

**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ
ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO PARANÁ**

JHENIFER GEISA BURNAGUI

**ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO NA SAÚDE MENTAL: PERCEPÇÕES DE
TRABALHADORES DE UM CAPSII**

CURITIBA - PR

2020

JHENIFER GEISA BURNAGUI

**ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO NA SAÚDE MENTAL: PERCEPÇÕES DE
TRABALHADORES DE UM CAPSII**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado ao Curso de Especialização em Saúde Mental da Escola de Saúde Pública do Paraná/Secretaria de Estado da Saúde como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

Prof^ª. Orientadora: **Denise de Castro**

CURITIBA - PR

2020

FOLHA DE APROVAÇÃO

CURITIBA, 23 DE FEVEREIRO DE 2020

O trabalho intitulado **ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO NA SAÚDE MENTAL: PERCEPÇÕES DE TRABALHADORES DE UM CAPSII** de autoria da aluna **JHENIFER GEISA BURNAGUI** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Saúde Mental.

Prof. Ms. Denise de Castro
Orientadora do TCR

Prof. Ms. Flavia Caroline Figel
Avaliadora da Instituição

Prof. Dra. Giseli Cipriano Rodacoski
Avaliadora Externo

“A normalidade é uma estrada
pavimentada: confortável para caminhar,
mas nunca crescerão flores nela”
Vincent Van Gogh

SUMÁRIO

| | |
|---|--------------|
| 1 INTRODUÇÃO..... | p. 07 |
| 1.1 TEMA..... | p. 07 |
| 1.2 PROBLEMA..... | p. 08 |
| 1.3 JUSTIFICATIVA..... | p. 08 |
| 1.4 OBJETIVOS..... | p. 09 |
| 1.4.1 OBJETIVO GERAL..... | p. 09 |
| 1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS..... | p. 09 |
| 2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA..... | p. 10 |
| 2.1 DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DE SAÚDE..... | p. 10 |
| 2.1.1 PERFIL SOCIOECONÔMICO E DEMOGRÁFICO DO TERRITÓRIO. p. 10 | |
| 2.1.2 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA POPULAÇÃO..... | p. 11 |
| 2.1.3 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO EM SAÚDE MENTAL..... | p. 12 |
| 2.1.4 ESTRUTURA DE SAÚDE EXISTENTE..... | p. 12 |
| 2.1.5 DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO DE SAÚDE..... | p. 13 |
| 2.2 HISTÓRICO NACIONAL DA SAÚDE MENTAL..... | p. 16 |
| 3 ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS..... | p. 18 |
| 3.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA..... | p. 18 |
| 3.2 PARTICIPANTES DA PESQUISA..... | p. 18 |
| 3.3 INSTRUMENTOS..... | p. 18 |
| 3.4 PROCEDIMENTOS..... | p. 19 |
| 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO..... | p. 20 |
| 4.1 RESULTADOS..... | p. 20 |
| 4.2 DISCUSSÃO..... | p. 23 |
| 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | p. 26 |
| REFERÊNCIAS..... | p. 27 |
| APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO COLETA DE DADOS..... | p. 30 |
| APÊNDICE B – TCLE..... | p. 31 |

RESUMO

A atual Rede de Atenção Psicossocial, principal política de atenção à Saúde Mental de nosso país, preconiza ações de reabilitação psicossocial pautadas na reinserção social das pessoas em sofrimento mental, destacando a importância das práticas territoriais e de articulação entre serviços de saúde, assistência social, cultura, lazer, entre outros. O acompanhamento terapêutico traduz-se como uma prática profissional que visa o desenvolvimento de ações territoriais fornecendo suporte próximo à pessoa em sofrimento psíquico, aumentando, assim, a possibilidade de efetividade das propostas terapêuticas no tocante à reinserção social. Buscou-se com este estudo analisar o entendimento de profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial da região metropolitana de Curitiba sobre a prática do acompanhamento terapêutico e sua inserção nas devidas rotinas de trabalho. A fim de atingirem-se os objetivos propostos, foi utilizada a metodologia de pesquisa qualitativa de cunho exploratório-descritiva. Evidenciou-se com este estudo que há fragilidade conceitual e de aplicabilidade prática do acompanhamento terapêutico, com destaque à necessidade de multiplicarem-se as ações de Educação Permanente em Saúde, possibilitando momentos de trocas entre os membros das equipes de saúde e formações que deem suporte para transformações nas práticas profissionais. Assim, considera-se de suma relevância a realização de mais pesquisas e divulgações científicas que abordem a temática supracitada.

1 INTRODUÇÃO

1.1 TEMA

A presente pesquisa aborda inicialmente o Diagnóstico Situacional da cidade de Pinhais – PR, situada na Região Metropolitana de Curitiba, e do Centro de Atenção Psicossocial II de Pinhais, espaços que se constituíram como campo de intervenção da pesquisadora. Para situar o leitor, assume-se aqui o território geográfico como espaço de construção de vida, o local em que os sujeitos transitam, tecem suas relações afetivas, sociais e culturais, assume-se também este território como espaço propulsor de saúde e /ou doença, e o espaço em que são constituídas as relações entre redes de trabalho intra e intersetoriais.

Seguidamente, apresenta-se sobre o campo da saúde mental, com breve aporte teórico sobre a Reforma Psiquiátrica Brasileira e seus desdobramentos, que destacaram as práticas territoriais nos processos de reinserção social, com enfoque dado na prática do Acompanhamento Terapêutico (AT).

O Acompanhamento Terapêutico proporciona o rompimento dos limites institucionais, tendo a cidade e a vida cotidiana dos usuários como campo de atuação. No acompanhamento terapêutico há a possibilidade de atuar junto das atividades de vida diária e instrumentais, atividades de lazer, de participação social, do contexto familiar, entre outras, construindo de maneira compartilhada com o usuário novos espaços de pertencimento e ressignificando o sentido de “existir”. (FERRO et al, 2018).

Neste sentido, o AT demonstra-se como uma prática que favorece a efetivação dos tratamentos propostos através de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) nos serviços de saúde mental. Vale destacar que o PTS “é um instrumento de organização e sistematização do cuidado construído entre equipe de saúde e usuário, considerando singularidades do sujeito e a complexidade de cada caso” (BRASIL, 2009, p.36-37). É através do PTS que são traçados os objetivos do tratamento de cada usuário, suas metas de vida e de inserção social, bem como as estratégias para atingi-los, sempre construído com o usuário, que é participante ativo e corresponsável no processo terapêutico. (BRASIL, 2009).

Assim sendo, para a efetivação do AT nas práticas dos serviços de saúde, faz-se deveras importante que haja a compreensão uniforme entre as equipes quanto ao conceito desta prática e as possibilidades de inserção dela nos cotidianos do trabalho em equipe, visando maiores possibilidades de efetivação dos projetos terapêuticos singulares dos usuários. Portanto, nesta pesquisa buscou-se descrever e analisar os entendimentos quanto ao conceito da prática do Acompanhamento Terapêutico e sua aplicabilidade na rotina de trabalho da equipe multiprofissional do CAPSII de Pinhais – PR.

1.2 PROBLEMA

A situação problema norteadora deste manuscrito é a fragilidade da prática do acompanhamento terapêutico como uma das estratégias de efetivação do PTS dos usuários inseridos no CAPSII de Pinhais – PR.

Esta fragilidade foi acompanhada pela pesquisadora durante o período de construção do diagnóstico situacional e fundamentação teórico-prática, parte da vivência inicial da Residência Multiprofissional em Saúde Mental (ESPP/SESA/PR), no qual foram realizadas intervenções seguindo as agendas de atendimentos e o funcionamento institucional, somadas ao deslocamento da clínica (rígida em seu espaço físico) para a atuação como acompanhante terapêutica.

1.3 JUSTIFICATIVA

A situação problema acima descrita resulta em uma barreira para a efetivação do tratamento proposto pela equipe de saúde do CAPSII de Pinhais, através do Projeto Terapêutico Singular (PTS) dos usuários.

Portanto, uma vez que para os profissionais alterarem suas rotinas e instituírem novas práticas, que possam impactar positivamente nas vidas dos usuários, necessitam conhecer e se apropriar dessas práticas, justifica-se esta pesquisa com a proposta de investigar acerca do conhecimento dos profissionais do CAPSII de Pinhais sobre o acompanhamento terapêutico, bem como o entendimento de seu conceito e a implicação em suas rotinas profissionais, e, ainda, propor estratégias para a efetivação da prática no AT no contexto pesquisado.

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 OBJETIVO GERAL

Descrever e analisar os entendimentos quanto ao conceito da prática do Acompanhamento Terapêutico e sua aplicabilidade na rotina de trabalho da equipe multiprofissional do CAPSII de Pinhais – PR.

1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Coletar informações quanto às percepções individuais de cada profissional no CAPSII de Pinhais sobre a prática do AT, conceitual e aplicada às suas rotinas de trabalho;
- Analisar as informações coletadas, correlacionando-as com material científico publicado na temática;
- Propor estratégias para a efetivação da prática do AT no CAPSII de Pinhais.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DE SAÚDE

2.1.1 PERFIL SOCIOECONÔMICO E DEMOGRÁFICO DO TERRITÓRIO

O município de Pinhais, localizado no estado do Paraná, encontra-se na Microrregião de Curitiba e na Mesorregião Metropolitana de Curitiba. (PNUD, 2013). Sua população, no Censo de 2010, realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), era de 117.008 pessoas e, em 2018, foi estimada em 130.789 - sendo 48,55% da população residente masculina e 51,45% feminina (PNUD, 2013) -, tendo sua densidade demográfica em 1.922,42 hab/km² (IBGE, 2010). Segundo o Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social (IPARDES) a área territorial do município é estimada em 61,137 km², sendo o menor município do Estado em extensão territorial, e localizado à 8,9 km de distância da capital Curitiba.

Entre seus limites territoriais estão os municípios de Curitiba, Colombo, São José dos Pinhais, Campina Grande do Sul, Quatro Barras e Piraquara. Pinhais não é subdividida em distritos, sendo composta por 15 bairros. Segundo o Plano Municipal de Saúde de Pinhais, a cidade “possui a 12^a maior arrecadação do Paraná. Dona de um vasto polo industrial, com aproximadamente 11 mil empresas, se destaca principalmente na indústria de metal mecânica, plásticos e prestação de serviços.” (2018, p. 20).

Pinhais possui um IDHM de 0,751 (IBGE, 2010), que é considerado alto. O número de domicílios particulares permanentes, segundo a condição de ocupação é composto por 26.287 domicílios próprios, 6.725 alugados, 2.392 cedidos e 128 em outra condição, totalizando 35.532 domicílios. Quanto a outras características, 35.448 possuem abastecimento de água (água canalizada), 35.454 contam com esgotamento sanitário (banheiro ou sanitário), 35.520 com destino do lixo (Coletado) e 35.527 possuem energia elétrica. A renda média domiciliar per capita é 845,36 e o Índice de Gini da Renda Domiciliar per Capita é de 0,5082. Em relação ao trabalho, considerando os maiores de 18 anos, 71,5% são economicamente ativos ocupados, 24,4%

economicamente inativa e 4,1% economicamente ativos desocupados (IPARDES, 2019).

No que diz respeito às vulnerabilidades do município, existem 2,79% crianças de 6 a 14 fora da escola; 3,77% de pessoas de 15 a 24 anos que não estudam, não trabalham e são vulneráveis; 1,72% de mulheres de 10 a 17 anos que tiveram filhos; 14,76% de mães chefes de família sem fundamental e com filho menor; 0,83% de crianças extremamente pobres; 11,94% de pessoas vulneráveis à pobreza; e 25,19% de pessoas de 18 anos ou mais sem fundamental completo e em ocupação informal (PINHAIS, 2018). E, em relação aos aspectos culturais, o município conta com 1 biblioteca pública municipal, 1 anfiteatro, 1 arquivo, 5 auditórios, 2 bibliotecas, 3 centros culturais/casas de cultura, 1 concha acústica, 1 museu e 2 outros espaços, totalizando 16 equipamentos culturais (IPARDES, 2019).

2.1.2 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA POPULAÇÃO

A taxa bruta de natalidade de Pinhais é de 16,7% por mil habitantes, demonstradas nos anos de 2012 a 2016, segundo o Plano Municipal de Saúde de Pinhais (2018). Essa taxa bruta de natalidade se mantém estável e se encontra acima da média estadual e nacional (PINHAIS, 2018).

Pinhais nos anos de 2012 a 2016 notificou 420 casos de AIDS, sendo dois deles, em menores de 5 anos; nos casos de intoxicação exógena, foram cerca de 393 notificações; a doença de sífilis teve cerca de 352 casos notificados, sendo eles 186 de sífilis adquirida, 40 congênita e 125 em gestantes; e a tuberculose pulmonar teve aproximadamente 153 notificações (PINHAIS, 2018).

O Plano Municipal de Saúde de Pinhais apresenta dados do Ministério da Saúde, que, em 2013, demonstravam a diabetes mellitus (DM) e a hipertensão arterial sistêmica (HAS), como doenças mais prevalentes e com maior relevância na população brasileira, entre outras (PINHAIS, 2018). Ainda no Plano Municipal de Saúde de Pinhais são apresentados dados sobre a prevalência de hipertensos e diabéticos do município, que se encontram cadastrados no programa chamado de Hiperdia, e que atinge cerca

de 17,6% da população, sendo esse percentual dividido em: 13,84% de usuários hipertensos e 3,76% diabéticos (PINHAIS, 2018).

O Plano Municipal de Saúde (2018) apresenta, também, que a taxa de mortalidade infantil apresentou um declínio importante no período dos anos de 2012 a 2015, porém em 2016, houve um aumento de cerca de 3,2 pontos se comparada ao ano anterior. As causas de mortalidade geral da população no município de Pinhais no período de 2012 a 2016, tem como principal causa doenças do aparelho circulatório, que correspondem a 24,32% do total de óbitos, seguida das neoplasias que respondem por 18,07% dos casos.

Segundo o IPARDES (2019), no ranking geral com relação a óbitos de acordo com os tipos de doenças, em 2018, as doenças do aparelho circulatório são as mais prevalentes no município de Pinhais, com 208 óbitos, e, em seguida, aparecem as neoplasias (tumores) com 143 óbitos, mortes por causas externas somam 73 e aparecem em terceiro lugar, tendo-se um total de 733 óbitos nesse ano.

2.1.3 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO EM SAÚDE MENTAL

De acordo com o Plano Municipal de Saúde de Pinhais (2018), no ano de 2016, ocorreram cerca de 11,2 óbitos por transtornos mentais ou comportamentais. Já em 2018, segundo o IPARDES (2019), foram cerca de 15 óbitos.

No que se diz respeito aos motivos de internação, no ano de 2016, foram 817 casos decorrentes de transtornos mentais e comportamentais, sendo distribuídos por faixa etária, com predominância na faixa etária de 20 a 49 anos (491 casos). (PINHAIS, 2018). Com relação aos internamentos por lesões auto provocadas voluntariamente, foram notificados apenas dois, entre as faixas etárias de 10 a 14 anos, e 30 a 39 anos (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE, 2018). Uma questão emergente no município e vinculada à saúde mental têm sido os acumuladores compulsivos de objetos e animais, os quais somam aproximadamente 80 casos (Diário de Campo, 2019).

2.1.4 ESTRUTURA DE SAÚDE EXISTENTE

Pinhais pertence à 2ª Regional de Saúde do Paraná, localizada na Macrorregião Leste, e de acordo com informações do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e do Plano Municipal de Saúde de Pinhais (2018), na Atenção Básica o município possui 11 Unidades de Saúde da Família, divididas em duas regionais: Regional 01: USF Ana Nery, USF Emiliano Pernetá, USF Jardim Karla, USF Perdizes, USF Tebas, USF Vila Amélia e Regional 02: USF Esplanada, USF Maria Antonieta, USF Tarumã, USF Vargem Grande, USF Weissópolis, totalizando 22 equipes de Saúde da Família.

Na Atenção Especializada, Pinhais conta com uma Unidade de Saúde da Mulher, um Centro de Controle de Agravos (CCA), um Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II), um Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas (CAPSad), um Serviço de Radiologia e Eletrocardiograma; 09 clínicas conveniadas ao SUS para prestação de serviço; três clínicas de fisioterapia; cinco clínicas credenciadas, sendo uma de ortopedia, uma de psiquiatria, uma de odontologia especializada, duas clínicas de tomografia computadorizada; uma Unidade de Pronto-Atendimento (UPA). Existe também um centro municipal de especialidades, no qual são prestados serviços de psiquiatria, fonoaudiologia, psicologia, fisioterapia, entre outros.

E na Atenção Hospitalar, a cidade conta com três hospitais para atendimento à população sendo: Hospital Geral Municipal, Hospital Municipal Nossa Senhora da Luz dos Pinhais e Hospital Psiquiátrico Estadual Adauto Botelho.

2.1.5 DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO DE SAÚDE

De acordo com a cartilha “Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como lugares da Atenção Psicossocial nos territórios.”, do Ministério da Saúde (MS), os CAPS são serviços comunitários, abertos e que atuam de maneira interdisciplinar junto à população em sofrimento psíquico ou com transtornos mentais, tanto em situações de agudização dos sintomas, quando nos processos de reabilitação psicossocial. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

Os CAPS estão inseridos em locais estratégicos dos territórios, e são os equipamentos fundamentais para a articulação da Rede de Atenção Psicossocial

(RAPS). (MS, 2015). Na atuação com os usuários, os CAPS devem primar pela emancipação e autonomia dos sujeitos, bem como promover a vida comunitária e (re)inserção em locais geradores de saúde (sejam eles: trabalho formal, centros de espiritualidade, centros de convivência, empreendimentos solidários, centros culturais, entre outros). (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

O CAPS II é preconizado pelo Ministério da Saúde (2015, p.18) como o equipamento que

“atende prioritariamente pessoas em intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de 70 mil habitantes.”

No Plano Municipal de Saúde de Pinhais (2018-2021) estão descritas as atividades desenvolvidas no CAPSII do município, quanto às modalidades de atendimento são pontuados:

Grupos e oficinas terapêuticas: os grupos terapêuticos e as oficinas buscam potencializar as trocas dialógicas, o compartilhamento de experiências e a melhoria na adaptação ao modo de vida individual e coletiva.

Atendimentos individuais: consistem em uma escuta especial, focada e personalizada de acordo com a necessidade individual de cada paciente, a fim de estimular a reflexão no sujeito, dando o apoio para que pense, reveja, evolua, aprofunde as suas situações e questões que são significativas para o processo de desenvolvimento de seu tratamento. (PINHAIS, 2018, p.104-105).

Quanto à atenção integral em saúde, o conhecimento de seu ambiente e contexto de vida, podem ser realizadas as visitas domiciliares, que são abordadas como:

[...] um instrumento importante para conhecer mais de perto a realidade do indivíduo e de seus familiares e, também para aquelas pessoas que não buscam o serviço, mas precisam de tratamento, ou que estão inseridas e deixaram de comparecer. Através da visita amplia-se a compreensão do motivo das ausências e é oferecida forma de retorno do usuário ao tratamento, ou é realizado encaminhamento ao serviço que mais se adapta a sua situação. (PINHAIS, 2018, p.104-105).

Sobre o PTS dos usuários, é abordado no Plano Municipal de Saúde que este “deve ser reavaliado com frequência para identificar se os objetivos definidos

inicialmente estão sendo alcançados, como também elaborar novas estratégias de tratamento, quando necessário” (PINHAIS, 2018, p.104-105).

O CAPSII conta, ainda, com atendimento aos familiares de seus usuários, que é realizado através de “Reuniões de Famílias”, com frequência mensal e que além de “estimular a adesão e oferecer informações sobre o tratamento”, têm como objetivos: “manter contato permanente com os familiares, discutir o caso de cada um em grupo, possibilitar troca de experiências e reflexões sobre o pensar e o agir da família com os usuários, reorganizar as rotinas familiares”. (PINHAIS, 2018, p.104-105).

É realizada, também, no CAPSII de Pinhais, a busca ativa dos usuários, uma vez que “por diversas questões eles podem deixar de comparecer [ao tratamento] e quando isso ocorre, sem o conhecimento antecipado da equipe técnica, os profissionais buscam inicialmente via contato telefônico o retorno do usuário”. (PINHAIS, 2018, p.104-105). Por fim, podem ser realizados encaminhamentos para outros equipamentos da rede municipal, como “para atenção em regime integral (internamento) quando necessário, USF, CRAS, CREAS, Centro de Convivência do Idoso (CCI), Centro Cultural, Academias de Esporte e Lazer, e outros serviços que se mostrem necessários e que estejam disponíveis no território”. (PINHAIS, 2018, p.104-105).

Ao chegar no CAPSII de Pinhais, os usuários passam por um acolhimento inicial (ou reacolhimento), o qual é realizado por um profissional que compõe a equipe técnica (de acordo com a escala do serviço), este profissional tem autonomia para decidir se o usuário acolhido possui critérios para inserção (imediate ou não).

Os usuários que não possuem critérios para inserção imediata são referenciados para a devida Unidade de Saúde da Família (na maior parte dos casos, com indicação para encaminhamento ao ambulatório de psicologia e/ou psiquiatria do município). Os usuários que possuem critérios para inserção (imediate ou não) passam pelo processo de avaliação com os outros profissionais da equipe técnica, nas quais serão avaliadas as especificidades de cada núcleo de saber.

Após o processo de avaliação, os casos são discutidos em reunião de equipe para definição de regime de tratamento (de acordo com a necessidade do usuário) e marcação de atendimento conjunto com a equipe, usuário e familiares para elaboração de Projeto Terapêutico Singular (PTS).

No atendimento do PTS são avaliadas possibilidades para (re) inserção do usuário em espaços promotores de saúde e qualidade de vida, em conjunto com o usuário e seus familiares. É neste momento também que são realizados combinados quanto à vida do usuário, sua contratualidade territorial, quanto ao regime de tratamento (quando há necessidade de aumento/diminuição do regime) e quanto ao processo de alta melhorada.

De acordo com as vivências no equipamento e com as coletas realizadas com os profissionais, sabe-se que o CAPSII de Pinhais atende a demanda do município, com aproximadamente 130 pessoas inseridas em tratamento e 25 em processo de avaliação (DIÁRIO DE CAMPO, 2019). Pessoas de ambos os gêneros são atendidas, com prevalência de usuárias do sexo feminino, e, também empiricamente, nota-se maior incidência de pessoas diagnosticadas com esquizofrenias, transtornos afetivos bipolares e transtornos de humor (DIÁRIO DE CAMPO, 2019).

2.2 HISTÓRICO NACIONAL DA SAÚDE MENTAL

No Brasil, a história da Saúde Mental é marcada pelo movimento da Reforma Psiquiátrica, que é considerado na literatura do campo como um “Processo Social Complexo”, ou seja, um movimento dinâmico, composto por diversos atores e que representa mudanças em diferentes esferas: social, institucional, conceitual, teórica, prática, etc. (YASUI; BAZAGHI, 2018; AMARANTE; TORRE, 2017).

Nas últimas décadas, o processo de reforma psiquiátrica no Brasil tem sido uma das mais importantes políticas de saúde mental e inclusão da diferença do mundo. E pode ser considerado ainda um dos mais importantes movimentos de defesa dos direitos humanos no país, com transformações nos modos de tratamento e cuidado da loucura e nas formas de participação social e política dos sujeitos em sofrimento mental (AMARANTE; TORRE, 2018, p. 1091).

No âmbito das políticas públicas, o campo da Saúde Mental é marcado por conquistas que reafirmam a importância do movimento da Reforma Psiquiátrica, valendo destacar dentre os marcos legais: a) a lei nº. 10.216/2001, conhecida como a “lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira”, que “dispõe sobre a proteção e os direitos das

pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” (BRASIL, 2001); b) a portaria 336/2002, que “dispõe sobre os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, para atendimento público em saúde mental [...]” (BRASIL, 2002); e c) a portaria 3088/2011, atualmente consolidada na Portaria de Consolidação nº. 03/2017, que “institui a Rede de Atenção Psicossocial – RAPS no âmbito do SUS [...]” (BRASIL, 2011).

A partir destes marcos regulatórios, as práticas em Saúde Mental passam, também e cada vez mais, a serem repensadas, de maneira a garantir atenção integral ao usuário e a ressignificar o papel social da “loucura”, inserindo as práticas de base territorial nos cotidianos dos serviços de Saúde Mental. (FERRO et al, 2018; CUNHA; PIO; RACCIONI, 2017).

É neste contexto que se insere o Acompanhamento Terapêutico (AT), que é descrito por Pitiá e Furegato (2009, p. 73) como

um tipo de atendimento clínico que se caracteriza pela prática de saídas pela cidade, ou estar ao lado da pessoa em dificuldades psicossociais com a intenção de se montar um guia terapêutico que possa articulá-la novamente na circulação social, por meio de ações sustentadas numa relação de vizinhança do acompanhante com o sujeito e suas limitações, dentro do seu contexto histórico.

A prática do acompanhamento terapêutico pode, assim, demonstrar-se como forte aliada do processo de tratamento nos Centros de Atenção Psicossociais (CAPS), uma vez que fornece subsídios sólidos para a estruturação de Projetos Terapêuticos Singulares que contemplem atuações mais amplas nos cotidianos dos sujeitos. (FERRO et al, 2018). Destaca-se que os profissionais que atuam como acompanhantes terapêuticos não necessitam de formação específica para tal atuação, e não se trata de uma prática privativa de nenhuma categoria profissional (CUNHA; PIO; RACCIONI, 2017).

3 ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS

3.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

A pesquisa constituiu-se pela abordagem qualitativa, de cunho exploratório-descritiva, que se propõe a descrever características relacionadas com a população pesquisada, utilizando técnicas específicas para a coleta de dados. (SILVA, 2009). Foi utilizado um questionário autoaplicado para coleta de dados. Esta pesquisa é vinculada ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental da Escola de Saúde Pública do Paraná (ESPP/SESA – PR), e foi realizada no período de julho a outubro de 2020.

3.2 PARTICIPANTES DA PESQUISA

A amostra constituiu-se por conveniência, com um total de 10 profissionais da equipe do CAPSII de um município da região metropolitana de Curitiba. Foram critérios para inclusão na pesquisa: ser profissional da equipe técnica do CAPSII e manter contato direto com os usuários do serviço (nos níveis de formação: médio, médio-técnico e superior). Foram excluídos da pesquisa profissionais que não se enquadraram nos critérios de inclusão, os que não aceitaram participar e os profissionais residentes em Saúde Mental.

As categorias profissionais dos participantes foram: terapeuta ocupacional (1), psicólogas (3), médico psiquiatra (1), enfermeira (1), técnica de enfermagem (1), auxiliares de enfermagem (2) e assistente social (1).

3.3 INSTRUMENTO

A coleta de dados foi realizada por meio de um questionário autoaplicado, com sete questões abertas sobre Acompanhamento Terapêutico na prática clínica dos usuários.

A primeira questão dizia respeito ao entendimento dos participantes quanto ao AT. As questões dois e três referiam-se a prática clínica dos profissionais e suas

experiências como e com acompanhantes terapêuticos. As questões quatro, cinco e seis trataram sobre a inserção do AT na prática clínica dos profissionais, bem como as implicações nos projetos terapêuticos dos usuários e as potencialidades e barreiras da inserção do AT. E, por fim, a questão sete visou levantar a demanda por matérias técnico-científicas sobre AT na Saúde mental e o interesse dos profissionais em receber estes materiais.

3.4 PROCEDIMENTOS

A pesquisa foi realizada após a aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital do Trabalhador – SES/PR, sob protocolo CAEE número 32117620.0.0000.5225.

Os participantes da pesquisa foram contatados diretamente em reunião de equipe do CAPSII coparticipante, momento no qual receberam envelopes individuais contidos pelo questionário e pelo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias. Todos os participantes realizaram a devolutiva dos envelopes contendo os questionários respondidos e uma via do TCLE assinado diretamente a uma das pesquisadoras.

A organização dos dados coletados foi realizada de maneira em que cada questão gerou uma planilha de respostas, permitindo a realização de leitura exploratória do material. Para a exploração e análise das respostas dos participantes foi utilizada a análise hermenêutico-dialética, que possibilita refletir, interpretar e explicar os discursos e correlacioná-los com o contexto em que a população pesquisada está inserida (MINAYO, 2000).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 RESULTADOS

Os resultados são apresentados conforme a ordem das perguntas do questionário, em eixos que englobam: o entendimento dos participantes sobre o acompanhamento terapêutico (AT); a prática clínica dos profissionais e suas experiências como e com acompanhantes terapêuticos; a inserção do AT na prática clínica dos profissionais, bem como as implicações nos projetos terapêuticos dos usuários; as potencialidades e barreiras da inserção do AT na prática clínica dos profissionais; e a demanda por matérias técnico-científicas sobre AT na Saúde mental.

Quanto ao entendimento dos participantes sobre o AT

As respostas apresentaram visões do AT como sendo uma abordagem ou ferramenta que pode ser utilizada pelos profissionais da saúde mental, salientando o foco na reinserção social e qualidade de vida dos usuários. (P1, P3, P5, P6, P7, P9). Alguns profissionais situaram a importância do vínculo no processo terapêutico (P1, P4, P9) e outros entendem o AT apenas como uma forma possível de atendimento dentro de suas capacidades profissionais (P2 e P8).

Ainda neste eixo, P10 afirma em sua resposta que *“O Acompanhamento Terapêutico é uma prática clínica que visa auxiliar o ser humano em seu desenvolvimento biopsicossocial, de acordo com as demandas apresentadas. Tem por objetivo realizar o acompanhamento do indivíduo em meios que este requer auxílio, proporcionando, de modo geral, durante o processo a aquisição de independência e autonomia.”*

Quanto à prática clínica dos profissionais e suas experiências como acompanhantes terapêuticos (at)

Metade dos profissionais afirma ter realizado AT em algum momento entre suas atribuições (P1, P2, P5, P7 e P10) e, dentre eles, um dos profissionais relatou a experiência como sendo negativa:

“[...] Eu saia com pacientes jovens que estavam apresentando sintomas de esquizofrenia para conversas, fazer companhia e algumas atividades lúdicas ou culturais na tentativa de recuperar suas capacidades afetivas e habilidades sociais, porém amarguei a experiência de não evidenciar melhoras, apesar desses esforços [...].” (P7).

Para os outros quatro profissionais suas experiências como acompanhantes terapêuticos foram positivas, com bons resultados terapêuticos e/ou ganhos significativos em qualidade de vida, autonomia e independência dos usuários (P1, P2, P5 e P10).

As justificativas da outra metade dos profissionais por não terem nenhuma experiência como at foram: falta de oportunidade; categoria profissional (nível técnico); e/ou não ter esta prática incluída nas rotinas dos serviços em que atuaram (P3, P4, P6, P8 e P9).

Ainda neste eixo, sete profissionais relataram que em suas práticas clínicas já trabalharam em algum momento em equipes em que outros profissionais realizavam AT (P1, P3, P5, P6, P7, P9 e P10). Todos relataram experiências positivas, P1 e P10 destacaram que as práticas aconteceram de maneira interdisciplinar e P6 destacou que os usuários apresentavam-se engajados no processo terapêutico, favorecendo os resultados positivos.

Quanto à inserção do AT na prática clínica dos profissionais e às implicações nos projetos terapêuticos dos usuários

Uma profissional relatou não perceber a possibilidade da inserção do AT em sua prática clínica, devido à sua categoria profissional (nível técnico). (P6). Os demais profissionais avaliam como sendo uma prática clínica possível (P1, P2 P3, P4, P5, P7, P8, P9, P10), com destaque para a resposta de P10:

“Vejo que o AT é fundamental na minha prática clínica atual, visto que objetivo do meu trabalho é proporcionar a reinserção social de usuários em sofrimento mental, os quais muitas das vezes perdem a própria identidade, a condição de autonomia e de independência devido ao adoecimento. Para que a reinserção seja possível, muitos necessitam ser acompanhados para que o processo se torne seguro e estável.”

Sete participantes da pesquisa consideram o AT uma estratégia viável para auxiliar na efetivação dos projetos terapêuticos singulares (PTS) dos usuários (P1, P2, P3, P5, P7, P9), um profissional não respondeu (P6), um profissional avalia que a demanda do AT é incompatível com a atual rotina do trabalho: “[...] penso que demandaria muito tempo de trabalho do profissional, bem como recursos para deslocamento, etc.” (P4) e uma profissional considera que “[...] o processo psicoterapêutico realiza este papel” (P8).

Enquanto estrutura necessária para que o AT se constitua como favorecedor do PTS dos usuários, alguns profissionais abordam a necessidade de: capacitações profissionais (P1, P2 e P10); ampliação da equipe técnica (P1, P2 e P3); recursos financeiros para deslocamentos (P4, P7, P10); e suporte dos gestores (P1, P9 e P10).

Quanto às potencialidades e barreiras da inserção do AT na prática clínica dos profissionais

Neste eixo os profissionais participantes apontaram como potencialidades: o aumento da efetividade e eficácia do tratamento, uma vez que o at se insere no cotidiano e utiliza a cidade como recurso terapêutico (P1, P2, P3, P4, P8 e P10); o município em que o CAPS coparticipante está inserido contar com boa rede de serviços acessíveis à população (P1); e o favorecimento do processo terapêutico construído e executado de forma corresponsável entre terapeuta e usuário (P3, P7, P9).

Como barreiras os participantes elencaram: a alta demanda para poucos profissionais (P1, P4, P9); falta de conhecimento sobre AT, falta de recursos (humanos e financeiros) e falta de interesse dos profissionais no deslocamento de suas práticas (P1, P7, P10); rigidez no modelo atual da clínica (P2); e a corresponsabilização do usuário pelo seu processo terapêutico (P5, P8). Uma profissional não apontou barreiras (P3) e uma profissional não respondeu esta questão (P6).

Quanto à demanda por matérias técnico-científicos sobre AT na Saúde mental

A grande maioria dos profissionais participantes da pesquisa apresentam interesse em receber materiais sobre o acompanhamento terapêutico na saúde mental

(P1, P2, P3, P5, P6, P7, P8, P9, P10). Alguns participantes apresentaram sugestões de temas, sendo eles: AT com pessoas com depressão e com risco de suicídio infantil (P6); a inserção do AT no CAPS como proposta de atuação profissional (P8); e AT na Rede de Atenção Psicossocial (P9).

4.2 DISCUSSÃO

Os resultados desta pesquisa demonstraram que, assim como já abordado por outros autores (CUNHA, PIO, RACCIONI, 2017; SERENO, 2017), há a necessidade da formação profissional para o exercício do acompanhamento terapêutico nas práticas profissionais e para que não haja confusões quanto ao papel do acompanhante terapêutico nas equipes de saúde mental.

Os autores enfatizam que “com relação ao AT, as maiores dificuldades atrelam-se à capacitação profissional (a qual envolve não apenas conhecimento, mas também habilidades e atitudes relacionadas à formação) [...]” (CUNHA, PIO, RACCIONI, 2017; p. 648). Neste sentido, Ferro et al. (2018) apontam que, nacionalmente, as práticas de AT no contexto da saúde pública acontecem em sua maioria vinculadas às práticas educacionais (estágios, residências multiprofissionais, programas de pesquisa ou extensão, etc.), fator este que ajuda a compreender a pouca experiência dos profissionais participantes da pesquisa como acompanhantes terapêuticos, uma vez que o cenário em que estão inseridos conta com poucas parcerias educacionais neste momento.

Neste contexto, cabe destacar a importância de rotinas nos serviços de saúde que contemplem ações de Educação Permanente, em que as trocas de saberes aconteçam nos cotidianos dos serviços, pensando na resolubilidade dos atendimentos prestados à comunidade e contemplando os usuários e seu território, de modo que a prática seja formadora e transformadora (CARDOSO et al, 2017).

Desta forma, a inserção do AT nas práticas profissionais implica na reorganização das estruturas de trabalho e na aplicação vivencial da “clínica ampliada” (CUNHA, PIO, RACCIONI, 2017; FERREIRA; SILVA, 2017; FERRO et al, 2018), prática esta que vai ao encontro das políticas públicas de Saúde Mental, na ótica da Reforma Psiquiátrica, como prevista na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), instituída em

2011, que dispõe como uma de suas diretrizes o “desenvolvimento de atividades no território, que favoreça a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania” (BRASIL, 2017), e vai ao encontro também das respostas dos profissionais participantes da pesquisa, que em sua maioria consideraram viável a inserção do AT em suas práticas na saúde mental.

Ainda neste sentido, as autoras Sernet, Palombini e Simoni (2017) abordam alguns elementos como “inerentes à clínica do AT”, e os descrevem: “a temporalidade, o silêncio e as condições de acolhimento do singular, o desafio da captura dos mecanismos de controle, o questionamento da identidade, as possibilidades de pertença, a cidade como potência, errância e abrigo” (p. 158-159), elementos estes que são, também, inerentes à prática em saúde mental e, portanto, tornam a clínica do AT uma clínica viável aos participantes desta pesquisa.

Para além, o acompanhamento terapêutico apresenta-se como uma ética de cuidado que abarca o território em que o sujeito das intervenções está inserido, sujeito este que torna-se participante ativo e corresponsável em seu processo terapêutico (FERREIRA, SILVA, 2017).

O processo de reabilitação/tratamento psicossocial compreende o território em que se inserem os usuários como o espaço no qual a vida acontece, e é neste espaço [do território] que as subjetividades emergem, com as trocas sociais e relacionais que ali habitam. (LIMA; YASUI, 2014; GRUSKA; DIMENSTEIN, 2015). Neste território, repleto de sentidos, o acompanhante terapêutico (at) constrói o seu setting de intervenções. (FERRO et al, 2018; GRUSKA; DIMENSTEIN, 2015).

Desta forma, assim como os demais processos terapêuticos da Saúde Mental na saúde pública, o AT também é permeado por potencialidades e barreiras, algumas delas elencadas pelos profissionais participantes e apresentadas nos resultados sobrescritos.

Neste cenário, é possível propor ações de enfrentamento das barreiras e favorecimento das potências apresentadas, como: discussões em equipe para delineamento e definição dos casos que serão beneficiados com o AT; devolutivas sistemáticas das ações do acompanhante terapêutico à equipe; revisão regular dos projetos terapêuticos singulares dos usuários, com inclusão e alteração dos objetivos

terapêuticos sempre que necessário; planejamento para desvinculação do at (quando ao final da intervenção), entre outras. (FERRO et al, 2018).

Nesta pesquisa, os profissionais participantes demonstraram interesse em receber materiais técnico-científicos sobre AT na Saúde Mental, sendo apontado por P5 que “o *conhecimento faz agir melhor*”. Logo, entende-se que a produção destes materiais pode se constituir como mais uma possibilidade de promoção de conhecimento sobre a prática do AT e, conseqüentemente, favorecer o enfrentamento de algumas barreiras para sua efetiva implantação nas rotinas profissionais.

Ademais, constrói-se, não apenas a partir da produção desses materiais técnicos-científicos, mas também com a realização desta pesquisa e da inserção da residência multiprofissional em saúde mental no campo pesquisado, uma teia de ações de Educação Permanente em Saúde, que possibilitam a qualificação profissional a partir das trocas de experiências e saberes realizadas (entre profissionais, gestores e usuários) e a efetivação de práticas de reinserção sócio-territorial dos usuários.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pensar na efetivação da Rede de Atenção Psicossocial, que é um dos grandes marcos e quiçá a maior conquista do movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, infere repensar as práticas clínicas realizadas no campo da Saúde Mental e as possibilidades de atuações profissionais mais presentes nos territórios e nos cotidianos das pessoas em sofrimento psíquico. Trata-se de responsabilizar-se por terapêuticas menos medicalizantes e mais propulsoras de contratualidade com os equipamentos/atividades/pessoas presentes nos territórios e nas vidas destas pessoas.

O Acompanhamento Terapêutico evidencia-se como uma abordagem que, neste contexto, pode vir a lograr êxito e auxiliar na constituição dos projetos terapêuticos singulares de usuários de CAPS e outros equipamentos da RAPS, uma vez que dispõe do território como setting terapêutico e da construção compartilhada entre diferentes atores (usuários, profissionais da saúde, profissionais de outros equipamentos de saúde, educação, cultura, lazer, etc.) das propostas de reinserção social.

Com a concretização desta pesquisa observou-se que há a necessidade de mais estratégias de capacitação para o acompanhamento terapêutico entre os profissionais que atuam nos serviços da Rede de Atenção Psicossocial. Evidenciou-se, também, que é preciso realizar maior divulgação sobre os desdobramentos desse deslocamento clínico que a prática do AT promove, suas articulações e possibilidades de (re)criações de vínculos sociais e comunitários, bem como dos resultados desta prática, a fim de qualificar e difundir-la.

Ainda, ao atingir-se os objetivos propostos, este estudo demonstrou que a Educação Permanente em Saúde apresenta-se como uma estratégia ímpar para construção de conhecimento e transformação das práticas institucionais e institucionalizadas.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P.; TORRE, E. H. G. Loucura e diversidade cultural: inovação e ruptura nas experiências de arte e cultura da Reforma Psiquiátrica e do campo da Saúde Mental no Brasil. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 21, p. 763-774, 2017.

AMARANTE, P.; TORRE, E. H. G. “De volta à cidade, sr. cidadão!” – reforma psiquiátrica e participação social: do isolamento institucional ao movimento antimanicomial. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v. 52, n. 6, p. 1090-1107, Dez. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-76122018000601090&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 fev. 2020.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 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. **Diário Oficial da União**, Brasília, 6 de abril de 2001.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº. 336**, de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas modalidades CAPS I, CAPS II e CAPS III e dá outras providências. Brasília, DF, 19 fev. 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**. Gestão participativa e cogestão / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº. 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 23 dez. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 3, de 03 de outubro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 03 out. 2017. Seção 1. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/Matriz-3-Redes.html>>. Acesso em: 15 fev. 2020.

CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE (site). Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br/>>. Acesso em: 07 jul. 2019.

CARDOSO, M. L. M; et al. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde nas Escolas de Saúde Pública: reflexões a partir da prática. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2017, v. 22, n. 5, pp. 1489-1500. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232017225.33222016>>. Acesso em 14/12/2020.

CUNHA, A.C.; PIO, D.A.M.; RACCIONI, T.M. Acompanhamento terapêutico: concepções e possibilidades em serviços de saúde mental. **Psicol. Ciênc. Prof.** 2017;37(3): 638-51.

FERREIRA, J. T.; SILVA, L. J. Redes(cobertas) de um certo acompanhamento terapêutico. In: Belloc, M. M. et al. (Orgs.). **Além dos muros: acompanhamento terapêutico como política pública de saúde mental e direitos humanos.** Porto Alegre: Rede UNIDA, 2017. pp. 95-104, 2017.

FERRO, L. F. Mariotti, M. C., Holanda, A. F., & Nimtz, M. A. Acompanhamento terapêutico em saúde mental: estrutura, possibilidades e desafios para a prática no SUS. **Revista da Abordagem Gestáltica: Phenomenological Studies**, v. 24, n. 1, p. 66-74, 2018.

GRUSKA, V.; DIMENSTEIN, M. Reabilitação psicossocial e acompanhamento terapêutico: equacionando a reinserção em saúde mental. **Psicol Clin.** Rio de Janeiro, 2015 jan/jul, 27(1): 101-22.

INSTITUTO PARANAENSE DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E SOCIAL (IPARDES). **Caderno estatístico do município de Pinhais**, 2019. Disponível em: <http://www.ipardes.gov.br/index.php?pg_conteudo=1&cod_conteudo=30>. Acesso em: 02 mai. 2019.

IBGE. Cidades. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/pinhais>>. Acesso em: 07 jul. 2019.

LIMA, E. M. F. A.; YASUI, S. Territórios e sentidos: espaço, cultura, subjetividade e cuidado na atenção psicossocial. **Saúde em debate**, v. 38, p. 593-606, 2014.

MINAYO, M.C.S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 7. ed. São Paulo: Hucitec; 2000.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Centros de atenção psicossocial e unidades de acolhimento como lugares da Atenção Psicossocial nos territórios.** Distrito Federal, 2015. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf>. Acesso em 09 jul. 2019.

PINHAIS. Plano Municipal de Saúde de Pinhais (2018 – 2021). Disponível em: <<http://www.pinhais.pr.gov.br/saude/FreeComponent84content13593.shtml>>. Acesso em: 09 jul. 2019.

PITIÁ, A.C.A.; FUREGATO, A.R.F. O Acompanhamento Terapêutico (AT): dispositivo de atenção psicossocial em saúde mental. **Interface - Comunicação, Saude, Educação**, v.13, n.30, p.67-77, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v13n30/v13n30a07.pdf>. Acesso em: 17 fev. 2020.

PNUD – Programa Das Nações Unidas Para o Desenvolvimento. Instituto De Pesquisa Econômica E Aplicada; Fundação João Pinheiro. **Atlas de desenvolvimento humano do Brasil de 2013**, 2013. Disponível em: http://atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/pinhais_pr. Acesso em: 02 mai. 2019.

ROCHA, M. L.; AGUIAR, K. F. Pesquisa-intervenção e a produção de novas análises. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília , v. 23, n. 4, p. 64-73, Dec. 2003 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141498932003000400010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 17 fev. 2020.

SERENO, D. Construindo modos de trabalhar em Saúde Mental. In: Belloc, M. M. et al. (Orgs.). **Além dos muros: acompanhamento terapêutico como política pública de saúde mental e direitos humanos**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2017. p. 199-208, 2017.

SILVA, A. A. **Prática clínica baseada em evidências na área da saúde**. São Paulo: Editora Santos; 2009.

STENERT, F.; PALOMBINI, A. L.; SIMONI, A. C. R. A cidade como potência, errância e abrigo: relatos e traçados do acompanhamento terapêutico. In: Belloc, M. M. et al. (Orgs.). **Além dos muros: acompanhamento terapêutico como política pública de saúde mental e direitos humanos**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2017. p. 155-181, 2017.

YASUI, S.; BARZAGHI, N. História, memória e luta: A construção da Reforma Psiquiátrica no Brasil. **Convención Internacional Cuba Salud 2018**, 2018.

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO COLETA DE DADOS

Questionário sobre a percepção de profissionais de um CAPSII quanto ao Acompanhamento Terapêutico

- 1- O que você entende por Acompanhamento Terapêutico (AT)?
- 2- Na sua prática clínica, você já realizou acompanhamento terapêutico? Se sim, como foi a experiência? Se não, por quais motivos?
- 3- Na sua prática clínica, você já trabalhou em equipes em que algum profissional/estagiário/residente realizava acompanhamento terapêutico? Se sim, como foi a experiência? Se não, por quais motivos?
- 4- Como você percebe a inserção do acompanhamento terapêutico em sua prática clínica? Se não for possível inserir o AT, quais são os motivos?
- 5- Você considera o acompanhamento terapêutico uma estratégia possível e viável para a efetivação dos Projetos Terapêuticos Singulares dos usuários atendidos em sua prática clínica? Se sim, qual seria a estrutura necessária (recursos humanos e planejamento das intervenções)? Se não, justifique.
- 6- Quais as potencialidades e as barreiras que você percebe, em sua prática clínica quanto à inserção do acompanhamento terapêutico como estratégia de efetivação dos PTS dos usuários?
- 7- Você gostaria de receber um material explicativo sobre Acompanhamento Terapêutico na Saúde Mental? Se sim, com qual enfoque? Se não, justifique.

APÊNDICE B – TCLE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós, Jhenifer Geisa Burnagui e Denise de Castro, pesquisadoras do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental (ESPP/SESA-PR) estamos convidando você, profissional de saúde do CAPSII de Pinhais, a participar de um estudo intitulado “Acompanhamento Terapêutico Na Saúde Mental: Percepções De Trabalhadores de um CAPSII”. Esta pesquisa justifica-se pautada na possibilidade de construção de estratégias práticas para o favorecimento do projeto de vida dos usuários do CAPSII. O objetivo geral desta pesquisa consiste em descrever e analisar os entendimentos quanto ao Acompanhamento Terapêutico (de maneira conceitual e prática) e sua aplicação na rotina de trabalho de uma equipe multiprofissional de Saúde Mental. Caso você participe da pesquisa, será necessário responder ao questionário que segue anexado a este TCLE e entregá-lo, após responder, à pesquisadora. Para tanto você deverá comparecer ao CAPSII de Pinhais, e disponibilizar aproximadamente 30 minutos para responder ao questionário. Alguns riscos podem ser relacionados ao estudo podem ser: sentir-se desconfortável ao responder o questionário. Os benefícios esperados com essa pesquisa são: a) mobilização dos profissionais para o entendimento quanto ao Acompanhamento Terapêutico; e b) mobilização dos profissionais para a aplicação do AT em suas práticas clínicas, indiretamente beneficiando usuários do serviço de saúde mental. No entanto, nem sempre você será diretamente beneficiado com o resultado da pesquisa, mas poderá contribuir para o avanço científico. As pesquisadoras Jhenifer Burnagui, terapeuta ocupacional residente em Saúde Mental, celular: (41) 99919-5066, e Denise de Castro, terapeuta ocupacional orientadora no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental, email: denise.castro@sesa.pr.gov.br, responsáveis por este estudo poderão ser contatados na Escola de Saúde Pública do Paraná, Rua Dante Romanó, 120 – Tarumã – Curitiba – PR, em horário comercial, ou pelos e-mails: jhenifergb@gmail.com e denise.castro@sesa.pr.gov.br. A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam o termo de consentimento livre e esclarecido assinado. As

informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas, como possíveis coautores em caso de publicação científica. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a sua identidade seja preservada e seja mantida a confidencialidade. As despesas necessárias para a realização da pesquisa não são de sua responsabilidade e pela sua participação no estudo você não receberá qualquer valor em dinheiro. Você terá a garantia de que problemas, como desconforto ao responder o questionário, decorrentes do estudo serão tratados em uma Unidade de Saúde da Família de Pinhais - PR. Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

Eu, _____ li esse termo de consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão. Eu entendi o que não posso fazer durante a pesquisa e fui informado que serei atendido sem custos para mim se eu apresentar algum desconforto ao responder o questionário. Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

(Nome e Assinatura do participante da pesquisa)

Pinhais, ____ de _____ de 2020.

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante para a participação neste estudo.

Jhenifer Geisa Burnagui

Pinhais, ____ de _____ de 2020.

