeto”, desempenha um papel fundamental, mas não exclusivo para garantir a organização e a longitudinalidade do cuidado dos usuários (MIRANDA, 2005).

Na trajetória dos três casos que ilustram esse trabalho, é possível inferir a construção de significativos vínculos terapêuticos entre os usuários e seus familiares com os técnicos de referência, bem como a constituição de vínculos afetivos com a figura da médica psiquiátrica, principalmente nos casos de João e Pedro, mas, que foram insuficientes para assegurar a adesão ao tratamento na instituição.

[...] a única pessoa que identifiquei assim foi Gabriela, ela senta, ela conversa, ela pergunta, ela liga, né? Ela...as outras quando chega aqui: É “oi, está tudo bem Dona Graça?” Mas ela é mais, é ela que teve aquela preocupação né? (Graça, Mãe de João).

Em João, a relação de confiança e identificação estabelecida pode ser observada tanto na narrativa da profissional quanto do familiar. E essa identificação por parte da profissional, nem sempre possível de reproduzir, garantiu não somente a disponibilidade de se colocar como técnica de referência, mas o nível de implicação dedicado as estratégias de busca ativa e visitas domiciliares empregadas na condução do caso.

Quando ele veio para cá, eu estava no portão, com [...] se eu não eu me engano. E eu lido muito com a minha intuição, com a minha sensibilidade sabe, e aí no primeiro contato que eu tive com ele, eu já tive interesse nele, na história dele, na mãe, tudo isso. Aí eu falei que eu queria fazer parte do acolhimento, eu não participo de acolhimento não porque sou oficinaira, mas nesse dia eu pedi. E aí eu fiz o acolhimento dele como outra colega, e em função desse primeiro contato eu já fiquei como técnica de referência que a gente leva em reunião né, discute o caso e vê quem vai ficar. Ai eu já trouxe o caso e já me coloquei disposta a ser técnica de referência (Ana, Técnica de referência de João).

Todavia, pode-se perceber também que, se por um lado os familiares entrevistados revelaram terem estabelecido um considerável vínculo com os técnicos de referência dos casos, o vínculo com a instituição e com o modelo de tratamento ofertado pelo CAPSi para além da consulta psiquiátrica observou-se frágil.

A técnica de referência de João, quando consultada sobre a questão do diagnóstico e sobre as dúvidas de Graça em relação ao mesmo, reflete que, no CAPSi, não há necessariamente uma sistematização sobre as formas de informar e orientar a família sobre o diagnóstico e método de tratamento que será utilizado. E, dada a ‘emergência psíquica’ do caso de João, isso acabou ficando em segundo plano.

[...] a gente não conseguiu, assim, pelo menos eu conversando com Dra. M (psiquiatra) e pelo que ela pôde observar também, como foi algo repentino, e em função de um ocorrido, a gente não conseguiu amarrar nada para poder passar para ela direitinho pra ela ter um pouco de noção disso [...] (Ana, Técnica de referência de João).

[...]tem a dificuldade assim, de perceber, a dificuldade dela de entender o que eu tô querendo falar sabe. É difícil, dela compreender isso e eu também tive dificuldade de lidar com isso (Ana, Técnica de Referência de João).

Dois outros elementos que aparecem no discurso dos profissionais constituem a dificuldade quanto ao nível de escolaridade dos pais e das famílias e urgência dos pais por uma resposta como os responsáveis para a incompreensão sobre a natureza do diagnóstico.

Às vezes também é a questão do próprio diagnóstico né, enquanto fala para a família “está em avaliação”, as vezes pra própria família quando você fala “não posso fechar um diagnóstico”, mesmo fazendo a terapia, sendo medicado, quando você não consegue às vezes dá um diagnóstico é como, se o tratamento não fosse mais muito importante para, fosse algum tipo de frustração né? (Grupo Focal - Terapeuta Ocupacional).

A família e a educação, é escolarização... Se a gente for ver ô... é só olhar nos prontuários, a mãe estudou até que série, o pai até que série? Ai você ver, daqui você começa a notar (Grupo focal - Educador físico).

E isso, esse é um fator de risco para o abandono, a escolaridade dos pais. É grande, é... a dificuldade de entender a patologia, a dificuldade de entender de como lidar com a patologia, a dificuldade de entender as características do tratamento (Educador físico – Técnico de referência).

[...] sem contar que a gente explica, mas eu não sei quantos por cento daquela explicação é absorvido, não sei, normalmente às vezes eu olho assim e digo...não tá, não tá... (Grupo focal - Educador Físico).

Para Boltanski (2009), há uma barreira linguística que separa o doente das classes populares do médico, e a utilização pelo médico de um vocabulário especializado redobra não só a distância linguística, mas é com base nele que o médico irá definir quem recebe ou não as explicações. A esse respeito, cabe ressaltar que, grande parte das famílias demanda por informações quanto às manifestações, às formas de expressão do sofrimento e às possibilidades de controle e de aprendizados sobre como devem se relacionar. Elas assimilam as informações por meio da busca pela preservação da coerência com o sistema dos valores próprios ao seu grupo (MELMAN, 2002).

De acordo com Johnson et al. (2008) e Robin et al. (2005), os profissionais que atuam com crianças e adolescentes devem levar em consideração no exercício de suas práticas, que o

diagnóstico, a gravidade do caso, a ausência de conhecimento sobre o diagnóstico psiquiátrico, uma visão negativa sobre ele e dificuldades psicológicas parentais em aceitá-lo são elementos influenciadores para o abandono do tratamento. Uma vez que o diagnóstico enquanto um caminho organizador da realidade para as pessoas com enfermidades crônicas apresenta-se como a base sobre a qual as pessoas podem buscar conhecimento, demarcando com o que, de fato, elas estão lidando e reorganizar sua vida, ponderando a nova dimensão do cuidado requerida pela sua condição (MELMAN, 2002).

A reorganização de suas vidas, início, manutenção ou abandono do tratamento estará condicionada, por sua vez, a múltiplos fatores. Dentre eles estão a maneira como elencaram as suas necessidades, como compreenderam a doença e as estratégias que planejaram, bem como da ajuda que receberam, em todos os níveis e de todas as pessoas que estiveram ao seu lado durante todo o processo de tratamento e estabilização do quadro (JOHNSON et al., 2008; ROBIN et al., 2005).

Mas se, por um lado, apropriar-se do diagnóstico de seus familiares colabora positivamente a adesão ao tratamento, no caso dos pré-adolescentes a ocorrência de estigma entre os pares está associada ao abandono deste. Trabalhos como o realizado por Vasters (2009) e Gopalan et al. (2010), sugerem que os adolescentes usuários de substâncias psicoativas costumam abandonar o tratamento mais frequentemente do que as crianças e costumam referir falta de atratividade do tratamento como um obstáculo. Crianças e adolescentes com transtornos mentais ou que vivenciem situações de intenso sofrimento psíquico, geralmente precisam de uma 'boa' continuidade de tratamento integralizado.

O tratamento dos sofrimentos psíquicos, por sua vez, apesar de ser fundamental para atingir e manter os resultados clínicos desejados e para a promoção da qualidade de vida de crianças e adolescentes, e assim reduzir o possível potencial de cronificação, constitui-se como um desafio para os programas de saúde mental e para os pacientes e seus familiares, uma vez que se trata em geral de um tratamento prolongado que exige dos envolvidos a constante capacidade de adaptação dos modos de vida e as exigências que o adoecer promove.

No que se refere ao Projeto Terapêutico Singular proposto para os sujeitos desse estudo, constataram-se diferenças quanto às estratégias sugeridas pelos profissionais, aos níveis de adesão as atividades propostas e quanto à precisão e à atualização das evoluções em prontuário.

João, havia sido encaminhado para a psicoterapia a qual não chegou a aderir, participou de alguns encontros com a TR e com a psiquiatra, fazia uso da medicação e seria incluído em um grupo para adolescentes, mas abandonou antes que isso se fizesse possível.

Segundo a Psiquiatra (conversa informal) e a Técnica de Referência, em função dos sintomas apresentados, João teve grande dificuldade em permanecer em algumas das instalações da instituição por temer se ‘contaminar’, o que dificultou sua participação nos grupos terapêuticos, mas também revelou certa dificuldade da equipe em se adaptar aos ritmos do adolescente.

Após “abandonar o tratamento” na instituição João e sua família, retorna ao CAPSi em função da piora de seu quadro clínico. Esse fato pode ser notado a partir da fala de Graça:

[...] por isso resolvi voltar também né? Porque eu vi ele piorando e piorando... quando eu falei com Gabriela foi o que ela disse né... que ele tava melhorando e nós não veio mais e ai ele piorou (Graça, mãe de Pedro).

CARLOS

Carlos, 11 anos de idade, diagnosticado com Transtorno do Espectro autista, é filho de pais separados desde 1 ano de idade. Iniciou o tratamento no CAPSi aos 7 anos, permaneceu em tratamento por 3 anos e tinha 10 anos durante o último atendimento na unidade (1 ano e 2 meses ausente do CAPSi). Reside com Maria sua mãe e o irmão de 5 anos, atualmente frequenta a escola e está no sexto ano. Como a mãe de Carlos não trabalha a família se mantém financeiramente com a eventual ajuda do ex-marido, da avó materna e do benefício concedido ao mesmo em função de seu diagnóstico.

Carlos, por sua vez, exibe uma série de singularidades que o difere dos dois outros casos anteriormente apresentados. Ele começou a apresentar os primeiros sintomas de autismo tais como, comportamento motor repetitivo, incômodo com o olhar durante as interações sociais e sensibilidade a estímulos auditivos excessivos desde o primeiro ano de vida. Esses sintomas que logo chamaram a atenção de Maria, não foram imediatamente compreendidos como uma patologia em si, mas mobilizaram sua busca por respostas.

Logo assim... Eu sempre trabalhei com crianças, eu era professora, sempre trabalhei, então eu vi que meu filho era diferente, com 1 ano e meio eu já percebi. Como na minha família não tinha criança, não tinha ninguém, era o primeiro sobrinho, o primeiro neto, era tudo novo! Ai como a pediatra falou “ Denise vamos colocar na

escola” e a gente vê, mas mesmo assim como mãe eu percebi que era diferente (Maria, mãe de Carlos).

Desde então, Maria e Carlos apresentaram uma história de considerável peregrinação por diversas especialidades até chegarem ao diagnóstico de autismo infantil.

[...] com um ano e meio esperei encerrar a escola, coloquei em fevereiro e em dezembro vi que ele não teve nenhum avanço. Daí comecei a correr atrás né. Ai a pediatra falou já “ que você está desconfiada... e eu não sabia nem o que era autista, nunca ouvi falar na minha vida. Ai o primeiro atendimento dele foi na C (nome de uma clínica particular), foi aí que a psicóloga fez alguns trabalhos lá e diagnosticou que ele era autista. Foi um baque né?! Aí eu comecei a viver com psiquiatra, viver com neuro e todas três vezes que eu levei ele em outras clínicas, eles diagnosticaram o autismo. Ai com dois anos e alguns meses ele começou o tratamento (Maria, mãe de Carlos).

O diagnóstico de autismo infantil trouxe grandes repercussões para a vida familiar de Carlos, posto que Maria precisou deixar o trabalho e passou a contar com a ajuda da mãe para terminar a faculdade de administração. Maria pontua que o pai participa muito pouco na educação e cuidados dos filhos e que por isso sua vida amorosa e profissional também se viu afetada pelo processo de adoecimento de Carlos.

[...] rapaz, assim... foi um baque viu, foi um baque! E tem outra coisa viu? Antes disso, antes de receber o diagnóstico, ele tinha mania de ficar assim batendo os carros. Na época eu fazia a faculdade de administração eu já estava terminando, aí minha mãe sofreu esse acidente, e ela que ficava com ele, aí foi um baque pra mim, minha mãe em cima de uma cama, com aqueles ferros, e ela quase morre! E aí você receber aquele diagnóstico do seu primeiro filho, de autismo não foi muito fácil não, foi muito, muito difícil! E aí também teve uma coisa, na época, nós achamos que Carlos bloqueou, porque na época ele falava papai e mamãe, mas depois de ver minha mãe em cima da cama ele parou de falar, não sei se foi isso ou o autismo, mas ele demorou a voltar a falar novamente (Maria, mãe de Carlos).

Para Maria, além de sua mãe a escola foi uma importante fonte de ajuda e conforto emocional, onde se sentiram acolhidos e apoiados, contribuindo significativamente para o desenvolvimento de Carlos que hoje está no sexto ano.

Carlos ta no sexto ano, ele estuda no SESC, numa escola maravilhosa que me dá muito apoio, com duas psicopedagogas, com ajudante na sala. Tudo isso de graça! Então eu tenho muito a agradecer, porque eles sempre me abraçaram, me deram muito suporte. Ele está lá desde os 3 anos e meio. E eu não tenho o que falar, porque sempre foi aquela parceria, SESC – família – Pestalozzi. A Pestalozzi vai lá, faz palestra para os professores sobre o autismo. Todo ano a Pestalozzi dá um curso. Como ele tem dificuldade para acompanhar, aí a psicopedagoga vem para ajudar né.

Mas, se por um lado a ocorrência da doença exigiu novos ajustes na organização familiar, ela também motivou Maria a se tornar pedagoga, a iniciar curso de pós-graduação em psicopedagogia e sua psicoterapia, apresentando, assim, maiores níveis de resiliência e recursos para administrar o processo de adoecimento do filho.

É complicado antigamente eu tava com uma carga muito pesada, e eu não vou mentir para você não. Eu comecei a administrar mesmo, o ano passado quando eu comecei minha terapia, porque eu estava muito estressada, aí eu coloquei meu outro pequeno na creche, pra diminuir mais a minha carga, mas assim... não foi uma experiência muito boa, foi difícil pra mim e pra eles, aí acabei deixando o trabalho novo que eu tinha acabado de conseguir, assim... eu não estou trabalhando, eu tô me dedicando a eles, o pequeno está desenvolvendo dentro do normal, desenvolvendo até a mais do que eu esperava. Então isso me ajuda muito, eu melhorei mesmo depois da terapia, da minha, da minha! O pai dele é policial militar aí eu consegui fazer lá com PLANSERV (Maria, mãe de Carlos).

Como podemos constatar, seu processo de encaminhamento também foi bastante diverso, pois segundo Maria eles não tiveram dificuldades no primeiro contato com a instituição e já possuíam uma vinculação terapêutica com Terapeuta ocupacional (Clara) que veio a se tornar posteriormente sua Técnica de referência (Terapeuta ocupacional há 4 anos e 4 meses no CAPSi e com 20 referências), durante o tempo de permanência no CAPSi.

O CAPS foi Clara lá do abre que me indicou, foi Clara TO. Porque lá no ABRE não tinha vaga e a outra clínica que eu procurei parece que não ia mais atender mais autista. E aí Fernanda ficou preocupada, aí ela falou “Maria como eu trabalho no CAPS, vai lá” aí ficou até mais fácil pois, Clara abriu mais as portas, né? Daí desde aquela época eu até hoje lá no ABRE, porque até hoje não consegui outro lugar (Maria, mãe de Carlos).

No caso de Carlos e Maria, um vínculo terapêutico positivo também foi associado a um dos educadores físico e a musicoterapeuta.

Esperidião (2001) afirma que é fundamental o apoio à família e sua orientação ao procurar ajuda e que quando isso ocorre. Ela se sente mais aberta a falar de seus problemas e acaba por se mostrar uma ferramenta importante tanto para a desinstitucionalização quanto para a reinserção social do sujeito.

Apesar dos familiares entrevistados em distintos níveis terem reconhecido o acolhimento e amparo que receberam no serviço, principalmente o afeto dedicado por seus técnicos de referência, muitos se queixaram da falta de informações sobre a patologia dos filhos, levando-os a vivenciar momentos de incerteza e angústia.

[...] quero até falar com Dra. M, porque quero perguntar, eu queria conversar com ela, pra ela passar uns exames né? Por que assim ia saber o que foi que aconteceu. Eu tenho uma fé, que cada qual sabe né? Que quando você faz o exame que você vai descobrir, porque tem doença que você só descobre se você fizer um exame. Por que você só pode diagnosticar se você fizer um exame. Você vai chegar lá com uma dor aqui, só com a dor você não vai, você vai logo fazendo um exame, você vai querer fazer um raio X, que faça mais algum exame. Pra poder ver mesmo o que é que está causando essa doença. Porque você vê mesmo que tem hora que ele melhora e piora. Mesma hora que ele tá bem, ele dá uma apagada, no ar [...] língua de médico geralmente a gente não entende né? Tinha que dizer “esse é seu filho, o problema dele é por esse, esse, esse, esse” [...] Eu queria muito entender o que acontece com ele ... Não teve assim um dia pra alguém me escutar, nem me explicar né... de uma forma que eu compreendesse... que sentasse comigo [...] (Graça, mãe de João).

Conforme evoluções no prontuário de Carlos e entrevistas, observou-se a sua inclusão no grupo de musicoterapia, no espaço de convivência, na terapia ocupacional e a utilização da medicação como estratégias elegidas para o cuidado, bem como a participação em mais duas outras instituições destinadas a reabilitação (ABRE e PESTALOZZI), o que segundo Maria, trouxe importantes benefícios para o processo de socialização de seu filho.

Ao narrarem sobre a experiência de tratamento no CAPSi, os familiares, com exceção dos de Carlos, reconheceram alguns avanços em seus entes após o início do tratamento na instituição. Contudo, não conseguiram expor de maneira clara o tratamento aplicado e a quem atribuíam à melhora apresentada, sendo perceptível a falta de orientação a respeito do serviço e das práticas de cuidado.

[...] aqui ele continuou tomando o mesmo remédio, então assim... não mudou muita coisa né... ele toma a risperidona e fluxentina (Graça, mãe de João).

[...] não lembro que teve uma técnica assim pra informar nada não, só ela mesmo. E...quem fez mesmo foi Dra. M [...]. Ele (Paulo) explicou que era pra botar ele pra fazer algumas atividades, que ele jogava bola antigamente e tudo, ele fazia as atividades, mas a gente só levou ele (Alice, avó paterna de Pedro).

[...] olha, lá as coisas não eram muito organizadas nesse sentido... não teve um momento assim pra sentar e me explicar o que era aquilo, qual a importância, né? Eu que fui atrás, li muito sobre tudo, tudo que eu encontrava pela frente eu lia. E por isso, por sentir falta de algumas coisas no tratamento dele no CAPSi é que eu também fui levar ele em outros serviços né?! (Maria, mãe de Carlos).

Maria, apesar de ter referido um bom relacionamento com os profissionais do serviço e com as atividades propostas para o PTS de Carlos, não atribuiu a melhora apresentada por ele ao CAPSi, mas sim às demais instituições frequentadas concomitantemente e posteriormente ao CAPSi. Essa é uma realidade bastante comum entre crianças com

sofrimento psíquico e que é considerado pela literatura especializada como importante preditivo para o abandono do tratamento (JOHNSON et al., 2009).

Cabe ressaltar que a gestão e a eleição dos percursos terapêuticos de cuidado, no que concerne ao sofrimento mental, são consideravelmente complexas, uma vez que resultam de um intercruzamento constante entre saberes e poderes. Usualmente, ao invés da adesão a apenas um campo ou modelo de tratamento específico, o que ocorre é a interação cotidiana de várias terapêuticas, as quais, simultaneamente, configuram o cuidado, na tentativa de que isso proporcione possível solução e/ou cura (ALVES; BÄCKSTRÖM, 2012).

[...] depois que ele saiu ele melhorou mais, hoje ele está no Pestalozzi, e se eu pudesse eu até voltaria para o ABRE porque as técnicas eram muito boas, muito boas mesmo, tinha Fernanda, nem sei se ela está mais ela era muito boa (Maria, mãe de Carlos).

[...] e ela me ajuda muito, na época que eu tirei ele do CAPS, ela me ajudou muito, me deu várias dicas para eu fazer com ele em casa, mas eu achei que depois que ele saiu do CAPS ele evolui mais, não sei se é porque ele tá crescendo, assim no meu entendimento né...e tá se desenvolvendo (Maria, mãe de Carlos).

Como podemos observar, para os profissionais, os familiares geralmente não entendem o modelo de tratamento proposto e atribuem a dificuldade para tal compreensão ao baixo nível de escolaridade dos pais e à ausência de implicação.

“Uma dificuldade também é na vinda ao CAPSi a criança brinca, a família vê a criança brincando e às vezes a mãe pergunta: “E eu vou ficar trazendo ele para aqui, só para brincar? Ele brinca em casa.” Entendeu? Essa dificuldade de notar a importância da brincadeira, do brinquedo, de ter uma atenção que no brinquedo ele vai demonstrar as dificuldades e facilidades dele, de lidar com as situações em... a família às vezes não vê isso. Então, essa coisa de parar de trazer porque o filho tá brincando, “porque ele vai até o CAPS brincar, que graça tem, eu vou levar o menino, pegar um ônibus, me acabar toda e chega lá ele vai brincar, que graça...não vou levar mais”. É assim que eles pensam” (Grupo focal – Educador físico).

Todos os pacientes e seus familiares acessaram outras instituições de saúde antes e concomitantemente ao tratamento no CAPSi, fato estatisticamente associado ao abandono do tratamento em alguns estudos (JOHNSON et al., 2009; COHEN; RICHARDSON, 1970; DI GALLO et al., 2002; EDLUND et al., 2002; JOHNSON et al., 2008; YOUNG et al., 2000; TEHRANI et al., 1996; WANG, 2007).

Até a data da entrevista, Carlos (11 anos) encontrava-se em tratamento na mesma unidade de saúde que optou em detrimento do CAPSi, atualmente faz uso de medicação, participa de aulas gratuitas de equoterapia e conta com o suporte da escola.

[...] poxa, ele tá bem melhor, apesar de que tem o atendimento com a TO, que eu acho muito necessário e que eu tô sentindo muita falta, eu estou até indo procurar no Irmã Dulce pra vê se eu consigo, mas é bem longe (Maria, mãe de Carlos). Mas, ele está bem melhor! Hoje ele faz tratamento na Pestalozzi, equoterapia e temos o apoio na escola né? (Maria, mãe de Carlos).

É importante salientar que, entre os profissionais participantes da pesquisa, foram mencionados distintos períodos de tempo (3 a 6 meses) para determinar o abandono do tratamento no serviço, observando-se a ausência de protocolos e/ou consensos diante da ocorrência do abandono.

A realidade estudada apresenta problemas bastante complexos e vastos, mas de modo geral, podemos afirmar que entre os profissionais entrevistados a percepção sobre o abandono do tratamento ainda está dominada pela culpabilização da família. Este parece fortalecer o imaginário superficial sobre o fenômeno, que impera no funcionamento do serviço, amortecendo a capacidade criativa dos profissionais.

Não tenho problema em trabalhar com as crianças o problema são os pais. O certo era ter um CAPSi só para a família, aqui vem um monte que não era caso de CAPSi, mas de família (Assistente Social - Conversas informais)

Às vezes me sinto angustiada com a desistência e as vezes me sinto como uma babá, pois, muitos dos casos que chegam não passam do acolhimento (Enfermeira - Conversas informais).

Vale ressaltar que a serviço referência para este estudo configura-se enquanto um espaço permeado por forças sociais que se expressam por intermédio da estrutura, de seus agentes e das relações que estabelecem. Essa instituição passou por diversas transformações políticas e administrativas ao longo de sua história, sendo as mais radicais delas a municipalização do serviço no ano de 2006, a mudança da composição do quadro clínico em 2014 com o ingresso de profissionais concursados e o desligamento da coordenadora clínica em 2015. Essas mudanças influem diretamente nos modos de fazer e pensar a clínica e o abandono do tratamento no CAPSi.

Elementos apontados pelos profissionais e familiares como razões motivadoras para o abandono do tratamento no CAPSi

Tendo em vista os argumentos expostos anteriormente sobre a família e sua inserção na Rede de Tratamento a saúde mental, este tópico foi elaborado com base no agrupamento de alguns fatores relacionados aos pacientes, que, segundo os depoentes, propiciam a interrupção do tratamento (profissionais e familiares), sejam motivos individuais ligados às condições socioeconômicas, culturais ou aquelas que dizem respeito ao próprio paciente tais como: efeitos colaterais dos medicamentos, uso de drogas lícitas, falta de motivação etc. Os motivos diretamente apontados por familiares e profissionais para o abandono do tratamento foram organizados e apresentados no quadro que segue abaixo.

Quadro 6 – motivos referidos por familiares e profissionais para abandono do tratamento no CAPSi

	Família	Técnico de Referência	Grupo focal
Total dos motivos apontados	Problemas financeiros; acessibilidade (distância, trajeto do ônibus); baixa crença na resolutividade do tratamento; condições de higiene precária; crise; ocorrência de internações psiquiátricas recorrentes e sobrecarga do cuidador.	Escolaridade dos pais; baixa crença na resolutividade do tratamento; acessibilidade; engajamento da família e agressividade.	Família; escolaridade dos pais; ausência de compreensão da família sobre o modelo de tratamento e diagnóstico; ‘descrédito da família no modelo de tratamento ofertado’; sentimento de desesperança por parte da família; valorização do tratamento farmacológico; baixa escolaridade dos pais; religião; frustração dos pais quanto à ausência de celeridade no tratamento; acessibilidade (distância para trazer o familiar de ônibus); família tem medo de perder o benefício se a criança melhora e indisponibilidade do familiar em trazer a criança toda semana etc.
	Família	Técnico de Referência	Grupo focal
CASO 1 (Pedro)	Não acreditam que abandonaram, mas que foram abandonados pelo serviço. Deixaram de frequentar pela dificuldade de levá-lo de ônibus, pela ocorrência da crise e internações psiquiátricas recorrentes e pela falta de tempo por parte da cuidadora principal em acompanhá-lo no tratamento.	Acessibilidade; baixa crença na resolutividade do tratamento; falta de engajamento da família e a agressividade.	
CASO 2 (João)	Problemas financeiros financeiro; acessibilidade (distância, trajeto do ônibus) e	Escolaridade dos pais; baixa crença na resolutividade do	

	o desaparecimento do paciente.	tratamento; problemas financeiros e monoparentalidade.	
CASO 3 (Carlos)	Precárias condições de higiene.	Baixa crença na resolutividade do tratamento; preferência por outros locais de tratamento e condições estruturais do CAPSi.	

Fonte: elaborado pela autora.

A pesquisa mostrou os inúmeros desafios vivenciados pelas famílias no tratamento de seus familiares. A pobreza foi um importante aspecto que expôs duas das famílias a situações de privação, moradia, alimento, transporte, condições de saúde e a fragilidade dos vínculos sociais. Assinala-se ainda a situação violência que se mostrou presente em duas das três famílias, assumindo diferentes nuances como a doméstica e homicídio.

Ao mesmo tempo em que são perceptíveis situações de vulnerabilidade dessas famílias, em diferentes formas cada uma mostrou recursos e habilidades idiossincráticos para enfrentar e superar os desafios. Essa capacidade de superação diferencial faz reconhecer uma força interna que impele os sujeitos a vida e a apostarem na melhora de seus filhos.

Quando convidados a pensar sobre os motivos que os levaram a abandonarem o tratamento no serviço, os familiares referiram predominantemente como relevantes para o abandono do tratamento no CAPSi: dificuldades financeiras; piora do quadro clínico, agressividade e conseqüentemente uma maior dificuldade para trazê-los de ônibus.

Entre os profissionais, foram referenciados diferentes critérios para determinar o abandono do tratamento e diversos foram os motivos apontados em maior e menor grau como influenciadores no abandono do tratamento: aqueles relacionados a família; a escolaridade dos pais; a incompreensão dos pais sobre o diagnóstico e modelo de tratamento; ao descrédito no tratamento; a desesperança; a valorização do tratamento farmacológico; ao medo da família em perder o benefício se a criança apresenta melhora; frustração quanto ao tempo de espera para a melhora; religião; acessibilidade (distância, trazer o familiar de ônibus); estrutura física do serviço; baixo rendimento financeiro e o fato da família não querer vir trazer a criança toda semana.

Detectou-se também que a visão do papel da família no tratamento por parte dos profissionais oscilou como limitadora e potencializadora do tratamento.

[...] a herança né...agora uma coisa que a família é um potencializador da ação terapêutica, da melhora, da possível cura, quanto é também um grande limitador (Grupo focal – Educador físico).

O certo era ter um CAPSi só para a família, aqui vem um monte que não era caso de CAPSi, mas de família (Assistente Social em conversa informal)

Não tive formação para trabalhar em CAPS. Por isso me dediquei ao acolhimento, mas as vezes é pesado, eu fico com raiva, as vezes choro... às vezes me sinto angustiada com a desistência e as vezes me sinto como uma babá, pois, muitos dos casos que chegam não passam do acolhimento (Enfermeira em conversa informal).

Para a família de Pedro, os fatores predominantemente mencionados para sua ausência na instituição por quatro meses e não abandono, foram: a piora do quadro clínico acompanhada de agressividade, um episódio de internação psiquiátrica prolongada após um episódio de crise e a resistência de Pedro em se locomover de ônibus.

A gente tinha ficado uns três meses sem levar ele, pois ele estava muito agressivo, aí, Dra. M passou uma medicação para durar uns três meses ou foram quatro, porque vinha época de carnaval, esses negócios, então ela medicou logo ele, ficamos sem levar um período, porque ainda tinha remédio, ela disse que enquanto tivesse remédio que tudo bem. Tinha remédio, então a gente não levou. Muitas vezes a gente tinha que levar ele de taxi porque ele não queria ir de ônibus, ia eu e o tio dele (Alice, avó paterna de Pedro).

É importante ressaltar que, para Alice, eles não abandonaram o tratamento no CAPSi, mas sim, foram abandonados. Evocando dentro do universo linguístico para a palavra abandono a noção de desamparo.

[...] E aí, a gente tem que voltar pra casa...Quando chegou lá, uns 4 meses depois foi embargada logo, não deixaram nem falar com Dra. M ou com Paulo (Técnico de referência), entendeu? Aquela ignorância toda! Ela disse que não era lá mais não, que procurasse outro lugar pra levar ele. E ele tava bem melhor fazendo o tratamento lá com Dra. M, ele tava bem melhor mesmo. Depois pronto, parou de ir pra lá [...] Olha minha filha acho que é um conjunto de coisas né? Cansaço, a dificuldade de levar ele, a gente ficou um tempo sem poder levar, mas a gente é que foi afastado né... e sem aviso nenhum, sem apoio...né... (Alice, avó paterna de Pedro).

O fato de familiares e profissionais discordarem sobre a continuidade e abandono do tratamento constitui aspecto relevante, que evidencia não só contradições a respeito da concepção de abandono entre familiares e profissionais como os desencontros no ‘fechamento’ e encaminhamento das referências. Evocando o

A familiar de Carlos referiu a ausência de condições de estrutura e higiene no espaço do CAPSi e o comprometimento do estado de saúde do filho como um importante fator para o abandono do tratamento, o que evidencia a necessidade da adequação logística e o cuidado com a estrutura e a higienização dos espaços de saúde, principalmente ao se tratar de crianças e adolescentes.

Eu saí de lá do CAPSi porque na época era João Henrique e estava tendo muito greve por falta de pagamento, a parte de serviços gerais, ele fazia lá, aí eu saí de lá por isso. Porque ele tava com um problema alérgico, estava atingindo muito ele muito grande e eu não entendia o que tava acontecendo aí que o médico perguntou sobre o local que ele tava fazendo tratamento...e aí lá que já não era muito higiênico ficou pior com a greve e por isso o médico sugeriu tirar ele porque estava atingido muito ele, né?! O que foi ruim pois, ele até perdeu o atendimento com a TO, ele está sem terapeuta ocupacional né? E até hoje não consegui [...] não por conta das meninas, porque as meninas lá eram maravilhosas, infelizmente eu tive que interromper porque na época que Carlos tava lá, eu descobri esse processo alérgico a poeira a um monte de coisa e eu não sabia foi daí que quando eu ia pra lá que ele tinha crises, crises mesmo, a ponto de eu ir parar na emergência com ele. Na época de João Henrique foi uma loucura, só sei que os meninos ficavam um tempão sem ir, porque não tava funcionando direito, era uma sujeira, os banheiros podres, uma sujeira que ninguém conseguia entrar, era assim horrível, horrível, horrível mesmo! Não sei se ainda está assim, mas estava horrível! (Maria, mãe de Carlos).

Mas, um aspecto importante nos caminhos trilhados pela família de Carlos foi a permanência em diferentes espaços de cuidado simultâneos ou não ao CAPSi e que foram relatados por Maria como um fator de desgaste físico e emocional.

Outro aspecto que chama a atenção é o fato do prontuário de Carlos ainda estar com status de ativo no cadastro institucional e na lista de referências mesmo 1 ano após seu afastamento do serviço e tendo sido comunicado pela família, segundo Maria (Mãe de Carlos), sobre a desistência do tratamento na unidade.

Para Clara (Técnica de referência), Carlos precisava ter dado continuidade ao tratamento no CAPSi e refere que não havia sido acordado com a família a mudança de local de tratamento e que por isso o prontuário continuava ativo. Conforme evolução no prontuário, foi realizada uma tentativa de contato telefônico sem sucesso.

O processo de tratamento de Pedro, por sua vez, fora marcado por continuidades e descontinuidades relacionadas aos episódios de crise e internações psiquiátricas, uma vez que esses episódios atuaram tanto como impeditivos para comparecer a instituição como motivadoras para o retorno ao tratamento na mesma. Seu técnico de referência, por sua vez, argumenta que o descrédito por parte da família no tratamento, a falta de engajamento e a

agressividade foram os fatores que possivelmente colaboraram para o abandono do tratamento por parte da família.

Graça (Mãe de João) referiu como motivos para o abandono do tratamento no CAPSi: as dificuldades financeiras, a piora do quadro clínico e o desaparecimento do filho de casa por 5 dias.

Ah, porque você sabe assim, que você tá trabalhando, que meus filho tem a família dele lá, e minha outra menina saiu pra poder me ajudar, porque ele tava muito agressivo, né? Ele começou a bater, ele tem umas marcas assim, que ele coisou (Gestos de pessoa se fazendo cortes) aquela coisa assim, aí a minha dificuldade é só essa, né? Ficou muito difícil trazer ele! Porque eu trago ele, mas é isso, mas sinceramente, você sabe, está precisando pra trabalhar, não importa o que for, se aparecer uma faxina eu vou, você sabe que o dinheiro de uma faxina não é um salário. E como só tem eu que pode vir trazer ele, as vezes fica muito difícil vir. E além disso eu preciso conseguir o dinheiro do ônibus pra gente vir e pra poder suprir as necessidade, você sabe?! A gente faz um biscate. O meu menino, o outro me dá assim um tanto, o outro me dá um tanto, assim né, dá pra poder suprir. Ai quando eu acho uma faxina aí eu deixo ele com o meu de 17 anos e eu vou. Eu vinha trazer ele e quando eu me sentia ruim assim, minha menina traz ou então o irmão dele maior, mas nem sempre eles podiam. Aí eu parei, aí eu parei, ai foi quando ele deu aquela outra recaída. Ele também deu uma fugida, a gente não conseguiu encontrar ele. Fica perdido, não sabe nem onde é que tá. Ai a gente sai pra procurar. Ai uma vizinha que disse assim: “Ah! eu vi seu filho não sei aonde, na Barra”. Ai a gente foi buscar, foi pegar ele. Por isso também que a gente ficou sem vir e também por causa do ônibus (Graça, mãe de João).

Muitas famílias têm dificuldade de trazer de ônibus, principalmente quando é um caso onde tem uma questão de agitação ou agressividade (Grupo focal – Educador físico).

Porque às vezes era pra ser no território próximo e às vezes acaba sendo bem distante para as famílias mesmo, tem essa questão assim da distância né e do acesso (Grupo focal – Terapeuta ocupacional).

De acordo com a técnica de referência de João, a escolaridade da mãe, a monoparentalidade, o descrédito no tratamento e as questões financeiras desempenharam um fator importante para o abandono do tratamento. Entretanto, ela pondera que, apesar das dificuldades financeiras terem sido claramente observadas no caso de João, a ausência do transporte não se expressava quando se fazia necessária a consulta com o médico ou para a dispensa de medicação, desvelando segundo ela a valorização do atendimento médico em detrimento das demais atividades terapêuticas ofertadas.

[...] assim, eu acho...claro que existe a limitação da questão financeira, foi perceptível, nas condições que eles vivem de moradia e dela tá sozinha, com os filhos e tal. Mas como a gente tem muitos questionamentos aqui no CAPS, por exemplo, como é que esse dinheiro surge na hora de vim pro médico e ele deixa de existir na hora de vir pro acompanhamento, não é? Existe uma falta de crença na família de enxergar a melhora com o tratamento além do remédio, é muito cultural

né? A gente tá acostumada a sentir uma dor na perna e toma um remédio e que passa, pra você esclarecer para as famílias que não tem tanto conhecimento a respeito, de que ao meu ver o acompanhamento terapêutico é mais importante do que o remédio? Pra você tentar convencê-la disso é difícil (Ana, Técnica de referência de João).

Como podemos observar, a valorização do tratamento psiquiátrico e medicamentoso foram apontadas pelo grupo focal e pelos técnicos de referência como influenciadoras para a baixa adesão nas demais modalidades de cuidados ofertadas no CAPSi e conseqüentemente para o abandono do tratamento na unidade.

Algumas vêm em busca só do medicamento, a terapia elas acham que a terapia não é tão importante (Grupo focal – educador físico).

A questão da medicação, é impressionante isso, a criança vem começa a fazer a terapia, aí você vem e marca a consulta. Foi a psiquiátrica, medicou? Não precisa mais vim na terapia (Grupo focal – terapeuta ocupacional).

Todavia faz-se necessário problematizar a relação uso de medicação e abandono do tratamento, pois a dificuldade financeira também está relacionada à baixa adesão ao tratamento Farmacoterapêutico pois, segundo Graça

Quando aqui falta, que eu não acho, aí tem que comprar. Mas eu não compro, aí não dou, porque não tenho. Ai sabe assim, na farmácia, é... Pra mim é o olho da cara, e eu não tive trabalhando, porque aqui não tem. Aqui tá faltando muito remédio aqui, tinha direto, agora não, toda vez que vem, principalmente as que ele toma né, acho que é a mais cara e a que mais falta [...] (Graça, mãe de João).

Diamantino (2010), pontua que a convivência com situações de pobreza e de vulnerabilidade social extrema tem significativa correlação com o sofrimento mental. Realidades frágeis e limitantes, geradas por extremos como fome, violência, ausência de referências pessoais e de oportunidades podem aprofundar ainda mais o sofrimento familiar, assim como delongar o acesso aos serviços de saúde e reduzir as redes de apoio comunitárias e sociais, pela extrema exclusão social e condição de isolamento social (DIAMANTINO, 2010).

Esses marcadores confirmaram igualmente que quanto piores são as condições econômicas e a escolaridade mais difícil é o contato com os profissionais de saúde, tendo em vista o não domínio de códigos da biomedicina e da linguagem das classes dominantes. Segundo Rosa (2003, p. 243), “[...] o transtorno mental provoca deslocamentos nas

expectativas e nas relações afetivas entre as pessoas, ao ser um fenômeno não integrado no código de referência no grupo”.

Um forte sentimento de desesperança por parte do familiar, angústia sobre a ausência de orientação sobre o diagnóstico, ausência de compreensão sobre as ações do serviço, a forma como ocorreu o primeiro contato com o CAPSi. Bem como a extrema violência em uma das regiões de domicílio com toque de recolher, com acesso limitado a moradores e a distância da região de domicílio em relação ao CAPSi, foram elementos também identificados na pesquisa como relevantes para o abandono dos casos apesar de não terem sido diretamente relacionados ao abandono pelos familiares ou pelos profissionais como no caso da violência urbana.

O sentimento de desesperança é identificado nas seguintes falas:

É muita coisa né? Muita coisa. Não se pode detalhar, porque muita coisa mudou. Quando ele caiu doente... foi uma coisa assim que foi uma surpresa pra gente, pra todo mundo, pra família. Porque foi uma coisa assim, que os irmãos viam do jeito que ele era, pra ver como é agora né? É aquela coisa assim, “meu irmão?! Meu irmão não era assim, e chora, né? (Graça, mãe de João).

[...] foi horrível, foi horrível... Primeiro porque é coisa que não dá jeito né?! O jeito mesmo aí só Jesus mesmo, não dá jeito, você só perde tempo, dinheiro. Leva, volta, sem nenhuma, sem nenhuma solução. (Pausa). Já não sei como vão ser as coisas... qual vai ser o futuro dele.... Em quanto ele me tiver e a mãe dele ele vai ter quem cuide, mas depois eu não sei... não vejo muita solução... (Alice, avó paterna de Pedro).

[...] como eu te disse né? Ele fugiu e depois ficou difícil trazer ele também... às vezes pelo dinheiro ou porque ele não queria sair de casa...é tudo junto né... é tudo muito triste... me dá medo pensar no que vai ser dele, se um dia ele vai voltar ao normal, agente é muito pobre e não vejo muita solução (Graça, mãe de João).

[...] cronificação do caso, é... limitação do sujeito, o sujeito fica dependente total daquela família, aquela família às vezes enxerga ele como... como sem solução [...] (Grupo Focal - Farmacêutica).

Charmaz (1983) destaca que o adoecimento crônico muitas vezes leva o sujeito a uma vida restrita, marcada por isolamento social, onde o cuidado a sua condição passa a ser o grande centro de sua existência, exigindo grande investimento material, físico e emocional. Nesse sentido, outras dimensões da vida como trabalho, estudo e algumas vezes família, vão sendo reduzidas devido à enorme dimensão que a doença de longa duração pode representar para o sujeito.

Diante de tal enfermidade, a família, muitas vezes, torna-se pessimista quanto à possibilidade de melhora do familiar. Entre essas famílias, muitos são os fracassos, recaídas e

abandonos de tratamento, sendo comum encontrar famílias desmotivadas, resistentes e temerosas em relação a qualquer proposta de mudança vinda dos trabalhadores e dos serviços de saúde mental (COLVERO et al., 2004).

A centralidade do cuidado por um único membro da família, por exemplo, se faz presente em grande parte dos contextos dos cuidados de saúde mental na rede de saúde. O que leva a um desgaste físico por parte do cuidador, redução na frequência da participação das atividades e a um maior sentimento de desesperança com relação ao futuro.

A presença de uma pessoa com transtorno mental produz impacto nos outros membros da família, tendo-se em vista que os familiares ficam sobrecarregados por demandas que envolvem a função de acompanhar seus membros adoecidos e cuidar deles. Essa sobrecarga familiar é sentida não somente nos aspectos emocional e físico, mas também nos encargos econômicos, o que implica situação de dependência da família.

Campos (2005) evidencia que são diversas as perdas financeiras sofridas por parte dos cuidadores de sujeitos em sofrimento. E que, em alguns casos, muitos dos familiares alteram sua situação de trabalho, em função da demanda da atividade de cuidar do seu parente, além de gastos com consultas, deslocamento e medicações.

[...] inclusive na época ele estava bem atacado mesmo, ela pediu que durante 15, 14 dias ou foram 13 dias para mãe dele ficar em casa olhando ele, porque ele não tinha condições de ficar, ele estava muito, muito agressivo, muito mal. Eu não tinha condições de ficar, porque eu também tinha as coisas pra eu resolver e tal. Aí eu falei: “Oh Dra. está me empatando fazer tudo eu não estou conseguindo fazer nada, porque a mãe dele trabalha e eu tenho que sair pra resolver as minhas coisas, tô empatada” (Alice, avó de Pedro).

[...] eu tive que deixar o trabalho né? Porque eram dois meninos eu não contava com ajuda do pai deles e tive que cuidar da minha mãe que havia sofrido um acidente, então eu tive que escolher, mas eu não me arrependo porque Ele é maravilhoso, é uma criança ótima, não me dá trabalho pelo contrário o menor que dá muito mais. Tranquilo... graças a deus! (Maria, mãe de Carlos)

Tem Família que quando sabe do tratamento e que ele vai ter que trazer a criança toda semana... diz logo “tem que trazer todo dia?” Toda semana, toda semana não (Grupo focal, Educador Físico).

[...] eu já tentei inserir ele direto no grupo, ia eu inserir ele e liguei pra ela pra reforçar, e o espanto dela de imaginar que seria todas as sextas-feiras a tarde né? É difícil, dela compreender isso e eu também tive dificuldade de lidar com isso! Como a gente observa isso nas outras famílias também né?! Mas eu vou ter que trazer ele toda semana? Porque é muito difícil o médico que você vai toda semana, você vai na ginecologista uma semana pega o resultado, envia e tal, você vai uma vez no ano. Sentiu uma dor na perna, vai ao médico, vai umas duas ou três vezes. Toda semana você tentar esclarecer para ela a importância dele está aqui toda semana, além da medicação ainda é difícil (Ana, Técnica de Referência de João).

O receio do futuro do seu ente com sofrimento mental, caso algo aconteça com o cuidador principal, é vivenciado com grande pesar, principalmente pelas mães (NAVARINI; HIRDES, 2008), como expressa Graça abaixo:

[...] ah, pra mim tá sendo difícil viu? Você ter um filho normal e ver o que ele tá passando. E até tem vez que ele chora né? Ele fica assim, “é ... você fica dando esses remédios”, começa falando essas coisas toda, até a gente sentar e conversar, não é pouco né? (Graça, mãe de João).

[...] como eu te disse né? Ele fugiu e depois ficou difícil trazer ele também... as vezes pelo dinheiro ou porque ele não queria sair de casa...é tudo junto né... é tudo muito triste... me dá medo pensar no que vai ser dele, se um dia ele vai voltar ao normal, agente é muito pobre e não vejo muita solução. Por isso resolvi voltar também né? Porque eu vi ele piorando e piorando... quando eu falei com Ana foi o que ela disse né... que ele tava melhorando e nós não veio mais e ai ele piorou... (Graça, mãe de João).

Além dos motivos apontados pelos familiares para o abandono do tratamento, dois dos casos mencionados já apresentavam adesão institucional frágil com ausências prolongadas e justificadas pela família pela grande dificuldade de se locomover com seus familiares. Em geral, as crianças e adolescentes tendem a permanecer em tratamento em média por 3 meses (HARPAZ-ROTEM et al., 2004) e não é incomum o abandono ocorrer após 12 semanas de tratamento (GONZALES et al., 2002). No entanto, o número de visitas e o tempo de permanência pode mudar em função da idade, diagnóstico, definição de serviço e etc.

A redução da permanência dos usuários no serviço é indicativo de que os casos apresentados estudo estariam estabelecendo vínculos com outros espaços, de forma a prescindir ou utilizar cada vez menos os dispositivos assistenciais do CAPSi, além de indicar para a possibilidade de os familiares estarem mais inclinados a aceitarem o recurso da intervenção a crise em hospitais psiquiátricos do que a terapia de longo prazo (HARPAZ-ROTEM et al., 2004).

Contudo, é necessário refletir sobre a qualidade da assistência ofertada pelos serviços de saúde e sua capacidade de ofertar continência às demandas apresentadas pelos usuários e suas famílias. Nos três casos, objetos de investigação deste trabalho, a relação com o vínculo terapêutico, por exemplo foi estabelecida quase que exclusivamente com os técnicos de referência e com a médica psiquiátrica.

O processo de recepção e acolhimento de Pedro e João esbarraram em algumas barreiras de acesso, por exemplo, a dificuldade de agendar o primeiro atendimento e a maneira como foram recebidos, possivelmente influenciaram na percepção que as famílias

construíram sobre a instituição, o que viabiliza diversas contribuições para a análise do processo de trabalho neste serviço de saúde mental (JOHNSON et al., 2009; RIBEIRO, 2008; TAYLOR, et al., 2011).

Entretanto se por um lado é possível perceber certa dificuldade dessas famílias em compreender o modelo e se identificar com ele, por outro observa-se, também, a ausência de momentos mais formais ou mais sistemáticos entre os técnicos e as famílias, a fim de explicar o diagnóstico, seus efeitos, o modelo de tratamento e seus objetivos.

Alguns estudos também demonstram que, quando existe uma discrepância significativa entre o que os pacientes e suas famílias esperam da clínica e a oferta por essa apresentada efetivamente, maior é a probabilidade de desgaste (taxas de abandono) (GLOBAL; ARONSON, 1963 apud COHEN; RICHARDSON, 1970). Ao mesmo tempo, Drucker e Greenson (1965) constataram que as mães, frequentemente, opõem-se a abordagens não-diretivas desde que elas requerem para si direcionamento, aconselhamento e encorajamento durante o tratamento de seu familiar.

A percepção do paciente e de suas famílias (no caso de crianças e adolescentes) sobre o tratamento em saúde mental e a crença de que o tratamento em saúde mental é ineficaz também foram apontadas como uma variável influenciadora do abandono do tratamento (BRANN et al., 2009; COHEN; RICHARDSON, 1970; DI GALLO et al., 2002; EDLUND et al., 2002; WANG, 2007). Segundo Conhen e Richardson (1970), a ausência ou inadequação da preparação da família acerca da condução do caso, das estratégias elegidas e do direcionamento clínico institucional colaboram significativamente para altas taxas de abandono (JOHANSSON; EDLUND, 2005).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O abandono do tratamento de saúde mental na população de crianças, adolescentes e seus familiares é um problema grave e persistente que pode estar correlacionado a diversos fatores internos e externos aos usuários, suas famílias e aos profissionais e serviços de saúde (COHEN; RICHARDSON, 1970; DI GALLO et al., 2002; EDLUND et al., 2002; HAAN et al., 2008; JOHNSON et al., 2008; JOHNSON et al., 2009; YOUNG et al., 2000; TEHRANI et al., 1996; WANG, 2007).

Tendo-se em vista os impactos que o abandono do tratamento representa para o estado de saúde de crianças e adolescentes e a ausência de estudos que tratem do tema na população de crianças e adolescentes brasileiras e, ainda, a escassez de estudos qualitativos em nível internacional em sistemas integrados de saúde, este trabalho teve como objetivo primeiro analisar os elementos relacionados ao abandono do tratamento em um Centro de Atenção Psicossocial para crianças e adolescentes, levando em consideração sua relação com as experiências de cuidado construídas pelos usuários e familiares em sua busca por tratamento de saúde mental.

Os casos de Pedro, João e Carlos expostos neste artigo apresentam singularidades e similitudes relacionadas à idade, às condições de vida e aos caminhos trilhados junto às suas famílias em busca por cuidados de saúde mental (idade em iniciaram os primeiros sintomas, tempo que permaneceram em tratamento, idade em que abandonaram, tempo de afastamento do CAPSi etc) que contribuíram para a explanação do tema apesar do número limitado de casos selecionados.

Os resultados deste estudo revelaram a presença de diversos elementos possivelmente relacionados ao abandono nos casos aqui expostos, tais como: a falta de informação sobre a doença e o tratamento, ‘descrença com relação ao modelo de tratamento’, a baixa escolaridade dos pais nos casos de Pedro e João, a gravidade do caso, questões financeiras, monoparentalidade com conseqüente sobrecarga na figura de um único cuidador, o sentimento de desesperança, a participação em outras instituições, uso de drogas, a agressividade, a fonte de encaminhamento, as barreiras de acesso (acolhimento, recepção, distância com relação ao serviço, dificuldade em se locomover com o paciente de ônibus) etc.

Nos motivos apontados diretamente pelos familiares, constata-se que a baixa condição socioeconômica e a acessibilidade foram os fatores mais frequentes e relevantes para o abandono, assim como a agressividade, a descrença e a participação em outra instituição facilitaram sobremaneira esse desfecho.

Para os profissionais, as altas expectativas dos pais sobre a celeridade do tratamento, o sentimento de frustração, a escolaridade dos pais, a incompreensão sobre o diagnóstico e o modelo de tratamento, a valorização do tratamento medicamentoso, a orientação religiosa da família, a falta de engajamento da família, as barreiras externas como a distância, bem como a e a dificuldade de locomoção ao se utilizar o transporte público e as dificuldades financeiras em alguns casos, são os principais motivos para o abandono do tratamento no CAPSi.

Foi possível observar que os profissionais apresentam uma leitura sensível sobre o fenômeno e indicaram diversos elementos que estão em conformidade com a literatura especializada como por exemplo, a dificuldade dos pais de compreender e aceitar a modalidade de tratamento ofertada e o diagnóstico (CONHEN; RICHARDSON, 1970; DI GALLO et al., 2002; EDLUND et al., 2002; HANN et al., 2008; JOHNSON et al., 2008; YOUNG et al., 2000; TEHRANI et al., 1997; WANG, 2007). Por outro lado, profissionais e familiares, apresentam percepções divergentes sobre o que seria o abandono do tratamento de saúde mental. A grande maioria dos profissionais apresentou visão pouco complexa do fenômeno, ao atribuir a responsabilidade para tais incompreensões ou possíveis rejeições por parte da família, somente a baixa escolarização dos pais e a um ato de volição individual dos pais.

É oportuno lembrar que, durante a realização da pesquisa, não foram identificados ou apontados pelos profissionais momentos específicos ou mais diretivos para a orientação dos familiares sobre o diagnóstico e modelo de tratamento disponibilizado. Esse, dentre outros aspectos como, por exemplo, a discrepância no limite de tempo e critérios elegidos para o fechamento de um prontuário revelaram que os profissionais têm dedicado pouco tempo a pensar estrategicamente os processos de trabalho e a organização da clínica da instituição, em particular, no que se refere ao abandono.

Nesse sentido, é preciso considerar que o tratamento de crianças e adolescentes requer novos métodos e abordagens clínicas, bastante diversas daquelas já usualmente destinadas ao público adulto. Uma vez que pais e familiares ao participarem e decidirem sobre os destinos do tratamento de seus filhos e parentes requerem e respondem mais favoravelmente a

abordagens diretas e claras (BRANN et al., 2009; COHEN; RICHARDSON, 1970; DI GALLO et al., 2002; EDLUND et al., 2002; WANG, 2007). O que não implica necessariamente abrir mão dos processos inventivos e lúdicos pleiteados nesses espaços de cuidado ou burocratizar os processos de cuidado, mas sim, talvez, considerar a inclusão de práticas destinadas a esclarecer e orientar a família sobre o tratamento que se está ofertando. Tentar traçar junto à família e usuários quais os resultados dialeticamente esperados e possíveis em cada fase do processo de tratamento.

Apesar da busca ativa e as visitas domiciliares serem recursos potentes e utilizados pelos profissionais do CAPSi, inexistem condutas específicas, sistemáticas e eficazes utilizadas pelos profissionais para resgatar os pacientes quando ocorrem faltas às consultas ou uma estratégia que vise buscar os pacientes que abandonaram, já que, mesmo a prática de busca ativa de alguns casos, não é necessariamente uma regra, como foi possível observar em dois dos casos aqui abordados.

Consoante Johnson et al. (2009), é difícil influenciar ou alterar experiências anteriores ao tratamento ou características familiares, como a monoparentalidade por exemplo e que pode ser muito relativo, mas é possível sim intervir sobre os aspectos que se articulam e dizem respeito às instituições, ao modelo de tratamento ofertado, à rede de serviços de saúde, bem como construir estratégias que visem prevenir a ocorrência do abandono em famílias que apresentam uma maior vulnerabilidade.

Segundo Amarante (1994, p. 40), o trabalho voltado para os “familiares deve levar em conta as dinâmicas das diferentes pessoas, diferentes famílias e diferentes culturas”, transformando, dessa forma, as instituições de saúde em um espaço social onde se permita a reprodução do sujeito, a produção de subjetividades, o exercício de ajuda mútua, de espaços de convivência, sociabilidade e solidariedade.

Nesse sentido, algumas estratégias têm sido apontadas em alguns estudos internacionais como possíveis para auxiliar a prevenção de abandono do tratamento de crianças e adolescentes, tais como: cartões de lembretes sobre os compromissos e novas consultas, contratos de tratamento, gerenciamento de casos clínicos (FIGURAS; STUART, 2000; HERINCKX, 1997), contatos telefônicos, grupos terapêuticos e educativos para familiares e encontros informativos sistemáticos com os pais durante a fase inicial do tratamento etc. (ROBIN; IRFAN, 2005). O recurso das visitas domiciliares e o apoio de agentes comunitários de saúde práticas preconizadas pela Política Nacional de Saúde Mental e

da Atenção Básica, também podem vir a ser recursos promissores na assistência de famílias mais vulneráveis.

Vale ressaltar que a qualidade das evoluções em prontuário, o número de casos, o viés de memória apresentado entre os Técnicos de Referência, bem como algumas dificuldades vivenciadas com o afastamento da coordenadora clínica durante a execução da pesquisa apresentada nesta dissertação possivelmente colaboraram para que os casos não fossem abordados com a profundidade desejada. Por conseguinte, apesar desses impasses, espera-se que este trabalho tenha fornecido dados iniciais relevantes sobre o assunto e que possa fomentar o interesse de profissionais, gestores e demais pesquisadores da área para a realização de novas pesquisas sobre o fenômeno do abandono do tratamento no CAPSi. Estudos que, por sua vez, contemplem um quantitativo mais abrangente de sujeitos, que incluam informações sobre aqueles que se mantiveram em tratamento e utilizem quando possível as crianças e adolescentes como fontes de informação.

Por fim, almejamos que essas reflexões favoreçam uma maior compreensão acerca da experiência do adoecimento que atravessa a história dos usuários e seus familiares, bem como com a implantação de práticas condizentes com a necessidade destes e com maiores probabilidades de fomentar a adoção de intervenções efetivas atenta aos motivos que levam ao abandono do tratamento de saúde mental.

REFERÊNCIAS

ALVES, P. C. A experiência da enfermidade: considerações teóricas. **Cad. Saúde Pública [online]**, Rio Janeiro, v. 9, n. 3, jul/set, 1993. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0102311X1993000300014&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 12 jan. 2014.

ALVES, F.; BÄCKSTRÖM, B. Lidar com a Doença Mental – a Pluralidade de Sistemas de Cuidados e de Itinerários Terapêuticos: análise comparativa de dois estudos efectuados junto de duas populações residentes em Portugal. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 543-557, 2012.

AMARANTE, P.; GIOVANELLA, L. O enfoque estratégico do planejamento em saúde mental. In: AMARANTE P (Org). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**, Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994.

ARMBRUSTER; KAZDIN, A. E. Attrition in child therapy. In: OLLENDICK, T. H; PRINZ, T. J. (Eds.). **Advances in clinical child psychology**, New York, v. 16, 1994.

ARNSTALDEN, A. L.; HOFFMANN, M C. C. L; MONTEIRO, Taciana, P. M. A política de saúde mental infanto-juvenil: seus percursos e desafios. In: RIBEIRO, Edith L; TANAKA, Oswaldo Y. (Orgs.). **Atenção em Saúde Mental para crianças e adolescentes no SUS**. São Paulo: Editora Hucitec, 2010. p. 33-45.

ASSIS, S.; AVANCI, J. Q.; PIRES, T.; OLIVEIRA, R. V. Necessidade e utilização de serviços de saúde mental infantil. In: RIBEIRO, Edith L; Tanaka, Oswaldo Y. (Orgs.). **Atenção em Saúde Mental para crianças e adolescentes no SUS**. São Paulo: Editora Hucitec, 2010. p. 93-108.

BELFER, M. L.; ROHDE, L. A. Child and adolescent mental health in Latin America and the Caribbean: problems, progress, and policy research. **Rev Panam Salud Publica [online]**. 2005, vol. 18, n. 4-5, p. 359-365. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v18n4-5/28098.pdf>>. Acesso em: 12 jan. 2013.

BELFER, M. L.; SAXENA, S. **Child Atlas project**. Lancet. World Health Organization: WHO - WHO, v. 367, p. 551-552, 2006.

BELFER, M. L. Child and adolescent mental disorders: the magnitude of the problem across the globe. **J Child Psychol Psychiatry**, Boston, v. 49, n. 3, mar. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Política Nacional de Humanização**. Brasília; 2013. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizaus_2004.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos**. Conselho Nacional do Ministério Público. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_psicossocial_crianças_adolescentes_sus.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. **Lei 10.216**, 6 de abril de 2001, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Presidência da República Casa Civil Subchefia para Assuntos Jurídicos. Brasília, DF. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm>. Acesso em: 12 jan. 2014.

_____. **Portaria nº 3088**, 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. MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL. Brasília, DF. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 12 jan. 2014.

BORDIN, I. A. S.; PAULA, C. S. Estudos populacionais sobre saúde mental de crianças e adolescentes brasileiros. In: MELLO, M. F, MELLO, A. A; KOHN, R, (Org). **Epidemiologia da saúde mental no Brasil**. São Paulo: Editora Art Med. 2006, p. 101-117.

BOTTLENDER, M.; SOYKA, M. Outpatient alcoholism treatment: predictors of outcome after 3 years. **Drug Alcohol Depend**, v. 1, n. 80, p. 83-9, out. 2005.

BROOK, M. Discharge Against Medical Advice From Inpatient Psychiatric Treatment: A Literature Review. **Psychiatric services**, v. 57, n. 8, ago. 2006.

CAMPOS, P. H. F.; SOARES, C. B. Representação da sobrecarga familiar e adesão aos serviços alternativos em saúde mental. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 11, n. 18, p. 219-237, dez. 2005.

CAVALHERI, S. C. Transformações do modelo assistencial em saúde mental e seu impacto na família. **Rev. bras. Enferm [online]**, v. 63, n.1, p. 51-57. CERVENY, C. M. O. A família como modelo: Desconstruindo a patologia. Campinas, SP: Livro Pleno. (2000). Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n1/v63n1a09.pdf>>. Acesso em: 12 jan. 2014.

CERVENY, C. M. O. (Org.). **Família e...** . São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

CLARO, L. B. L. et al. Adolescentes e suas relações com serviços de saúde: estudo transversal em escolares de Niterói. Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública [online]**, v.

22, n. 8, p. 1565-1574, 2006. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v22n8/05.pdf>>. Acesso em: 12 jan. 2014.

CHARMAZ, K. Loss of self: a fundamental form of suffering in the chronically ill. **Sociology of Health & Illness**, v. 5, p. 168–195, 1983.

COHEN, R. L, M. D.; RICHARDSON, Charles H. A Retrospective Study of Case Attrition in a Child Psychiatric Clinic. **Social psychiatry**, v. 5, n. 2, p. 77-83, abr. 1970.

CHINESA, M.; DRAHORAD, C.; LONGO, S. Early termination of treatment in personality disorder treated in a psychotherapy hospital: Quantitative and qualitative study. **The British Journal of Psychiatry**, v. 177, p. 107-111, 2000.

COUTO, M. C. V. **Novos desafios à reforma psiquiátrica brasileira**: Necessidade da construção de uma política pública de saúde mental para crianças e adolescentes. Brasília, Ministério da Saúde do Brasil. Cadernos de Textos de Apoio da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Belo Horizonte: Editora Autêntica/FHC-FUMEC, 2001.

COUTO, M. C. V.; DUARTE, C. S.; DELGADO, P. G. G. A saúde mental infantil na Saúde Pública brasileira: situação atual e desafios. **Rev. Bras. Psiquiatr**, São Paulo, v. 30, n. 4, p. 384-389, dez. 2008.

COLVERO, L. de A.; IDE, C. A. C; ROLIM, M. A. Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 38, n. 2, p. 197-205, 2004.

DALGALARRONDO, P. Relações entre duas dimensões fundamentais da vida: saúde mental e religião. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, Ed. 28, n. 3, p. 177- 190, 2006.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. (Editores). **Handbook of qualitative research**. 2 Ed. Thousand Oaks, Califórnia: Sage Publications, 2005.

DESLANDES, S. F.; BARCINSKI, M. Família Contemporânea e violência: significados e práticas de atendimento. In: TRAD, L.A.B. (org) Família Contemporânea e Saúde: **significados, práticas e políticas públicas**. RJ: FIOCRUZ, 2010, p. 291-309.

DIAMANTINO, R. **Internar ou cuidar**: investigando as dinâmicas familiares no contexto da Reforma Psiquiátrica em Salvador. (2010). Dissertação (Mestrado) - Instituto de Psicologia UFBA, Salvador, 2010.

DULMUS, C; WODARSKI, J. Assessment and effective treatments of child-hood psychopathology: Responsibilities and implications for practice. **Journal of Child and Adolescent Group Therapy**, v. 6, n. 2, p. 75-99, jun. 1996. .

EDLUND, M. J. et al. Dropping out of mental health treatment: patterns and predictors among epidemiological survey respondents in the United States and Ontario. **Am J Psychiatry**, v. 159, n. 5, p. 845-51, mai. 2002.

ESCOREL, S. et al. **Avaliação da implementação do Programa Saúde da Família em grandes centros urbanos**: relatório final de Manaus-AM. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.

ESPERIDIÃO, E. Assistência em saúde mental. A inserção da família na assistência psiquiátrica. **Revista Eletrônica de Enfermagem (online)**, Goiânia, v. 3, n. 1, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342011000500029&script=sci_arttext>. Acesso em: 12 jan. 2014.

FERREIRA, T. Sob o manto da deficiência. In: FERREIRA, Tânia (Org.). **A criança e a saúde mental - Enlaces entre a clínica e a política**. Belo Horizonte: Editora Autêntica, 2004.

FALAVINA, O. P.; CERQUEIRA, M. B. Saúde mental infanto-juvenil: Usuários e suas trajetórias de acesso aos serviços de saúde. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v. 10, n. 1, dez. 2008.

FUCIEC, M.; MOHR, S.; GARIN, C. Factors and motives associated with dropout in an ambulatory service for patients with psychotic disorders. **European Psychiatry**, v. 18, n. 4, p. 193-5, jun. 2003.

FURTADO, J. P.; ONOCKO – CAMPOS, R. A transposição das políticas de saúde mental no Brasil para a prática nos novos serviços. **Revista Latino Americana de Psicopatologia Fundamental**, v. 8, n. 1, p. 109-122, mar. 2005.

DI GALLO, A.; AMSLER, F.; BÜRGIN, D. Discontinuation of treatment in child and adolescent ambulatory psychiatric care in Basel: an evaluation within the scope of quality assurance. **Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr**, v. 51, n. 2, p. 92-102, fev. 2002.

DRUCKER, M.; GREENSON, R. The meaning of waiting for help. **The Reiss-Davis Clinic Bull**, v. 2, p. 97-103, 1965.

GARCIA, J. A.; WEISZ, J. R. When youth mental health care stops: therapeutic relationship problems and other reasons for ending youth outpatient treatment. **Source Department of Psychology, University of California**, Los Angeles, v. 70, n. 2, p. 439-443, abr. 2002.

GARLAND, A. F. et al. Racial and ethnic differences in utilization of mental health services among high-risk youths. **The American Journal of Psychiatry**, v. 162, n. 7, p. 1336–1343, 2005.

GEARING, R. E.; MIAN, I. A. An Approach to Maximizing Treatment Adherence of Children and Adolescents with Psychotic Disorders and Major Mood Disorders. **Can Child Adolesc Psychiatr Rev. PubMed**, v. 14, n. 4, p. 106-13, nov. 2005.

GERHARDT, T. E. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. **Cad Saúde Pública**, v. 22, n. 11, p. 2449-2463, 2006

GOFFMAN, E. **Estigma** - Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Tradução: Mathias Lambert. São Paulo: Sabotagem, 2004.

GONZALEZ, A. et al. Predictors of treatment attrition among an outpatient clinic sample of youths with clinically significant anxiety. **Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research**, v. 38, n. 5, p. 356–367, set. 2011.

GOODE, W. J. **A Família**. São Paulo: Livraria Pioneira Editora. 1970. 198 p

GOPALAN, G. et al. Engaging Families into Child Mental Health Treatment: Updates and Special Considerations. **Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry**, v. 19, n. 3, p. 182–196, 2010.

GOULD, M. S.; SHAFFER, D.; KAPLAN, D. The Characteristics of Dropouts from a Child Psychiatry Clinic. **Journal of the American Academy of Child Psychiatry**, v. 24, n. 3, p. 316-328, 1985.

HAAN, A. M. de. et al. A meta-analytic review on treatment dropout in child and adolescent outpatient mental health care. **Clinical Psychology Review**, v. 33, n. 5, p. 698–711, jul. 2013.

HARPAZ-ROTEM, I.; LESLIE D.; ROSENHECK, R. A. Treatment retention among children entering a new episode of mental health care. **Psychiatric Services**, v. 55, n. 9, p. 1022–1028, 2004.

HARPAZ-ROTEM, I. et al. Clinical epidemiology of urban violence: Responding to children exposed to violence in ten communities. **Journal of Interpersonal Violence**, v. 22, n. 11, p. 1479–1490, 2007.

ISERHARD, R.; FREITAS; C. S. C. Frequência do usuário e diagnóstico em um ambulatório de psiquiatria. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 42, n. 5, p. 273-277, jun. 1993.

JOHNSON, E.; MELLOR, D.; BRANN, P. Differences in dropout between diagnoses in child and adolescent mental health services. **Clinical Child Psychology and Psychiatry**, v. 13, n. 4, p. 515–530, 2008.

JOHNSON, L. D.; MELLOR, D.; BRANN, P. Factors associated with dropout and diagnoses in child and adolescent mental health services. **The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry**, School of Psychology, Deakin University, Burwood, Australia, v. 43, n. 5, p. 431-437, 2009.

YIN, R. K. Estudo de caso: **planejamento e métodos**. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

YOUNG, A. S. et al. Routine outcome monitoring in a public mental health system: the impact of patients who leave care. **Psychiatric Services**, v. 51, n. 1, p. 85-91, jan. 2000.

KAZDIN, A. E.; HOLLAND, L.; CROWLEY, M. Family experiences of barriers to treatment and premature termination from child therapy. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 65, p. 453–463, jun. 1997.

KAZDIN, A. E.; MAZURICK, J. L. Dropping out of child psychotherapy: distinguishing early and late dropouts over the course of treatment. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 62, n. 9, p. 1069–1074, out. 1994.

KERKORIAN, D.; MCKAY M.; BANNON, W. M. Seeking help a second time: Parents'/Caregivers' characterizations of previous experiences with mental health services for their children and perceptions of barriers to future use. **American Journal of Orthopsychiatry**, v. 76, p. 161–166, 2006.

MACKAY, M. M. et al. Multiple-family groups for urban children with conduct difficulties and their families. **Psychiatric Services**, v. 53, n. 11, p.1467–1468, 2002.

MOLL, M. F. et al. O abandono ao tratamento entre pacientes assistidos em um Centro de Atenção Psicossocial. **J Nurs Health**, Pelotas - RS, v. 2, n. 1, p. 18- 27, 2012.

MELMAN, J. **Família e doença mental**: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares. São Paulo: Escrituras, 2001.

MELO, A. P. S.; GUIMARÃES, M. D. C. Fatores associados ao abandono do tratamento psiquiátrico em um centro de referência em saúde mental em Belo Horizonte. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 27, n. 2, p. 113-118, 2005.

MIRANDA, L. **Projeto Terapêutico Individual**: a necessária disponibilidade para relações humanas. Mimeo, 2005.

MURRAY, C. J. L. "Rethinking DALYs." In: the Global Burden of Disease. C. J. L. Murray and A. D. Lopez (Ed.). Cambridge, MA: **Harvard University Press**, p. 1 -89. 1996a.

MURRAY, C. J. L.; LOPEZ, A. D. Evidence-Based Health Policy: Lessons from the Global Burden of Disease Study. **Science**, v. 1, p. 740–43, 1996b.

MURRAY, C. J. L.; LOPEZ, A. D, eds. **The Global Burden of Disease**: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020. Cambridge, MA, Harvard School of Public Health on behalf of the World Health Organization and the World Bank, Global Burden of Disease and Injury Series, v. I, 1996.

NAVARINI, V.; HIRDES, A. A família do portador de transtorno mental: identificando recursos adaptativos. **Texto contexto - enferm. [online]**. v. 17, n. 4, p. 680-688. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/08.pdf>>. Acesso em: 14 jan. 2015.

O'BRIEN, A.; FAHMY, R; SINGH, S. P. Disengagement from mental health services. A literature review. Division of Mental Health, St. George's University of London, **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol**, v. 44, n. 7, p. 558-68, 2008.

OLIVEIRA SEGUNDO, E. M. et al. A percepção da família que convive com pessoas portadoras de transtornos mentais. **Saúde Coletiva**, v. 8, n. 49, p. 93-98, 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório sobre a saúde no mundo. Saúde mental: nova concepção, nova esperança**. Genebra. 2001. Disponível em: <<http://www.abebe.org.br/wp-content/uploads/oms2001.pdf>>. Acesso em: 13 jan. 2013.

_____. **Caring for children and adolescents with mental disorders Setting WHO directions**. Genebra. 2003. Disponível em: <http://www.who.int/mental_health/media/en/785.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2013.

ONOCKO-CAMPOS, R. et al. **Pesquisa avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos da narratividade**. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008.

ONOCKO - CAMPOS, R. T. "Pesquisas em saúde mental: o desafio de pesquisar mudanças e inovações em um campo demarcado por questões ético-políticas [Research in mental health: the challenge of researching changes and innovations in a field demarcated by ethical and political issues]". **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 10, p. 2794-2794, 2013.

PATEL, V. Mental health in low- and middle-income countries. **British Medical Bulletin**, v. 81-82, n. 6, p. 81, 2007.

PAULA, C. S.; MIRANDA, C.T.; BORDIN, I.A.S. Saúde mental na infância e adolescência: revisão dos estudos epidemiológicos brasileiros. In: Lauridsen-Ribeiro, E.; Tanaka, O.Y. (Org.). **Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS**. São Paulo: Hucitec, 2010.

PELLERIN, K. et al. An examination of treatment completers and non-completers at a child and adolescent community mental health clinic. **Community Mental Health Journal**, v. 46, n. 3, p. 273 -81, 2010.

PERCUDANI, M. et al. Monitoring community psychiatric services in Italy: differences between patients who leave care and those who stay in treatment. **British Journal of Psychiatry**, v. 180, p. 254-259, mar. 2002.

PEREZ, R. G.; EZPELETA, L.; DOMENECH, J. M. Features associated with the non-participation and drop out by socially-at-risk children and adolescents in mental-health epidemiological studies: **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, v. 42, n.3, p. 251-258, 2007.

REIS, B. F.; BROWN, L. G. Reducing psychotherapy dropouts: Maximizing perspective convergence in the psychotherapy dyad. Psychotherapy. **American Psychological Association**, v. 36, n. 2, p. 123-136, 1999.

REMSCHMIDT, H.; BELFER, M. Mental health care for children and adolescents worldwide: a review. **World Psychiatry**, v. 4, n. 3, p. 147–153, out. 2005.

RIBEIRO, M. S. Fatores associados ao abandono de tratamento em saúde mental em uma unidade de nível secundário do Sistema Municipal de Saúde. **J. Bras. Psiquiatr [Online]**, São Paulo, v. 57, n.1, p. 16-22, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v57n1/v57n1a04.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2013.

ROBERT, H. E; YUDOFKY, S. C. **Tratado de Psiquiatria Clínica**. 4 Edição, Espanha. 2006.

ROBIN, E. G; IRFAN, A.; MIAN, M. D. An Approach to Maximizing Treatment Adherence of Children and Adolescents with Psychotic Disorders and Major Mood Disorders. **Adolesc Psychiatr Ver**, v. 14, n. 4, p. 106-113, nov. 2005.

ROSA, L. C. S. **Transtorno mental e o cuidado na família**. 3ª ed. São Paulo: Cortez, 2011.

RUTTER, M.; COHEN, K.; MAUGHAN, B. Continuities and discontinuities in psychopathology between childhood and adult life. **J Child Psychol Psychiatry**, v. 181, p. 331-338, out. 2002.

STAPLES, B.; BRAVENDER, T. Drug compliance in adolescents: assessing and managing modifiable risk factors. **Paediatr Drugs**, v. 4, p. 503-13, 2002.

SOALHEIRO, N. I. **Da experiência subjetiva à prática política**: a visão do usuário sobre si, sua condição, seus direitos. Tese (doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, 2003.

SOUZA, T. et al. Evaluation of adherence to treatment by patients seen in a psychosocial care center in northeastern Brazil. **Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences**, v. 47, n. 4, out./dez. 2011.

TAYLOR, L.; KAMINER, D.; HARDY, A. Risk factors for premature termination of treatment at a child and family mental health clinic. **University of Cape Town Published online**, v. 23, n. 2, dez. 2011.

TEHRANI, E.; KRUSSEL, J.; BORG, L.; JØRGENSEN.; MUNK, P. Dropping out of psychiatric treatment: a prospective study of a first-admission cohort. **Acta Psychiatr Scandvol**, v. 94, p. 266-271, 1996.

TEIXEIRA, M. R.; JUCÁ, V. J dos S. Caracterização dos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial infantojuvenil do município de Salvador (BA). **Revista de Psicologia**, Fortaleza, v. 5, n. 2, p. 70-84, jul./dez. 2014.

TUCKMAN; LAVELL. Attrition in Psychiatric Clinics for Children. **Public Health Reports**, v. 74, n. 4, abr. 1959.

VASTERS, G. P. **Trajetória dos adolescentes usuários de drogas de um serviço especializado**: do primeiro uso ao tratamento. Dissertação (Mestrado) - Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2009.

VELHO, G. Projeto, emoção e orientação em sociedades complexas. In: _____. **Individualismo e cultura**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1994. p. 15-37.

YOUNG, A. S. et al. Routine outcome monitoring in a public mental health system: the impact of patients who leave care. *Psychiatric Services*, v. 51, n. 1, p. 85-91, jan. 2000.

WANG, J. L. Mental health treatment dropout and its correlates in a general population sample. **Med Care**, v. 45, n. 3, p. 224-9, mar. 2007.

APÊNDICE A – ROTEIRO DE GRUPO FOCAL

Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva
Rua Basílio da Gama, s/nº 1º andar – Canela Salvador – Bahia - Brasil CEP 40110-040
TELEFAX (71)3336-0173 3283 -7397

Nomes dos participantes:

Categorias Profissionais:

Tempo de permanência no CAPSi:

Data da entrevista:

1. Fale um pouco sobre o percurso profissional de vocês e como tem sido a experiência de trabalhar no CAPSi?
2. No trabalho no CAPSi, o que tem sido mais gratificante, por um lado e, por outro, mais desafiador?
3. Acontecem casos de abandono do tratamento com recorrência neste serviço?
4. Como você (s) compreendem o abandono do tratamento de saúde mental no CAPSi?
5. Existe um consenso institucional sobre o que é o abandono do tratamento? (Observar ausência de uma definição para abandono de tratamento).
6. Que elementos vocês acreditam que contribuem para o abandono do tratamento nesse serviço?
7. Existe um protocolo ou uma conduta institucional diante das situações de abandono? (Observar deficiência organizacional; ausência de protocolos em caso de abandono ou estratégias de prevenção de abandono do tratamento, não reconhecimento da responsabilidade do profissional (equipe) na adesão).
8. Nos casos de abandono, o que vocês fazem? O que mais vocês pensam que poderia ser feito por vocês? E o que o serviço poderia fazer?
9. Como o serviço define o direcionamento clínico para a condução de cada caso? (Objetivos e estratégias utilizadas).
10. Existe algum momento que é compartilhado com os pais a condução do tratamento? (Observar comunicação inadequada e/ou insuficiente a respeito das estratégias e objetivos a serem alcançados).
11. O serviço dispõe de um grupo para pais e cuidadores? Há quanto tempo existe? Você poderia compartilhar qual o objetivo do grupo e sua forma de funcionamento?
12. Na opinião de vocês, o que poderia ser feito para evitar os casos de abandono?
13. Na opinião de vocês, quais as consequências em evitar o abandono?
14. Vocês poderiam indicar 12 casos de abandono? Por que eles são importantes?

GUIA COMPLEMENTAR

Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva
Rua Basílio da Gama, s/nº 1º andar – Canela Salvador – Bahia - Brasil CEP 40110-040
TELEFAX (71)3336-0173 3283 -7397

1. Vocês poderiam me contar sobre a história de (nome) desde a gravidez?
2. O que vocês (s) pensam sobre o que ocorre com o filho de vocês?
3. Quando vocês perceberam que havia algo errado?
4. Que idade ele tinha quando vocês procuraram ajuda? Qual local vocês procuraram?
5. Ele recebeu algum diagnóstico? Que idade ele tinha quando recebeu o diagnóstico? Como foi para a família receber o diagnóstico? Vocês lembram que especialista deu o diagnóstico (neurologista, psiquiatra, pediatra).
6. Foi explicado para vocês em que consiste o diagnóstico?
7. Ele faz uso de medicação? Em caso afirmativo, você poderia me informar o nome delas? O que você pensa sobre o uso dessas medicações?
8. Vocês têm dificuldade em adquirir as medicações?
9. Vocês tiveram alguma dificuldade com o uso da medicação?
10. Como vocês chegaram ao CAPSi?
11. Vocês participaram de alguma fila de espera para ingressar no CAPSi? Foi difícil acessar o serviço?
12. Que idade ele (a) tinha quando vocês iniciaram os atendimentos no CAPSi?
13. Frequentou outro serviço antes ou simultaneamente ao CAPSi (Sim/não).
14. Quem atuava como acompanhante dele em suas atividades no CAPSi? (Quantas pessoas desenvolviam essa função).
15. Quem na família está mais presente nos cuidados de (nome)? Esse cuidado é compartilhado?
16. Quando vocês iniciaram tratamento no CAPSi, foi discutido com vocês sobre o papel do CAPSi e como seria o tratamento?
17. Foi explicada a vocês as modalidades de atendimento no serviço? Vocês se recordam qual era?
18. Vocês se recordam de que atividades ele participou durante o período em que estiveram no CAPSi?

19. Ele teve atendimentos com o psiquiatra no CAPSi?
20. Vocês se lembram de receber visitas domiciliares durante o período que frequentaram o CAPSi?
21. Vocês se lembram se havia algum profissional que era responsável pelo acompanhamento direto de seu filho no CAPSi?
22. Algum profissional colaborou em especial para o cuidado do seu filho no CAPSi?
23. Ao longo do tempo em que vocês frequentaram o CAPSi ele teve muitas mudanças de profissionais em seu acompanhamento? (Rotatividade de pessoal/no caso).
24. Como foi para vocês a experiência de frequentar o CAPSi?
25. O serviço disponibilizava algum tipo de grupo terapêutico para pais e cuidadores?
26. Em caso afirmativo, vocês participavam?
27. Em caso negativo, qual era o impeditivo?
28. Vocês avaliam que seu filho (a) apresentou alguma melhora durante o período que frequentou o CAPSi? Se sim, qual?
29. Em caso negativo, por que vocês acreditam que ele não melhorou?
30. Por que vocês interromperam o acompanhamento no CAPSi?
31. Vocês se lembram durante quanto tempo vocês frequentaram o CAPSi?
32. Vocês comunicaram algum profissional ou serviço sobre a interrupção do tratamento? (Observar se Retirada precoce do esquema terapêutico.)
33. Após vocês deixarem de frequentar o CAPSi, o serviço entrou em contato por meio de contato telefônico ou de visita domiciliar?
34. Atualmente seu filho ou filha (a) frequenta algum serviço de saúde?
35. Se sim, por que você escolheu este serviço? Como você vê seu filho futuramente?

APÊNDICE C – ROTEIROS GUIA PARA ENTREVISTA COM TÉCNICOS DE REFERÊNCIA

ROTEIRO DE ENTREVISTA PROFISSIONAL

Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva
Rua Basílio da Gama, s/nº 1º andar – Canela Salvador – Bahia - Brasil CEP 40110-040
TELEFAX (71)3336-0173 3283 -7397

Nomes do entrevistado:
Nome do entrevistador:
Categoria Profissional:
Tempo de permanência no CAPSi
Data da entrevista:

1. Fale um pouco sobre o seu percurso profissional e como tem sido a experiência de trabalhar no CAPSi?
2. Segundo indicação dos pais do paciente X, você teve um papel importante no cuidado de seu filho (a), você poderia falar a respeito desse caso?
3. Você se recorda qual o PTS foi elaborado e por quê?
4. Como foi o relacionamento da família com o serviço durante sua permanência no CAPSi?
5. Quais foram os desafios e conquistas na condução desse caso?
6. Que elementos você entende que contribuíram para o abandono do tratamento?
7. O que você entende que poderia ter sido feito por você e pelo serviço para evitar o abandono do tratamento deste caso?
8. Que elementos você acredita que contribui para o abandono do tratamento nesse serviço?
9. Na sua opinião, o que poderia ser feito para evitar os casos de abandono?

APÊNDICE E - QUADROS DE CARACTERIZAÇÃO DOS CASOS, QUANTO A IDADE E TEMPO

Quadro 7 – caracterização dos sujeitos por critério de idade na admissão no CAPSi

Nome	Data de nascimento	Data de admissão	Idade na admissão	
			Anos	Meses
Pedro	21/09/1996	23/08/2013	16	11
Carlos	04/07/2003	13/08/2010	7	1
João	05/11/1998	20/01/2014	15	2

Fonte: elaborado pela autora

Quadro 8 – caracterização dos sujeitos por critério de tempo de frequência no CAPSi

Nome	Data de admissão	Data do último atendimento	Tempo de frequência no CAPSi	
			Anos	Meses
Pedro	23/08/2013	16/01/2014	0	4
Carlos	13/08/2010	17/10/2013	3	2
João	20/01/2014	11/08/2014	0	6

Fonte: elaborado pela autora

Quadro 9 – caracterização dos sujeitos por critério de idade durante último atendimento, quando abandonaram

Nome	Data de nascimento	Data do último atendimento	Idade quando abandonaram o CAPSi	
			Anos	Meses
Pedro	21/09/1996	16/01/2014	17	3
João	05/11/1998	11/08/2014	15	9
Carlos	04/07/2003	17/10/2013	10	3

Fonte: elaborado pela autora

Quadro 10 – caracterização dos sujeitos por critério de tempo de abandono

Nome	Data do último atendimento	Data da entrevista com a mãe	Tempo que abandonou	
			Anos	Meses
Pedro	16/01/2014	01/12/2014	0	10
João	11/08/2014	01/02/2015	0	5
Carlos	17/10/2013	28/12/2014	1	2

Fonte: elaborado pela autora

Quadro 11 – caracterização dos sujeitos por critério de idade

Nome	Data de nascimento	Data da entrevista com familiar	Idade atual	
			Anos	Meses
Pedro	21/09/1996	01/12/2014	18	2
João	05/11/1998	01/02/2015	16	2
Carlos	04/07/2003	28/12/2014	11	5

Fonte: elaborado pela autora

**APÊNDICE F – MODELO DE TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE
ESCLARECIDO**

Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva
Rua Basílio da Gama, s/nº 1º andar – Canela Salvador – Bahia - Brasil CEP 40110-040
TELEFAX (71)3336-0173 3283-7397 /7398189

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, por favor, assine ao final deste documento. Caso não concorde, você tem direito a se recusar a participar, não sendo penalizado (a) de forma alguma. Informações sobre a pesquisa:

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

TÍTULO DO PROJETO:

“O abandono do tratamento em saúde mental de um centro de atenção psicossocial para crianças e adolescentes do município de Salvador - BA”

PESQUISADORA PRINCIPAL: Raquel Malheiros Teixeira M da Paz
TELEFONE PARA CONTATO: (71) 92381183

ESTA PESQUISA TEM POR OBJETIVO: analisar os elementos relacionados ao abandono do tratamento em um Centro de Atenção Psicossocial para crianças e adolescentes, considerando as experiências de adoecimento e de cuidado construídas pelos usuários e familiares em sua busca por tratamento de saúde mental

Caso aceite participar deste estudo, será solicitado que você narre sobre o processo de adoecimento de seu familiar e os sobre os motivos que levaram ao abandono do tratamento.

Destacamos que este estudo contempla todos os requisitos éticos previstos na legislação atual e enfatizamos o nosso compromisso em disponibilizar para você os dados gerados com base em sua contribuição, bem como os resultados finais do trabalho. Esta pesquisa é relevante ao possibilitar discutir um tema de grande importância para a área da saúde pública que é o abandono o tratamento em saúde metal através da voz dos sujeitos acometidos pela doença, mostrando a sua realidade e trajetória. Ao final desse processo, buscamos ter um material que possibilite a estudantes, profissionais de saúde e gestores, conhecer elementos envolvidos no abandono do tratamento em saúde mental de crianças e adolescentes.

Lembramos que esta pesquisa não oferece riscos, prejuízos ou desconforto às pessoas que aceitarem participar, que você não terá despesas e não receberá dinheiro por contribuir a este estudo. Esclarecemos ainda que você é livre para interromper a sua participação a qualquer momento, sem precisar justificar sua decisão nem ter qualquer tipo de prejuízo. Os resultados deste trabalho serão usados exclusivamente para fins de pesquisa acadêmica, podendo ser posteriormente publicados em revista científica. Asseguramos que seu nome e qualquer informação que possa diretamente identificá-lo não serão divulgados, sendo a sua identidade preservada. Agradeço sua atenção e, se estiver de acordo em participar do estudo, assine no espaço abaixo indicando seu consentimento. Você receberá uma cópia deste termo com as informações acima indicadas e os contatos da pesquisadora responsável pelo trabalho.

Consentimento Pós-Informação

Eu, _____, fui informado sobre o que o pesquisador quer fazer e porque precisa da minha colaboração, e entendi a explicação. Por isso, eu concordo em participar do projeto, sabendo que não vou ganhar nada e que posso sair quando quiser. Este documento é emitido em duas vias que serão ambas assinadas por mim e pelo pesquisador, ficando uma via com cada um de nós.

Para maiores informações pode entrar em contato com a pesquisadora Raquel Malheiros Teixeira, Fone: (71) 92381183 (71) 30129165. Rua Rodolfo Pimentel, Daniel Lisboa – Salvador- Ba e-mail: raquellmalheiros@hotmail.com

Assinatura do participante

Data: ___/___/____

Assinatura do Pesquisador Responsável