

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO PARANÁ

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL

CAROLINA DOS SANTOS CORREIA

Orientação Parental como Estratégia de Cuidado à Saúde Mental na Infância e
Adolescência

CURITIBA – PR

2021

CAROLINA DOS SANTOS CORREIA

Orientação Parental como Estratégia de Cuidado à Saúde Mental na Infância e
Adolescência¹

Trabalho de Conclusão de Residência
apresentado ao Programa de
Residência da Secretaria de Estado da
Saúde do Paraná/ Escola de Saúde
Pública do Paraná (ESPP/SESA PR),
como requisito parcial à obtenção do
título de Especialista em Saúde
Mental.

Orientadora: Ms. Flávia Caroline
Figel.

CURITIBA – PR

2021

¹A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital do Trabalhador/SES/PR (Parecer nº 4.639.255/ CAAE 44087321.90000.5225).

Índice

| | |
|---|----|
| Resumo | |
| Introdução..... | 6 |
| Objetivos..... | 7 |
| Revisão da Literatura..... | 7 |
| A constituição de 1988 e a saúde coletiva..... | 8 |
| As políticas públicas de saúde e a psicologia comunitária..... | 9 |
| Criança como Sujeito e o seu lugar na sociedade..... | 10 |
| A saúde mental na infância e adolescência: panorama geral..... | 12 |
| Epidemiologia dos transtornos mentais e/ou comportamentais em crianças e adolescentes e fatores associados..... | 13 |
| Fatores endógenos..... | 15 |
| Fatores exógenos..... | 16 |
| Fatores protetivos..... | 16 |
| O lugar dos pais no atendimento infantil..... | 18 |
| Família e funções parentais na contemporaneidade..... | 20 |
| Referenciais teóricos em atendimentos de orientação parental..... | 20 |
| O trabalho com pais e famílias: perspectiva psicanalítica..... | 22 |
| Material e métodos..... | 23 |
| Tipo de estudo..... | 23 |
| Local e período do estudo..... | 23 |
| População fonte..... | 24 |
| Critérios de inclusão..... | 24 |
| Critérios de exclusão..... | 24 |
| População do estudo..... | 24 |
| Amostra e técnica de amostragem..... | 25 |
| Fontes de material da pesquisa..... | 25 |
| Procedimentos..... | 25 |
| Tabulação e gerenciamento de dados..... | 27 |
| Análise estatística de resultados..... | 27 |

| | |
|--|----|
| Análise inferencial de resultados..... | 29 |
| Ética em pesquisa..... | 29 |
| Fomento para a pesquisa e serviços envolvidos..... | 29 |
| Resultados..... | 30 |
| Caraterísticas das crianças atendidas em ambulatório especializado de psicologia..... | 30 |
| Queixas relacionadas à saúde mental e diagnósticos prévios..... | 31 |
| Características dos pais e da família..... | 32 |
| Características do ambiente..... | 34 |
| Análise de partição de Variância da gravidade das queixas em relação às características da criança, da família e do ambiente no qual reside..... | 35 |
| Temas abordados nos atendimentos de orientação parental..... | 38 |
| Discussão..... | 40 |
| Conclusões..... | 46 |
| Considerações finais..... | 48 |
| Bibliografia..... | 49 |

Correia, S. C. (2021). *Orientação parental como estratégia de cuidado à saúde mental na infância e adolescência*. Trabalho de Conclusão de Residência. Escola de Saúde Pública do Paraná, Curitiba.

Resumo

Objetivo: Este estudo buscou explorar o processo de trabalho em atendimentos psicológicos de orientação parental. **Método:** Trata-se de um estudo de caso descritivo observacional, de 46 pais responsáveis por 42 crianças e adolescentes de 3 a 14 anos. Os pais receberam uma intervenção durante 8 a 10 semanas. Os dados foram coletados por meio da observação participante e dos prontuários de saúde. Verificou-se quais são os temas mais relevantes a serem abordados no cuidado aos pais. **Resultados:** As principais queixas entre as crianças foram: mudanças na dinâmica familiar (23,81%), abuso e negligência (21,43%), comportamentos disruptivos (19,05%) e sintomas de ansiedade (11,90%). As queixas secundárias mais frequentes foram: comportamentos disruptivos (52,17%), sintomas ansiosos (21,74%), sintomas depressivos (13,04%), comportamentos autolesivos (8,70%) e sintomas mistos (4,35%). Os diagnósticos prévios mais frequentes (11,90%) foram Epilepsia e Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, seguido de Transtorno Opositivo Desafiador (9,52%), Encoprese e Transtorno do Espectro Autista (4,76% cada). Os principais temas trabalhados com esses pais foram: direitos humanos básicos; a importância do brincar para o desenvolvimento infantil; educação sexual; padrões comportamentais e familiares inconscientes; tarefas domésticas; relacionamento conjugal e sexualidade; qualidade na interação familiar, teoria do apego e ciclo de segurança; estilos parentais; desenvolvimento de habilidades sociais aplicadas à parentalidade; disciplina positiva; expressão e validação emocional; estabelecimento de regras e limites e gênero e feminismo. **Discussão:** Abordar a parentalidade a partir de uma perspectiva psicodinâmica enfatiza a importância de se ouvir o surgimento do sofrimento parental, de como a angústia surge no fenômeno parental em cada sujeito e as respostas que a cultura tem produzido diante desse fenômeno. Cada sujeito, a partir da elaboração de sua história, responderá de maneira única às forças que o campo parental convoca. É preciso discutir com os pais o gênero dos problemas que enfrentam e o que podem esperar de suas ações, mas não dizer exatamente o que devem fazer. Este tipo de intervenção, focada em aspectos relacionados à parentalidade, permite também a integração de técnicas de outros referenciais teóricos. **Conclusão:** Essas descobertas destacam a importância de programas preventivos na primeira infância, a fim de melhorar as habilidades dos pais para resolver problemas.

Palavras-chave: parentalidade, pais, filhos, crianças, desenvolvimento infantil, saúde mental.

Introdução

Os serviços de saúde recebem diariamente pais que buscam ajuda para minimizar algum sofrimento na família e em seus filhos, ou seja, há uma demanda crescente por atendimento psicológico na infância. Diante deste cenário, o psicólogo é convocado a atuar dentro de uma rede de cuidados, tendo compromisso com a humanização dos serviços de atendimento especializado e com a qualidade do trabalho ofertado, orientando seu trabalho nos princípios e diretrizes do SUS e da Reforma Psiquiátrica. Devem ser preconizadas práticas que promovam a utilização de recursos comunitários e abordagens coletivas como estratégias para atenção em saúde mental. O emprego de práticas grupais tem sido descrito como um recurso importante na saúde pública, visto que tais práticas estão em conformidade com as diretrizes preconizadas pelo SUS e seus princípios, pois podem contribuir para a democratização do acesso à saúde. Com relação à saúde mental de crianças, a literatura reitera a necessidade de intervenções que engajem a família e os pais na atenção aos problemas relacionados à saúde mental na infância. A criança não busca por si mesma a ajuda de um profissional da saúde - os pais são responsáveis não somente por levar a criança ao atendimento, mas, essencialmente, por localizar nela um sofrimento e uma preocupação inicial. Desta forma, o atendimento às crianças exige a criação de outros dispositivos de acolhida, de escuta e de intervenções com os adultos que delas se encarregam. É importante, sobretudo, operacionalizar um trabalho com famílias, buscando torná-las sujeitos de ação transformadora e modificadora na busca de uma melhor qualidade de vida, ou seja, o trabalho precisa ser no sentido de emancipação, de que a família seja agente ativo na resolução dos seus próprios problemas. É correlata a crescente intervenção de especialistas na família e na criação de crianças, na literatura científica brasileira este tema tem sido tratado sob o vértice do referencial teórico-prático do treinamento em habilidades sociais e treinamento comportamental para pais. Avessa aos discursos hegemônicos e normativos, a psicanálise se ocupa em singularizar, em considerar as especificidades de cada sujeito e de cada família em seus respectivos territórios. Considerando as contribuições da psicanálise e, em especial, da obra de Winnicott, pode-se afirmar que para obter o melhor dos pais, deve-se conceder-lhes plena responsabilidade no tocante ao que constitui seu assunto particular, isto é, a criação de sua própria família. Nesta conjuntura, as intervenções em grupo de pais orientadas pela psicanálise coadunam com propostas de trabalho alinhadas à saúde coletiva. O suporte e o cuidado aos pais, procurando dar condições para que os mesmos viabilizem a retomada do desenvolvimento saudável da criança é uma interessante estratégia de Promoção de Saúde e

Prevenção de Agravos. Este estudo busca, por meio do estudo de caso das intervenções realizadas com pais e responsáveis de crianças e adolescentes, com idade entre 3 e 14 anos, no período de julho/2020 à abril/2021, em um Centro de Especialidades: 1) identificar o perfil sociodemográfico e de saúde da população atendida; 2) verificar quais são os temas mais relevantes de serem abordados no atendimento aos responsáveis e 3) propor parâmetros qualitativos para o desenvolvimento de tecnologias de intervenção eficazes, que possam ser realizadas nos equipamentos do Sistema Único de Saúde (SUS).

Objetivo geral

Relatar a experiência do atendimento aos responsáveis por crianças e adolescentes com idade entre 3 a 14 anos.

Objetivos específicos

1. Identificar a prevalência de transtornos mentais e/ou comportamentais, queixas e sintomas relacionados à saúde mental na população atendida.
2. Identificar o perfil sociodemográfico da população atendida.
3. Verificar de que forma os fatores ambientais influenciam na gravidade de queixas e sintomas relacionados à saúde mental na infância e adolescência.
4. Verificar quais são os temas mais relevantes de serem abordados nos atendimentos de orientação parental.

Revisão da literatura

A constituição de 1988 e a saúde coletiva

O Movimento da Reforma Sanitária no Brasil - ocorrido no final da década de 70 - culminou na VIII Conferência Nacional de Saúde (1986) e configurou um movimento importante na saúde pública brasileira, pois a partir dele a saúde passou a ser compreendida como um direito do cidadão e um dever do Estado. Os debates nacionais que incluíram a participação popular resultaram na implantação de um modelo de atenção à saúde garantidos

pelo Estado, segundo a Constituição Federal de 1988 - qualificada como “Constituição Cidadã” e que está fundamentada no Estado Democrático de Direito, tendo como um dos seus princípios a dignidade da pessoa humana (art. 1º). De acordo com a Lei nº 8.080 (1990) regida pela Constituição, tem-se que os princípios básicos que orientam a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) são a universalidade (acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência), a integralidade (atendimento em todos os níveis de complexidade, individuais e coletivos), a equidade (garantia de acesso à saúde por todos os cidadãos, cada qual às suas necessidades), a descentralização político-administrativa, a participação da comunidade (através dos Conselhos de Saúde) e a organização da rede de serviços de modo regionalizado e hierarquizado.

No documento oficial que retoma a história da construção do SUS (Brasil, 2006), a compreensão de saúde é tida como um direito que se estrutura não só como reconhecimento da sobrevivência, mas como direito ao bem-estar completo, conforme a definição da Organização Mundial da Saúde (Brasil, 2006). Considerando tais documentos, pode-se afirmar que as políticas públicas de saúde devem abarcar o ser humano de maneira integral, o que implica um olhar para além das doenças, em busca da promoção da saúde (Figueiredo & Motta, 2014). Neste contexto, as demandas referentes à saúde mental, embora devam permanecer sendo atendidas em níveis de tratamento e reabilitação, devem consolidar-se nos âmbitos da promoção de saúde e prevenção de agravos (Desviat, 2018; Figueiredo & Motta, 2014). A conferência de Alma-Ata (OMS, 1978) marcou o impulso para o desenvolvimento dos cuidados primários ao propor deslocar o centro de interesse hospitalar e assistencial para a assistência básica à saúde, incluindo a promoção e prevenção das doenças. Seguindo essa mesma lógica, a Carta de Ottawa descreve a necessidade de se construir políticas públicas saudáveis, criar ambientes que favoreçam a saúde, desenvolver habilidades pessoais, fortalecer a ação comunitária e reorientar serviços de saúde (OMS, 1986, apud Desviat, 2018). Enfatiza-se, portanto, a necessidade de intervenções capazes de melhorar o estilo de vida, estimular a autoajuda e o protagonismo social, sendo um dever do profissional de saúde focar não somente na enfermidade do usuário, mas fornecer atenção integral sobre a pessoa (Lalonde, 1974; Starfield, 2002; Vecchia & Martins, 2009).

As políticas públicas de saúde e a psicologia comunitária

Diante deste cenário, o psicólogo é convocado a se inserir em múltiplos equipamentos de saúde e a atuar dentro de uma rede de cuidados, tendo compromisso com a humanização dos serviços de atenção especializada e com a qualidade do trabalho ofertado, considerando que o atendimento deve romper com a tutela e dependência dos serviços de saúde (Brasil, 2007; Freitas, 2015). O espaço do serviço público possibilita uma real inserção comunitária, capaz de permitir o desenvolvimento de um “fazer psicológico”, traduzido em práticas junto aos grupos vulneráveis que buscam a emancipação e o fortalecimento comunitário (Freitas, 2015). Pesquisas revelam que o modelo convencional de trabalho da psicologia clínica não é capaz de suprir as especificidades do campo da saúde mental em órgão público (Archanjo, 2012; Dimenstein, 1998; Vecchia & Martins, 2009), sendo necessário uma modificação no processo de trabalho.

Em termos gerais, a formação do psicólogo costumava responder ao paradigma clínico em sua forma mais reducionista - centrado na enfermidade e nos enfoques assistenciais orientados pelo modelo de consultório privado e prática liberal da profissão (Saforcada, 2016). Nestas condições, as primeiras aplicações práticas no serviço público foram os atendimentos relacionados ao diagnóstico e tratamento de crianças com transtorno do desenvolvimento e adultos com “enfermidades mentais” (Saforcada, 2016). A qualidade da relação entre a psicologia e a saúde pública acaba sendo restrita, pois foi construída sobre a base do paradigma clínico individual, sendo essa lógica tão enraizada que durante muito tempo os gestores dos serviços de saúde não viram as potencialidades do trabalho dos psicólogos em outras áreas desse serviço (Saforcada, 2016). De acordo com Matarazzo (1980), a psicologia da saúde pode ser definida como o conjunto de contribuições específicas educativas, científicas e profissionais, que no plano concreto das ações cotidianas de atenção à saúde é essencial para alcançar a eficiência no enfrentamento dos problemas de saúde integral na humanidade, sendo assim um imperativo da razão e um requerimento da ética.

O Ministério da Saúde postula que práticas que levem à psiquiatrização e medicalização de situações comuns à vida cotidiana devem ser evitadas, enquanto que devem ser preconizadas a utilização de recursos comunitários e abordagens coletivas como estratégias para atenção em saúde mental (Brasil, 2007). Seguindo essa mesma lógica e indo de encontro à Lei nº 10.216 (Brasil, 2001), cabe ao psicólogo inserido numa equipe de saúde mental promover ações de saúde com a devida participação da sociedade e da família, colocando-os num lugar de parceiros no tratamento e buscando constituir redes de apoio e

integração (Brasil, 2007; Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas [CREPOP], 2011; Figueiredo & Motta, 2014).

Uma prática voltada prioritariamente para o tratamento nos moldes da psicoterapia tradicional desvia o psicólogo da atuação em campos multiprofissionais e de promoção e prevenção (Sangioni, Patias & Pfitscher, 2020). Embora haja espaço para a realização da psicoterapia quando necessário, a acomodação do profissional nestas modalidades de atendimento infringe os princípios universalistas do SUS (Archanjo, 2012). Para oferecer um atendimento integral e garantir a equidade de acesso aos serviços, é necessário que o profissional lance mão de técnicas mais ágeis e apropriadas para o atendimento de um grande volume de usuários de forma eficaz (Figueiredo & Motta, 2014). Diante deste cenário, as técnicas de grupo focal e psicoterapia breve chamaram a atenção dos profissionais da saúde, tendo em vista que são práticas em conformidade com as diretrizes preconizadas pelo SUS e seus princípios, pois podem contribuir para a democratização do acesso à saúde, permitindo a participação popular de acordo com suas necessidades específicas (Sangioni, Patias & Pfitscher, 2020).

Neste contexto, alguns autores enfatizam a importância de intervenções que engajem a família e os pais na atenção aos problemas relacionados à saúde mental na infância (Guimarães, Malaquias & Pedroza, 2013; Macedo & Monteiro, 2006; Medeiros, 2003; Oliveira, Gastaud & Ramires, 2016; Osti & Bonafé, 2016; Prata & Santos, 2007; Silva, Nunes, Betti & Rios, 2010; Zanetti & Gomes, 2014). De acordo com Figueiredo e Motta (2014), "a autonomia dos usuários, pretendida pelas prerrogativas do SUS, passa pelo processo de desenvolvimento dos indivíduos, e por consequência, pelo estabelecimento de relações familiares que contribuam para o amadurecimento" (p. 52). Cuidar da saúde mental dos membros da família, a fim de que possa assegurar a continuidade do desenvolvimento da criança é primordial quando se pensa em saúde mental (Figueiredo & Motta, 2014; Prata & Santos, 2007).

Criança como Sujeito e o seu lugar na sociedade

A ideia de infância, sentimento de infância e representação de infância são fenômenos do princípio da vida em sociedade (Bulaty & Pietrobon, 2010). Philippe Ariès, importante historiador da família, define o sentimento de infância e sua história através de 3 identidades:

1) na idade média: a criança negada; 2) na idade moderna: a criança institucionalizada/criança aluna e 3) na contemporaneidade: a criança enquanto sujeito social e de direitos (Ariès, 1981). Na idade média, mulheres e crianças eram consideradas seres inferiores e que não mereciam nenhum tipo de tratamento diferenciado, sendo que a duração da infância era reduzida (Barbosa e Magalhães, 2008). Em meados do século XII a arte medieval desconhecia um lugar para a infância - a criança era tida como um instrumento de manipulação ideológica dos adultos e, a partir do momento em que apresentava independência física, era imediata e precocemente inserida no trabalho - “criança-operária” (Ariès, 1981).

...o sentimento da infância não existia - o que não quer dizer que as crianças fossem negligenciadas, abandonadas ou desprezadas. O sentimento da infância não significava o mesmo que afeição pelas crianças: corresponde a consciência da particularidade infantil, essa particularidade que distingue essencialmente a criança do adulto, mesmo jovem. Essa consciência não existia. Por essa razão, assim que a criança tinha condições de viver sem a solicitude constante de sua mãe ou de sua ama, ela ingressa na sociedade dos adultos e não se distinguia mais destes... (Ariès, 1981, p. 156).

O sentimento de infância ganha força na idade moderna, através da preocupação com a educação moral e pedagógica, sendo essa uma preocupação ainda guiada pelo cuidado com o comportamento e a civilidade - a criança deveria ser apresentável à sociedade, disciplinada e ter “boas maneiras” (Barbosa e Magalhães, 2008). Neste contexto, a criança passou a sair do domínio familiar para dar entrada no domínio do Estado (escolas), passando a ser institucionalizada e constituída através de práticas educativas carregadas de ideologia, transformando também a família em veículo de dominação do Estado (Bulaty & Pietrobon, 2010). O sentimento de infância contemporâneo implica-se numa concepção contrária à ideia de institucionalização escolar (traz a importância do aprendizado individual) e reconhece a criança enquanto Sujeito Social de direitos e deveres (Barbosa e Magalhães, 2008; Bulaty & Pietrobon, 2010).

Entender o sentimento de infância numa perspectiva histórica e social, torna possível buscar no passado as explicações para as ações do presente, ou seja, conhecer a infância e suas necessidades é o caminho necessário para o desenvolvimento de trabalhos em prol desta população (Barbosa e Magalhães, 2008). Foi a partir da concepção histórica e

social que a criança veio a ocupar um lugar de Sujeito, desencadeando investimentos de cunho social e científico que culminaram em políticas públicas específicas para a população infantojuvenil.

Documentalmente, houveram dois momentos que marcaram construção de uma nova concepção sobre a infância e adolescência: 1) a Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança, que afirmou a criança como sujeito e cidadão de plenos direitos (ONU, 1989); 2) a promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que estabeleceu direitos de cidadania para esta população e priorizou a proteção integral como marco orientador das novas políticas e ações a serem dirigidas à infância e adolescência (Brasil, 1990). Estes dois acontecimentos foram responsáveis pela proposição da política de saúde mental para crianças e adolescentes, que posteriormente foi pauta da III Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM) (Couto & Delgado, 2015). Dentre as principais deliberações da CNSM para a construção de uma Política Nacional de atenção à saúde mental de crianças e adolescentes, consta que: 1) essa política deveria ser orientada pelos princípios do ECA, da Lei 10.216 e dos marcos éticos da Reforma Psiquiátrica; 2) deveria ter caráter intersetorial e orientar a construção de uma rede de cuidado de base territorial e sensível às particularidades; 3) as ações de cuidado deveriam se precaver contra a medicalização e institucionalização e 4) as práticas de atenção deveriam se opor à finalidade de controle e ajustamento de conduta (Brasil, 2002; Brasil, 2004). Deliberou-se também que, enquanto ação prioritária a ser desenvolvida pelo SUS, estava a criação de mecanismos efetivos de participação popular, com composição intersetorial (Brasil, 2002).

A saúde mental na infância e adolescência: panorama geral

O Brasil possui, atualmente, cerca de 39 milhões de crianças de 0 a 12 anos, isso representa 18% de toda a população brasileira (Brasil, 2005). Transtornos comportamentais na infância são a 6ª maior causa de carga de doenças na população infantojuvenil (OPAS/OMS, 2021). No Brasil ainda persiste uma 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 (Couto & Delgado, 2008). Documentalmente, as ações relacionadas à saúde mental infantojuvenil foram designadas aos setores da educação e assistência social, com propostas mais reparadoras e disciplinares do que clínicas ou psicossociais, tendo poucas proposições pela área da saúde mental (Brasil, 2002; Brasil, 2005). Programas de promoção e prevenção

da saúde mental infantojuvenil exigem uma abordagem multinível com plataformas de distribuição variadas (Couto & Delgado, 2015). Neste contexto, faz-se necessário um esforço dirigido ao incremento da capacidade de formular intervenções amplamente aplicáveis e culturalmente adaptadas, tais como as abordagens comunitárias, psicossociais e familiares - formando uma resposta contínua para a efetividade do cuidado em saúde mental na infância (Couto & Delgado, 2008; Duarte & Bird, 2002; Patel, Flisher, Hetrick & McGorry, 2007; WHO, 2005).

Epidemiologia de transtornos mentais e/ou comportamentais em crianças e adolescentes e fatores associados

O paradigma contemporâneo de saúde tem como peça fundamental e indissociável a saúde mental. O alto grau de limitação funcional e sofrimento causado pelos problemas de saúde mental resultam em grave impacto na qualidade de vida e produtividade, sendo que 22,7% dos anos vividos com incapacidade pela população mundial atualmente (years of life lost to disability; YLD) são decorrentes de problemas de saúde mental (Thiengo, Cavalcante & Lovisi, 2014). Cerca de 50% a 75% desses transtornos têm início antes dos 18 anos e tem uma possível continuidade ao longo do desenvolvimento, persistindo até a idade adulta, causando impacto deletério e custos duradouros para os indivíduos e sociedade (Machado & col, 2014; Paula & col, 2015; Pihlakoski & col, 2006; Schmitz, Polanczyk & Rohde, 2007). Estudos de coorte de nascimento, que acompanham prospectivamente o desenvolvimento de amostras representativas da população, demonstram que cerca de 50% dos adultos com transtornos mentais já apresentavam tal psicopatologia na adolescência (Kim-Cohen & col, 2003). A literatura científica é bastante motivada a entender a transição entre sintomas atenuados e breves e sintomas graves, objetivando trabalhar numa linha de prevenção e intervenção precoce (Pihlakoski & col, 2006; Thiengo, Cavalcante & Lovisi, 2014; Anselmi & col, 2008; Kessler & col, 2012; Fox & col, 2001). Há 20 anos, a OMS divulgou um relatório sobre os transtornos mentais e os principais fatores que contribuem para o surgimento desses transtornos, o relatório mencionava os transtornos da infância e adolescência e ressalta o quanto eles eram comuns e podem ser incapacitantes (WHO, 2001; Kim-Cohen & col, 2003).

Segundo estimativas da ONU, as crianças e adolescentes representam, respectivamente, cerca de 30% e 14,2% da população mundial (ONU, 2012). A média global

da taxa de prevalência de transtornos mentais e/ou comportamentais nessa população foi de 15,8% (Roberts, Attinksson & Rosenblatt, apud Thiengo, Cavalcante & Lovisi, 2014). A taxa de prevalência tende a aumentar proporcionalmente com a idade, sendo que a prevalência média entre os pré-escolares foi de 10% e entre os adolescentes, de 16% (Thiengo, Cavalcante & Lovisi, 2014). Estima-se que no Brasil, a prevalência de problemas de saúde mental na população infanto-juvenil varia entre 10% e 20%, a depender da região investigada, da exposição a fatores de risco e da metodologia empregada nos estudos (Brasil, 2005; Machado & col, 2014; Paula, Duarte & Bordin, 2007; Paula & col, 2015; Polanczyk, Lamberte & col, 2012), com tendência dos sintomas persistirem de forma crônica, causando prejuízos sociais, funcionais e financeiros (Kim-Cohen & col, 2003; Machado & col, 2014; Polanczyk, Lamberte & col, 2012; Polanczyk, 2009). Numericamente, essas estatísticas representam, no Brasil, cerca de 50 milhões de crianças e adolescentes que sofrem de algum transtorno mental (Polanczyk, Lamberte & col, 2012)

Com relação aos principais transtornos mentais e/ou comportamentais em crianças e adolescentes, verifica-se a prevalência dos seguintes diagnósticos: Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH); Transtornos do Humor; Transtornos Disruptivos, do Controle de Impulsos e da Conduta; Transtornos de Ansiedade, Transtorno de Espectro Autista (TEA) e Transtorno por Uso de Substâncias (TUS), sendo esse último mais frequente na adolescência (Lehmann, Havik, Havik & Heiervang, 2013; Merikangas & col, 2010; Belfer, 2008; Kieling & col, 2011; Omigbodun, 2008; Rocha, Graeff-Martins, Kieling & Rohde, 2015; Hoven & col, 2008; Merikangas & col, 2010; Paula & col, 2015). Os resultados de estudos realizados com a população brasileira vão de encontro aos dados internacionais, constatando a prevalência dos mesmos diagnósticos e incluindo também a prevalência da Deficiência Intelectual (Thiengo, Cavalcante & Lovisi, 2014; Fatori & col, 2018; Anselmi & col, 2008; Machado & col, 2014; Paula & col, 2015; Schmitz, Polanczyk & Rohde, 2007).

Os transtornos mentais e comportamentais são produtos da interação entre genes de vulnerabilidade e fatores ambientais em fases específicas do desenvolvimento, ou seja, as variáveis ambientais (p. ex: experiências traumáticas) podem regular a expressão gênica (p. ex: epigenética) para produzir expressões fenotípicas específicas (Polanczyk, Lamberte & col, 2012). Faz-se necessário integrar os conhecimentos da psicodinâmica com as ciências biológicas, com a finalidade de transformar esse conhecimento em intervenções efetivas para garantir o desenvolvimento saudável e integral da população infantojuvenil (Polanczyk, Lamberte & col, 2012). Pode-se afirmar que etiologia dos acometimentos psíquicos é

composta pelo produto de inter-relações complexas e dinâmicas entre as dimensões endógenas - fatores determinantes que são inerentes ao organismo e estabelecem a receptividade do indivíduo (p. ex. genéticas e biológicas); e exógenas - fatores determinantes que dizem respeito ao ambiente (p. ex. ambientais e sociais) (Scippa, 2000).

Fatores endógenos

Os fatores endógenos são compostos por: 1) fatores biológicos, relacionados a anormalidades do sistema nervoso central, causadas por lesões, infecções, desnutrição ou exposição a toxinas e; 2) fatores genéticos, relacionados à história familiar de transtorno mental (Thiengo, Cavalcante & Lovisi, 2014). Estudos realizados com gêmeos e adotados demonstraram a influência dos fatores genéticos no desenvolvimento dos transtornos mentais, sendo que a magnitude dessa influência varia de acordo com o tipo de transtorno - p. ex: há um coeficiente de herdabilidade de aproximadamente 80% para o TDAH, e de 95% para TEA (Polanczyk, Lamberte & col, 2012). O histórico de transtorno mental na família também se mostrou associado a transtornos de humor e de ansiedade, porém esse fator esteve associado à ocorrência de qualquer transtorno mental (Thiengo, Cavalcante & Lovisi, 2014). Os genes envolvidos na susceptibilidade aos transtornos psiquiátricos são constituídos por variantes alélicas que não alteram as funções vitais e que representam, individualmente, uma pequena magnitude de efeito ao aumentar o risco para o transtorno (Scippa, 2000). A manifestação do transtorno depende da presença de um conjunto de genes que interagem entre si resultando em uma fisiopatologia complexa, sendo que um aspecto inerente aos transtornos mentais na população infanto-juvenil é a influência do meio sobre a expressão gênica e sobre a modulação da atividade mental (Thiengo, Cavalcante & Lovisi, 2014; Weaver & col, 2004). Ainda, os genes podem apresentar um efeito indireto, isto é, determinar a sensibilidade aos riscos ambientais que, por sua vez, irão relacionar-se com o processo psicopatológico (Polanczyk, Lamberte & col, 2012). Em outras palavras, os fatores genéticos podem predispor à exposição aos estressores ambientais e também moderar o efeito de estressores ambientais, tal qual os eventos ambientais são capazes de modular e expressão gênica (Polanczyk, 2009).

Fatores exógenos

Quando se fala em adoecimento mental, fala-se também de uma ordem de complexidade entre a causa, ou seja, o agente etiológico, e o efeito adverso reconhecido na psicopatologia (Polanczyk, Lamberte & col, 2012). O mal estar psíquico revela algo do sujeito e por esta razão não há como simplesmente eliminá-lo sem implicar as razões subjetivas e sem que o sujeito esteja implicado na terapêutica - tal qual está implicado no sintoma (Dolto, 2013). Neste contexto, a psicanálise incidiu no campo da psicopatologia (estudo das doenças mentais), de forma a considerar a causalidade psíquica para além da investigação das disfunções neuroquímicas, dos transtornos a serem eliminados, ou das alterações degenerativas (Lacan, 1946).

Os estudos no campo da psicopatologia, desde as origens em Kraepelin e Freud, até os estudos atuais de quaisquer vertentes ou abordagens, tratam da ordem do particular articulada ao coletivo (Bercherie, 1989). Hoje, pensa-se numa origem multifatorial composta também por fatores exógenos, sendo que esses fatores exercem um importante e duradouro efeito sobre o desenvolvimento emocional (Polanczyk, Lamberte & col, 2012). Os fatores de risco exógenos podem ser divididos em: 1) fatores ambientais - cuidado parental, relacionamentos interpessoais, conflitos familiares, exposição a eventos estressores tais como abuso e violência; 2) fatores sociais - rede de apoio social, vizinhança e território, nível socioeconômico e cultura (Polanczyk, 2009). Problemas nas relações familiares também foram caracterizados como fatores dificultadores no tratamento dos problemas de saúde mental e agravamento dos sintomas em crianças e adolescentes (Souza, Abade, Silva & Furtado, 2011). O conhecimento desses potenciais fatores de risco à saúde mental de crianças e adolescentes traz a possibilidade de desenvolvimento de programas de intervenção focados em prevenir ou atenuar os efeitos desses transtornos (Thiengo, Cavalcante & Lovisi, 2014). Neste enquadre, faz-se necessário compreender a etiologia dos acometimentos psíquicos dentro de uma abordagem desenvolvimental (Polanczyk, 2009).

Fatores protetivos

O acesso à informação adequada e o apoio familiar são fatores protetivos capazes de evitar ou atenuar o adoecimento mental na infância e adolescência (Averna & Hesselbrock, 2001). As orientações precoces dos pais, amizades próximas baseadas em características positivas, suporte familiar diante de situações de risco e manejo comportamental adequado dos pais também foram associados com baixo risco para problemas de saúde mental (Averna

& Hesselbrock, 2001). Estudos de revisão sistemática corroboraram que adolescentes que recebem apoio, suporte, monitoramento e supervisão adequados dos pais são menos propensos ao uso de substâncias psicoativas (Paiva e Ronzani, 2009). Mesmo em territórios de risco e com familiares que possuem algum transtorno mental grave, verificou-se que o suporte social (na escola, em alguma religião ou espaço de convivência) e relacionamento familiar positivo podem reduzir o impacto de eventos ambientais estressores, bem como o surgimento de psicopatologia em adolescentes. (Gomide, Salvo, Pinheiro & Sabbag, 2005; Silva, Nunes, Betti, & Rios, 2010; Yu & Stiffman, 2010).

Há ainda uma ligação intrínseca entre cuidados maternos (entende-se por “materno” qualquer pessoa que exerça o cuidado principal) e saúde mental, ligação essa que foi amplamente estudada por John Bowlby e Mary Ainsworth, precursores na teoria do apego (Bowlby, 1981; Dawson 2018; Ainsworth, 1967). Sabe-se hoje que o apego seguro (segurança física e emocional que propicia senso de importância individual e capacidade de conexão com outras pessoas) estabelecido com os cuidadores principais é um fator de proteção extremamente importante (Dawson 2018; Slade, 2005; Atkinson e col, 2000). A sensibilidade materna (percepção correta dos sinais da criança, com resposta imediata e apropriada), responsividade afetiva e validação emocional também são fatores protetivos ao desenvolvimento psíquico saudável (Slade, 2005; Atkinson e col, 2000).

Há uma crescente preocupação em avaliar o comportamento de crianças que experimentaram ambientes adversos de cuidado, refletindo sinais de supostos transtornos do apego (Mikulincer & Shaver, 2012). Zeanah e Gleason (2015), ao conduzirem um importante estudo de revisão sistemática, verificaram que crianças institucionalizadas apresentam um padrão de apego predominantemente desorganizado, seguido do inseguro e, por fim, seguro; enquanto que crianças que crescem com suas famílias possuem predominância de apego seguro. Essas crianças estavam em um serviço de acolhimento de referência e foram muito bem cuidadas do ponto de vista nutricional e de higiene, com um bom número de cuidadores e atendimento especializado (Zeanah & Gleason, 2015). Mesmo com os melhores cuidados clínicos e educativos, observou-se uma prevalência de transtornos relacionados aos ciclos de apego em crianças institucionalizadas, reafirmando o impacto das relações familiares e de um ambiente suficientemente bom, capaz de propiciar um desenvolvimento emocional saudável (Ein-Dor, Viglin & Doron, 2016; Mikulincer & Shaver, 2012; Zeanah & Gleason, 2015). Os dados da literatura sugerem que a ausência de cuidado afetivo e efetivo na primeira infância poderia gerar prejuízos, foi a partir desta constatação que os Transtornos do Apego foram

incluídos no DSM III e permanecem até hoje (Mikulincer & Shaver, 2012). Existe, ainda, uma forte associação entre Transtornos do Apego e apego desorganizado com os Transtornos do Neurodesenvolvimento (TDAH, Transtorno da Comunicação, Transtorno da Aprendizagem, Transtornos Motores, Deficiência Intelectual e TEA) (Ein-Dor, Viglin & Doron, 2016). Essa associação se dá em razão de uma sintomatologia compatível com tais diagnósticos (que não necessariamente caracterizam um transtorno), porém são sintomas que se deram por razões ambientais relacionadas ao ciclo de apego (Ein-Dor, Viglin & Doron, 2016). Tais dados reafirmam a relação afetiva familiar como fator protetivo para o não desenvolvimento de psicopatologia.

Sabe-se ainda que os transtornos relacionados ao ciclo de apego não são, necessariamente, predisponentes para o desenvolvimento de distintas psicopatologias, mas que existem fatores mediadores e moderadores que influenciam no desenvolvimento de tais psicopatologias diante das vulnerabilidades do indivíduo (Polanczyk, 2009; Ein-Dor, Viglin & Doron, 2016). Nesta conjuntura, faz-se necessário organizar intervenções precoces no eixo dos fatores exógenos (que são passíveis de mudança) para a sintomatologia em saúde mental da infância e adolescência. Ainda, o Gráfico de Heckman, autor conhecido e amplamente citado nos estudos de primeira infância, coloca ênfase nos investimentos nos anos iniciais da vida, propondo que o retorno desse investimento seria de grande valia para a sociedade como um todo, tanto financeiramente, quanto administrativamente e politicamente (Heckman, 2021). Estudos estatísticos e epidemiológicos constataram que ambientes de qualidade na primeira infância poderiam evitar os atrasos de desenvolvimento em crianças (Heckman, 2021).

O lugar dos pais no atendimento infantil

O desenvolvimento saudável de uma criança é promovido por uma família que tenha capacidade de formar com ela relações recíprocas e empáticas, permeadas por uma completa expressão de afeto (Polanczyk, Lamberte & col, 2012). As características individuais da criança, temperamento, vulnerabilidades e habilidades, bem como as progressões desenvolvimentais e as mudanças, precisam ser aceitas, facilitadas e valorizadas pela família (Zeanah & Zeanah, 2009 apud Polanczyk, Lamberte & col, 2012).

Inscriver a família como parceira do cuidado e desenvolver práticas baseadas na interdisciplinaridade e na articulação dos recursos comunitários são condutas essenciais na atenção à saúde da criança (Osti & Sei, 2016). A criança não busca por si mesma a ajuda de um profissional da saúde - os pais são responsáveis não somente por levar a criança ao atendimento, mas, essencialmente, por localizar nela um sofrimento e uma preocupação inicial (Merletti, 2021). Desta forma, o atendimento às crianças exige a criação de outros dispositivos de acolhida, de escuta e de intervenções com os adultos que delas se encarregam (Merletti, 2021; Osti & Sei, 2016). É importante, sobretudo, operacionalizar um trabalho com famílias, buscando torná-las sujeitos de ação transformadora e modificadora na busca de uma melhor qualidade de vida, ou seja, o trabalho precisa ser no sentido de emancipação, de que a família seja agente ativo na resolução dos seus próprios problemas (Macedo & Monteiro, 2006; Minuchin, 1999).

Em se tratando da busca por atendimento psicoterapêutico, observa-se frequentemente o cenário de uma dinâmica permeada por sintomas localizados na criança, mas advindos do funcionamento familiar como um todo (Osti & Sei, 2016). Na clínica psicológica, a criança pouco expressa o desejo de tratamento, ficando esta função a cargo dos pais ou da escola, que apresentam a queixa e o desejo inicial de que ela seja tratada (Dolto & Nasio, 1991; Mannoni, 1971; Oliveira, Gastaud & Ramires, 2016; Osti & Sei, 2016). Sendo assim, num primeiro momento, o psicólogo escuta quem solicitou o tratamento e o aparente sintoma do infante surge como algo que possa incomodar a própria criança, mas incomoda principalmente aqueles que buscaram pelo atendimento (Osti & Sei, 2016). Ao tratá-la é preciso entrevistar os pais para colher informações e orientá-los com relação aos aspectos comportamentais e emocionais dos filhos, intervindo na realidade da vida em comum (Oliveira, Gastaud & Ramires, 2016). O pressuposto de que pais e filhos estão implicados entre si leva, necessariamente, a admitir que no setting terapêutico os pais estão sempre presentes, não apenas fisicamente, mas também através do discurso da criança (Prizskulnik, 1995). A presença dos pais colabora no trabalho com a criança e, muitas vezes, é fundamental para o sucesso do tratamento (Mannoni, 1971; Prizskulnik, 1995).

Família e funções parentais na contemporaneidade

Faz-se necessário localizar a que sujeitos este artigo se refere quando se fala do lugar da família no atendimento infantil: a entrada na parentalidade não é, necessariamente,

decorrência da gestação e do parto, mas de um ato da mulher ou do homem que assume o lugar de mãe ou de pai de uma criança (Teperman, 2020). Nesse sentido, para a psicanálise, o ponto de partida da parentalidade sempre implica o paradigma da adoção (Teperman, 2020). O termo “parentalidade” nomeia e legitima (via discurso jurídico) laços familiares antes inexistentes e não regidos por vínculos biológicos, como os que se evidenciam nas novas configurações familiares (Teperman, 2020). Considerando estas informações, pode-se afirmar que qualquer adulto que esteja, no momento, exercendo a função parental pode ser auxiliado pelas intervenções psicológicas centradas na família (Oliveira, Gastaud & Ramires, 2016).

Historicamente, as regras estabelecidas pelos pais eram inquestionáveis - os pais puniam e castigavam com direito legítimo de educador e o rigor físico das punições era irrefutável (Gomide, 2004). A revolução de costumes da década de 50 trouxe questionamentos sobre o modo de educar os filhos - os severos costumes foram substituídos por ideias de liberdade sexual e regras flexíveis e a punição física foi repudiada, dando valor ao diálogo como fonte de educação (Gomide, 2004; Gomide, 2006). O problema do radicalismo com relação ao diálogo é que os pais modernos, para conquistar um papel de "amigo" dos filhos, abriram mão do seu papel de educadores, deixaram de estabelecer regras, esqueceram-se de ser exemplo moral e passaram a usar a conversa de forma punitiva (horas de sermão e ameaças) e não como forma de reflexão - romperam com a punição e se tornaram permissivos (Gomide, 2004; Gomide, 2006). Os valores tradicionais que embasaram o processo educacional passaram a ser questionados e os modelos novos ainda não foram totalmente estabelecidos (Zanetti & Gomes, 2014). Neste contexto, torna-se necessário que os pais construam uma teoria de apoio consistente para suas práticas, de um modo particular (Zanetti & Gomes, 2014). Diante dos dilemas parentais na contemporaneidade, os questionamentos feitos pelos pais demarcam a importância de um trabalho específico voltado às habilidades parentais (Gomide, 2004; Gomide, 2006; Silva, Nunes, Betti & Rios, 2008).

Referenciais teóricos em atendimentos de orientação parental

É correlata a crescente intervenção de especialistas na família e na criação de crianças (Zanetti & Gomes, 2014). A parentalidade como prática garantidora da constituição, da formação e da educação dos sujeitos revela uma busca obsessiva por garantias, esta é uma

questão atual, que encontra nos especialistas pretensas respostas (Garrafa, 2020). Interferências externas oriundas da ciência, por diversos meios questionaram a condição da criança na família e o saber dos pais sobre seus filhos (Prizskulnik, 2002; Wagner, 2003). Como decorrência, surgiram dúvidas e inseguranças na tarefa de educar, seguida da busca pela instrumentalização de um suposto saber que permitiria o controle da transmissão geracional sem falhas (como se isso fosse possível) - um legítimo apelo ao especialista que garante (Teperman, 2020; Zanetti & Gomes, 2014).

Na literatura científica brasileira este tema tem sido tratado, em diversos trabalhos, sob o vértice do referencial teórico-prático do treinamento em habilidades sociais e treinamento comportamental para pais (Bolsoni-Silva, 2007; Del Prette & Del Prette, 2016; Del Prette & Del Prette, 2017; Gomide, 2004; Gomide, 2006; Silva & Marturano, 2002). A psicanálise, por sua vez, se ocupa da escuta daquilo que responde pela produção dos fenômenos, bem como o que aponta para a incompletude do saber e para o que escapa às possibilidades de apreensão pela linguagem (Teperman, 2020).

Abordar a parentalidade a partir da psicanálise visa colocar em primeiro plano a importância de escutar como a angústia emerge no fenômeno parental em cada sujeito e as respostas que a cultura tem produzido diante desse fenômeno (Zanetti & Gomes, 2014). Longe de se constituir como um saber especializado, trata-se de recortar um campo de estudos fértil para se debruçar sobre os desafios encontrados nesse momento da vida que, como pais ou como filhos, atravessa a todos (Teperman, 2020). Cada sujeito, a partir da elaboração de sua história única, responderá de forma singular às forças que o campo parental convoca (Figueiredo & Motta, 2014). O impulso de corrigir as imperfeições da civilização vem se particularizando no campo da família e da criação de crianças através do discurso da parentalidade (Garrafa, 2020). Valendo-se das angústias de pais, mães e educadores, tais discursos renovam e dão consistência à ilusão de harmonia, anunciando-a sob a forma da eficiência e da competência parental, como se fosse possível - e desejável - um transmissão familiar perfeita e sem restos (Medeiros, 2003; Teperman, 2020). Trata-se, portanto, de uma dimensão normativa e ortopédica, que recorre a discursos que investem na figura de pais competentes, implicados num modo de vida voltado à educação das crianças e despojados dos dramas que a família comporta (Teperman, 2020). Teperman (2020), evoca a relevância da desomogeneização e acrescenta um alerta: “Dito de outro modo, é preciso recordar que não se deve tirar de alguém sua particularidade, a fim de misturá-lo com todos no universal,

em razão de algum humanitarismo ou qualquer outro motivo” (Laurent, 2007, pp.145 apud Teperman, 2020).

O trabalho com pais e famílias: perspectiva psicanalítica

Avessa aos discursos hegemônicos e normativos, a psicanálise se ocupa em singularizar, em considerar as especificidades de cada sujeito e de cada família em seus respectivos territórios (Figueiredo & Motta, 2014; Garrafa, 2020; Prizskulnik, 1995; Teperman, 2020; Zanetti & Gomes, 2014). Ao estudar a família, a psicanálise localiza a transmissão, por aqueles que se ocupam das funções parentais, das condições mínimas e necessárias para o estabelecimento de uma subjetividade - a transmissão familiar é de ordem inconsciente, implica a subjetividade de cada um dos envolvidos e não coincide com uma tarefa pedagógica (Teperman, 2020).

A maioria dos estudos que circundam o tema da relação pais e filhos não recorre à psicanálise para fundamentar a compreensão de seus resultados (Medeiros, 2003; Zanetti & Gomes, 2014). Winnicott (1993) declara que “é um insulto doutrinar pessoas”, e sim “apreender as coisas comuns que as pessoas fazem e ajudá-las a compreender porque é que as fazem” (Winnicott, 1993, p. 3). Faz-se necessário discutir com os pais o gênero dos problemas que enfrentam, o tipo de coisa que fazem e o que podem esperar de suas ações, mas não dizer-lhes precisamente o que devem fazer (Figueiredo & Motta, 2014; Winnicott, 2019a). Uma boa mãe é o melhor juiz para decidir o que é bom para o seu próprio filho, desde que esteja informada quanto aos fatos e educada quanto às necessidades (Winnicott, 2019a). É possível que a hipótese de que o saber especializado sobreponha o saber dos pais sobre os próprios filhos, provenha do treino especializado dos profissionais de saúde, que possuem conhecimento técnico do processo saúde-doença, mas que não estão forçosamente qualificados para compreender toda a tarefa dos pais (Winnicott, 1989; Winnicott, 2019a). O profissional que respeita o conhecimento especializado dos pais grangeia facilmente o respeito por seu próprio conhecimento especializado (Winnicott, 2019a). Tudo o que não apoiar especificamente a ideia de que os pais são pessoas responsáveis será prejudicial, em longo prazo, ao próprio âmago da sociedade (Winnicott, 1993; Winnicott, 1984; Winnicott, 1990; Winnicott, 2019a). Considerando as contribuições da psicanálise e, em especial, da obra de Winnicott e Dolto, pode-se afirmar que para obter o melhor dos pais, deve-se conceder-lhes plena responsabilidade no tocante ao que constitui seu assunto particular, isto

é, a criação de sua própria família. Nesta conjuntura, as intervenções de orientação a pais e famílias, orientadas pela psicanálise, coadunam com propostas de trabalho alinhadas à saúde coletiva.

Material e métodos

Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa observacional descritiva, realizada por meio do estudo de caso das intervenções realizadas com os adultos responsáveis pelas crianças e adolescentes com idade de 3 à 14 anos. Os dados foram coletados por meio de observação participante e prontuário eletrônico. Esse tipo de estudo amplia o escopo da investigação do fenômeno dos atendimentos de orientação parental e seu impacto nas relações familiares, de modo a permitir uma formulação mais precisa dos problemas e estabelecer novas hipóteses pesquisáveis em estudos posteriores.

Local e período do estudo

O estudo foi conduzido no Centro Municipal de Especialidades (CE), localizado no município de Pinhais - Paraná, que realiza atendimentos ambulatoriais, em regime individual e/ou grupal, de acordo com as necessidades clínicas do usuário. O Centro Municipal de Especialidades conta com profissionais da psicologia, fonoaudiologia, psiquiatria e neuropediatria para realizar ações de prevenção e tratamento às crianças, adolescentes e adultos com problemas relacionados à saúde mental. O serviço possui, ainda, profissionais de saúde residentes em saúde mental das áreas de psicologia, enfermagem, terapia ocupacional e serviço social. Os atendimentos são voltados ao acompanhamento de casos de saúde mental de complexidade moderada, ou seja, casos que possuem um grau de sofrimento mental ou alterações de comportamento que afetam consideravelmente a vida da criança ou adolescente e de suas famílias, não necessitando de tratamento intensivo, como o ofertado no CAPSi. Embora os ambulatórios ofereçam atendimentos em grupo e ações no território, estes têm como característica principal o atendimento em consultas eletivas. Os usuários chegam ao serviço mediante encaminhamento médico com referência/contra referência via Central de Marcação de Consultas. Este estudo foi conduzido no período de julho de 2020 a abril de

2021 e todos os dados foram coletados durante o período da Residência Multiprofissional em Saúde Mental da Escola de Saúde Pública do Paraná.

População fonte

Adultos responsáveis por crianças e adolescentes com idade de 3 à 14 anos, vinculados às Unidades de Saúde da Família do Município de Pinhais/PR.

Critérios de inclusão

1. Crianças e adolescentes com idade de 3 anos a 14 anos e 11 meses e seus responsáveis;
2. Que chegaram ao serviço mediante encaminhamento por médico pediatra, neuropediatra, médico da Estratégia de Saúde da Família e da Rede de Proteção - Secretaria Municipal de Assistência Social;
3. Que foram encaminhadas para o atendimento de orientação parental mediante triagem por profissional psicólogo;
4. Cujas informações descritas em prontuário eletrônico estavam completas;
5. Cujos pais participaram de intervenções de orientação parental individuais e/ou grupais;
6. Sujeitos e familiares que participaram de no mínimo dois atendimentos.

Critérios de exclusão

1. Sujeito e familiares cujos prontuários eletrônicos estivessem incompletos ou que não fornecessem informações suficientes para as análises da pesquisa;
2. Sujeito e familiares que tiveram evasão, desistência ou alta por abandono até a ocasião do 2º atendimento.

População do estudo

Constituiu a população do estudo 88 usuários do serviço ambulatorial de psicologia do Centro Municipal de Especialidades, sendo 46 adultos responsáveis por um total de 42 crianças e adolescentes do sexo masculino e feminino.

Amostra e técnica de amostragem

A amostragem se deu de forma não probabilística, por conveniência, de todos os casos encaminhados para atendimento de orientação parental pelo serviço ambulatorial de psicologia do Centro Municipal de Especialidades.

Fontes de material da pesquisa

Tabela-síntese de sessões preenchida pela pesquisadora responsável e prontuário eletrônico, que foi consultado especificamente para os propósitos desta pesquisa. A tabela-síntese sistematiza os temas abordados nas intervenções e que atividades foram propostas. Os prontuários foram consultados a fim de coletar as informações sociodemográficas, a origem do encaminhamento, queixa principal, queixa secundária e os registros de evolução clínica.

Procedimentos

A pesquisa foi iniciada após aprovação do Comitê de Ética e autorização da coordenadora do Centro Municipal de Especialidades e da Gerente de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde de Pinhais, mediante Termo de Anuência Institucional. Os participantes da pesquisa não foram contactados, tendo em vista que houve a utilização de dados obtidos somente a partir do estudo de material já coletado e de investigação de prontuários. Os participantes da pesquisa realizaram acompanhamento psicológico na modalidade de orientação parental no período de julho de 2020 a abril de 2021. A partir desses atendimentos, a pesquisadora elaborou uma tabela síntese de sessões baseada nos registros de observação participante e que compõem os principais temas abordados nos atendimentos. Os dados foram coletados por meio da utilização da busca das informações contidas nos prontuários eletrônicos. Os prontuários foram consultados a fim de coletar as informações sociodemográficas, epidemiológicas e os registros de evolução clínica. As

informações referentes aos participantes foram descritas em três categorias principais e organizadas em planilha, compondo um banco de dados. As categorias foram:

1. Características das crianças e adolescentes
 - 1.1 Idade
 - 1.2 Classificação etária
 - 1.3 Sexo
 - 1.4 Raça
 - 1.5 Escolaridade
 - 1.6 Origem do encaminhamento
 - 1.6.2 Médico pediatra
 - 1.6.3 Médico clínico/ Estratégia de Saúde da Família
 - 1.6.4 Rede de proteção/ Secretaria Municipal de Assistência Social
 - 1.6.5 Neuropediatra
 - 1.7 Queixa inicial
 - 1.8 Queixa secundária
 - 1.9 Diagnóstico prévio de Transtorno Mental e/ou Comportamental de acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5)

2. Características dos pais e da família
 - 2.1 Idade
 - 2.2 Sexo
 - 2.3 Raça
 - 2.4 Tipo de vínculo com a criança
 - 2.5 Situação laboral
 - 2.5.1 Empregado
 - 2.5.2 Desempregado
 - 2.5.3 Aposentado
 - 2.6 Histórico familiar de tratamento em saúde mental
 - 2.7 Diagnóstico de Transtorno Mental e/ou Comportamental na família

3. Características do ambiente
 - 3.1 Situação conjugal dos pais
 - 3.1.1 Casados ou amasiados

- 3.1.2 Separados
- 3.1.3 Mãe solteira
- 3.1.4 Mãe falecida
- 3.2 Situação da constituição familiar
 - 3.2.1 Família monoparental
 - 3.2.2 Pais
 - 3.2.3 Família extensa
- 3.3 Número de irmãos e se todos pertencem ao mesmo núcleo familiar

Tabulação e gerenciamento de dados

Os dados coletados pela pesquisadora foram redigidos e armazenados em planilha eletrônica (Microsoft Excel®), conferidos e exportados para posterior análise estatística (Statistica - Statsoft®) e análise qualitativa/ inferencial.

Análise estatística de resultados

Este trabalho avaliou crianças, adolescentes e seus responsáveis, que realizaram acompanhamento psicológico na modalidade de orientação parental no período de julho de 2020 a abril de 2021. Para tal foi inicialmente realizado o perfil sociodemográfico de 42 infantes, sendo analisadas as variáveis: sexo, idade, raça, ano escolar, repetência, tipo de escola e origem do encaminhamento. Foram também avaliadas as frequências de ocorrências das queixas primárias e secundárias das crianças, bem como o diagnóstico prévio.

Foi também avaliado o perfil sociodemográfico dos responsáveis pelas crianças, sendo analisadas as variáveis: idades dos responsáveis, vínculo com a criança, sexo, raça e situação laboral. O número total de responsáveis foi de 46, pois para alguns o pai e a mãe responderam, aumentando o número amostral. As idades foram agrupadas em blocos de 6 anos para uma melhor compreensão das faixas etárias dos responsáveis e melhor caracterização das famílias. O número de respostas sobre a situação laboral foi de 45, pois não houve resposta para uma das crianças.

Ainda, foi realizado um estudo sobre as características do ambiente do qual fazem parte as crianças e adolescentes encaminhados para orientação parental, sendo avaliadas as

seguintes variáveis: situação conjugal dos pais, constituição familiar, número de irmãos e se os irmãos fazem parte do mesmo núcleo familiar. Foram obtidas 41 respostas, pois não se obteve resposta para uma das crianças. Apenas 26 responsáveis responderam a questão sobre o núcleo familiar dos irmãos da criança em questão.

Para avaliar os aspectos relacionados à saúde mental dos responsáveis, foram analisadas as variáveis: histórico familiar de tratamento em saúde mental e diagnóstico de transtorno mental na família. Nota-se a possibilidade de haver mais de um diagnóstico por familiar para uma criança, o que altera o número amostral.

Para todas as variáveis acima citadas foi realizada a frequência absoluta e relativa (em porcentagem), sendo as comparações estatísticas realizadas por meio do teste de Qui-quadrado de bondade de ajuste, assumindo-se um nível de significância de 5%. Estas análises foram feitas no *software* estatístico XLSTAT®.

Em seguida, os infantes foram divididos em dois grupos: 1) com pais que apresentaram diagnósticos de transtornos mentais, e 2) cujos pais não apresentaram tais diagnósticos. Estes dois grupos foram estatisticamente comparados, por meio do teste de Qui-quadrado para independência ($\alpha = 0,05$), as frequências das queixas categorizadas em: abuso e negligência, alterações na dinâmica familiar, comportamentos autolesivos, comportamentos disruptivos, desenvolvimento atípico, queixa escolar, sintomas ansiosos, sintomas depressivos e sintomas mistos.

Não sendo obtida diferença estatística entre os grupos acima citados, foi realizada a Análise de Partição de Variância para identificar o quanto cada matriz de dados influenciou o número de ocorrência das queixas (danos) das crianças. Foram testados os efeitos das diferentes matrizes de variáveis independentes (eixo x: características da criança, do responsável e do ambiente) sobre os valores da variável dependente número de ocorrência de queixas (eixo y). A distância baseada em análise de redundância parcial (dbRDA) foi usada para testar o efeito de cada matriz de variáveis independentes e os resultados foram interpretados em conjunto. O dbRDA parcial foi calculado usando a função “rda” com a distância 'Bray-Curtis' do pacote *vegan* (Wagner et al. 2009). Para uma melhor visualização foi gerado um gráfico de colunas contendo o coeficiente de determinação da criança, do responsável e do ambiente, isoladamente. Foram ainda associados cada um destes agentes das seguintes formas: criança + responsável, criança + ambiente, responsável + ambiente, e criança + responsável + ambiente, visando descobrir quais destas possíveis combinações causariam mais danos às crianças. Foi ainda gerado um gráfico de intersecções (Diagrama de

Venn) para a visualização da contribuição das características da criança, do responsável e do ambiente, isoladamente, e em conjunto. Todas as análises foram realizadas utilizando o software R, versão 3.6.0 (*R Development Core Team 2018*), considerando uma significância de $\alpha < 0,05$.

Análise inferencial de resultados

Verificou-se, qualitativamente, quais são os temas mais relevantes de serem abordados no atendimento aos pais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), considerando o perfil sociodemográfico e epidemiológico da população do território estudado. Baseando-se em proposições teóricas que refletem o conjunto de questões da pesquisa e as revisões feitas na literatura sobre o assunto, foram elencadas evidências e propostas para as interpretações que surgiram.

Ética em pesquisa

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital do Trabalhador/SES/PR com dispensa de TCLE, considerando a Resolução CNS nº 510/16 em seu artigo 1º, inciso VII.

Fomento para a pesquisa e serviços envolvidos

Os recursos para a pesquisa foram arcados pela própria pesquisadora, mediante bolsa do Programa de Residência da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná/ Escola de Saúde Pública do Paraná, cedida pelo Fundo Estadual de Saúde (FESPR). A pesquisa contou com o apoio do Centro Municipal de Especialidades em termos de infraestrutura e de toda a sua equipe de profissionais.

Resultados

Caraterísticas das crianças e adolescentes atendidos em ambulatório especializado de psicologia

Constituíram a amostra deste estudo 42 crianças e adolescentes, a frequência de meninos e meninas foi a mesma (21 para cada). A idade variou de 3 a 14 anos, sendo 6 anos a idade mais frequente. 47,62% do total tinham de 5 a 7 anos, 21,43% tinham de 8 a 10 anos, 16,67% tinham de 3 a 4 anos, e 14,29% tinham de 11 a 14 anos, havendo diferença significativa entre as idades ($p = 0,0031$; Tabela 1).

Em relação à raça, a maioria (88,10%) era branca, e o restante negros (11,90%) ($p < 0,0001$; Tabela 1). Houve diferença ($p = 0,0041$) entre os anos escolares, com uma maior concentração no Ensino Fundamental 1 (60%), seguida pré-escola (33%), e Ensino Fundamental 2 (7,5%) (Tabela 1). Somente 1 criança (2,38%) repetiu de ano, e 1 (2,38%) frequentou escola especial ($p < 0,0001$ para ambos; Tabela 1). A maioria (50%) foi encaminhada para orientação parental pelo médico pediatra da USF, 23,81% por neuropediatra, 14,29% por médico clínico da USF e 11,90% pela rede de proteção da Secretaria de Assistência Social - SAS, havendo diferença estatística entre as categorias ($p = 0,0041$; Tabela 1).

Tabela 1

Frequências absolutas (FA) e relativas em % (FR%) do perfil sociodemográfico de 42 crianças e adolescentes encaminhados para orientação parental. P-valor do Teste Qui-quadrado.

| Variáveis | Categorias | FA | FR (%) | p-valor |
|--------------------------|----------------------|----|--------|---------|
| Sexo | Feminino | 21 | 50,00 | 1 |
| | Masculino | 21 | 50,00 | |
| Idades | 3 a 4 | 7 | 16,67 | 0,0031 |
| | 5 a 7 | 20 | 47,62 | |
| | 8 a 10 | 9 | 21,43 | |
| | 11 a 14 | 6 | 14,29 | |
| Raças | Branco | 37 | 88,10 | <0,0001 |
| | Negro | 5 | 11,90 | |
| Ano escolar | Pré escola | 13 | 33,00 | 0,0006 |
| | Ensino Fundamental 1 | 24 | 60,00 | |
| | Ensino Fundamental 2 | 3 | 7,50 | |
| Repetência | Não | 39 | 92,86 | <0,0001 |
| | Sim | 1 | 2,38 | |
| | Dados ausentes* | 2 | 4,76 | |
| Tipo de escola | Especial | 1 | 2,38 | <0,0001 |
| | Regular | 41 | 97,62 | |
| Origem do encaminhamento | Médico clínico USF | 6 | 14,29 | 0,0041 |
| | Neuropediatra | 10 | 23,81 | |
| | Pediatra USF | 21 | 50,00 | |
| | Rede de proteção/SAS | 5 | 11,90 | |

*Os testes estatísticos não consideraram os dados ausentes.

Queixas relacionadas à saúde mental e diagnósticos prévios

As queixas primárias mais incidentes foram: comportamentos disruptivos (47,62%), alterações na dinâmica familiar e sintomas ansiosos (23,81% para cada), abuso e negligência (21,43%), e sintomas depressivos (11,90%), sendo que as outras queixas não alcançaram 10% de ocorrência. Houve diferença significativa entre as queixas ($p = 0,0009$; Tabela 2).

Entre as queixas secundárias, as mais frequentes foram: comportamentos disruptivos (54,55%), sintomas ansiosos (22,73%), sintomas depressivos (13,64%), comportamentos autolesivos e sintomas mistos (4,55% para cada), havendo diferença estatística entre eles ($p = 0,0003$; Tabela 2).

Dentre os diagnósticos prévios, os mais frequentes (11,90%) foram Epilepsia e Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), seguidos por Transtorno Opositivo Desafiador (TOD) (9,52%), Encoprese e Transtorno do Espectro Austista (TEA) (4,76%) e Gagueira, Síndrome de Cornélia de Lange e Síndrome de Down (2,38%), não havendo diferença significativa entre eles ($p = 0,062$; Tabela 2).

Tabela 2

Frequências absolutas (FA) e relativas em % (FR%) das queixas primárias e secundárias e dos diagnósticos prévios de crianças e adolescentes encaminhados para orientação parental. P-valor do Teste Qui-quadrado.

| Variáveis | Categorias | FA | FR (%) | p-valor |
|----------------------|---------------------------------|------|--------|---------|
| Queixas primárias | Abuso e negligência | 9 | 21,43 | 0,0009 |
| | Alterações na dinâmica familiar | 10 | 23,81 | |
| | Comportamentos autolesivos | 2 | 4,76 | |
| | Comportamentos disruptivos | 20 | 47,62 | |
| | Desenvolvimento atípico | 3 | 7,14 | |
| | Queixa escolar | 4 | 9,52 | |
| | Sintomas ansiosos | 10 | 23,81 | |
| | Sintomas depressivos | 5 | 11,90 | |
| Queixas secundárias | Sintomas misto | 2 | 4,76 | 0,0003 |
| | Comportamentos autolesivos | 1 | 4,55 | |
| | Comportamentos disruptivos | 12 | 54,55 | |
| | Sintomas ansiosos | 5 | 22,73 | |
| | Sintomas depressivos | 3 | 13,64 | |
| Diagnósticos prévios | Sintomas mistos | 1 | 4,55 | 0,062 |
| | Epilepsia | 5 | 11,90 | |
| | TDAH | 5 | 11,90 | |
| | TOD | 4 | 9,52 | |
| | Encoprese | 2 | 4,76 | |
| | TEA | 2 | 4,76 | |
| | Gagueira | 1 | 2,38 | |
| | Síndrome de Cornélia de Lange | 1 | 2,38 | |
| Síndrome de Down | 1 | 2,38 | | |

Características dos pais e da família

O número total de responsáveis foi de 46, pois para alguns o pai e a mãe responderam, aumentando o número amostral. Analisando-se os responsáveis pelas crianças, notou-se que a maior parte é composta por pessoas de 24 a 29 anos (30,43%), seguidos por adultos de 30 a 35 anos (26,09%), e de 36 a 41 anos (23,91%). As outras idades exibiram frequências inferiores a 10%, sendo obtida diferença significativa entre todas as idades ($p < 0,0001$). A menor idade obtida foi 24 anos, a maior foi 70 anos, e a mais frequente foi 31 anos (Tabela 3).

Em relação ao vínculo com a criança, 65,22% são mães, 17,39% pais, 10,87% avós, 4,35% tias e 2,17% tios, havendo diferença estatística entre eles ($p < 0,0001$). A grande maioria (80,43%) pertence ao sexo feminino e classificou-se como sendo da raça branca (86,96%), havendo 13,04% de negros. As categorias analisadas das variáveis sexo e raça apresentaram diferenças estatísticas ($p < 0,0001$ para ambos; Tabela 3).

Sobre a situação laboral dos responsáveis pelos menores, 62,22% estão empregados, 31,11% encontram-se desempregados e 6,67% estão aposentados, sendo obtida diferença significativa ($p < 0,0001$) entre tais classificações (Tabela 3).

Tabela 3
Frequências absolutas (FA) e relativas em % (FR%) do perfil sociodemográfico dos familiares. P-valor do Teste Qui-quadrado.

| Variáveis | Categorias | FA | FR% | p-valor |
|--------------------------------|----------------|----|-------|--------------|
| Idades dos responsáveis (anos) | 24 a 29 | 14 | 30,43 | $p < 0,0001$ |
| | 30 a 35 | 12 | 26,09 | |
| | 36 a 41 | 11 | 23,91 | |
| | 42 a 47 | 2 | 4,35 | |
| | 48 a 53 | 4 | 8,70 | |
| | 54 a 59 | 1 | 2,17 | |
| | 60 a 65 | 0 | 0,00 | |
| | 66 a 71 | 2 | 4,35 | |
| Vínculo com a criança | Mãe | 30 | 65,22 | $p < 0,0001$ |
| | Pai | 8 | 17,39 | |
| | Avó | 5 | 10,87 | |
| | Outro familiar | 3 | 6,52 | |
| Sexo | Feminino | 38 | 80,85 | $p < 0,0001$ |
| | Masculino | 9 | 19,57 | |
| Raças | Branços | 37 | 88,10 | $p < 0,0001$ |
| | Negros | 5 | 11,90 | |
| Situação laboral | Empregados | 28 | 62,22 | $p < 0,0001$ |
| | Desempregados | 14 | 31,11 | |
| | Aposentados | 3 | 6,67 | |

Foram também analisados aspectos relacionados à saúde mental dos responsáveis pelas, sendo que 57,11% das crianças possuíam algum histórico familiar de tratamento em saúde mental na família. Dentre os que possuíam, em 26,19% dos casos foi a mãe da criança que procurou tratamento, em 23,81% foram o pai e a mãe, em 2,38% dos casos foi apenas o pai, e em 2,38% foi a mãe e o irmão. Houve diferença significativa entre as categorias de familiares ($p < 0,0001$; Tabela 4).

Em relação aos diagnósticos de transtorno mental na família, o mais frequente (25%) foi o Transtorno por Uso de Substância (TUS) de ambos os pais, seguido pelo Transtorno Depressivo Maior da mãe (17,86%), Transtorno Afetivo Bipolar (TAB) de ambos os pais (10,71%), Deficiência Intelectual (DI) dos pais (7,14%), Transtorno Afetivo Bipolar (TAB) do irmão (3,57%) e Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade da mãe (TDAH) (3,57%). A comparação estatística entre os diagnósticos acusou diferença significativa entre eles ($p = 0,0245$; Tabela 4).

Tabela 4

Frequências absolutas (FA) e relativas em % (FR%) das características da saúde mental dos familiares. P-valor do Teste Qui-quadrado.

| Variáveis | Categorias | FA | FR (%) | p-valor |
|--|--|----|--------|---------|
| Histórico familiar de tratamento em saúde mental | Não | 18 | 42,86 | <0,0001 |
| | Sim (não identificou quem) | 1 | 2,38 | |
| | Sim - mãe | 11 | 26,19 | |
| | Sim - mãe e irmão | 1 | 2,38 | |
| | Sim - mãe e pai | 10 | 23,81 | |
| | Sim - pai | 1 | 2,38 | |
| Diagnóstico de transtorno mental na família | Transtorno Afetivo Bipolar (TAB) - ambos os pais | 3 | 10,71 | 0,0245 |
| | Transtorno Afetivo Bipolar (TAB) - irmão | 1 | 3,57 | |
| | Deficiência Intelectual (DI) - ambos os pais | 2 | 7,14 | |
| | Transtorno Depressivo Maior - mãe | 5 | 17,86 | |
| | Transtorno por Uso de Substâncias (TUS) - ambos os pais | 7 | 25,00 | |
| | Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) - mãe | 1 | 3,57 | |
| | Sem diagnóstico | 9 | 32,14 | |

Características do ambiente

A análise das características do ambiente no qual vive a população do estudo, indicou que a maior parte dos pais (40,48%) é casada, ou amasiada, 33,33% são separados, 23,81% são mães solteiras e 2,38% das mães já faleceram, sendo tais categorias estatisticamente diferentes entre si ($p = 0,0013$; Tabela 5).

A constituição familiar é formada, majoritariamente, por ambos os pais (45,24%), seguida por apenas um dos pais (monoparental) (35,71) e por outro parente como responsável, como a tia, ou a avó, por exemplo (família extensa) (16,67%). As categorias foram estatisticamente diferentes entre si ($p = 0,0420$; Tabela 5).

Em relação à quantidade de irmãos, 40,48% tinham apenas 1 irmão, 30,95% não possuíam irmãos, 11,90% tinham 4 irmãos, 4,76% tinham 3 e 5 irmãos, ou não souberam informar, e 2,38% tinham 2 irmãos. Foi obtida diferença estatística entre as categorias supracitadas ($p < 0,0001$). Nas famílias que possuem irmãos, 45,24% pertencem ao mesmo núcleo familiar, e 19,05% não, sendo estes significativamente diferentes entre si ($p = 0,0208$; Tabela 5).

Tabela 5

Frequências absolutas (FA) e relativas em % (FR%) das características do ambiente das crianças encaminhadas para orientação parental. P-valor do Teste Qui-quadrado.

| Variáveis | Categorias | FA | FR (%) | p-valor |
|---------------------------------|----------------------|----|--------|---------|
| Situação conjugal dos pais | Mãe solteira | 10 | 23,81 | 0,0013 |
| | Separados | 14 | 33,33 | |
| | Casados ou amasiados | 17 | 40,48 | |
| | Mãe falecida | 1 | 2,38 | |
| Constituição familiar | Monoparental | 15 | 35,71 | 0,0420 |
| | Pais | 19 | 45,24 | |
| | Família extensa | 7 | 16,67 | |
| | Não informado* | 1 | 2,38 | |
| Número de irmãos | 0 | 13 | 30,95 | <0,0001 |
| | 1 | 17 | 40,48 | |
| | 2 | 1 | 2,38 | |
| | 3 | 2 | 4,76 | |
| | 4 | 5 | 11,90 | |
| | 5 | 2 | 4,76 | |
| | Não informado* | 2 | 4,76 | |
| Irmãos no mesmo núcleo familiar | Não | 8 | 19,05 | 0,0208 |
| | Sim | 19 | 45,24 | |
| | Não informado* | 15 | 35,71 | |

*Os testes estatísticos não consideraram as categorias cujos valores não foram informados.

Análise de partição de Variância da gravidade das queixas em relação às características da criança, da família e do ambiente no qual reside

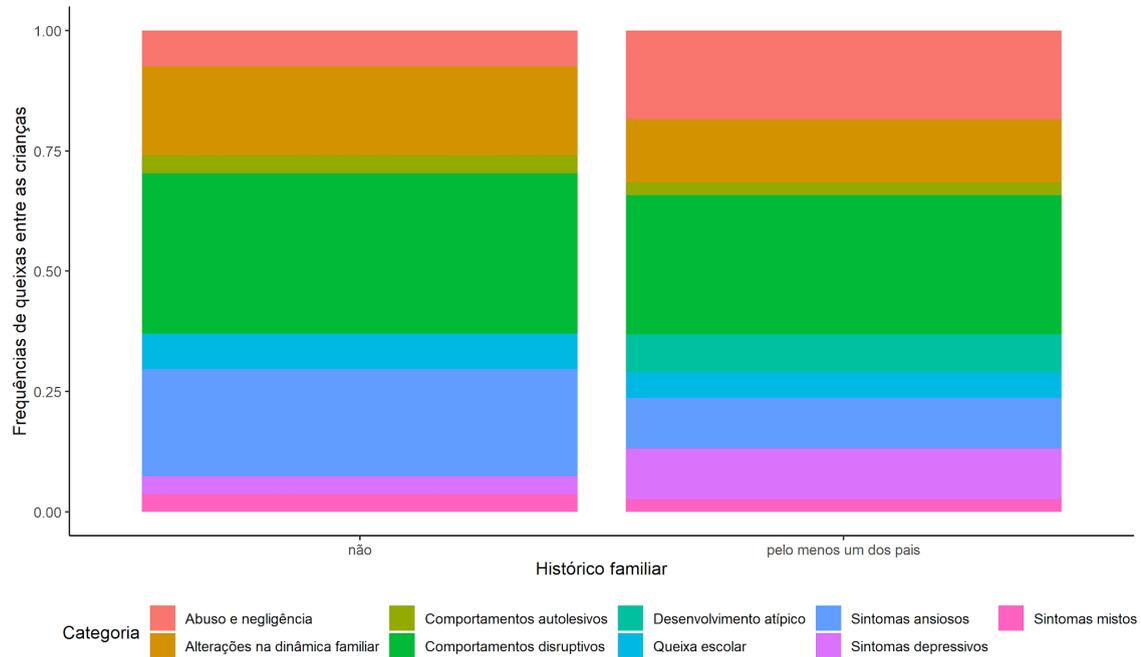


Figura 1. Frequência de queixas em crianças e adolescentes com histórico familiar com pelo menos um dos pais com diagnóstico de transtorno mental.

Inicialmente foram analisadas as queixas das crianças e adolescentes encaminhados para a orientação parenteral com histórico de possuir pelo menos um dos pais com diagnóstico de transtorno mental, sendo estas comparadas aos que não possuíam nenhum dos pais com tal diagnóstico. Para os que possuíam pai ou mãe com transtorno mental, as frequências das seguintes queixas foram maiores: sintomas depressivos, desenvolvimento atípico, e abuso e negligência, não havendo, contudo, diferença significativa entre os grupos ($\chi^2 = 0,053$; $p = 0,8186$; Figura 1).

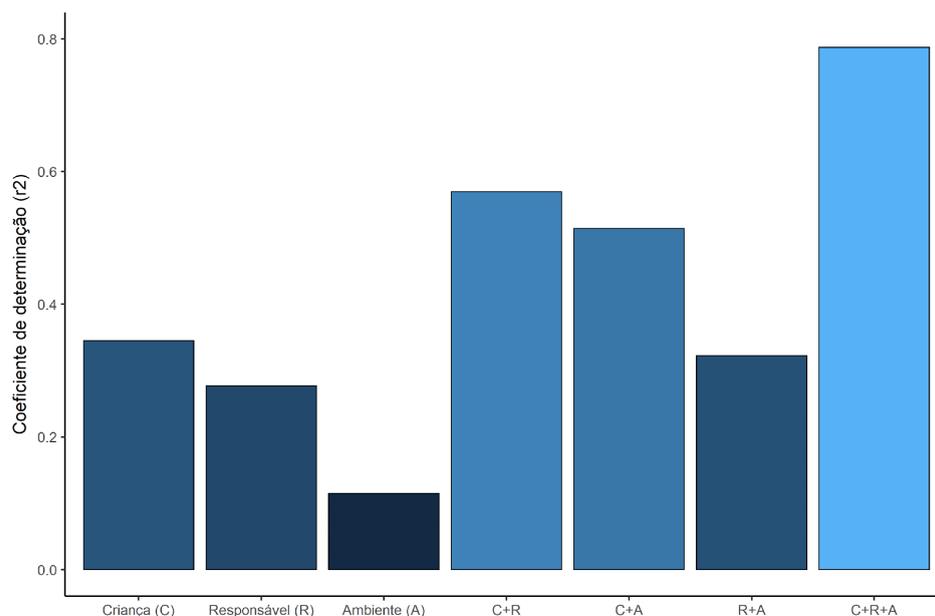


Figura 2. Coeficiente de determinação das queixas de acordo com as variáveis associadas aos problemas de saúde mental na população estudada.

Apesar de não haver diferenças estatísticas nas análises apresentadas acima, foi realizada a Análise de Partição de Variância com o intuito de verificar a interação entre inúmeros fatores sobre a saúde mental destas crianças. Sendo assim, observando-se o coeficiente de determinação da criança, do responsável e do ambiente, isoladamente, e em diferentes combinações, notou-se que a criança sozinha contribuiu com 34,52% para a ocorrência das queixas (ou danos), o responsável sozinho colaborou com 27,73%, e o ambiente contribuiu com 11,49%. Combinando-se os possíveis agentes determinantes dos danos, criança + responsável contribuiu com 56,96% para a ocorrência das queixas, criança + ambiente colaborou com 51,41%, responsável + ambiente com 32,24%, e criança + responsável + ambiente com 78,70%, valor mais alto entre todas as possibilidades citadas, indicando que as queixas têm origem multifatorial (Figura 2).

Temas abordados nos atendimentos de orientação parental

| Tema | Atividade | Referencial teórico |
|--|--|---|
| Apresentação do grupo e do trabalho a ser desenvolvido/ Por que um grupo de pais é importante? | Dinâmica de grupo para apresentação e grupo focal. | |
| Direitos humanos básicos e direitos da criança e do adolescente (ECA). | Distribuição de cartões com informações gerais sobre o ECA; apresentação do ECA e psicoeducação sobre direitos humanos básicos. | Brasil (1990). |
| Importância do brincar para o desenvolvimento infantil/ As 5 linguagens do amor das crianças. | Aula expositiva sobre a importância da brincadeira no desenvolvimento da criança; de que forma a criança expressa-se através das brincadeiras. Psicoeducação seguida de discussão sobre como é possível estar junto diante das tarefas diárias, como lidar com a falta de paciência, cansaço, entre outras razões que impedem os pais de participarem das brincadeiras. | Chapman (2017); Winnicott (2019a); Winnicott (2019b). |
| Educação sexual | Contação de história do livro "Meu corpo, meu corpinho". Psicoeducação e orientações específicas. | Mendonça (2019). |
| Trabalhar as questões referentes a herança emocional, repetição de padrões comportamentais inconscientes | Utilização do genograma, cada participante compôs, respectivamente, o seu. Utilização da linha do tempo familiar com datas/fatos/acidentes relevantes considerando mudanças, perdas, separações, conflitos, conquistas e momentos marcantes - qual o impacto desses acontecimentos na vida de cada membro da família? Grupo operativo/roda de conversa, o qual gerou discussões e relatos a respeito do histórico familiar. | Muniz & Eisenstein (2009). |
| Promovendo autonomia - como abordar os afazeres domésticos e inserir os filhos no cuidado com a casa | Grupo focal. | Seldin (2018). |
| Relacionamentos familiares - a conjugalidade e os filhos/ os irmãos/ "os outros" - sogra, parentes, etc | Grupo operativo onde os participantes trouxeram a temática à tona; atentaram-se aos comportamentos conjugais que interferem na relação com a criança. Tema trabalhado sob a perspectiva da comunicação não violenta. | Rosemberg (2019). |

| | | |
|--|--|---|
| Grupo de mães: sexualidade e autoimagem | Leitura guiada do livro "Quando mamãe virou um monstro", seguida de discussão temática. | Siqueira, Melo & Morais (2019), Harrison (2002). |
| Linha do tempo familiar | Construção da linha do tempo de cada família, com marcos sobre os principais eventos importantes, tais como: datas importantes, perdas, nascimentos, mudanças, incidentes e acidentes, etc. E qual o impacto desses acontecimentos na vida de cada membro da família? | Muniz & Eisenstein (2009). |
| Qualidade na interação familiar, teoria do apego e ciclo de segurança | Leitura guiada do livro "Agora não, Bernardo", seguida de discussão temática. | Weber (2019); Mckee (2019); Powell, Cooper, Hoffmann & Marvin (2014). |
| Expectativas referentes ao desenvolvimento das crianças - isso é real e alcançável? | Dinâmica de grupo na qual utilizou-se uma bola que era passada entre os participantes para que estes falassem sobre suas expectativas referentes às conquistas pessoais dos filhos; Linha do tempo da idade dos filhos (0-20 anos) para que os pais especificassem o que esperavam para cada idade. Os pais puderam refletir sobre suas expectativas acerca do desenvolvimento (social, escolar, emocional e intelectual) dos filhos. Também puderam pensar de que forma colaboram para atingir estes objetivos. | |
| Estilos parentais | Aplicação coletiva do Inventário de Estilos Parentais (IEP), seguida de apresentação sobre os estilos parentais. | Gomide (2004); Gomide (2006). |
| Diferenças entre comportamento habilidoso, não habilidoso passivo e ativo. Estabelecer regras e limites; consistência na interação; tolerância à frustração. | Apresentação de um vídeo sobre o bebê da Família Dinossauro, seguido de discussão sobre o tema. Os pais puderam pensar sobre a forma que estabelecem limites e sustentam as regras por eles estabelecidas + Utilização de cartões com exemplos de situações onde os pais precisavam se posicionar e quais as possíveis reações. Ex: "Você acha que a criança não deve insistir na compra de certo brinquedo, mas seu cônjuge acredita que ele tem esse direito e está propenso a comprar o brinquedo ainda que você não concorde. Você precisa conversar sobre isso com ele. O que você faria?". Fez-se uso do livro "Pais Presentes, Pais Ausentes: Regras e Limites" | Gomide (2004); Gomide (2006); Bolsoni-Silva & Fogaça (2018). |
| Como falar para seu filho ouvir, como ouvir para seu filho falar/ DHS aplicada a parentalidade | Atividade dividida nas etapas: 1) Descrever as situações em que as crianças apresentavam os comportamentos problema e socialmente habilidosos; 2) Descrever os comportamentos dos pais diante dos comportamentos dos filhos e 3) Descrever os comportamentos dos filhos diante dos comportamentos maternos e/ou paternos. | Faber & Mazlish (2003); Bolsoni-Silva & Fogaça (2018). |

| | | |
|--|--|--|
| Disciplina positiva na educação dos filhos: estratégias. | Uso do baralho sobre disciplina positiva. | Nelsen (2015). |
| Expressão e validação emocional | Construção coletiva de um dicionário de emoções, onde os pais deveriam catalogar e definir as emoções por eles experienciadas. Os pais demonstraram a expressão facial e comportamental dessas emoções em um role-play sobre situações cotidianas com treino de validação emocional. | Nelsen (2015); Nelsen (2018). |
| Comunicação não-violenta | Apresentação dos principais conceitos da educação e comunicação não-violenta, baseadas nos livros "Criar filhos compassivamente" e "Educação não violenta", seguida de discussão temática. | Santos (2019); Rosemberg (2006); Rosemberg (2019). |
| Estabelecendo regras e limites/ consistência na interação - como consequenciar comportamentos desejáveis e indesejáveis. | Grupo focal. | Gomide (2004); Gomide (2006); Bolsoni-Silva & Fogaça (2018). |
| "Para educar crianças feministas" - discussão temática | Apresentação do livro "Para educar crianças feministas", seguida de grupo focal com discussão sobre o tema. | Adichie (2017). |
| Encerramento do grupo/ ludoterapia | Fechamento + sessão de pais e filhos com brincadeiras livres. | |

Discussão

Este estudo teve por objetivo relatar a experiência do atendimento psicológico de orientação parental, aos responsáveis por crianças e adolescentes com idade entre 3 a 14 anos. Também foi levantado o perfil sociodemográfico e de saúde mental da referida população, verificando-se, ainda, de que forma os fatores ambientais influenciam na gravidade de queixas e sintomas relacionados à saúde mental.

A amostra do presente estudo foi composta por crianças, adolescentes e seus respectivos responsáveis, que foram atendidos no serviço ambulatorial de psicologia do Centro Municipal de Especialidades, localizado na região metropolitana de Curitiba, município de Pinhais. A média de idade das 42 crianças foi de 6,9 anos, enquanto que a idade média dos 46 responsáveis foi de 33,2 anos. Dentre os responsáveis que participaram dos atendimentos, 80,85% foram mulheres. Sabe-se que a assunção da responsabilidade materna relaciona-se com o nível de responsabilidade assumida pelo pai e que, em estudos que envolvem cuidadores, esta função é, em geral, assumida por mulheres (Lima, Serôdio & Cruz, 2011).

A maioria das crianças (57,17%) apresentou história familiar positiva para problemas de saúde mental, sendo que destes, 32,14% não souberam referir o diagnóstico prévio que justificou o atendimento em serviço especializado. Dos que referiram diagnóstico, observou-se prevalência de Transtornos do Humor (32,14%) e Transtorno por Uso de Substâncias (TUS) (25%). Histórico familiar positivo para transtornos mentais em crianças com sintomatologia similar também foram encontrados em pesquisas anteriores (Badovinac & col., 2018; Madigan & col., 2018). A literatura dá indícios de que o estresse materno e paterno tem um impacto direto no apego e vinculação e, por conseguinte, na expressão de problemas relacionados à saúde mental na infância e adolescência (Badovinac e col., 2018; Goodman & Garber, 2017; Madigan & col., 2018; Feldman, 2015). Sintomas maternos podem estar associados a dificuldades socioemocionais no desenvolvimento da criança e quanto maior a gravidade da psicopatologia materna, maior as dificuldades emocionais da criança (Madigan & col., 2018; Field, 2011). Transtornos do Humor e de Ansiedade nos pais mostraram-se associados a sintomas emocionais e comportamentais durante a infância (Nolvi & col, 2016; Field, 2011; Bhat & col, 2015). Sabe-se ainda que existe uma associação entre o TUS dos pais e o desfecho negativo associado à psicopatologia infantil, sendo que os fatores endógenos são mais delimitados e portanto menos questionáveis que os efeitos de crescer em

uma família onde o foco primário de um adulto é o uso de substâncias psicoativas (SPA) (Cattapan & Grimwade, 2008). Separar os efeitos da "predisposição genética" das consequências da parentalidade negativa é um desafio. Existe também forte associação entre uso de SPA da mãe na gestação e desfecho na criança, sendo altamente associado com dificuldades cognitivas, comportamentos disruptivos e sintomas de TDAH (Guille & Aujla, 2019).

As principais queixas entre as crianças foram: comportamentos disruptivos (47,62%), sintomas ansiosos e alterações na dinâmica familiar (23,81% cada) e situações que envolviam abuso e negligência (21,43%). Enquanto queixa secundária, observou-se ainda, predominância dos comportamentos disruptivos (54,55%) e de sintomas ansiosos (22,73%). Dentre os diagnósticos frequentes, Epilepsia e Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) apareceram com 11,90% cada, seguido de Transtorno Opositivo Desafiador (9,52%).

Estudos de levantamento similares a este e com amostra superior identificaram a prevalência de diagnósticos de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH); Transtornos do Humor; Transtornos Disruptivos, do Controle de Impulsos e da Conduta e Transtornos de Ansiedade (Lehmann, Havik, Havik & Heiervang, 2013; Merikangas & col, 2010; Belfer, 2008; Kieling & col, 2011; Omigbodun, 2008; Rocha, Graeff-Martins, Kieling & Rohde, 2015; Hoven & col, 2008; Merikangas & col, 2010; Paula & col, 2015). Os resultados de estudos realizados com a população brasileira vão de encontro aos dados internacionais, constatando a prevalência dos mesmos diagnósticos e incluindo também a prevalência da Deficiência Intelectual (Thiengo, Cavalcante & Lovisi, 2014; Fatori & col, 2018; Anselmi & col, 2008; Machado & col, 2014; Paula & col, 2015; Schmitz, Polanczyk & Rohde, 2007). Estes diagnósticos apresentam, enquanto sintomatologia, comportamentos disruptivos e sintomas ansiosos, dados estes que foram também observados pelo presente estudo. As pesquisas epidemiológicas em saúde mental não surgem no sentido de patologizar as pessoas, mas sim de descrever uma dificuldade comunitária, possibilitando o cuidado em saúde através de uma rede de base territorial e sensível às particularidades, em consonância com as prerrogativas do SUS (Brasil, 2002; Brasil, 2004). Para atender as demandas da população, o profissional de saúde precisa lançar mão de intervenções que considerem a singularidade de cada sujeito e do território. Desta forma, pode-se afirmar que a conduta profissional vai variar de acordo com a gravidade dos sintomas, contexto e condições de vida do sujeito.

Os resultados mostram que as características da criança contribuíram, isoladamente, com 34,52% para a ocorrência das queixas, o responsável contribuiu com 27,73%, e o ambiente contribuiu com 11,49%. Combinando-se estes possíveis agentes determinantes das queixas, criança e responsável contribuíram com 56,96%, criança e ambiente colaborou com 51,41%, responsável e ambiente com 32,24%, e criança, responsável e ambiente com 78,70%, sendo este último o valor mais alto entre todas as possibilidades citadas, demonstrando origem multifatorial nas queixas de saúde mental. Estudos nas áreas de psicologia e psiquiatria do desenvolvimento humano corroboram com o resultado desta pesquisa, afirmando que tais queixas e diagnósticos têm origem multifatorial (Werner, 2004; Scippa, 2000; Polanczyk, Lamberte & col, 2012; Thiengo, Cavalcante & Lovisi, 2014; Weaver & col, 2004; Polanczyk, 2009) e que, portanto, é necessário compreender a etiologia dos acometimentos psíquicos numa perspectiva desenvolvimental. O quanto esses dados trazem de informação possibilitou um diagnóstico da população estudada, considerando que os dados estatísticos tornam possível visualizar como a intervenção respondeu às necessidades dos participantes da pesquisa, visto que os temas mais relevantes variam de acordo com a gravidade de sintomas e contexto familiar. A intervenção realizada pelo profissional de saúde não pode ser um método engessado, ela precisa ser de acordo com as características do usuário do serviço de saúde em determinado território - faz-se necessário utilizar as evidências científicas sem deixar de olhar com singularidade para o sujeito. Diante deste cenário, o que foi feito neste estudo é uma discussão oriunda de um olhar qualitativo e subjetivo, a partir da ótica da pesquisadora, visto que se trata de um estudo de caso e de levantamento, e não de um estudo experimental que envolve instrumentos de mensuração, como por exemplo pré e pós teste para avaliar a eficácia da intervenção.

Os temas trabalhados nos atendimentos com os responsáveis foram: direitos humanos básicos; a importância do brincar para o desenvolvimento infantil; educação sexual; padrões comportamentais e familiares inconscientes; tarefas domésticas; relacionamento conjugal e sexualidade; qualidade na interação familiar, teoria do apego e ciclo de segurança; estilos parentais; desenvolvimento de habilidades sociais aplicadas à parentalidade; disciplina positiva; expressão e validação emocional; estabelecimento de regras e limites e gênero e feminismo. Com relação a tais temáticas, houveram demandas explicitamente trazidas pelos responsáveis (p. ex. feminismo e gênero; relacionamento conjugal e sexualidade; estabelecimento de regras), demandas evidenciadas no decorrer do processo terapêutico e que não foram expressamente verbalizadas mas que foram notadas pela pesquisadora/terapeuta

(p. ex. educação sexual; importância do brincar para o desenvolvimento infantil; padrões comportamentais e familiares inconscientes, tarefas domésticas; expressão e validação emocional; promoção de autonomia; comunicação não violenta) e, demandas importantes de serem supridas no atendimento à pais e responsáveis, considerando a literatura científica atual (p. ex. direitos humanos básicos; qualidade na interação familiar; teoria do apego e ciclo de segurança; estilos parentais; desenvolvimento de habilidades sociais aplicadas à parentalidade; disciplina positiva). Todas essas demandas surgiram dentro de um contexto social, econômico e cultural ao qual pertencem tais famílias, por esta razão, fez-se necessário a integração de técnicas de diferentes referenciais teóricos com o objetivo central de realizar um trabalho que fosse conduzido no sentido de emancipação, de que a família se tornasse agente ativo na resolução dos seus próprios problemas.

A conjuntura familiar é uma das maiores influências no processo de desenvolvimento infantil, de modo que estudos voltados às práticas parentais possuem significativa relevância científica, acadêmica e social - dada tal relevância, é crescente a intervenção de especialistas em parentalidade. Na literatura científica internacional, a modalidade de atendimento “orientação parental” recebe diversas denominações, sendo a mais prevalente delas, o “parent training” (podendo ser também “group-based parent-training quando realizada em grupo), que consiste em treinamento comportamental de habilidades parentais, com um número de sessões estruturadas e temas previamente definidos. Estes treinamentos são empiricamente validados e reproduzidos em diversos contextos, com finalidades específicas. Alguns exemplos de treinamentos parentais para o Transtorno do Espectro Autista (TEA) são: Applied Behavior Analysis Parent Training (Gilmore, 2019), Early Start Denver Model for Young Children with Autism (Rogers & Dawson, 2009) e Teacch Approach to Autism Spectrum Disorders (TEACCH) (Mesibov, Shea & Schopler, 2004), todas são intervenções focais de início precoce, com atividades estruturadas e repetidas em ambiente naturalístico e que preconizam a inclusão da família e educadores. Existem ainda intervenções voltadas às habilidades parentais que trabalham com o desenvolvimento de habilidades sociais, estratégias de disciplina positiva e a expressão, reconhecimento e validação das emoções - tais como: Triple P Positive Parenting Program (Sanders, 2008); Parent-Child Interaction Therapy (PCIT) (Funderburk & Eyberg, 2011); The Incredible Years Parents, Teachers and Children Training Series (Webster-Stratton, 2019). Estas são intervenções psicoterápicas que englobam os temas de expressão e validação emocional, disciplina positiva, autonomia e consistência na interação, tal qual o presente estudo o faz.

Ainda na literatura internacional, existem intervenções especialmente voltadas ao ciclo de apego e segurança, de abordagem psicodinâmica, tais como: Vídeo-feedback Intervention to Promote Positive Parenting and Sensitive Discipline (VIPP-SD) (Juffer & Bakermans-Kranenburg, 2018); Group Attachment-Based Intervention (GABI) (Steele e col, 2019) e Attachment and Biobehavioral Catch-up (ABC) (Dozier & Bernard, 2019). Estas são intervenções parentais que trabalham, assim como o presente estudo, as temáticas de teoria do apego e ciclo de segurança, qualidade na interação familiar, expressão e validação emocional e estratégias da comunicação não violenta. Cabe ainda citar a Child-Parent Psychotherapy (CPP), intervenção elaborada por Lieberman, Ghosh Ippen e Van Horn (2006), cuja finalidade é apoiar e fortalecer os relacionamentos familiares trabalhando temáticas tais quais o ato de brincar e sua importância para o desenvolvimento infantil e os relacionamentos familiares - sejam eles conjugais, de filhos ou de irmãos.

Na literatura científica brasileira, as pesquisas que envolvem orientação parental são tratadas, predominantemente, sob o vértice do referencial teórico-prático do treinamento em habilidades sociais (Del Prette & Del Prette, 2016; Bolsoni-Silva & Fogaça, 2018), treinamento comportamental para pais (Bolsoni-Silva, 2007) e estilos parentais (Gomide, 2004; Gomide, 2006). Dentre as temáticas trabalhadas com os participantes desta pesquisa, também foram incluídas estratégias do treinamento em habilidades sociais, entretanto, tais assuntos foram abordados de maneira isolada dentro de uma proposta de atendimento não estruturada. Houve ainda, um encontro em que foi abordado o tema dos estilos parentais.

Existem algumas pesquisas nacionais similares a estas, porém poucas descrevem com precisão o tema trabalhado nos atendimentos e quais recursos, estratégias ou atividades foram propostas para abordar tais temáticas. Embora haja escassez de informação sobre os temas mais relevantes nos atendimentos de orientação parental para a população brasileira, os estudos são unânimes ao afirmar que esta modalidade de intervenção mostra-se capaz de aumentar o conhecimento, as habilidades e a confiança dos pais e reduzir a prevalência de problemas de saúde mental, emocional e comportamental em crianças e adolescentes (Alvarenga & Piccinini, 2009; Soares, Souza & Marinho, 2004; Oliveira, Gastaud & Ramires, 2016; Weber, 2019; Gonçalves & col, 2019; Pesaro & col, 2018; Tozze & Bolsoni-Silva, 2017). As pesquisas sugerem ainda que as intervenções parentais proporcionam um benefício sustentável ao longo do tempo, ou seja, há manutenção das habilidades adquiridas (Wade, Llewellyn & Matthews, 2008)

O alto grau de limitação funcional e sofrimento causado pelos problemas de saúde mental resultam em grave impacto na qualidade de vida e produtividade, sendo que 22,7% dos anos vividos com incapacidade pela população mundial atualmente são decorrentes de problemas de saúde mental (Thiengo, Cavalcante & Lovisi, 2014; Couto & Delgado, 2015). Cerca de 50% a 75% desses transtornos têm início antes dos 18 anos e tem uma possível continuidade ao longo do desenvolvimento, persistindo até a idade adulta, causando impacto deletério e custos duradouros para os indivíduos e sociedade (Machado & col, 2014; Paula & col 2015; Schmitz, Polanczyk & Rohde, 2007; Pihlakosk & col, 2006). A literatura científica é bastante motivada a entender a transição entre sintomas atenuados e breves e sintomas graves, objetivando trabalhar numa linha de prevenção e intervenção precoce (Kessler & col, 2012; Fox & col, 2001).

Um importante estudo de coorte que acompanhou 698 indivíduos em situação de vulnerabilidade social e risco para psicopatologia, constatou que os fatores de proteção na infância evitaram desfecho negativo, enquanto que a somatória de fatores de vulnerabilidade no início da vida associada aos fatores de risco na infância, culminaram em desfecho negativo e psicopatologia (Werner, 2004). É indispensável o esforço dirigido a estudar cada vez mais as crianças pequenas e o desenvolvimento, para que se possa intervir precocemente com as famílias, considerando também que tais esforços têm um custo baixo com relação aos cuidados de uma criança que já apresenta sintomatologia grave (Heckman, 2021). Ainda nessa lógica, há maior plasticidade cerebral na primeira infância, isso resulta em 1) mais sensibilidade, devido à receptividade para influências biológicas e ambientais e; 2) período crítico: existe uma obrigatoriedade de eventos específicos biológicos e ambientais para o desenvolvimento saudável (Comitê Científico do Núcleo Ciência Pela Infância [NCPI], 2014). A maturação cerebral e o processo de desenvolvimento dependem da estimulação neurológica, cognitiva, afetiva, de interação social e de imitação (Brasil, 2016; NCPI, 2014). A estimulação tem origem no ambiente natural e proximal da criança, sendo esse o maior influenciador, por esta razão, uma intervenção eficaz para os problemas de saúde na população infantojuvenil (e também adulta, considerando a perspectiva do desenvolvimento), deve incluir os pais, as famílias e a comunidade (Osti & Sei, 2016; Tanaka & Lauridsen-Ribeiro, 2006; Woodhouse, 2018; Bosmans, 2016; Svanberg, Mennet & Spieker, 2010).

No que concerne aos atendimentos de orientação parental, pode-se afirmar que a representação que os cuidadores têm das crianças tem um profundo impacto no

desenvolvimento delas, sendo que são essas representações que vão fazer o adulto tomar determinadas atitudes no cuidado. Os comportamentos disruptivos e os transtornos do impulso são dificuldades para regular as vontades e desejos, essa regulação emocional está estritamente relacionada ao ensino - é preciso ensinar a criança a regular esses impulsos. A intervenção com pais tem a finalidade de ampliar as práticas educativas positivas, reduzir práticas negativas, reduzir problemas de comportamentos e ampliar habilidades sociais das crianças. A orientação parental é uma modalidade de atendimento muito utilizada para famílias, e pode ser uma estratégia para que a criança consiga generalizar as estratégias aprendidas num atendimento psicoterapêutico, por exemplo. Pesquisas demonstram que intervenções direcionadas à parentalidade contribuem para a diminuição de psicopatologia na infância, bem como para o desenvolvimento sadio da criança (Lobo & Andretta, 2011).

O princípio básico da terapia familiar entende que os problemas de comportamento de uma pessoa estão enraizados no contexto do relacionamento familiar (Powell, Cooper, Hoffmann & Marvin, 2014). Para que seja possível educar bem um filho, apenas regras cognitivas não têm sido suficientes, pois é preciso mexer com a emoção. Significa entrar em contato com as próprias emoções, para então, aprender a perceber os sentimentos dos filhos, ser capaz de compreendê-los, tranquilizá-los e guiá-los. Os filhos que têm a oportunidade de serem criados por pais inteligentes emocionalmente desenvolvem a capacidade de controlar os impulsos, adiar a gratificação, motivar-se, interpretar as insinuações da sociedade e lidar com as oscilações e demandas do dia a dia (Gottman & Claire, 1997). Com base nas afirmações supracitadas pode-se afirmar que foi fundamental, incluir na intervenção, um espaço no qual os pais pudessem falar sobre as suas próprias emoções, sobre a conjugalidade, sobre os modelos parentais nos quais foram submetidos na infância para entender se estes modelos ainda devem prevalecer no âmbito familiar.

Conclusões

1. As principais queixas entre as crianças foram: mudanças na dinâmica familiar (23,81%), abuso e negligência (21,43%), comportamentos disruptivos (19,05%) e sintomas de ansiedade (11,90%). As queixas secundárias mais frequentes foram: comportamentos disruptivos (52,17%), sintomas ansiosos (21,74%), sintomas depressivos (13,04%), comportamentos autolesivos (8,70%) e sintomas mistos (4,35%).

2. Os diagnósticos prévios mais frequentes nas crianças e adolescentes foram Epilepsia e Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (11,90% cada) , seguido de Transtorno Opositivo Desafiador (9,52%), Encoprese e Transtorno do Espectro Autista (4,76% cada).
3. A maioria das crianças (57,17%) apresentou história familiar positiva para problemas de saúde mental, sendo que destes, 32,14% não souberam referir o diagnóstico prévio que justificou o atendimento em serviço especializado. Dos que referiram diagnóstico, observou-se prevalência de Transtornos do Humor (32,14%) e Transtorno por Uso de Substâncias (25%).
4. Combinando-se estes possíveis agentes determinantes das queixas, criança e responsável contribuíram com 56,96%, criança e ambiente colaborou com 51,41%, responsável e ambiente com 32,24%, e criança, responsável e ambiente com 78,70%, sendo este último o valor mais alto entre todas as possibilidades citadas, demonstrando origem multifatorial nas queixas de saúde mental.
5. Os dados estatísticos disponibilizaram um diagnóstico preciso da população estudada, possibilitando que a intervenção respondesse às necessidades territoriais. Além disso, tal diagnóstico tem o potencial de expandir as ações de saúde mental no Centro Municipal de Especialidades, haja visto que, conhecendo o público alvo pode-se investir na capacitação dos profissionais que irão atender as demandas e planejar intervenções breves, focais e estruturadas.
6. Os temas abordados nos atendimentos de orientação parental foram: direitos humanos básicos; a importância do brincar para o desenvolvimento infantil; educação sexual; padrões comportamentais e familiares inconscientes; tarefas domésticas; relacionamento conjugal e sexualidade; qualidade na interação familiar, teoria do apego e ciclo de segurança; estilos parentais; desenvolvimento de habilidades sociais aplicadas à parentalidade; disciplina positiva; expressão e validação emocional; estabelecimento de regras e limites e gênero e feminismo. Tais temas foram trabalhados considerando as demandas explicitamente trazidas pelos participantes, as demandas evidenciadas no decorrer do processo terapêutico e que não foram expressamente verbalizadas mas que foram notadas pela pesquisadora/terapeuta e as demandas importantes de serem supridas no atendimento à pais e responsáveis, considerando a literatura científica discutida neste trabalho. Para atender a

necessidade da população do estudo, fez-se necessário a integração de técnicas de diferentes referenciais teóricos.

Considerações finais

Quanto aos objetivos pré estabelecidos pelo estudo, pode-se afirmar que foi relatada a experiência do atendimento psicológico aos responsáveis, bem como foi também identificada a prevalência de transtornos mentais e/ou comportamentais, queixas e sintomas relacionados à saúde mental na população estudada. O perfil sociodemográfico foi identificado, no entanto, por se tratar de um estudo de caso, não foi possível levantar a classificação socioeconômica. Uma ideia para estudos posteriores é levantar também o perfil socioeconômico através do Critério de Classificação Econômica (CCEB), tornando os dados sociodemográficos mais completos. Esta pesquisa também correlacionou os fatores ambientais com a sintomatologia apresentada pelas crianças, além de descrever quais foram os temas abordados nos atendimentos de orientação parental e que atividades foram propostas enquanto recurso terapêutico.

Sobre o custo benefício desta intervenção, por ser de fácil aplicação e poder ser aplicada por qualquer profissional que trabalhe com este público-alvo, mostra-se de baixo custo. Por fim, as principais limitações do estudo foram a exclusiva confiança no autorrelato dos familiares para levantar os dados e para mensurar os efeitos da intervenção. A intervenção foi feita por apenas uma pesquisadora, e isto também pode trazer alguns vieses como separar o efeito da intervenção do efeito da relação terapeuta-paciente. Além disso, o estudo foi realizado em período de pandemia pelo COVID-19, momento em que houve alterações importantes na rotina e dinâmica das famílias. Ressalta-se que esse estudo foi realizado com crianças que já apresentavam algum grau de psicopatologia que justificasse atendimento em serviço especializado, ou seja, que já apresentavam diagnóstico psiquiátrico prévio ou situações socioeconômicas desfavoráveis (famílias monoparentais, situações de abuso e negligência, situação laboral de desemprego de pelo menos um responsável), mesmo assim a orientação parental mostrou-se como uma técnica promissora. Assim, se torna necessário planejar estratégias e capacitar profissionais de saúde, no que tange à prevenção e à avaliação da efetividade de um tratamento em saúde mental que engloba o núcleo familiar ao qual pertence a criança. Estudos sobre orientação parental com enfoque psicodinâmico em

diferentes contextos (escolas, atenção básica, consultas pediátricas) podem ser alternativas para as políticas públicas aplicadas a esta população, considerando que esta é uma técnica de fácil aplicação, breve e de baixo custo, e por isso seu treinamento pode ser difundido para profissionais das diversas áreas envolvidas.

Faz-se necessário pensar em tecnologias de intervenção eficazes, num eixo de prevenção primária, como uma estratégia viável nos equipamentos do Sistema Único de Saúde como por exemplo ações que abarcam a Estratégia de Saúde da Família, tais como o matriciamento em saúde mental, a condução de grupos de orientação parental na primeira infância com ênfase na promoção de saúde, abordagens que possam ser implementadas nas consultas pediátricas de rotina (p. ex. consultas terapêuticas) e em visitas domiciliares, e até mesmo estratégias via plataformas digitais de formato autoadministrado. Espera-se que ao propor intervenções capazes de acolher não apenas a criança em seu sofrimento psíquico, como também o grupo familiar (responsável pela oferta de um ambiente propício à saúde de seus membros), sejam fortalecidas as práticas de educação em saúde no âmbito do SUS, principalmente no atendimento de crianças, colocando os pais e a família como protagonistas no cuidado em saúde.

Bibliografia

- Ainsworth, M. D. S. (1967). *Infancy in Uganda: infant care and the growth of love*. Johns Hopkins Press.
- Adichie, C. N. (2017). *Para educar crianças feministas*. Companhia das Letras: São Paulo.
- Alvarenga, P. & Piccinini, C. (2009). Práticas educativas maternas e indicadores do desenvolvimento social no terceiro ano de vida. *Psicologia - Reflexão e Crítica*, 22(10.1590).
- Anselmi, L. B. et al. (2008). Prevalência e determinantes precoces dos transtornos mentais comuns na coorte de nascimentos de 1982, Pelotas, RS. *Revista de Saúde Pública*, 42(2):26-33.
- Archanjo, A. M. (2012). A atuação dos psicólogos em unidades básicas de saúde na cidade de São Paulo. *Saúde e Sociedade*, 21, 351–363. doi:org/10.1590%2FS010412902012000200009

- Ariès, P. (1981). *História Social da Criança e da Família*. São Paulo: LTC.
- Atkinson L. et al. (2000). Attachment security: a meta-analysis of maternal mental health correlates. *Clin Psychol Rev*. 20(8):1019-40. doi: 10.1016/s0272-7358(99)00023-9.
- Averna, S. & Hesselbrock, V. (2001). The relationship of perceived social support to substance use in offspring of alcoholics. *Addictive Behaviors*. 26(3), 363-374.
- Barbosa, A. A. & Magalhães, M. G. (2008). A concepção de infância na visão de Philippe Ariès e sua relação com as políticas públicas para a infância. *Revista Eletrônica de Ciências Sociais, História e Relações Internacionais*. 1(1), 1-7.
- Badovinac, S. et al. (2018). Associations between mother-preschooler attachment and maternal depression symptoms: A systematic review and meta-analysis. *PloS one*, 13(10), e0204374. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0204374>
- Belfer M. L. (2008). Child and adolescent mental disorders: the magnitude of the problem across the globe. *J Child Psychol Psychiatry*. 49(3):226-36.
- Bercherie, P. (1989). *Os Fundamentos da Clínica-história e Estrutura do Saber Psiquiátrico*. Zahar: Rio de Janeiro.
- Bolsoni-Silva, A. T. (2007). Intervenção em grupo para pais: descrição de procedimento. *Temas em Psicologia*, 15(2), 217-235.
- Bolsoni-Silva, A. T. & Fogaça, F. F. S. (2018). *Promove-pais: Treinamento de Habilidades Sociais Educativas: Guia Teórico e Prático*. (1. ed.). São Paulo: Hogrefe.
- Bosmans, G. (2016). Cognitive Behaviour Therapy for Children and Adolescents: Can Attachment Theory Contribute to Its Efficacy?. *Clin Child Fam Psychol*. 19, 310–328. <https://doi.org/10.1007/s10567-016-0212-3>
- Bowlby, J. (1981). *Cuidados maternos e saúde mental*. São Paulo: Martins Fontes.
- Bhat, A., Chowdayya, R., Selvam, S., Khan, A., Kolts, R. & Srinivasan, K. (2015). Maternal prenatal psychological distress and temperament in 1-4 month old infants - A study in a non-western population. *Infant Behav Dev*. 39:35-41.
- Brasil. Organização Mundial de Saúde [OMS]. (1978). *Declaração de Alma Ata sobre cuidados primários*. Alma-Ata, URSS: Ministério da Saúde.

- Brasil. Organização Mundial de Saúde [OMS]. (1986). *Carta de Ottawa: Primeira conferência internacional sobre promoção da saúde*. Ottawa: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. (1986). *Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde*. Brasília-DF: Ministério da Saúde.
- Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. (1988). Brasília-DF: Centro Gráfico.
- Brasil (1990). Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. *Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências*. Brasília-DF: Diário Oficial da União.
- Brasil. (1990). Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. *Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências*. Brasília-DF: Diário Oficial da União.
- Brasil. (2001). 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*. Brasília-DF: Diário Oficial da União.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2002). *Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília-DF: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2004). Portaria 1608, de 3 de agosto de 2004. *Constitui o Fórum Nacional sobre Saúde Mental de Crianças e Adolescentes*. Brasília-DF: Diário Oficial da União.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2005). *Caminhos para uma Política de Saúde Mental Infanto-Juvenil*. Brasília-DF: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. (2006). *A construção do SUS: Histórias da reforma sanitária e do processo participativo*. Brasília-DF: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde (2007). *Saúde mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários*. Brasília-DF: Ministério da Saúde.

- Brasil (2016). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Diretrizes de estimulação precoce: crianças de zero a 3 anos com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor*. Brasília-DF: Ministério da Saúde.
- Brasil. Organização Pan-Americana de Saúde. (22 de fevereiro de 2021). Temas de saúde: saúde mental dos adolescentes. [Página da web]. Retirado de: <https://www.paho.org/pt/topicos/saude-mental-dos-adolescentes>
- Bulaty, A. & Pietrobon, S. R. G. (2010, 21 a 25 de junho). A construção história da infância: as lembranças do seu passado [Apresentação de painel]. I Seminário de Pedagogia, IV Encontro de Educação Infantil e II Jornada de Cognição e Aprendizagem, Irati.
- Cattapan, O. & Grimwade, J. (2008). Parental illicit drug use and family life: reports from those who sought help. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 29(2), 77-87
- Chapman, G. (2017). *As 5 linguagens do amor das crianças: Como Expressar um Compromisso de Amor a seu Filho*. Mundo Cristão: São Paulo.
- Conselho Federal de Psicologia. Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas [CREPOP]. (2011). *Senhoras e senhores gestores da saúde: como a psicologia pode contribuir para o avanço do sus*. Brasília-DF: Conselho Federal de Psicologia.
- Couto, M. C. V. & Delgado, P. G. G. (2015). Crianças e adolescentes na agenda política da saúde mental brasileira: inclusão tardia, desafios atuais. *Psicologia Clínica*, 27(1), 17-40. <https://doi.org/10.1590/0103-56652015000100002>
- Couto, M. C. V., Duarte, C. S. & Delgado, P. G. G. (2008). A saúde mental infantil na Saúde Pública brasileira: situação atual e desafios. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 30(4), 384-389. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462008000400015>
- Del Prette, A. & Del Prette, Z. A. P. (2016). *Habilidades Sociais: intervenções efetivas* (1. ed.). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Del Prette, A. & Del Prette, Z. A. P. (2017). *Competência Social e Habilidades Sociais*. Petrópolis: Vozes Ltda.

- Desviat, M. (2018). *Pensar em saúde*. Em M. Desviat (1. ed.), *Coabitar a Diferença: da reforma psiquiátrica à saúde mental coletiva* (pp. 21-35). São Paulo: Zagodoni.
- Dawson N. K. (2018). From Uganda to Baltimore to Alexandra Township: How far can Ainsworth's theory stretch?. *The South African journal of psychiatry : SAJP : the journal of the Society of Psychiatrists of South Africa*, 24, 1137. <https://doi.org/10.4102/sajpsychiatry.v24i0.1137>
- Dimenstein, M. D. B. (1998). O psicólogo nas unidades básicas de saúde: Desafios para a formação e atuação profissionais. *Estudos de Psicologia*, 3, 53–81. doi:10.1590/S1413294X1998000100004
- Dolto, F. & Nasio, J. D. (1991). *A criança do espelho*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Dolto, F. (2013). *Seminário de Psicanálise de Crianças*. São Paulo: WMF Martins Fontes.
- Dozier, M. & Bernard, K. (2019). *Coaching Parents of Vulnerable Infants: The Attachment and Biobehavioral Catch-Up Approach*. Guilford Publications: New York.
- Duarte, C. S. & Bird, H. (2002). Dados epidemiológicos em psiquiatria infantil: orientando políticas de Saúde Mental. *Rev Bras Psiquiatr*, 24(4):162-3.
- Ein-Dor, T., Viglin, D., & Doron, G. (2016). Extending the Transdiagnostic Model of Attachment and Psychopathology. *Frontiers in psychology*. 7(484). <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00484>
- Faber, A. & Mazlish, E. (2003). *Como falar para seu filho ouvir e como ouvir para seu filho falar*. Summus Editorial: São Paulo.
- Fatori, D. et al. (2018). Prevalência de problemas de saúde mental na infância na atenção primária. *Ciênc. Saúde Colet*. 23(9), 3013-3020.
- Feldman, R. (2015). The adaptive human parental brain: implications for children's social development. *Trends Neurosci*. 38(6):387-99.
- Field, T. (2011). Prenatal depression effects on early development: a review. *Infant Behav Dev*. 34(1):1-14.

- Figueiredo, P. C. & Motta, I. F. (2014). Resgatando o lugar de pais: uma proposta de promoção de saúde mental. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 15(1), 47-59. <https://dx.doi.org/10.15309/14psd150106>
- Freitas, M. F. Q. (2015). *Políticas públicas e psicologia social comunitária: interfaces e desafios*, Em M. F. Q. Freitas, *Práticas do psicólogo em políticas públicas* (pp. 29-42). Curitiba: Juruá.
- Fox N. A., Henderson H. A., Rubin K. H., Calkins S. D. & Schmidt L. A. (2001). Continuity and discontinuity of behavioral inhibition and exuberance: psychophysiological and behavioral influences across the first four years of life. *Child Dev.* 72(1):1-21.
- Funderburk, B. W., & Eyberg, S. (2011). *Parent-child interaction therapy*. In J. C. Norcross, G. R. VandenBos, & D. K. Freedheim (Eds.), *History of psychotherapy: Continuity and change* (pp. 415-420). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/12353-021>
- Garrafa, T. (2020). *Primeiros tempos da parentalidade*. Em D. Teperman, T. Garrafa & V. Iaconelli (1. ed.), *Parentalidade* (pp. 55-69). Belo Horizonte: Autêntica.
- Gilmore, G. (2019). *One-Year ABA Parent Training Curriculum: Parent Training Manual for Behavior Analysts & Other Human Service Professionals*. Independently Published: USA.
- Gomide, P. I. C. (2004). *Pais presentes, pais ausentes: regras e limites*. Petrópolis: Vozes.
- Gomide, P. I. C. (2006). *Inventário de estilos parentais: modelo teórico, manual de aplicação e interpretação*. Petrópolis: Vozes.
- Gomide, P. I. C., Salvo, C. G., Pinheiro, D. P. N., & Sabbag, G. M. (2005). Correlação entre práticas educativas, depressão, estresse e habilidades sociais. *PsicoUSF*, 10(2), 169-178.
- Goodman, S. H. & Garber J. (2017). Evidence-Based Interventions for Depressed Mothers and Their Young Children. *Child Dev.* 88(2):368-377.
- Gonçalves, J. C. et al. (2020). Grupos de Orientação Parental: um relato de experiência. *Revista Psicologia, Diversidade e Saúde, [S.l.]*, v. 9, n. 3, p. 364-373.

- Guimarães, M. C., Malaquias, J. H. V. & Pedroza, R. L. S. (2013). Psicoterapia infantil em grupo: possibilidades de escuta de subjetividades. *Revista Mal Estar e Subjetividade*, 13(3-4), 687-710.
- Guille, C. & Aujla, R. (2019). Developmental Consequences of Prenatal Substance Use in Children and Adolescents. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*. 29. 10.1089.
- Harrison, J. (2002). *Quando mamãe virou um monstro*. Brinque-Book: São Paulo
- Heckman, J. (22 de julho de 2021). Os ABCs da melhoria das condições de saúde com o desenvolvimento na primeira infância. [Página da web]. Retirado de: https://heckmanequation.org/www/assets/2017/01/D_Heckman_FMCSV_HealthTrainingDeck_030515.pdf
- Hoven C. W. et al. (2008). Worldwide child and adolescent mental health begins with awareness: a preliminary assessment in nine countries. *Int Rev Psychiatry*. 20(3):261-70.
- Juffer, F. & Bakermans-Kranenburg, M. (2018). Working with Video-feedback Intervention to promote Positive Parenting and Sensitive Discipline (VIPP-SD): A case study. *Journal of Clinical Psychology*. 74. 10.1002/jclp.22645.
- Kessler R.C. et al. (2012). Prevalence, persistence, and sociodemographic correlates of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *Arch Gen Psychiatry*. 69(4):372-80.
- Kieling C. et al. (2011). Child and adolescent mental health worldwide: evidence for action. *Lancet*. 22;378(9801):1515-25.
- Kim-Cohen J., Caspi A., Moffitt T. E., Harrington H., Milne B. J. & Poulton R. (2003). Prior Juvenile Diagnoses in Adults With Mental Disorder: Developmental Follow-Back of a Prospective-Longitudinal Cohort. *Arch Gen Psychiatry*. 60(7):709–717
- Lacan, J. J. (1946). *Formulações sobre a causalidade psíquica*. Em: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zaahar; 1998. p. 94-152.
- Lalonde, M. A. (1974). *New Perspective on the Health of Canadians: a working document*. Ottawa: Government of Canada. (ISBN 0-662-50019-9).

- Lehmann S., Havik O. E., Havik T. & Heiervang E. R. (2013). Mental disorders in foster children: a study of prevalence, comorbidity and risk factors. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 21;7(1):39.
- Lima, J. A., Serôdio, R. G. & Cruz, O. (2011). Pais responsáveis, filhos satisfeitos: As responsabilidades paternas no cotidiano das crianças em idade escolar. *Análise Psicológica*, 29(4), 567-578.
- Lieberman, A. F., Ghosh Ippen, C. & Van Horn, P. J. (2006). Child-Parent Psychotherapy: Six month follow-up of a randomized control trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45(8), 913-918.
- Macêdo, V. C. D. & Monteiro, A. R. M. (2006). Educação e saúde mental na família: experiência com grupos vivenciais. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 15(2), 222-230. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072006000200005>
- Machado, C. M. et al. (2014). Ambulatório de psiquiatria infantil: prevalência de transtornos mentais em crianças e adolescentes. *Psicologia: teoria e prática*, 16(2), 53-62.
- Madigan, S. et al. (2018). A Meta-Analysis of Maternal Prenatal Depression and Anxiety on Child Socioemotional Development. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 57(9):645-657.e8.
- Mannoni, M. A. (1971). *A criança, sua doença e os outros*. Rio de Janeiro:Zahar.
- Matarazzo, J. (1980). Behavioral health and behavioral medicine: Frontiers for a new health psychology. *American Psychologist*, 35(9), 807-817.
- Mckee, D. (2019). *Agora não, Bernardo*. WMF Martins Fontes: São Paulo.
- Medeiros, C. (2003). O certo, o errado e o verdadeiro: conversando com pais e mães em consulta terapêutica coletiva. Em Aiello-Vaisberg, T. M. J. & Ambrósio, F. F. (Org.). *Cadernos Ser e Fazer: apresentação e materialidade*, v-, p. -.
- Merletti, C. K. I. (22 de fevereiro de 2021). A escuta de pais em grupo: uma metodologia baseada na psicanálise que propõe a parceria com os pais no tratamento institucional de crianças autistas. [Página da web]. Retirado de: <https://hypersonic2012.wordpress.com/a-escuta-de-pais-em-grupo-uma-metodologia->

baseada-na-psicanalise-que-propoe-a-parceria-com-os-pais-no-tratamento-institucional-de-criancas-autistas/

- Mesibov, G. B., Shea, V. & Schopler, E. (2004). *The Teacch Approach to Autism Spectrum Disorders*. Springer: USA.
- Merikangas K. R., He J. P., Brody D., Fisher P.W., Bourdon K. & Koretz D. S. (2010). Prevalence and treatment of mental disorders among US children in the 2001-2004 NHANES. *Pediatrics*. 125(1):75-81.
- Mendonça, R. (2019). *Meu corpo, meu corpinho*. Matrescência: Curitiba.
- Minuchin, P. (1999). *Trabalhando dentro do sistema: habilidades de apoio à família*. Em P. Minuchin, J. Colapinto & S. Minuchin, *Trabalhando com famílias pobres* (pp. 39-69). Porto Alegre: Artes Médicas Sul.
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2012). An attachment perspective on psychopathology. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 11(1), 11–15. <https://doi.org/10.1016/j.wpsyc.2012.01.003>
- Motta, I. F. (2006). *Orientação de Pais: novas perspectivas no desenvolvimento de crianças e adolescentes (1a ed.)*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Muniz, J. R. & Eisenstein, E. (2009). Genograma: informações sobre família na (in)formação médica. *Rev. bras. educ. med.* 33(1). <https://doi.org/10.1590/S0100-55022009000100010>
- Nelsen, J. (2015). *Disciplina positiva: o guia clássico para pais e professores que desejam ajudar as crianças a desenvolver autodisciplina, responsabilidade, cooperação e habilidades para resolver problemas*. Manole: Barueri/SP.
- Nelsen, J. (2018). *Disciplina positiva para educar os filhos: 52 estratégias para melhorar as habilidades de mães e pais*. Manole: Barueri/SP.
- Núcleo Ciência Pela Infância [NCPI]. (2014). *Estudo nº 1: O Impacto do Desenvolvimento na Primeira Infância sobre a Aprendizagem*. Comitê Científico do Núcleo Ciência Pela Infância: São Paulo.

- Nolvi, S. et al. (2016). Maternal prenatal stress and infant emotional reactivity six months postpartum. *J Affect Disord.* 15;199:163-70.
- Oliveira L. R. F., Gastaud M. B. & Ramires V. R. R. (2016). Participação dos pais na psicoterapia psicanalítica de crianças. *Rev. bras. psicoter.*;18(2):78-95
- Omigbodun O. (2008). Developing child mental health services in resource-poor countries. *Int Rev Psychiatry.* 20(3):225-35.
- Organização das Nações Unidas [ONU]. (1989). *Convenção sobre os Direitos da Criança*. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/convencao-sobre-os-direitos-da-crianca>
- Organização das Nações Unidas [ONU]. (2012). Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: Mapa do Progresso de 2012. Nova York: Divisão de Estatística do Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais.
- Osti, N. M. D. & Sei, M. B. (2016). A importância da família na clínica infantil: um ensaio teórico-clínico. *Temas em Psicologia*, 24(1), 145-157. <https://dx.doi.org/10.9788/TP2016.1-10>
- Paula C. S., Duarte C. S. & Bordin I. A. (2007). Prevalence of mental health problems in children and adolescents from the outskirts of Sao Paulo City: treatment needs and service capacity evaluation. *Rev Bras Psiquiatria.* 29(1):11-7.
- Paula, C. S. et al. (2015). Prevalence of psychiatric disorders among children and adolescents from four Brazilian regions. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 37(2), 178-179.
- Paiva, F. S. & Ronzani, T. M. (2009). Estilos parentais e consumo de drogas entre adolescentes: revisão sistemática. *Psicologia em Estudo*, 14(1), 177-183. <https://doi.org/10.1590/S1413-73722009000100021>
- Patel, V., Flisher A. J., Hetrick, S. & McGorry, P. (2007). Mental health of young people: a global public-health challenge. *Lancet.*; 369(9569):1302-13.
- Pesaro, M. E. et al. (2018). Grupos de pais-bebês nas creches como estratégia de promoção da saúde mental na primeira infância. *Educ. Pesqui.* 44.
- Pihlakoski L., Sourander A., Aromaa M., Rautava P., Helenius H. & Sillanpää M. (2006). The continuity of psychopathology from early childhood to preadolescence: a

- prospective cohort study of 3-12-year-old children. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 15(7):409-17.
- Polanczyk, G. V., Lamberte, M. T. M. R. & col (2012). *Psiquiatria da Infância e Adolescência: coleção pediatria - Instituto da Criança HC-FMUSP*. (1ªed). Manole: Barueri/SP.
- Polanczyk, G. V. (2009). Em busca das origens desenvolvimentais dos transtornos mentais. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 31(1), 6-12. <https://doi.org/10.1590/S0101-81082009000100005>
- Powell, Bert., Cooper, G., Hoffman, K., & Marvin, R. S. (2014). *The circle of security intervention: Enhancing Attachment in early parent-child relationships*. Order from Guilford Press.
- Pratta, E. M. M. & Santos, M. A. (2007). Família e adolescência: a influência do contexto familiar no desenvolvimento psicológico de seus membros. *Psicologia em Estudo*, 12(2), 247-256. <https://doi.org/10.1590/S1413-73722007000200005>
- Prizskulnik, L. (1995). A criança e a psicanálise: o "lugar" dos pais no atendimento infantil. *Psicologia USP*, 6(2), 95-102.
- Prizskulnik, L. (2002). *A criança que a psicanálise descortina: Algumas considerações*. Em D. De Rose Júnior (Org.), *Esporte e atividade física na infância e na adolescência: Uma abordagem multidisciplinar (pp. 11-23)*. Porto Alegre: ArtMed.
- Rocha T. B., Graeff-Martins A. S., Kieling C. & Rohde L. A. (2015). Provision of mental healthcare for children and adolescents: a worldwide view. *Curr Opin Psychiatry*.28(4):330-5.
- Rosemberg, M. (2006). *Comunicação não-violenta: técnicas para aprimorar relacionamentos pessoais e profissionais*. Àgora: São Paulo.
- Rosemberg, M. (2019). *Criar filhos compassivamente: Maternagem e paternagem na perspectiva da Comunicação Não Violenta*. Palas Athena: São Paulo.
- Rogers, S. J. & Dawson, G. (2009). *Early Start Denver Model for Young Children with Autism: Promoting Language, Learning, and Engagement*. Guilford Publications: New York.

- Saforcada, E. (2006). *Reflexiones sobre el horizonte de la psicología en el campo de la salud colectiva*, Em E. Saforcada. (1. ed.). *Psicología Sanitaria. Análisis crítico de los sistemas de atención de la salud* (pp. 195-251). Buenos Aires: Paidós.
- Sangioni, L. A., Patias, N. D. & Pfitscher, M. A. (2020). Psicologia e o Grupo Operativo na Atenção Básica em Saúde. *Revista da SPAGESP*, 21(2), 23-40.
- Sanders, M. R. (2008). "Triple P-Positive Parenting Program as a public health approach to strengthening parenting" (PDF). *Journal of Family Psychology*. 22 (3): 506–517. doi:10.1037/0893-3200.22.3.506
- Scippa, A. M. (2000). Bases Biológicas dos Transtornos Psiquiátricos. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 22(3), 149-150. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462000000300012>
- Schmitz, M., Polanczyk, G. V. & Rohde, L. A. P. (2007). TDAH: remissão na adolescência e preditores de persistência em adultos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 56 (Suppl. 1), 25-29.
- Siqueira, Melo & Morais (2019). Pós-parto e sexualidade: perspectivas e ajustes maternos. *Rev. Enferm. UFSM - REUFSM*. 9 (58), 1-18. doi: 10.5902/2179769233495.
- Seldin, T. (2018). *Método Montessori na educação dos filhos*. (2. ed.). São Paulo: Manole.
- Soares, M., Souza, S. & Marinho, M. (2004). Envolvimento dos pais: incentivo à habilidade de estudo em crianças. *Estudos De Psicologia (campinas)*. 21. 10.1590/S0103-166X2004000300009.
- Silva, A. T. B. & Marturano, E. M. (2002). Práticas educativas e problemas de comportamento: Uma análise à luz das habilidades sociais. *Estudos de Psicologia*, 7 (2), 227-235.
- Silva, N. C. B, Nunes, C. C, Betti, M. C. M, & Rios, K. S. A. (2010). Variáveis da família e seu impacto sobre o desenvolvimento infantil. *Temas em Psicologia*, 16 (2), 215- 229. São Paulo.
- Slade A. (2005). Parental reflective functioning: an introduction. *Attach Hum Dev*. 7(3):269-81. doi: 10.1080/14616730500245906.

- Santos, E. (2019). *Educação não-violenta*. Paz & Terra: São Paulo.
- Souza, J. A., Abade, F., Silva, P. M. C. & Furtado, E. F. (2011). Avaliação do funcionamento familiar no contexto da saúde mental. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 38(6), 254-259. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832011000600007>
- Starfield, B. (2002). Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia (Ministério da Saúde, trad.). Brasília-DF: UNESCO (Obra original publicada em 1998).
- Svanberg P. O., Mennet L. & Spieker, S. (2010). Promoting a secure attachment: A primary prevention practice model. *Clin Child Psychol Psychiatry*. 15(3):363-78. doi: 10.1177/1359104510367584.
- Steele, H. et al. (2019). Randomized control trial report on the effectiveness of Group Attachment-Based Intervention (GABI©): Improvements in the parent-child relationship not seen in the control group. *Development and Psychopathology*, 31(1), 203–217. <https://doi.org/10.1017/S0954579418001621>
- Tanaka, O. Y. & Lauridsen-Ribeiro, Edith. (2006). Desafio para a atenção básica: incorporação da assistência em saúde mental. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(9), 1845-1853. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006000900015>
- Teperman, D. (2020). *Parentalidade para todos, não sem a família de cada um*. Em D. Teperman, T. Garrafa & V. Iaconelli (1. ed.), *Parentalidade (pp. 89-105)*. Belo Horizonte: Autêntica.
- Thiengo, D. L., Cavalcante, M. T. & Lovisi, G. M. (2014). Prevalência de transtornos mentais entre crianças e adolescentes e fatores associados: uma revisão sistemática. *J. bras. psiquiatr.* 63(4). <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000046>.
- Tozze, K. F., & Bolsoni-Silva, A. T. (2017). Intervenções em grupo com pais de adolescentes com problemas de comportamento internalizante. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, (Unesp – Bauru), 19 (4), 6-24. DOI: <https://doi.org/10.31505/rbtcc.v19i4.1091>
- Vecchia, M. D., & Martins, S. T. F. (2009). Desinstitucionalização dos cuidados a pessoas com transtornos mentais na atenção básica: aportes para a implementação de ações

Interface- Comunicação, Saúde e Educação, 13, 151–164. doi: org/10.1590/S141432832009000100013

- Wade, C., Llewellyn, G. & Matthews, J. (2008). Review of Parent Training Interventions for Parents with Intellectual Disability. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*. 21. 351 - 366. 10.1111/j.1468-3148.2008.00449.x.
- Wagner, A. (2003). *A família e a tarefa de educar: Algumas reflexões a respeito das famílias tradicionais frente a demandas modernas*. Em T. Féres-Carneiro (Org.), *Família e Casal: arranjos e demandas contemporâneas*. (pp. 27-33). São Paulo: Loyola.
- Weaver I. C. et. al. (2004). Epigenetic programming by maternal behavior. *Nat Neurosci*. 7(8):847-54. doi: 10.1038/nm1276.
- Weber, L. (2019). *Programa de qualidade na interação familiar: manual para facilitadores*. Curitiba: Juruá.
- Werner, E. E. (2004). Journeys from childhood to midlife: risk, resilience, and recovery. *Pediatrics*. 114(2):492.
- Webster-Stratton, C. (2019). *The Incredible Years (R): Trouble Shooting Guide for Parents of Children Aged 3-8 Years*. The Incredible Years: USA.
- Winnicott, D. W. (1984). *Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil*. Imago: Rio de Janeiro.
- Winnicott, D. W. (1989). *Tudo começa em casa*. São Paulo: Martins Fontes.
- Winnicott, D. W. (1990). *Os objetivos do tratamento psicanalítico*. Em D. W. Winnicott, *O ambiente e os processos de maturação* (pp 152-155). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Winnicott, D. W. (1993). *Conversando com os pais*. São Paulo: Martins Fontes.
- Winnicott, D. W. (2019a). *Apoio aos pais normais*. Em D. W. Winnicott (6. ed.), *A criança e o seu mundo* (pp. 196-199). Rio de Janeiro: LTC.
- Winnicott, D. W. (2019b). *O brincar e a realidade*. São Paulo: Ubu Editora.
- Woodhouse, S. S. (2018). Attachment-based interventions for families with young children. *J Clin Psychol*. 74(8):1296-1299. doi: 10.1002/jclp.22640.

World Health Organization [WHO]. (2001). *Mental Health: New Understanding, New Hope*. Geneva: Switzerland.

World Health Organization [WHO]. (2005). *Mental Health Policy Service Guidance Package: Child and Adolescent Mental Health Policies and Plans*. Geneva: Switzerland.

Yu, M. & Stiffman, A. R. (2010). Addictive Behaviors Positive family relationships and religious affiliation as mediators between negative environment and illicit drug symptoms in American Indian adolescents. *Addictive Behaviors*. 35(7), 694-699.

Zanetti, S. A. S. & Gomes, I. C. (2014). Relação entre funções parentais e o comportamento de crianças pré-escolares. *Boletim de Psicologia*, 64(140), 1-20.

Zeanah C. H. & Gleason M. M. (2015). Annual research review: Attachment disorders in early childhood--clinical presentation, causes, correlates, and treatment. *J Child Psychol Psychiatry*. 56(3):207-22. doi: 10.1111/jcpp.12347

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

GLÁUCIA MIRANDA

**PROMOÇÃO E FORTALECIMENTO DA CONTRATUALIDADE: GESTÃO
AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO EM UM CAPS-AD**

**CURITIBA - PR
2021**

GLÁUCIA MIRANDA

**PROMOÇÃO E FORTALECIMENTO DA CONTRATUALIDADE:
GESTÃO AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO EM UM CAPS-AD**

Trabalho de Conclusão de Residência, apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional 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: **Luciana Elisabete Savaris**

CURITIBA - PR
2021

FOLHA DE APROVAÇÃO

CURITIBA, 23 DE FEVEREIRO DE 2021.

O trabalho intitulado **PROMOÇÃO E FORTALECIMENTO DA CONTRATUALIDADE: GESTÃO AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO EM UM CAPS-AD** de autoria da aluna **GLÁUCIA MIRANDA** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental.

Prof. Ma. Luciana Elisabete Savaris
Orientadora do TCR/PI

Prof. Ma. Rejane Cristina Tabuti Teixeira
Avaliadora da Instituição

Prof. Dr. Gustavo Zambenedetti
Avaliador Externo

DEDICATÓRIA

Este trabalho é dedicado a todos aqueles que acreditam e principalmente investem nas “causas perdidas”. Não a aqueles que não se cansam, mas aos que continuam mesmo cansados. Àqueles que ainda não conseguiram mudar o mundo, mas que fazem micro revoluções no encontro com o outro todos os dias.

Esta dedicatória não tem um interlocutor definido, mas é aberta a todo aquele que se identificar com o que ela representa.

Tentando ser mais específica, este trabalho é dedicado a todos aqueles que fazem parte da Luta Antimanicomial, que defendem o cuidado em liberdade e que sabem que este não se faz apenas destruindo paredes concretas e de concreto, mas desconstruindo muros e grades que existem em nós e na nossa relação com o outro.

Este trabalho é dedicado a todos aqueles que sabem que o tecnicismo, a psicologização, a patologização do sofrimento e a medicalização da vida não são respostas. A resposta está e sempre esteve no coletivo, na sociedade e no sentido da desnaturalização da desigualdade social.

Também é dedicado a quem não é um soldado na guerra contra as drogas, a quem sabe que o buraco é mais embaixo e que sabe que o cuidado em saúde é acolhimento, é singularidade e não julgamento moral.

Por fim, este trabalho é dedicado a quem nunca se contenta, que chega em casa no fim do dia e não sabe se conseguiu fazer alguma diferença no mundo, mas que faz questão de ser errante e tentar de novo, usa a contradição como combustível e dá significado à frustração cotidiana.

Há algo ainda a ser dito.

Este trabalho é dedicado a quem acredita no SUS e o defende cotidianamente!

Saúde não se vende!
Loucura não se prende!

AGRADECIMENTOS

Ter a quem agradecer demonstra que algo não se produziu sozinho, mas no encontro e no afeto com outros. Meu primeiro agradecimento é para aqueles que eu chamo de “meus”, não porque os possuo, mas porque são meu lugar no mundo e que me acolhem em todos os momentos: minha família, no sentido menos tradicional e nuclear possível. Apoio é sempre o que eu recebo de vocês e me emociona o quanto acreditam em mim! Por laço sanguíneo ou não, mas sempre por escolha, muito obrigada.

Agradeço de forma incansável à Universidade Estadual do Centro-Oeste que me apresentou a um universo tão vasto e complexo, que hoje eu sou constituída de uma forma irreversível por sensibilidade, crítica e inquietação. É claro que a UNICENTRO é formada por pessoas e por laços. Os que eu destaco aqui são a professora Dra. Claudia Regina Magnabosco Martins – por um acolhimento tão presente e tão bonito, que apostou e investiu em mim de tantas formas e maneiras; estar terminado essa residência hoje tem dedo teu. Obrigada pelo impulso! – e ao professor Dr. Gustavo Zambenedetti, que andou ao meu lado, me orientando pela descoberta dos caminhos da Saúde Mental de um jeito que me marca de forma profunda; sinto que nunca conseguirei deixar de te agradecer pela tua presença em momentos acadêmicos e não acadêmicos, em que a vida exigiu bastante de mim; você também exigiu, de uma forma afetuosa e qualificada...ser quem eu sou hoje, tem muito teu, obrigada por ser meu Mestre Yoda!

Agradeço às minhas colegas de residência que toparam descobrir como se faz uma residência. Fomos uma primeira turma intensa, vivemos entre ensaio e erro, mas sempre soubemos trabalhar coletivamente quando necessário (e quando que não é necessário?). Agradeço de forma especial à Jessica Santos Ivacioki, a enfermeira dona do meu coração, com quem eu dividi absolutamente tudo nesse caminho de dois anos...obrigada por permanecer na minha vida para muito além da residência!

Fica meu agradecimento também à professora Ma. Luciana Elisabete Savaris, quem eu nunca vi pessoalmente, devido à pandemia, mas que se fez presente em todos os momentos, me guiando por este trabalho.

E meu último agradecimento é ao CAPS ad, que foi minha casa nesses dois anos e que me proporcionou uma experiência transformadora. O agradecimento especial fica à Mariclei Rosa Mendes, pelo afeto e acolhimento cotidianos; tua autenticidade e generosidade será sempre lembrada por mim! Ao Tiago Rafael

Wentzel, meu preceptor e colega de profissão, que me ensinou em absolutamente todos os dias, mesmo não tendo essa intenção...você é uma das pessoas mais sensíveis que eu já conheci e minha carreira é e será marcada sempre pela tua forma de fazer Psicologia; e meu outro agradecimento à Vanessa da Silva Fagundes, minha outra colega de profissão e preceptora extraoficial, que sempre me acolheu e esteve disposta a estar junto construindo minha atuação dentro do CAPS, com uma leveza e uma risada gostosa, espontânea que é difícil de esquecer. Obrigada por estarem comigo e por fazerem a GAM comigo, desde o primeiro arrastar das cadeiras até o encanto pelo caminho e seus percalços. Vocês me ensinaram a usar nossos “poderes psicossociais”!

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| 1 INTRODUÇÃO E FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA | 10 |
| 2 OBJETIVO GERAL E ESPECÍFICOS | 14 |
| 3 ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS | 15 |
| 4 RESULTADO E DISCUSSÃO..... | 20 |
| 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 47 |
| REFERÊNCIAS | 49 |
| APÊNDICES E ANEXOS | 55 |

LISTA DE GRÁFICOS

| | |
|---|-----------|
| Gráfico 1. Número de prescrições por usuário | 21 |
| Gráfico 2. Medicamentos mais prescritos por classe | 22 |
| Gráfico 3. Medicamentos mais prescritos | 23 |

LISTA DE QUADROS

| | |
|--|-----------|
| Quadro 1. Caracterização sociodemográfica dos participantes do estudo | 24 |
| Quadro 2. Medicamentos utilizados | 25 |
| Quadro 3. Histórico de usuários | 25 |

RESUMO

O campo da saúde mental ainda vive a contradição entre dois modelos: o modelo asilar e o modelo psicossocial, neste contexto emerge a questão de “como” se produz o cuidado. Este trabalho teve como objetivo analisar se a participação em Grupos de Gestão Autônoma da Medicação pode ampliar a contratualidade dos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e outras drogas. A metodologia utilizada foi a da Pesquisa-Intervenção. A pesquisa ocorreu em quatro fases: a primeira fase foi documental, através de consulta a relatórios de prescrição medicamentosa do Centro de Atenção Psicossocial - álcool e drogas entre o período de março de 2019 à março de 2020. Na segunda fase foram aplicados questionários sociodemográficos e realizadas entrevistas individuais. A terceira fase constitui-se na experimentação do Grupo de Gestão Autônoma da Medicação e na quarta e última fase foram repetidas as entrevistas individuais. A pesquisa ocorreu entre os meses de agosto a novembro do ano de 2020. A análise dos dados se deu através de Análise de Conteúdo Temática. O estudo contou com 3 participantes (2 homens e 1 mulher), idades entre 20 e 43 anos. Todas as medidas de prevenção à COVID-19 foram seguidas. Os resultados apontaram que 81% dos usuários que se vincularam ao Centro de Atenção Psicossocial ad no período pesquisado receberam prescrição de medicamentos. A Gestão Autônoma da Medicação permitiu o diálogo sobre as drogas prescritas e proscritas, identificando mecanismos subjetivos similares; evidenciou a pouca participação dos usuários, que estão assujeitados pelo discurso da dependência química; se mostrou como possibilidade de produção de subjetividade, se aproximando da ética da Redução de Danos; ainda, percebeu-se deslocamentos afetivos na forma dos usuários se relacionarem com seus medicamentos. Entre as considerações finais, destaca-se o manejo cogestivo como impulso em relação a uma maior participação e autonomia dos usuários; o desafio de promover contratualidade em um espaço em que o paradigma asilar e proibicionista se mostra de maneira forte; e a possibilidade de provocar microfissuras em posturas e saberes duramente constituídos e instituídos. Evidencia-se a escassez da discussão sobre medicamentos na área de álcool e outras drogas e que o espaço do grupo também atuou no sentido de Educação em Saúde. Por fim, destaca-se o momento de pandemia e seu profundo impacto no formato do grupo, bem como na possibilidade de promoção de participação a comunidade. Aponta-se para a necessidade de novos estudos na área, visto a sua complexidade e marginalidade na produção de conhecimentos.

Palavras-Chave: Saúde Mental; álcool e outras drogas; gestão autônoma da medicação; contratualidade; autonomia.

1 INTRODUÇÃO E FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A forma com que se apresenta a demanda dos usuários nos serviços de Saúde Mental está diretamente relacionada ao modo de produzir saúde, considerando o pressuposto de que não existem necessidades básicas "naturais", não existem demandas "espontâneas", pois "a noção das necessidades é produzida, assim como a demanda é modulada" (BAREMBLITT, 1992, p. 16).

É possível ponderar que os usuários que chegam a um serviço de Saúde Mental com a expectativa de diagnóstico, medicamento e internação, apresentam uma demanda que foi criada a partir de saberes científicos, serviços de saúde disponíveis, assim como, de interesses financeiros. Esta demanda se sustenta pelo modelo biomédico, caracterizado pela "explicação unicausal da doença, pelo biologicismo, fragmentação, mecanicismo, nosocentrismo, recuperação, reabilitação, tecnicismo e especialização" (CUTOLO, 2006, p. 16).

No campo da saúde mental, segundo Costa-Rosa (2000), vive-se um momento de contradição entre dois modos de cuidado. Um que está atrelado historicamente e tradicionalmente à Psiquiatria (modo asilar) e outro que surge a partir da Reforma Psiquiátrica (modo psicossocial). Assim, a questão emergente trata não apenas de "onde" se produz o cuidado, mas sobre "como" se produz.

Tendo em conta a produção do cuidado, este estudo trará luz as demandas oriundas do sofrimento psíquico relacionado ao uso de álcool e outras drogas. Constata-se que o tema foi incorporado recentemente no âmbito da Saúde Mental. De acordo com Machado e Miranda (2007), esse tema herda uma forte tradição histórica de repressão ao uso, o que restringia o debate aos setores de Justiça e Segurança Pública. Assim, ao criar um serviço de saúde para este público, o Centro de Atenção Psicossocial - Álcool e outras drogas (CAPS ad), existe uma tentativa de ampliar o olhar para a questão.

Contudo, o cuidado a pessoas em uso abusivo ou dependência de álcool e outras drogas encontra-se ainda na atualidade, envolvido em diferentes arenas de debate, seja entre os modelos asilar e psicossocial, seja nos diferentes posicionamentos políticos em relação ao cuidado nesse âmbito, que são o Proibicionismo-Abstencionismo e a Redução de Danos (RD). "Cada um desses posicionamentos parte de pressupostos ideológicos diferentes e, em consequência, produzem modelos de atenção também distintos" (ABAL; GUGELMIN, 2018, p. 25).

Enquanto no Proibicionismo-Abstencionismo, há uma busca pela abstinência e o uso de álcool e outras drogas é apreendido pelo registro da doença, da dependência química, isto é, pautado em uma alta exigência, na RD parte-se de uma ética de cuidado que visa aumentar a qualidade de vida do usuário, independentemente se queira cessar o uso ou não (FONSÊCA, 2012).

Dito isto, segundo Richwin (2018), é importante ressaltar que a RD poderá ter a abstinência como objetivo, desde que seja convergente com o desejo do usuário. Neste ponto há que se destacar a complexidade desta questão: “desejo de ficar abstinente”, pois tal posicionamento tem dimensões situadas no paradigma proibicionista, isto é, construído em uma sociedade repressiva em relação ao uso de drogas, prescritiva em relação a modos de vida e de alta exigência individual, assim, por vezes o usuário apresenta uma demanda por cessar o uso de substâncias, sem se questionar sobre o significado dessa experiência para si e os recursos de enfrentamento em relação a esta realidade, pois “muitas vezes, na história de vida dos usuários o uso da droga não é, no primeiro momento, o fator que desencadeia o sofrimento, mas ele atua como forma de compensação a um desequilíbrio entre as esferas da vida do usuário” (BRASIL, 2015, p. 19).

Dessa forma, é possível afirmar que no contexto álcool e drogas da Saúde Mental, existem atravessamentos distintos, os quais impactam diretamente sobre o cuidado e a autonomia do usuário. Uma questão fundamental que permeia esse contexto refere-se à verticalidade das relações entre profissionais e usuários e a passividade destes últimos, que não têm sido protagonistas do próprio cuidado, subordinados às iniciativas dos profissionais e aos serviços que estão vinculados. De acordo com Amorim e Dimenstein (2009), a Reforma Psiquiátrica contribuiu para o questionamento da centralidade do hospital psiquiátrico, mas ainda não avançou tanto na desconstrução do aparato de saberes que tem como função o assujeitamento.

O tema central abordado neste estudo trata do pressuposto de que falta autonomia aos usuários inseridos em serviços de Saúde Mental. A relevância do tema articula-se com toda a trajetória histórica do cuidado em Saúde Mental e por fim, com a necessidade de refletir sobre as práticas vigentes buscando efetivar o modelo de Atenção Psicossocial.

Será adotada a concepção de autonomia trazida por Kinoshita (2010), que considera a autonomia “a capacidade de um indivíduo de gerar normas, ordens

para a sua vida conforme as diversas situações que enfrenta" (p. 57). Somos dependentes de diferentes coisas, entretanto o nó dessa problemática é quando essa dependência é restrita, ou seja, quando o usuário sai de casa apenas para frequentar o CAPS. Ainda afirma Kinoshita (2010), "somos mais autônomos quanto mais dependentes de tantas mais coisas pudermos ser, pois isto amplia as nossas possibilidades de estabelecer novas normas, novos ordenamentos para a vida" (p. 57).

Esta falta de autonomia do usuário está diretamente associada à sua produção de valor no campo social, isto é o valor que a sociedade previamente atribui ao usuário em sofrimento psíquico grave nas diferentes relações de troca que este estabelece, o que impacta, conseqüentemente no seu poder contratual, na sua contratualidade na sociedade, pois os bens, as mensagens e os afetos desses sujeitos são deslegitimados e negativados (KINOSHITA, 2010).

A contratualidade é um tema em debate no campo da Saúde Mental, principalmente atrelado ao componente de Reabilitação da Rede de Atenção Psicossocial (BRASIL, 2011). Uma estratégia de Promoção de Contratualidade seria a do "acompanhamento de usuários em cenários da vida cotidiana (...) contextos familiares, sociais e no território, com a mediação de relações para a criação de novos campos de negociação e de diálogo que garantam e propicie a participação dos usuários em igualdade de oportunidades, a ampliação de redes sociais e sua autonomia" (BRASIL, 2015, p. 12).

Entendemos que fortalecer o poder contratual do usuário seja uma das maiores e mais difíceis tarefas dos reabilitadores. Sustentamos que se o serviço não conseguir criar possibilidades para efetivação de trocas, estará fadado ao insucesso, pois criou uma concepção errônea do que é reabilitar. Estará apenas fazendo o que o hospital psiquiátrico faz com o portador de sofrimento psíquico, institucionalizando a pessoa, cronificando-a e mantendo-a dentro, pois as portas abertas de um CAPS são sinônimo de liberdade, de autonomia e de participação comunitária. Faz-se necessária a informação para ampliar a oferta de escolhas, o incentivo a caminhar com as próprias pernas, a ruptura do institucionalismo (BABINSKI E HIRDES, 2004, p. 571).

Este trabalho propôs a inserção do Grupo da Gestão Autônoma da Medicação (GAM), como intervenção promotora da contratualidade e conseqüentemente do aumento de autonomia dos usuários. A GAM surgiu no Canadá em 1993 e foi adaptada para a população brasileira em 2010. Trata-se de

uma estratégia pela qual aprendemos a cuidar do uso dos medicamentos, considerando seus efeitos em todos os aspectos da vida das pessoas que os usam. A GAM parte do reconhecimento de que cada usuário tem uma experiência singular ao usar psicofármacos e de que importa aumentar o poder de negociação desse usuário com os profissionais da saúde que se ocupam do seu tratamento – sobretudo com os médicos, que são os que prescrevem os medicamentos (ONOCKO-CAMPOS, PASSOS, PALOMBINI *et al*, 2012, p. 07).

O guia consiste em um caderno, no qual se propõem temas relacionados ao autoconhecimento e ao uso de medicamentos, com o objetivo de possibilitar ao usuário a produção de novas relações com seus medicamentos e seu cuidado. Os princípios norteadores do GGAM são a autonomia e a cogestão.

A GAM preconiza a construção de uma nova forma de cuidado no sentido da relação do sujeito com os seus medicamentos, objetiva produzir autonomia no uso, contudo, não fica restrito, a metodologia pode produzir deslocamentos em outras esferas da vida, principalmente na relação do usuário com o serviço de Saúde Mental. Dito de outro modo, a GAM é um dispositivo que caminha na direção da experimentação.

Jorge e colaboradores (2012) apontam que a partir da utilização da GAM:

o controle do tratamento se inverte para o polo usuário numa relação hegemônica pelo saber técnico. O caminho para a autonomia na medicação é a consolidação dos princípios e diretrizes do SUS e o reconhecimento das intersubjetividades na atenção à saúde e na formulação de pactos intersetoriais no território (p. 1558).

Desta forma, este estudo espera repercutir na reflexão quanto ao processo de trabalho dos CAPSad, pois “todos estão “trabalhando” na produção de subjetividades, principalmente aqueles que têm seu discurso legitimado, como “trabalhadores sociais” os mais variados (TORRE; AMARANTE, 2001, p. 77) assim como, favorecer a criação de autonomia dos usuários inseridos no projeto de intervenção.

2 OBJETIVO GERAL E ESPECÍFICOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar se a participação em Grupos de Gestão Autônoma da Medicação (GAM) pode ampliar a contratualidade dos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e outras drogas (CAPS ad).

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a. Favorecer condições de ampliação a autonomia do usuário em relação ao uso de psicofármacos.
- b. Criar condições para o aumento da participação dos usuários em relação ao seu Projeto Terapêutico Singular.
- c. Estimular a vinculação do usuário a outros espaços sociais do território.

3 ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, que “trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis” (MINAYO, 2001, p. 21). A pesquisa também contou com o tratamento de dados quantitativos que auxiliaram a interpretação do estudo.

O método parte do escopo das pesquisas participativas, através da Pesquisa-Intervenção, que “busca investigar a vida de coletividades na sua diversidade qualitativa” (...) e se coloca como “proposta de atuação transformadora da realidade sócio-política, já que propõe uma intervenção de ordem micropolítica na experiência social (ROCHA; AGUIAR, 2003, p. 66-67). Além disso, “pressupõe saber ouvir e conviver com o diferente, desenvolver atividades que possam constituir-se em acontecimentos analisadores, enfrentar os próprios limites e medos; registrar cada passo, cada reação e cada fala são processos importantes na coleta de dados” (GALVÃO E GALVÃO, 2017, p. 61).

Sendo uma “abordagem que se preocupa em compreender os jogos de interesse e de poder presentes no espaço de pesquisa” (GALVÃO; GALVÃO, 2017, p. 61), é fundamental considerar a presença da pesquisadora como trabalhadora/residente no serviço que pretende realizar o estudo. Assim, a Pesquisa-Intervenção adentra à questão da análise da implicação, isto é, “analisa-se o lugar que se ocupa nas relações sociais em geral e não apenas no âmbito da intervenção que está sendo realizada; os diferentes lugares que se ocupa no cotidiano e em outros locais da vida profissional; em suma, na história” (COIMBRA, 1995, p.66 citado por PAULON, 2005, p.23).

Segundo Galvão e Galvão (2017), a relação entre o pesquisador e a realidade de pesquisa é a forma com que se constrói o conhecimento de pesquisa, “o que significa dizer que há um processo mútuo de interferência que precisa ser considerado e analisado” (p. 56).

3.2 LOCAL PESQUISADO

A pesquisa foi realizada em um município localizado no estado do Paraná, segundo o Atlas de Desenvolvimento Humano, encontra-se na Microrregião de

Curitiba e na Mesorregião Metropolitana de Curitiba. Sua população, no Censo de 2010 (IBGE), era de 117.008 pessoas e em 2018 era estimada em 130.789 - 48,55% da população residente masculina e 51,45% feminina (Atlas do Desenvolvimento Humano) -, tendo sua densidade demográfica em 1.922,42 hab./km² (IBGE). Sua área territorial é estimada em 61,137 km². Possui um Índice de Desenvolvimento Humano (IDHM) de 0,751 (IBGE), que é considerado alto.

A coleta de dados ocorreu em um CAPSad que atende pessoas a partir de 12 anos de idade, que apresentam intenso sofrimento psíquico decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida (BRASIL, 2015).

O trabalho no CAPS é realizado por uma equipe multiprofissional, de diferentes áreas, sendo elas: Enfermagem, Clínica médica, Psicologia, Psiquiatria, Assistência social, Terapia ocupacional, Administração e Artes. O equipamento em questão, no momento do estudo, contava com enfermeira, médico clínico geral e psiquiatra, 2 psicólogos, assistente social, terapeuta ocupacional, auxiliar de enfermagem, 3 instrutores de cursos livres, 2 auxiliares de serviços gerais, coordenadora e psicóloga residente em Saúde Mental.

As atividades realizadas no equipamento são grupos e oficinas terapêuticas, atendimentos individuais, Projeto Terapêutico Singular (PTS), busca ativa, visita domiciliar, projetos de prevenção, reunião de família e encaminhamentos.

3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Foram selecionados três usuários do CAPS ad para o estudo, por conveniência. O número reduzido deu-se a partir do cenário de pandemia pela COVID-19, o qual restringe aglomerações e atividades em grandes grupos.

Os critérios de inclusão adotados foram: a) Ser maior de 18 anos; b) Estar inserido em regime não-intensivo, semi-intensivo ou intensivo no CAPS ad; c) Estar fazendo uso de medicamentos psicotrópicos; d) Estar em condições de saúde física e psíquica para participar da pesquisa através dos grupos; e) Ambos os sexos; f) Voluntariedade a participação do grupo-intervenção; g) Autorizar a gravação (áudio) dos grupos/intervenção; h) Assinar o TCLE; e de Exclusão: a) Ser menor de 18 anos; b) Não estar inserido em regime não-intensivo, semi-intensivo ou intensivo no CAPS ad; c) Não estar fazendo uso de medicamentos psicotrópicos; d) Não estar em

condições de saúde física e psíquica para participar da pesquisa através dos grupos; e) descontinuar a participação do grupo-intervenção.

3.4 PERÍODO DA COLETA DE DADOS

A pesquisa ocorreu entre os meses de agosto à novembro de 2020, período em que se vivenciava a pandemia desencadeada pelo COVID-19 (Sars-CoV-2), desta forma, foram adotados protocolos de segurança tais como: higienização das mãos, uso de máscaras cirúrgicas oferecidas pelo serviço, embalagem para armazenamento da máscara de pano que o usuário estava usando anteriormente, distanciamento de 2m entre as cadeiras e ambiente arejado.

3.5 PROCEDIMENTOS E INSTRUMENTOS DE COLETA

A pesquisa ocorreu em quatro fases: 1ª Fase - Coleta de Dados Secundários, 2ª Fase - Aplicação de questionário sociodemográfico e entrevistas individuais, 3ª Fase - Experimentação da GAM e 4ª Fase - Novas entrevistas individuais.

3.5.1 DADOS SECUNDÁRIOS - DOCUMENTAL

Foram coletados dados secundários para adentrar à realidade do uso de medicação psicotrópica no CAPS ad em questão, através de relatório de prescrições de medicamentos do período de 01/03/2019 a 01/03/2020, gerados a partir dos prontuários dos usuários.

3.5.2 ENTREVISTAS INDIVIDUAIS

Os participantes foram entrevistados individualmente antes do início do grupo intervenção (GAM) e após o término dos encontros, através de roteiro semiestruturado (APÊNDICE A). As perguntas referiam-se ao uso de medicamentos, cuidado no CAPS ad e circulação em espaços comunitários. Concomitante à entrevista, também foi aplicado um questionário sociodemográfico (APÊNDICE B), para caracterização da população estudada.

3.5.3 EXPERIMENTAÇÃO DA GAM

A GAM (ANEXO 1) ocorreu em 10 encontros grupais em um período de quatro meses - agosto a novembro de 2020. Quanto à duração, os grupos tiveram

aproximadamente 60 minutos, sendo que o grupo mais curto durou 54 minutos e o mais longo durou 77 minutos.

Em algumas semanas, o grupo não aconteceu, pois havia apenas um usuário e após discussão, havia o acordo de deixar para a semana seguinte. Em duas semanas o grupo aconteceu com apenas um dos participantes e a pesquisadora/residente, em função do prazo de conclusão da intervenção. Uma das participantes, DSC, deixou o grupo após o 4º encontro, pois trocou de trabalho e seus horários não permitiam a continuidade; a usuária, contudo, participou da entrevista final para encerramento do processo.

Tendo em vista a complexidade do ato comunicativo em grupo e as possíveis reverberações das discussões do grupo para outros espaços coletivos do serviço, a pesquisadora lançou mão da ferramenta de diário de pesquisa.

Para Lourau (2004a), o diário de pesquisa seria a narrativa do pesquisador em seu contexto histórico-social, um pesquisador implicado com e na pesquisa, e que reflete sobre e com sua atividade de diarista. Trata-se de uma técnica capaz de restituir, na linguagem escrita, o trabalho de campo, possibilitando “produzir um conhecimento sobre a temporalidade da pesquisa”, aproximando o leitor da cotidianidade do que foi possível produzir num dado contexto, evitando interpretações “ilusórias”, “fantasiosas” da produção científica (LOURAU, 1993, p. 51). Nesse sentido, o diário de pesquisa “permite o conhecimento da vivência cotidiana de campo (não o ‘como fazer’ das normas, mas o ‘como foi feito’ da prática)” (p. 77) (PEZZATO; L’ABBATE, p. 1302).

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

Esse projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição proponente, com parecer consubstanciado favorável sob o n. 32120920.2.0000.5225 em 28 de maio de 2020.

Após a aprovação, a pesquisadora solicitou à equipe técnica do CAPS ad, indicações dos usuários que atendessem aos critérios de elegibilidade e estes foram convidados a participar dos grupos-intervenção através de contato telefônico, em função da pandemia COVID-19 que modificou a rotina do serviço, impondo intervenções remotas e restrição ao acesso presencial dos usuários.

Aos usuários que aceitaram participar da pesquisa foi realizada leitura conjunta do Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), além de autorização de utilização do som da voz, somente após assinatura destes documentos deu-se início aos procedimentos de coleta. Foi garantida a privacidade e o sigilo quanto à identidade dos participantes, que serão identificados pelas iniciais de seus nomes:

DSC, FVS e LHP, assim como do material coletado será mantido em local seguro pela pesquisadora durante o período necessário de cinco anos.

3.7 ANÁLISE DOS RESULTADOS

3.7.1 DADOS SECUNDÁRIOS – DOCUMENTAL

Os dados referentes às prescrições de medicamentos do CAPS ad estudado foram extraídos a partir de relatório gerado pelo sistema do serviço, tendo como base o período entre 01 de março de 2019 e 01 de março de 2020.

Foi realizada análise quantitativa dos dados, como levantamento do número de prescrições por usuário, bem como medicamentos mais prescritos, com o objetivo de subsidiar a análise qualitativa, apontando um possível perfil do serviço em relação à prescrição de medicamentos e continuidade do tratamento. Além disso, o serviço, através de seu setor administrativo forneceu dados em relação ao número de usuários vinculados ao serviço no período estudado.

3.7.2 ENTREVISTAS E GAM

O tratamento do material colhido foi realizado através da Análise de Conteúdo Temática, a qual, segundo Minayo (2008, p. 315), consiste na descoberta dos núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência significam alguma coisa para o objeto analítico visado. Ela desdobra-se em três etapas: Pré-Análise, Exploração do Material e Tratamento dos Resultados Obtidos e Interpretação.

Realizou-se leitura vertical, que corresponde a leitura em sequência de cada um dos grupos focais e entrevistas, elencando-se temas emergentes. Posteriormente foi realizado o movimento de leitura horizontal, propiciando o cruzamento das temáticas em comum nos diferentes materiais. Os temas emergentes foram reunidos e sintetizados em categorias de análise.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 FASE 1 - DADOS SECUNDÁRIOS – DOCUMENTAL

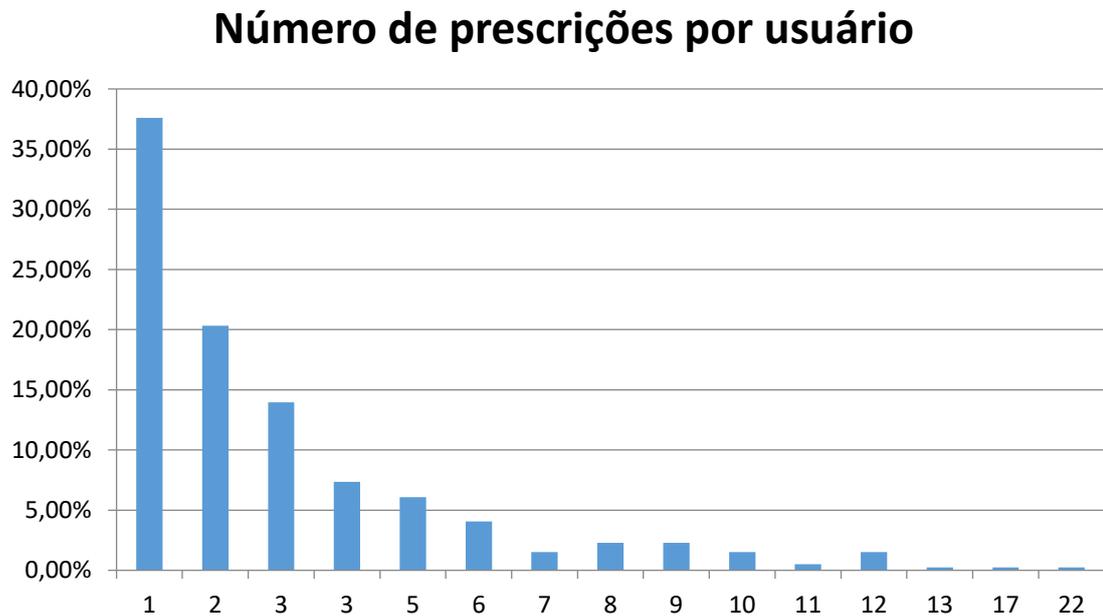
O estudo documental teve como foco reconhecer o cenário de utilização de medicamentos no CAPS ad pesquisado. Serão apresentados a seguir os resultados encontrados nos relatórios de medicamentos no período entre 01 de março de 2019 e 01 de março de 2020, momento anterior ao início da pandemia por COVID-19.

Identificou-se, a partir de levantamento do setor administrativo do serviço, um total de 948 usuários acolhidos no período; 198 usuários estiveram inseridos em atendimentos individuais e grupais durante o ano ou períodos do ano, 285 usuários frequentaram o período de avaliações – momento em que passam por atendimentos individuais com os profissionais da equipe, antes de serem inseridos nos grupos e oficinas -, 80 usuários tiveram alta ou foram desligados do serviço, por diferentes motivos: melhora, abandono, transferência e óbito, este último em menor escala.

Assim, entre usuários em avaliações, inseridos e que se desligaram do serviço no período pesquisado, obteve-se o número de 483 como total. Ressalta-se a possibilidade de duplicidade em certa medida nos dados, pois no levantamento não foi considerado usuários que foram acolhidos ou estiveram inseridos e/ou em avaliações mais de uma vez no período pesquisado.

Ao realizar o levantamento de dados a partir de relatório específico, identificou-se um total de 203.275 unidades de medicamentos prescritas no período. Quando analisado prescrição por usuário conforme gráfico 1, é possível apontar que 393 usuários receberam prescrição de medicamentos no período de 12 meses, isto é, 81,3% dos usuários inseridos ou em processo de avaliações receberam prescrição de medicamentos, sendo que 148 (37,5%) usuários receberam uma única prescrição, o que pode indicar a descontinuidade do tratamento ou um quadro de crise, sendo feito o manejo pelo serviço ou aguardando vaga de internamento em regime integral. 164 usuários (41,6%) tiveram de 2 a 4 prescrições no mesmo mês, o que sugere um possível processo de ajuste medicamentoso.

GRÁFICO 1 - Prescrições por Usuários

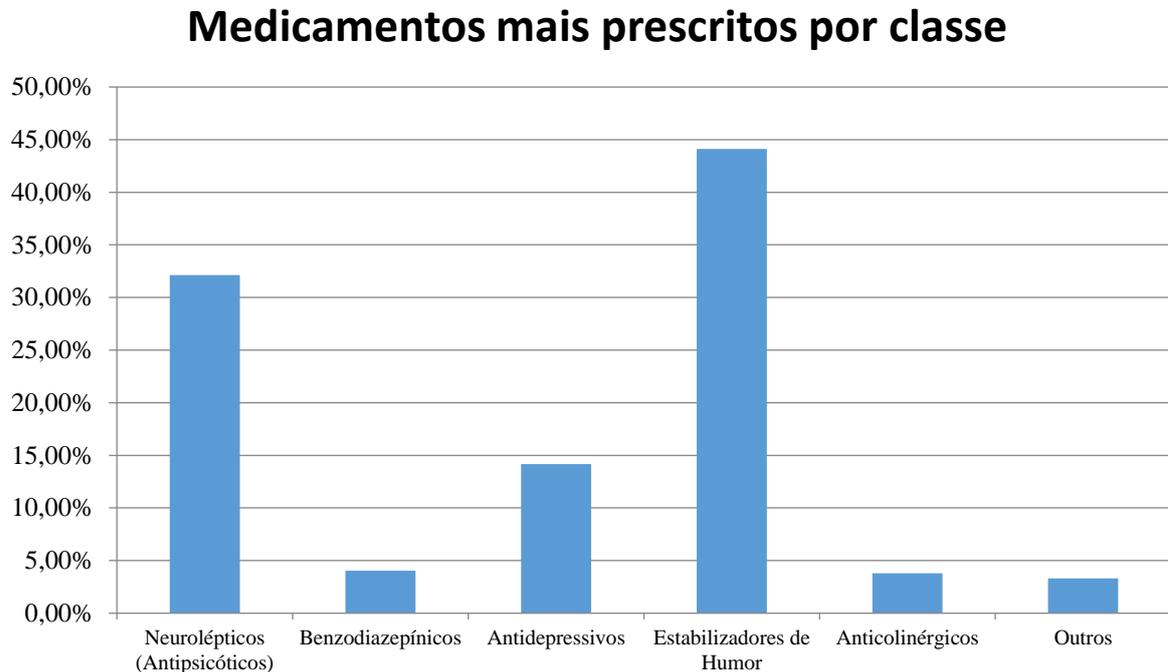


Fonte: Dados da Pesquisa, 2020. Elaborado pela autora.

É necessário apontar o alto índice de prescrições neste serviço, indicando que o recurso medicamentoso é largamente utilizado, principalmente no início dos atendimentos, ressaltamos que o perfil do usuário que chega ao serviço, em grande medida, se caracteriza como em quadro de crise com sintomas psicóticos em menor medida, mas frequentemente apresentando fissura e o/ou sintomas de abstinência. A questão de que quase metade não recebe uma segunda prescrição, pode ter múltiplos sentidos. Neste trabalho e a partir de sua discussão subsequente, destaca-se a hipótese de expectativas em relação ao papel da medicação e aos seus efeitos, bem como o nível de exigência do tratamento e uma possível postura medicalizante do serviço.

Quando analisado as classes de medicamentos mais prescritos – Gráfico 2 – identifica-se que são a dos estabilizadores de humor - que “agrupa algumas medicações que foram descobertas como capazes de evitar os ciclos de elevações e depressões patológicas do humor” (BRASIL, 2013, p. 168) - e os neurolépticos (ou antipsicóticos) - “agem basicamente bloqueando a transmissão da dopamina no cérebro, com efeitos motores (uma espécie de “contenção química”), hormonais (aumento da prolactina) e sobre o pensamento (melhora de sintomas psicóticos ou pensamento mais lento ou embotado)” (BRASIL, 2013, p. 157).

GRÁFICO 2 - Medicamentos por Classe

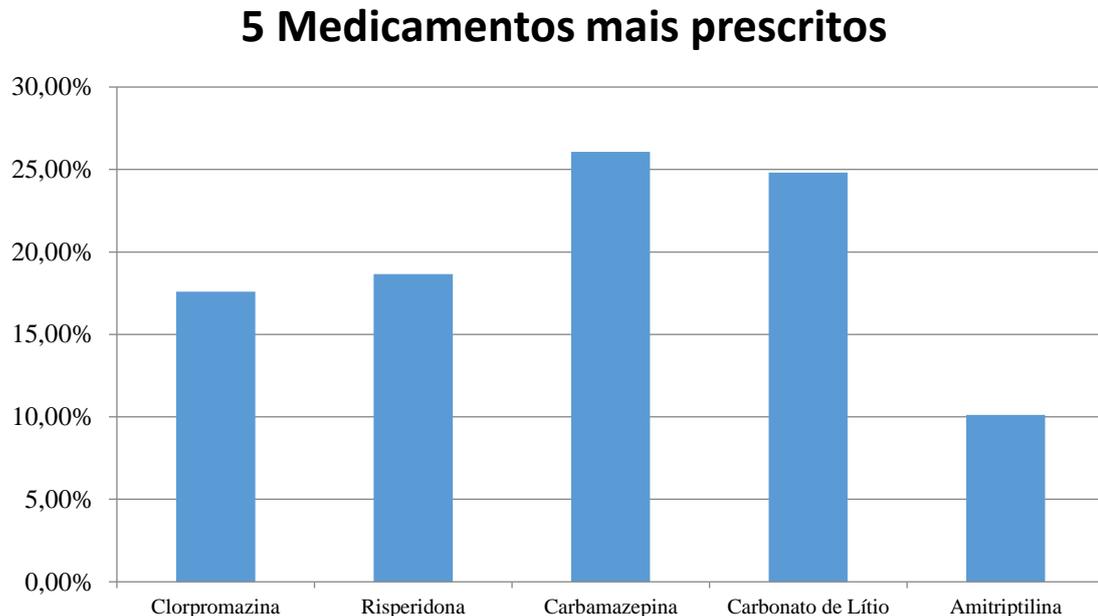


Fonte: Dados da Pesquisa, 2020. Elaborado pela autora.

No estudo de Ferreira e colaboradores (2020), no qual levanta-se o perfil farmacoterapêutico de um CAPS ad do nordeste brasileiro, tais achados não se repetem, indicando que as classes de medicamentos mais prescritas no serviço investigado são a dos benzodiazepínicos e a dos antidepressivos, principalmente utilizadas nas síndromes de abstinência. Entretanto, os autores ressaltam que “protocolos para tratamento farmacológico para usuários de drogas ilícitas ainda são escassos devido à sua complexidade e a piora do prognóstico dos poli usuários” (p. 61).

Em relação ao medicamento mais prescrito no CAPS ad - Gráfico 3 - aparece a Carbamazepina, estabilizador de humor/anticonvulsivante. Segundo Castro e Couzi (2006), tal psicofármaco, juntamente com a gabapentina e o topiramato, “demonstraram-se excelentes tratamentos para síndrome de abstinência do álcool e prevenção de recaídas” (p. 212).

GRÁFICO 3 - Medicamentos mais prescritos



Fonte: Dados da Pesquisa, 2020. Elaborado pela autora.

Diante dos dados expostos, segundo Jorge e Bezerra, no cenário atual da Saúde Mental no Brasil, pode-se dizer que “a prescrição de medicamentos psicoativos é a medida absoluta, quase que a única, utilizada como terapêutica, de modo que quase não há pacientes do CAPS sem usar continuamente esse tipo de medicamento” (p. 60).

Assim, “o cuidado está associado ao alto consumo de tecnologias duras, onde sua dimensão relacional é negligenciada (...) o modo de produção do cuidado gera a denominada “produção imaginária da demanda” (JORGE; SOUSA; FRANCO, 2013, p. 741), que seria uma demanda por medicamentos sentida como real para o usuário, mas que nem sempre se justifica tecnicamente.

E adentrando especificamente ao universo do sofrimento psíquico grave associado ao uso/abuso de álcool e outras drogas, Silva, Lima e Ruas (2020), em seu estudo sobre prescrições medicamentosas em diferentes modalidades de CAPS, apontam que os usuários de CAPS ad são os que apresentam maiores números de medicamentos em suas prescrições, dado que se confirma nas prescrições dos participantes desse estudo, que usam de 2 a 4 medicamentos.

Além disso, através dos dados deste estudo, evidencia-se a relação entre sofrimento e medicamento através da afirmação “trocar uma droga por outra”, o

que, segundo Vargas e Campos (2019), é suavizado no discurso dos profissionais, com a justificativa de que:

embora as drogas lícitas e ilícitas possam causar efeitos adversos, o uso das substâncias prescritas é apresentado como aceitável por possibilitar uma espécie de controle, enquanto as drogas ilícitas não. Essa perspectiva de controle se inscreve na lógica da biopolítica e adestramento dos corpos de Foucault (1988)” (p. 97).

4.2 FASE 2 – DADOS DAS ENTREVISTAS E QUESTIONÁRIOS SOCIODEMOGRÁFICOS

4.2.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DOS PARTICIPANTES

A partir dos dados coletados através do questionário sociodemográfico, apresenta-se a seguinte caracterização dos participantes da pesquisa:

QUADRO 1 - Caracterização sociodemográfica dos participantes do estudo:

| Sigla de identificação | Gênero | Idade | Cor/raça | Escolaridade | Renda | Estado civil |
|------------------------|--------|-------|----------|--------------------------|---------------------------|--------------|
| DSC | F | 31 | Branca | Ensino Médio completo | 1 a 3 salários-mínimos | Divorciada |
| FVS | M | 43 | Branco | Ensino Superior completo | Menos de 1 salário-mínimo | Solteiro |
| LHP | M | 20 | Preto | Ensino Médio completo | Menos de 1 salário-mínimo | Solteiro |

Fonte: Dados da Pesquisa, 2020. Elaborado pela autora.

4.2.2 USO DE DROGAS LÍTCAS/ILÍCITAS

Quando perguntados sobre quais substâncias psicoativas usam/usavam, todos fazem/faziam uso de múltiplas: todos respondem que usam/usavam álcool, dois usam/usavam cocaína, dois usam/usavam maconha e um usava crack e cigarros industrializados. Quantos aos psicofármacos, 2 participantes utilizam 4 medicamentos e 1 dos participantes utiliza 2 medicamentos:

QUADRO 2 - Medicamentos utilizados:

| Sigla de Identificação | Medicamentos utilizados |
|-------------------------------|---|
| DSC | Risperidona, Ácido Valpróico, Hemifuramato de Quetiapina e Topiramato |
| FVS | Haloperidol e Carbamazepina |
| LHP | Decanoato de Haloperidol, Levomepromazina, Ácido Valpróico e Cloridrato de Biperideno |

Fonte: Dados da Pesquisa, 2020. Elaborado pela autora.

4.2.3 HISTÓRICO DE INTERNAMENTO PSIQUIÁTRICO E ACOMPANHAMENTO EM CAPS

Um dos usuários passou por uma internação há mais de cinco anos, seguindo seu acompanhamento em serviço de base territorial nos anos que se seguem e sem novas internações. Outro usuário passou por duas internações - o usuário mais jovem do grupo, 20 anos -, sendo a última há aproximadamente seis meses e uma usuária nunca passou por internamento, tendo feito seu acompanhamento somente via CAPS ad. Assim, evidencia-se diferentes composições da trajetória assistencial dos participantes da pesquisa.

Quadro 3 - Histórico dos Usuários:

| Sigla de Identificação | Número de internações | Tempo decorrido da última internação | Tempo de acompanhamento em CAPS ad |
|-------------------------------|------------------------------|---|---|
| DSC | 0 | - | 6 meses |
| FVS | 1 | Acima de 60 meses | 60 meses |
| LHP | 2 | 6 meses | Menos de 6 meses |

Fonte: Dados da Pesquisa, 2020. Elaborado pela autora.

4.2.4 PRINCIPAIS ACHADOS DAS ENTREVISTAS:

A seguir, são apresentados dados coletados, os quais indicam pistas sobre a relação dos usuários com seus medicamentos e a forma como se dá o cuidado no serviço, através de entrevista semiestruturada inicial:

DSC

A usuária DSC iniciou o uso de medicamentos psicofármacos há 5 anos, no momento da entrevista era responsável pelo armazenamento e uso de seus medicamentos. Fala sobre duas tentativas de suicídio por intoxicação exógena, sendo que nesses momentos sua mãe ficou responsável pelos medicamentos. A usuária sabia o nome dos seus medicamentos. Quanto à indicação deles, disse que sabia apenas da Risperidona e que entendia que seria para o controle de irritabilidade. Entre os benefícios advindos da medicação, DSC cita que lhe ajudou a dormir e a diminuir a vontade de fazer uso de álcool e outras drogas, já entre os prejuízos, relata dor de estômago e dor de cabeça.

Afirmou que conversa com a médica prescritora sobre os efeitos da medicação, principalmente para ajuste medicamentoso. Em relação aos horários, afirma que esqueceu de tomar os medicamentos na parte da manhã por algumas vezes, devido a não ser fixado um horário específico para tal. DSC relata que já fez várias interrupções no uso dos medicamentos, principalmente em situações que iria fazer uso de álcool e recentemente interrompeu esporadicamente a noite para poder assistir filmes com os filhos, já que sente muito sono. Além de duas tentativas de suicídio com a medicação, recentemente tomou seis comprimidos de Risperidona em um dia que não estava se sentindo bem, com o objetivo de dormir e não fazer uso de drogas.

Sobre outras formas de atendimento no CAPS ad, para além da medicação, DSC não as reconhece e cita a internação, a qual também não acessou. Como espaços para falar sobre o atendimento e os seus objetivos no mesmo, citou os atendimentos individuais. Seu objetivo no atendimento é a abstinência e voltar a produzir um projeto de vida. Afirmou que não participa de outros espaços comunitários, além do CAPS ad.

FVS

O usuário FVS iniciou o uso de medicamentos psicofármacos há 5 anos, mas relata inúmeras interrupções e que acaba tendo ciclos, nos quais usa por meses e interrompe, volta a usar e interrompe. No momento da entrevista era responsável pelo

armazenamento e uso dos medicamentos. O usuário sabia o nome dos seus medicamentos. Quanto à indicação deles, disse que são para o “tratamento do alcoolismo”, que mais especificamente, o Haloperidol seria para “modelar os pensamentos negativistas”. Entre os benefícios advindos da medicação, FVS cita que sente um alívio e uma sensação de dever cumprido; já entre os prejuízos, relata o hábito de ter que tomar a medicação, os efeitos pelo uso da medicação de forma diferente da indicada, a interrupção dela, que lhe causa muita ansiedade e abstinência da medicação.

Afirma que conversa com a médica prescritora sobre como se sente com os efeitos da medicação. Em relação aos horários, o usuário relata que tem dificuldades em fazer a ingestão dos medicamentos pela manhã. FVS relata que já fez várias interrupções no uso dos medicamentos, que mantém um ciclo em que interrompe o uso a cada 3 meses. Relata que já tomou o dobro da dose prescrita, porque tinha uma expectativa de que teria um efeito mais rápido, isso aconteceu em um momento que tinha cessado o uso de álcool e que queria parar de fumar.

Sobre outras formas de atendimento no CAPS ad, para além da medicação, FVS cita as oficinas, grupos de Saúde Mental, internamento e “ajuda social”, se referindo ao grupo de geração de trabalho e renda. Como espaços para falar sobre o atendimento e os seus objetivos no mesmo, citou o espaço da assembleia e dos grupos de Saúde Mental. Seu objetivo no atendimento é a abstinência, concluir a graduação e trabalhar. Afirma que não participa de outros espaços comunitários, além do CAPS ad, que anteriormente participava de um Centro Espírita, prestando serviços voluntários.

LHP

O usuário LHP iniciou o uso de medicamentos psicofármacos há 2 anos, no momento da entrevista era responsável pelo armazenamento e uso dos medicamentos, mas em momentos pós internamento, sua avó lhe auxiliava nesse sentido. O usuário sabia o nome dos seus medicamentos; quanto à indicação deles, disse que o Haloperidol seria para “dar uma tranquilizada”, que a Levomepromazina seria para dormir, que o Biperideno seria para o contrário da Levomepromazina, isto é, para acordar e ajudar a sentir disposto durante o dia, enquanto o ácido Valpróico seria para controlar o humor e não ter vontade de fazer uso drogas. Entre os benefícios advindos da medicação, LHP relata que controla a vontade de usar drogas,

ajuda a dormir e a não ouvir vozes. Já entre os prejuízos, fala que sente seu corpo travado, que percebeu isso quando foi jogar futebol e atribui esse efeito ao Ácido Valpróico.

Afirma que não conversa com a médica prescritora sobre como se sente com os efeitos da medicação, que só responde quando ela pergunta. Em relação aos horários, diz que não apresenta dificuldades. LHP relata que fez uma interrupção no uso dos medicamentos quando começou a trabalhar, que sentia que os medicamentos lhe atrapalhavam. Diz que nunca fez uso da medicação em dosagem diferente da prescrita.

Sobre outras formas de atendimento no CAPS ad, para além da medicação, LHP cita os grupos realizados no serviço. Como espaços para falar sobre o atendimento e os seus objetivos no mesmo, relata que não percebe tais espaços, que antes existiam os grupos de Saúde Mental, mas após a pandemia eles não estão acontecendo. Seu objetivo no atendimento é “melhorar” e conseguir um emprego. Afirma que não participa de outros espaços comunitários, além do CAPS ad, esporadicamente joga futebol em uma praça ou em campo sintético; antes da pandemia ia à igreja.

4.3 FASE 3 – EXPERIMENTAÇÃO DA GAM

A análise dos dados coletados resultou em quatro categorias de análise: GAM como metodologia para dialogar sobre a relação com as diferentes drogas; A produção do assujeitamento a partir do discurso da dependência química, A noção de processo e a produção de subjetividade como uma direção para a ética da Redução de Danos.

CATEGORIA 1 - GAM COMO METODOLOGIA PARA DIALOGAR SOBRE A RELAÇÃO COM AS DIFERENTES DROGAS

A discussão desta categoria inicia-se pela utilização do termo “drogas”, que se refere às substâncias lícitas (álcool), as consideradas lícitas e terapêuticas, isto é, os medicamentos psicofármacos, quanto as ilícitas (maconha, cocaína, crack e muitos eteceteras), considerando que todas são substâncias psicoativas e permitem diferentes modos de relação, que são atravessados por questões sociais culturais e da história de vida de cada sujeito. Ressalta-se que “tal divisão entre drogas prescritas

e proscritas [precisa] ser revista, pois reeditam, de certa forma, a partilha moral de drogas boas e drogas ruins” (FREI; LOMONACO, 2019, p. 116).

Em outras palavras, “os usos medicamentosos e não medicamentosos de drogas requerem meticulosa preparação e não é possível distingui-los de modo absoluto, mas somente com base nos agenciamentos que os mobilizam enquanto tais” (VARGAS, 2006, p. 583). Tomando por base este posicionamento, em todos os grupos discutiu-se a relação dos participantes com as drogas (álcool e outras drogas) e a relação com a droga farmacêutica de maneira análoga, suscitando afetos, posicionamentos, expectativas e sofrimento:

[...] a princípio...o que se espera de uma medicação em relação à substância, é que essa medicação supra a necessidade ou a falta da substância em prol de você mesmo. Você imagina que...a medicação que está lhe sendo prescrita vai ocasionar...a total inibição dos efeitos de abstinência que a falta da substância provoca e a medicação não é capaz de fazer isso. A medicação pode suprir alguns outros efeitos colaterais indesejáveis da substância, mas ela não é capaz de...promover a sua autossuficiência em relação à fissura sobre a substância (FVS, GAM 1).

A narrativa de FVS evidencia a expectativa de que o medicamento interviesse de forma efetiva na “fissura” - termo utilizado popularmente e também chamada de *craving*, que se constitui de pensamentos obsessivos em relação à droga, ligados a um desejo intenso de uso. Pode-se citar quatro tipos de *craving*/fissura: “como resposta à síndrome de abstinência; como resposta à falta de prazer; como resposta condicionada a estímulos relacionados às substâncias psicoativas; e como tentativa de intensificar o prazer de determinadas atividades” (ARAUJO *et al*, 2008, p. 58). Assim, aponta-se que não é apenas uma reação orgânica do indivíduo, ela “depende de fatores intrínsecos ao indivíduo, como a percepção subjetiva do fenômeno” (PINTO, 2015, p. 25-26).

O participante FVS aponta uma compreensão ampliada do que se trata efetivamente a fissura, que muitas vezes é atribuída unicamente como uma questão biológica e naturalizada como algo provocado pelo uso da substância:

[...] é isso, porque a fissura...que dizem, não necessariamente é a vontade de você utilizar a substância. Você sente...emoções, que são incompatíveis com o seu bem-estar. As emoções, principalmente ansiedade...se você sente o seu sistema nervoso central debilitado, você perde a capacidade psíquica de realizar as coisas e isso de acordo com a vontade, né? (FVS, GAM 5).

Outro aspecto evidenciado pelo grupo, trata da expectativa de que o medicamento possa cessar o desejo pela droga. Ressalta-se a escassez de

produções científicas em relação ao tema das drogas prescritas e proscritas, corroborado por Vargas e Campos (2019) quando citam em seu estudo, que “não foram encontrados na literatura trabalhos direcionados a compreender a utilização de psicotrópicos nos CAPS ad, a partir da relação imbricada entre as drogas lícitas e ilícitas” (p. 83).

[...] daí você acha que porque você tá tomando a medicação, você vai aguentar de ficar olhando e não sentir vontade, não sentir desejo e...não é assim que funciona (Ainda chorando; fala com raiva) (DSC, GAM 5).

Nos achados também se encontra uma expectativa em relação à medicação como um agente substitutivo ao efeito alcançado pelo uso da substância:

[...] sabe por quê? Por que que muita gente deixa a medicação? Porque ele acredita que a medicação vai lhe trazer o mesmo efeito que a substância. Que bom que fosse, né? Imagine se você tomasse o medicamento que a gente tá tomando e sentisse o mesmo efeito da substância...seria a substância...em medicamento (FVS, GAM 4).

Fica evidenciado o uso do medicamento, muitas vezes, na busca de um substituto a substância de origem, tornando se um aspecto relevante a ser ponderado pelo profissional prescritor, sendo assim, essencial atenta-se para a função e sentido singulares do uso de drogas (RIBEIRO; FERNANDES, 2013), que se repete na relação com o medicamento.

Outro aspecto descrito nas narrativas trata da frequência de uso do medicamento, que é pré-determinada por um agente externo (médico) e a frequência de uso da droga, que é definida pelo próprio usuário, a partir de seu desejo e possibilidades de adquirir a substância:

[...] e você não consegue controlar também, por exemplo, a medicação, você tem ali, você vai tomar dois comprimidos por dia...você toma os dois comprimidos por dia. No caso da substância...é variável. Você pode hoje tomar uma dose...amanhã você toma mais uma dose...mas, na sexta-feira, você vai lá e fala: hoje eu vou tomar o dobro e você acaba...caindo no prejuízo (FVS, GAM 4).

Vão sendo acentuadas as diferenças entre as drogas e as expectativas do sujeito. Há relatos no grupo de que em alguns momentos os usuários aumentam a dose da medicação, com o objetivo de sentir um efeito mais intenso, utilizando o mesmo mecanismo de relação com as outras drogas. Além disso, fala-se do efeito progressivo do medicamento contínuo em relação ao prazer imediato que é encontrado no uso de drogas:

[...] na droga você encontra na hora! É...esse é o principal fator que leva a ter recaídas...a dedicação. Vai demorar...semanas, até um mês pra fazer efeito. Dias, semanas, um mês pra fazer efeito...a substância ilícita, a droga, ela tem efeito imediato (FVS, GAM 8).

Há também uma tentativa de compreender o fenômeno de uso de drogas para além do olhar da saúde e questionar o papel central do medicamento na terapêutica, nesse sentido:

[...] porque tem essa questão...que dizem que até é espiritual, o alcoolismo é uma doença...que para alguns que são mais religiosos, eles acreditam que isso é uma doença espiritual [...] que gera dependência física, por isso que ela ultrapassa a barreira da dependência física, se fosse somente a dependência física, o psicofármaco resolveria a nossa questão, seria...a partir da ingestão da medicação, você passaria a se sentir bem e pronto. (FVS, GAM 5).

Além de questionar o medicamento como intervenção central, abre-se a discussão para os afetos, sentimentos e formas de socialização envolvidos no contexto de uso:

[...] é, é bem isso, a maneira que você se sentia, como você...agia, a maneira que as pessoas te viam quando você tava...quando você tava, é...vamo falar, bêbado, né? Por quê...né? Alcoolizado, assim. Você não é nem um pouco do jeito que você é sempre, alcoolizado. Mas é totalmente diferente, você é totalmente diferente (DSC, GAM 5).

Dessa forma, a partir da discussão sobre os medicamentos, a GAM atua como um potente dispositivo para provocar o diálogo sobre a relação com as drogas, suscitando trocas de experiências e construção de recursos psíquicos para lidar com o sofrimento advindo da experiência de uso.

Também evidencia que as formas de respostas tradicionais à dita dependência química pouco se aprofundam no fenômeno da experiência subjetiva e social, realizando a mera introdução de uma substância moralmente aceita e valorizada numa cultura em que o modelo biomédico é fortemente enraizado. Assim é importante destacar em relação ao posicionamento adotado neste estudo, que “recusar o consenso moral não significa fazer apologia às drogas, mas alimentar a controvérsia em busca de alternativas consequentes que levem em conta a afirmação eticamente sustentada da pluralidade imanente dos modos de existência” (VARGAS, 2006, p. 584).

CATEGORIA 2 - A PRODUÇÃO DO ASSUJEITAMENTO A PARTIR DO DISCURSO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA

O uso abusivo de álcool e outras drogas historicamente é representado

[...] no imaginário social como problema associado à criminalidade e periculosidade. Tal fato reforça a construção de um discurso coletivo permeado de estigma e preconceito relacionado às pessoas que consomem substâncias psicoativas, desencadeando a marginalização e segregação social desta população específica, a qual recebe denominações moralistas e estigmatizantes, tais como marginal e vagabundo (ZERBETTO *et al*, 2020, p. 2).

Recentemente, quando ganha o estatuto de “doença” a partir do enfoque da Psiquiatria, fortemente marcado pelo modelo biomédico, “o objeto droga torna-se responsável por causar a doença” (SANTIAGO, 2017 citado por SCHIMITH, MURTA; QUEIROZ, 2019, p. 2), o que pode resultar numa postura de desresponsabilização por parte do usuário, sendo um obstáculo às formas de cuidado que apostam em posturas ativas e na corresponsabilidade. No espaço da GAM, posicionamentos subjetivos atravessados pelo discurso da dependência química apresentaram-se de forma bastante significativa.

No segundo grupo ao inserir a frase “eu sou uma pessoa, não uma doença”, disponibilizada no guia, houve o diálogo em relação ao que essa afirmação provocava, sendo representado pelo seguinte enunciado:

[...] então, imagine, que nem, que eu sou uma pessoa, não uma doença, né? Isso daqui chega a ser...como que eu posso lhe dizer...chega a ser...depressivo a gente escutar isso. Que quando eu mesmo cheguei a essa conclusão sobre mim mesmo, que eu vi que eu tinha que buscar tratamento (FVS, GAM 2).

A utilização da frase objetiva ampliar a imagem que o usuário tem de si mesmo, no sentido da conhecida afirmação de Franco Basaglia (1981) precursor da Reforma Psiquiátrica italiana, que tem forte influência na Reforma Psiquiátrica brasileira: “é preciso colocar a doença entre parênteses”, isto é, olhar para o sujeito em sua experiência e não meramente para um conjunto de sintomas.

O sentido apropriado pelo grupo foi o de que alguém que afirma que é uma pessoa e não uma doença, está em uma posição de negação em relação à dependência química, contrariando as máximas que são propagadas em serviços que lidam com essas questões: “o primeiro passo é aceitar que tem uma doença”, em outras palavras, a admissão de uma certa impotência, fortemente influenciados por modelos proibicionistas, como o dos Alcoólicos Anônimos (RODRIGUES; ALMEIDA, 2002).

Percebe-se, a partir da influência de modelos mais rígidos, a reprodução de mecanismos subjetivos que operam de forma maniqueísta entre o uso e a abstinência:

[...] olhando esse cartaz [metodologia utilizada para trabalhar os efeitos da medicação em diferentes áreas da vida], me fez lembrar o que eu escrevi no meu celular: escolher entre a dor da cura ou a anestesia da doença. Eu escrevi isso no celular e agora, todo dia eu olho isso aí. Eu tive que escrever isso aí. Escolher entre a dor da cura...porque a cura...com certeza vai me trazer dor ou a anestesia da doença, a doença nos deixa anestesiado, o álcool nos deixa anestesiado. Qualquer tipo de substância deixa a gente anestesiado, então, eu preferi escrever isso: escolher entre a dor da cura...ou anestesia da doença. Só que a pergunta é: eu escolhi? Eu coloquei uma pergunta, né? (FVS, GAM 5).

A narrativa ilustra o processo diário de estar se deparar com tudo que envolve o uso de drogas e a adoção de uma postura proibicionista, que não permite a construção de um caminho singular para dar sentido ao uso contextualizado em uma determinada sociedade, cultura e história de vida.

A abstinência delimita um campo de práticas totais que fazem do universal de uma ancora de produções de verdades sobre o homem, sobre a saúde, sobre a vida e define uma regra única para todos os indivíduos (...) um sentido forte de singularidade deve pressupor uma relação em que o caminho para cada caso tenha como referência a constituição não de um plano geral e universalmente válido, mas um plano de constituição de coletivos e produção do comum (SOUZA; CARVALHO, 2012, p. 50).

Outro momento fundamental foi a discussão sobre a escolha ou não em tomar medicamentos:

[...] não. É que... a medicação...pra mim foi prescrita...porque eu procurei ajuda, né? Então, não foi uma imposição do tratamento, foi uma condição do tratamento. Eu vejo como isso (FVS, GAM 5).

[...] acho que pra mim não foi escolha...a Dra. K. não me perguntou se eu queria tomar a medicação! (risos) Se ela perguntasse, eu ia falar que não...porque, por mim, eu poderia vir aqui e fazer todos, todos os tratamentos possíveis sem tomar medicação, porque eu não queria tomar medicação de maneira nenhuma. Então, acredito que pra mim, eu não, eu não quis tomar (DSC, GAM 5).

Importante destacar que os usuários nunca haviam se questionado em relação à escolha do medicamento. Um dos usuários afirma que entende a medicação como uma condição do tratamento e a outra usuária explicita que não percebe que foi oferecida outra forma de tratamento, porque se tivesse, ela não faria uso da medicação. Tais falas indicam a forte presença do modelo biomédico e asilar, que, nesta perspectiva mostra-se como tratamento e não como cuidado: “a ação de cuidar objetiva desencadear tudo que mobiliza a energia de vida, enquanto o tratamento

busca apenas circunscrever a doença, detê-la, atenuar seus efeitos, limitando seus prejuízos” (BORGES; QUEIROZ e SILVA, 2011, p. 1428).

É possível perceber também que há uma forma própria e individualizante de pensar a rede de apoio e conseqüentemente a autonomia:

[...] para a relação de uso de medicação...não se pode contar muito, não. Porque quem está tomando a medicação é você. Você não pode por isso...nas mãos de ninguém. Eu aprendi isso. Colocar uma pessoa para administrar a medicação para você não é bom. Tira o princípio do que é a autogestão da medicação. Não é o melhor (FVS, GAM 6).

A participante segue dizendo: “Olhe...em relação à minha medicação, eu só posso contar comigo mesmo” (FVS, GAM 10). As abordagens que visam à abstinência como único objetivo, se pautam no esforço individual para que o usuário se mantenha sem fazer o uso e que essa forma de abordagem pode ser generalizada para outros aspectos da vida do usuário, como a rede de apoio, que vê como perda de autonomia, quando entende esta última por independência e/ou autogestão. Entretanto, distancia-se do entendimento de autonomia como ampliação de possibilidades (KINOSHITA, 2010).

Outro aspecto que surge no grupo e torna-se relevante a ser discutido refere-se à dependência química e a hereditariedade:

[...] eu tenho uma necessidade de tomar uma bebida alcoólica. É porque na minha família todo mundo...tem essa questão. É uma questão hereditária. Eu tenho isso, porque eu já perdi meus dois avós. Eu não conheci nenhum dos meus dois avós, porque eles faleceram...muito cedo, devido ao uso de álcool (...) segundo o meu pai, o meu avô tomava álcool misturado...com alguma coisa de vontade de beber. Morreu com 45 anos. Quando a doença o pegou, foi geral. Ele não sobreviveu mais um ano. É por isso que na...eu não posso ter contato com esses tipos de substância, porque eu tenho pré-disposição. Eu tenho predisposição ao alcoolismo (...) meu pai molhava a minha chupeta na bebida e dava pra mim. Agora, imagine uma criança que não largou...da chupeta, vai experimentar bebida alcoólica. Ou o que é pior, você toma um restinho que fica da...uma caipirinha...fica aquele açúcar doce no final. Você vai e toma aquele restinho. É açúcar com álcool (FVS, GAM 8).

Fica evidente a crença de que a genética tem papel determinante no uso abusivo de álcool, sobre o que não há o que se fazer, pois seria uma “predisposição”, algo que já antecede a existência do sujeito. Não há uma abertura para pensar contextos e relações familiares, a reprodução de formas de comportamento e sofrimentos transgeracionais, além do impacto de uma exposição precoce a este contexto complexo. Nesse sentido, a dependência, doença já existente anteriormente ao sujeito, que apenas a assume, sem escolha, apresenta-se a noção de não existir “cura”:

[...] eu aprendi que, digamos...a gente e o alcoolismo é como se a gente tivesse acendido uma vela...quando você para a vela foi apagada. Quando você volta a beber, aquela vela é acendida, só que ela é acesa do ponto que em que ela parou. Ou seja, a sua vela já está pequena, ou seja, você não tem mais a capacidade...de se manter, digamos...como um bebedor social (FVS, GAM 5).

Identifica-se uma noção de que o sujeito vai sendo consumido, assim como uma vela, apontando para um caráter de irreversibilidade. Tal postura se torna um obstáculo para a produção de recursos de enfrentamento e sentido na experiência de sofrimento em relação ao uso, a metáfora expressa uma ideia de aniquilação, a qual vai ao encontro do prognóstico altamente difundido na área: “a dependência química é uma doença sem cura”. Mais uma vez destaca-se a influência do modelo asilar, a partir do qual se busca a remoção ou tamponamento dos sintomas (COSTA-ROSA, 2000).

Percebe-se também um movimento reativo ao deparar-se com novas informações em relação ao medicamento:

[...] eu não...antes do grupo, eu não tinha...uma visão...uma visão diferente. Eu não tinha a noção...do que é interação medicamentosa. Eu jamais imaginei que um cigarro pudesse tirar todo o efeito da medicação. Agora que eu sei disso, eu vou ter que parar de fumar cigarro. Eu vou ter que ficar internado dentro da minha própria casa. Agora eu tenho a intenção de não sair pra fora do meu portão nesses períodos, né? Acabando esse grupo aqui, assim, sinceramente, eu não vou sair de dentro a minha casa, não...porque eu não consigo...viver mais com isso. Eu não aguento mais essa pressão de dependência química. Eu não suporto mais, não. Eu tenho...eu já tive vontade de me matar...mas a vontade de se matar não quer dizer que eu tenha vontade de morrer. É uma vontade de se livrar da situação em que eu me encontro (FVS, GAM 9).

Assim, ao perceber as consequências das interações entre substâncias, o usuário coloca como alternativa o isolamento social como necessário à abstinência, se sente impelido a parar de fumar, se “internar em casa” e queixa-se da pressão envolvida neste rígido movimento. Aqui é possível indicar o quanto o registro da dependência química é contrastante com o modo psicossocial que tem como seu *locus* social a comunidade, tem como objetivo a reinserção social e aposta na participação popular. O isolamento, como expressão do funcionamento do hospital psiquiátrico, é entendido, a partir da lógica da Atenção Psicossocial, como um fator de risco à Saúde Mental. “O isolamento social institucionalizado e as práticas de intervenção que não prescindem da condição de monitoramento integral e vigilância baseada na heteronomia não podem se credenciar ao desenvolvimento e formação da implicação subjetiva, nem tampouco da autonomia” (LOPES, 2018, p. 8).

Entretanto, no registro da dependência química, parece ser visto como “protetivo” em relação a uma norma proibicionista, pois estaria evitando a exposição a cenas de uso e locais de comercialização de drogas.

É importante destacar que um dos objetivos da metodologia GAM é aumentar a participação do usuário no seu próprio cuidado, assim as ferramentas trabalhadas caminham nessa direção. Contudo, quando perguntado ao grupo, na reta final do processo, o que significa a participação no cuidado, afirma-se:

[...] pra mim significa abstinência total. Eu tenho a certeza de que pra mim a única solução é abstinência total. Não adianta eu querer fumar um cigarro...não adianta eu querer tomar uma cerveja...não adianta eu querer fumar um cigarro, um baseado, pra mim tanto faz. Eu não consigo. Eu não consigo...mais viver nesse mundo. Eu tenho medo de enlouquecer!” (FVS, GAM 9)

Dessa forma, sugere-se que o significado de participação está atrelado a estar no controle de si mesmo e da situação. Expressa-se intenso sofrimento sobre a forma de viver e conduzir a trajetória assistencial, mas não se questiona o modelo que produz e sustenta essas abordagens. E por último, o usuário rotula-se, reproduzindo o processo de estigmatização:

[...] por exemplo...eu cheguei à condição...que eu estou hoje aqui. Que eu lhe falei que eu não posso ter sequer contato com pessoas que fazem uso de drogas. O meu grau de dependência é muito forte. E pra mim tanto faz...se eu...eu não...eu não tenho...dependência por uma droga em específico...por exemplo, uma pessoa que só bebe, é um alcoolista. Uma pessoa que só fuma, é um fumante. Uma pessoa que somente faz uso de droga é um drogado. Eu sou as três pessoas em uma só (FVS, GAM 9).

A partir da discussão apresentada, evidencia-se todo um aparato de saberes, moral e cultural que subjetiva em direção à passividade, à rigidez e ao isolamento, o que apresenta significativo peso na vida do usuário, que é capturado pelo registro da doença, da herança genética e da simplificação do que seria entendido por cura no campo da Saúde Mental.

CATEGORIA 3 - A NOÇÃO DE PROCESSO E A PRODUÇÃO DE SUBJETIVIDADE COMO UMA DIREÇÃO PARA A ÉTICA DA REDUÇÃO DE DANOS

Para além da interlocução em relação à medicação, a GAM possibilitou um amplo diálogo sobre drogas, como já exposto anteriormente e junto a isso, a possibilidade de intervenção no sentido de questionar os saberes instituídos pela

psiquiatria acerca do diagnóstico de dependência química e promover formas mais flexíveis de se relacionar com o próprio uso de substâncias psicoativas.

Nesta lógica, sustentar uma clínica que valoriza a experimentação favorece a criação de sentidos, trabalhando com a subjetividade dos sujeitos, a fim de tirá-lo da condição de doente, de marginalizado, criando condições para a autonomia sobre a sua própria vida e responsabilidade sobre suas escolhas (ESTAUBER; GUIMARÃES, 2017, p. 282).

Durante a trajetória de experimentação da GAM, em muitas situações foi citada a relação com a comida para traçar paralelos com a relação com as drogas. Falava-se que a abstinência seria tal qual uma dieta alimentar, em que se excluía grupos alimentares ou determinados alimentos da rotina alimentar da pessoa, também apoiada em modelos restritivos.

Essa analogia permitiu à pesquisadora/residente intervir no sentido de lançar provocações para pensar em outras formas possíveis de alimentação que não envolvessem práticas restritivas, que muitas vezes geram comportamentos compulsivos na sequência. Assim, ao fazer paralelos com outras relações disfuncionais/toxicomanias, como com a comida, apontava-se para abordagens mais flexíveis, frisando o papel determinante da restrição na produção do desejo pelo objeto “proibido”. Também tentou-se romper com o sentimento de fracasso quando a pessoa fazia o uso/comida um alimento “proibido”, sendo valorizado a noção de processo e de cuidado com saúde.

A vivência do grupo permitiu ainda discutir a transformação histórica do entendimento do que é saúde, na tentativa de apontar para modelos mais comprometidos com a produção de vida. Um recurso de grande efeito foi ler os depoimentos de outros usuários que participaram da GAM, os quais estavam disponibilizados no guia, provocando processos de reflexão e identificação:

[...] que saúde, na verdade, quem entende de Saúde Mental, cada um tem a sua. Ela diz aí que ela não tá dentro dela, que realmente ela não tá ali com ela em momento nenhum, ela entende dela e ela sabe o que ela tá sentindo. Então, não é nenhum profissional que vai falar "ah não! O que você tá sentindo é assim, assim. Não é assim, o correto não é isso, o correto é esse!" O correto quem sabe sou eu! Se é correto ou não pra mim...é à minha maneira de ver, a minha maneira de sentir. Então, eu acredito que...eu...que é isso (DSC, GAM 1).

Tal narrativa aparece num contexto de discussão em que se falava de como era relativamente simples conseguir um diagnóstico para vários tipos de experiências ao entrar em contato com os mais variados tipos de sentimentos e emoções humanas,

os quais, muitas vezes, estavam situados no tempo e relacionados a vivências específicas do sujeito. Assim, questiona-se o poder socialmente conferido ao profissional de saúde e valoriza-se o saber de si e da própria experiência. Nesse sentido, também se questiona o modelo de atendimento médico, o qual se aproxima pouco do usuário:

[...] a gente tem uma consulta por mês, uma consulta a cada seis semanas...a gente não tem tanto...a psiquiatra sabe da gente a partir do prontuário, que é colocado no sistema...a psiquiatra, ela não tem...um conhecimento...sobre a pessoa, ela tem um conhecimento...sobre as informações que tem sobre a pessoa. Ela tem informações sobre a pessoa, mas ela não tem conhecimento sobre a pessoa (FVS, GAM 9).

Fica evidente a escassez de fontes de informação e o recorte limitado que o médico tem acesso para basear sua prescrição medicamentosa, características próprias de um tratamento ambulatorial.

Outro assunto que repercutiu no grupo foi a discussão sobre os direitos do usuário de saúde, principalmente quando cita-se que todo usuário tem “a liberdade de permitir ou recusar qualquer procedimento médico, assumindo a responsabilidade por isso. E não pode ser submetido a nenhum exame sem saber” (4º princípio).” (ONOCKO-CAMPOS, PASSOS E PALOMBINI *et al.*, 2012, p. 53). Os usuários não tinham conhecimento que podiam recusar procedimentos médicos, inclusive a prescrição de medicamentos, o que causou surpresa e que evidência de forma ilustrativa a naturalização de condutas prescritivas e verticais na área da saúde.

Por outro lado, desvelaram-se movimentos no sentido de maior participação no atendimento médico durante o processo de grupo. Um dos usuários estava com dificuldades em tomar a medicação na parte da manhã, havia feito a autogestão, ingerindo um comprimido a mais na parte da noite. Em seguida teve atendimento médico e falou sobre isso com a médica prescritora:

[...] conversei. Ela disse que não tem problema, contanto que eu tome um durante o dia e dois a noite e não tome menos que três, eu tenho que tomar...três Carbamazepina, que se eu não me engano são 200mg. É o que eu preciso para o meu tratamento (FVS, GAM 8).

Essa experiência retrata o caminho para uma gestão apoiada, que envolve a experiência do usuário e o olhar médico sobre essa questão, abrindo uma negociação, se aproximando de uma gestão mais autônoma da medicação.

A GAM também se mostrou como espaço de ressignificação de experiências anteriores com a medicação. Um dos usuários utilizou um medicamento

antidepressivo sem prescrição médica anteriormente e expressa que hoje entende que talvez a sua necessidade fosse a de fala naquele momento:

[...] Ó, eu não estava com depressão, talvez eu estivesse com...passando por uma semana difícil, por uma situação difícil. Eu acredito nisso, eu estava vivendo uma situação difícil. Não havia nada de errado com o meu organismo (...) talvez eu precisasse apenas de uma sessão de psicologia...pra compreender a mim mesmo e a minha relação com o mundo exterior (FVS, GAM 8).

Houve também a possibilidade de discutir temas cruciais, como a interação entre substâncias, de uma forma aberta e dialogada:

[...] Como que foi? Pra mim foi esclarecedor. Digamos, eu não tinha a compreensão...técnica, né? Que uma coisa é você tomar um medicamento que lhe é indicado, né? Por exemplo, o médico lhe deu a prescrição médica, toma três vezes ao dia e pronto! Mas, por exemplo, ninguém me falou que um cigarro podia tirar o efeito da medicação. E sinceramente, eu tenho a certeza disso. Digamos, o fato de eu...fumar cigarro, fumar maconha e ter essas minhas recaídas, a medicação tá passando batida. Ela não tá tendo o efeito, eu não consigo...o meu organismo não consegue aceitar a medicação, porque eu fumo cigarro...eu não sabia disso e eu comecei a perceber isso, porque...mesmo com o uso da medicação, a minha vontade...pelo uso de substâncias só aumentou (FVS, GAM 9).

Quando o usuário afirma que nunca haviam lhe dito que o cigarro pode interagir com a medicação, neste caso, diminuindo a eficácia do Haloperidol, pode indicar que há pouca discussão no CAPS ad no sentido de Educação em Saúde. Contudo, é fundamental discutir a ética e a direção da Educação em Saúde, para que não se torne um espaço rígido e catequizador em relação a práticas proibicionistas, mas que caminhe para o sentido da maior participação do usuário no cuidado.

Essa questão de poucas informações em saúde serem trocadas dentro do serviço aparecem novamente quando os usuários são perguntados sobre como gostariam de agir em relação à medicação, caso fossem profissionais de saúde:

[...] olha...a primeira abordagem...seria explicar para a pessoa sobre...os efeitos...colaterais do uso de substâncias, por exemplo. Eu focaria nisso (...) O que eu posso sugerir pra pessoa é que...mude o seu contexto social (...) seria essa a minha abordagem (FVS, GAM 9).

[...] eu ia informar pra eles tudo que eu aprendi aqui e informar pra eles tudo sobre o...é, os efeitos colaterais dos remédios, é...quando você pode tomar, quando não pode, qual a substância pode fazer ingestão ou uso...após a...após tomar o medicamento. Ia dar todas as informações, basicamente, tudo que eu aprendi aqui (LHP, GAM 9).

Tais afirmações podem sugerir que em última instância, os usuários estão expressando a forma como gostariam de ser atendidos, mas também apontam para o tradicional modo de falar sobre saúde, no qual o especialista “dá” informações (como

se as detivesse) a alguém que não as “possuía”, isto é, o modelo de Educação para a Saúde, o qual “se aproxima das características do modelo biomédico” (...) e “o papel do profissional que o profissional de saúde assume é de detentor do conhecimento correto para tratar cada problema” (VERDI, BUCHELE E TOGNOLI, 2010, p. 14). Assim, é urgente pensar em formas de dialogar que fujam de modelos expositivos e que partam da experiência e da valorização dos saberes dos usuários.

Algo que também foi provocado pelas discussões da GAM foi o diálogo sobre o diagnóstico dos usuários, que demonstraram interesse em conhecer o código de seu diagnóstico, a partir do Código Internacional de Doenças (CID-10). Para além de um conjunto de sintomas, a pesquisadora/residente propôs que se falasse sobre a experiência de sofrimento que estava resumida por aquele código:

[...] eu escrevi no F200, eu escrevi como que eu sinto quando eu tô sob...sob a crise de esquizofrenia: eu escuto vozes e me sinto perseguido” (LHP, GAM 7). E quando perguntado sobre como é a experiência de escutar vozes, diz: [...] ah! É ruim! Não é boa, não. Que as vozes, elas sempre...sempre ameaçam, falam coisas assim, do tipo, pra me amedrontar...a maioria delas (...) eu acho que tem alguém me seguindo, me, é...indo atrás de mim. Sinto aquele negócio (LHP, GAM 7).

Sobre o diagnóstico de dependência de múltiplas substâncias, afirma: “Eu coloquei que eu tenho dependência da maconha, né? Que eu faço uso e eu não consigo parar de fazer uso (...) ah! É ruim que depende dela, né? (LHP, GAM 7). E quando perguntado sobre a experiência, diz: “Ah! Eu me sinto bem, eu me sinto em paz. (...) Ah! O pensamento voa, vai longe!” (LHP, GAM 7). Outro usuário fala:

[...] hum...meus pensamentos são fragmentados...como que eu posso te explicar isso? Digamos...eu tô fazendo uma coisa e pensando em outra, digamos, não existe...eu não consigo pensar...por muito tempo em uma coisa só (...) E a sensação de não pertencimento. Eu...eu acredito que eu não pertenço a lugar nenhum (FVS, GAM 7).

Ainda, é possível dizer que um espaço de diálogo como a GAM possibilitou avanços na relação terapêutica com alguns usuários:

[...] eu fico...esse é um problema meu...eu reprimo os sentimentos. Eu não consigo colocá-los para fora. Aqui eu até consigo agora, depois que eu comecei a fazer o grupo, né? Mas, digamos, é muito difícil pra mim...foi difícil pra mim aceitar...a minha doença (FVS, GAM 9).

O grupo gerou um vínculo entre seus participantes, ao ponto que mesmo os assuntos de maiores dificuldades eram possíveis de serem conversados. Além disso, os usuários apontam que começaram a dialogar sobre seus medicamentos com outras pessoas de sua rede de cuidado, como amigos e professores:

[...] ah! Eu consigo me abrir bastante, porque eles são bem compreensivos, também...eles às vezes perguntam pra mim que remédio que eu tô tomando, qual...pra que que serve. Eles querem ficar informado pra saber o que que tá passando, assim, na minha vida (LHP, GAM 10).

[...] eles me deram apoio, falaram que o que eu precisar deles, eu teria, né? Porque quando...eu comecei a tomar medicamento, eu não tava conseguindo...ter raciocínio lógico...da maneira que eu preciso. Daí eu comentei com eles, né? (...) Eles disseram que não, que tudo bem, que não...que ainda não estaria tendo...esse regime agora, que é obrigatório, né? É isso que eles me disseram...que era pra mim...me ater à medicação...dar um tempinho na faculdade...para que a hora que eu tivesse melhor, eu retomasse os estudos (...) foi bom, foi positivo! Eles compreenderam a minha situação e me deram apoio...para continuar a medicação, né? (FVS, GAM 10).

No último encontro, quando perguntados se sentiram falta de falar de algum assunto no grupo, um dos usuários afirmou:

[...] eu acho que faltou a experiência de internamento. (...) Eu também fiquei no SJ. Lá a experiência...que tem bastante coisa pra contar. (...) A moeda de troca lá é o cigarro. Cigarro é que nem dinheiro lá...tantos cigarro vale 1 tênis, tantos cigarro vale 1 jaqueta, vale uma camisa...cigarro lá é moeda de troca (LHP, GAM 10).

Neste momento os usuários trocaram impressões e vivências, pois ambos tinham passado por internamento no mesmo hospital, porém em momentos distintos, com cinco anos de diferença, contudo, descreviam as mesmas práticas e normas hospitalares, apontando para o caráter instituído do funcionamento desses serviços. É imprescindível afirmar que a GAM se tornou um espaço de compartilhamento de experiências em diferentes sentidos, fomentando que os usuários se sentissem à vontade para falar sobre suas vivências e saberes, realizando intercâmbios, se colocando numa posição de quem tem algo a dizer.

Uma das questões fundamentais discutidas no universo da experiência de internamento, foi a experiência de uso da medicação no hospital, através de um rico relato:

[...] a única coisa que lá é bem restritivo...e que é imposto, é a questão da medicação, que você é obrigado a tomar...e tem essa questão de...uma hora chama um grupo, grupo 1...João, Pedro, Marcos e tal, tal, tal...tá aqui, fechou o grupo 1. Beleza! Agora vamos pro grupo 2. Se o grupo não tomou a medicação, vai ficar ali marcado: ó, sobrou uma medicação aqui de tal usuário, daí tem o líder do grupo, ele chama o líder do grupo e fala: ó, usuário tal do teu grupo...não tomou a medicação hoje pela manhã. Ele, na hora, ele tem que ir lá e chamar...pegar a pessoa pra ir lá tomar a medicação. E tem um responsável pra ficar verificando se as pessoas estão fazendo a ingestão da medicação ou se não tão jogando fora. Tem isso, você toma a medicação ali, você não pega a medicação para tomar, você toma a medicação em frente a uma pessoa que está ali...fazendo a verificação...e em frente à pessoa que está servindo a medicação...porque a pessoa, a enfermeira que está distribuindo a medicação, ela não tem como monitorar se a pessoa tá...tomou

a medicação, mas tem uma outra pessoa que põe a água pra você num copinho e que monitora se você tomou, de fato, a medicação (FVS, GAM 10).

Nesse momento surge um paralelo da relação usuário/medicação: enquanto na experiência hospitalar destaca-se um modelo coercitivo, ao participar da GAM percebe-se um modelo baseado na autonomia.

Ao finalizar a GAM, houve a proposta de um momento para realização de um plano de ação para o enfrentamento de problemas que os usuários quisessem intervir. Um dos usuários falou de uso de maconha como um problema que gostaria de enfrentar e quando perguntado sobre qual estratégia estava pensando, disse: “Acho que parar, né?” (LHP, GAM 10). Nesse momento, a pesquisadora/residente começa a propor a saída de um contexto de privação e a inserção de outras atividades e ações que proporcionem sensações de prazer e bem-estar, a partir do que o usuário ia trazendo que achava importante ter em sua vida, além de ir indicando pessoas da rede de apoio (levantada no início do grupo) para estarem presentes. Ao final do planejamento, surge uma estratégia propositiva e não restritiva, apostou-se na produção de vida, sendo que não se colocou o uso da maconha como proibido, mas que não fosse a única fonte de sensações importantes para o usuário.

Também se questionou sobre como saber se o planejamento estaria dando certo e um dos usuários respondeu que colocaria metas e prazos para alcançar seu objetivo, que seria parar de fumar. A pesquisadora/residente dialoga no sentido de que essas formas de avaliar um processo são restritas, rígidas, pouco compreensivas e de alta exigência, o que pode levar o usuário a experimentar sentimentos que o coloquem em contato com a sensação de fracasso, não valorizando sua potência. Fala sobre a noção de processo, que foi amplamente discutida no grupo e representa por uma frase presente no guia: “não existe falhar: é normal dar passos para frente e para trás” (ONOCKO-CAMPOS, PASSOS E PALOMBINI et al, 2012, p. 114). Assim, tenta-se produzir deslocamentos em relação ao cuidado de saúde. O mesmo usuário indaga: “Então, você me diz que não precisa ser tão rígido? Pode ser mais maleável...?” (FVS, GAM 10).

A experimentação da GAM permitiu questionar práticas e saberes, fazer provocações e promover movimentos instituintes, apostando na singularidade do cuidado e na valorização do percurso de cada usuário. Nesse sentido, ressalta-se como um espaço atravessado pela ética da Redução de Danos, apostando na

produção de vida e na sustentação de diferentes modos de vida perpassados pelo cuidado.

4.4 FASE 4 – ENTREVISTAS: INICIAL E FINAL - OS IMPACTOS DA GAM NA PROMOÇÃO DA CONTRATUALIDADE: “MICROFISSURAS”

Finalmente, discutem-se as duas entrevistas, inicial e final, em perspectiva, respondendo ao objetivo deste estudo, de analisar se a participação em Grupos de Gestão Autônoma da Medicação (GAM) pode ampliar a contratualidade dos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e outras drogas (CAPS ad).

Primeiramente destaca-se que todos os usuários sabiam os nomes de seus medicamentos e todos eram responsáveis pelo armazenamento e uso.

DSC

A usuária DSC, participou de quatro encontros da GAM (40%). DSC havia relatado inicialmente, que a indicação de seus medicamentos era para insônia, na entrevista final, manteve o entendimento de que seriam para insônia.

Acerca dos benefícios do uso, antes do grupo percebia que os medicamentos a ajudavam a dormir e diminuir a fissura, após o grupo relata que os benefícios são a melhora na irritabilidade, dos sintomas de ansiedade e insônia, também afirma que os medicamentos não trazem benefício no controle da fissura, lembrando a frustração quanto a esta expectativa. Referente aos prejuízos, afirma que não percebe mais nenhum e que a questão da libido não tem a incomodado, pois não está se relacionando com ninguém.

A usuária também cita que melhorou a conversa com a médica prescritora, sentindo-se mais apropriada para argumentar, também relata que agora tinha motivos para fazer uso da medicação.

Sobre a dificuldade na ingestão dos medicamentos pela manhã, definiu um horário fixo e não tem mais problemas nesse sentido. Quanto à autogestão medicamentosa, diminuiu a quantidade, porque sentia muito sono e percebeu melhora em relação a sonolência, contudo, percebeu-se mais irritada, retornando a dosagem anterior após conversa com a médica.

Continua com o entendimento de que o CAPS ad oferece o medicamento como única forma de atendimento. Acredita que existem espaços para falar sobre o atendimento e os objetivos dele, mas não sabe quais.

Ainda afirma que seu objetivo é a abstinência. Entretanto, relata um uso esporádico de álcool em pequena quantidade, no qual conseguiu interrompê-lo. Esse comportamento indica maior flexibilidade para lidar com a situação. Segue sem participar de outros espaços comunitários, além do CAPS.

FVS

O usuário FVS, relata uma percepção mais objetiva referente aos medicamentos após participação na GAM. Afirma entender que a Carbamazepina atua nos sintomas de abstinência e que o Haloperidol é um antipsicótico, mas que não sabe o motivo de estar fazendo o uso, que imagina ser em decorrência do uso de múltiplas drogas.

Sobre os benefícios, diz que os medicamentos lhe ajudam com o sono e a acordar bem - aqui cita efeitos mais específicos e não traz a questão de sentir alívio, porque cumpriu a prescrição. Quanto aos prejuízos, mantém a percepção de que eles só existem quando em interação com outras substâncias.

Mantém diálogos com a médica prescritora e conseguiu negociar horários diferentes para seus medicamentos. Após o início da GAM, se percebe interrompendo mais frequentemente o uso da medicação, alternando entre um dia seguindo a prescrição e no outro dia não usando. Relata que não fez uso de uma dosagem maior do que a prescrita e que em alguns momentos fez uso de dosagem menor, em função do horário, como citado anteriormente.

Sobre outras formas de atendimento no CAPS, cita os grupos de Saúde Mental e os atendimentos individuais, mas acrescenta que não os percebe efetivos para a dependência química. Em relação a espaços para falar sobre seu atendimento e objetivos, cita os grupos. Seu objetivo de tratamento se mantém a “abstinência total” e em relação a espaços comunitários, continua sem frequentar outro, além do CAPS ad.

Em relação a este usuário é importante citar que houve um movimento de abertura e flexibilidade em relação ao seu cuidado em saúde, mais ao início da experimentação da GAM. Entretanto, FVS sempre procurava mensurar o que acontecia, quantos por cento o medicamento podia ajudar e quantos por cento dependia dele mesmo. Quando os outros usuários faltavam, dizia que adesão a grupos no CAPS ad é de apenas 30% (neste caso ele era os próprios 33,3333....%!); queria fixar metas e prazos para o seu processo. À medida que manifestava seu

sofrimento, mais fortalecia o entendimento de que abstinência era a única forma de ficar melhor. Em outras palavras, continuou convivendo entre “a dor da cura ou a anestesia da doença”, fortemente inspirado por um modelo baseado na abstinência.

LHP

O usuário LHP, relata que agora sabe melhor sobre as indicações dos seus medicamentos, mas preferiu não falar sobre elas. Sobre os benefícios, diz que agora não se sente travado, que não houve vozes e não se sente mais perseguido. Quanto aos prejuízos, diz que não os percebe no momento.

Sobre o diálogo com a médica prescritora, diz que esporadicamente conversa. Nega que tenha dificuldades com horários ou que interrompa o uso ou que faz uso de dosagem acima do recomendado atualmente.

Sobre outras formas de atendimento, além da medicação, diz que agora não existem no CAPS, mas que antes da pandemia existiam. Entende que os espaços disponíveis para falar sobre os atendimentos e objetivos do mesmo são os atendimentos individuais e inclusive a entrevista que estava participando no momento.

Apresenta uma ampliação em relação aos objetivos de seu cuidado: “Ah! Melhorar a minha saúde, né? Minha saúde mental, minha saúde...física também (...) E tomar os remédios direitinho, saber pra que que eles tão servindo, pra que que eles...vão me ajudar” (LHP, entrevista final). Assim, aponta para um objetivo além de cessar o uso de drogas, o qual nem cita. Termina dizendo que não participa de outros espaços comunitários e que quase não tem jogado futebol.

Por fim, é possível constatar que os usuários não citam muitas mudanças em relação às informações sobre os medicamentos, mas apresentam deslocamentos afetivos, no sentido de se relacionarem melhor com o fato de fazerem uso de medicamentos psicofármacos.

Nenhum dos usuários cita o Projeto Terapêutico Singular (PTS) como espaço de diálogo sobre os objetivos do cuidado, dado relevante que pode indicar que o espaço do PTS não está instituído de uma forma que o usuário o reconheça como tal, como um momento de pensar ações apoiadas e de definir uma direção para o cuidado.

Chama a atenção o fato de que nenhum dos usuários frequenta outros espaços comunitários, o que é uma mostra significativa da realidade “enCAPSulada” em que se encontram os serviços, indicando que o cuidado ainda está voltando muito para dentro dos próprios muros, salvo agora o momento de pandemia, mas ainda valendo

a reflexão, porque esta realidade vem se mostrando como histórica na Saúde Mental brasileira.

O grupo provocou tensionamentos em saberes constituídos e instituídos, em vidas marcadas pela repressão ao uso de drogas, o qual é internalizado e reproduzido pelos próprios usuários. Os usuários mostraram se atravessados por significativo sofrimento e produziram “microfissuras” no modo asilar/proibicionista. Espera-se que o tensionamento vá gradativamente comprometendo a rígida estrutura de modelos duros e produtores de assujeitamento, tais como paredes de concreto, nas quais as microfissuras se tornam rachaduras... seguindo num movimento progressivo de comprometimento da parede. Esse movimento é a história da Reforma Psiquiátrica, que ainda está sendo escrita.

Finalmente, apresentam-se neste momento, como no Guia GAM, os depoimentos da experiência dos participantes deste grupo, elaborados de forma escrita pelos dois usuários que foram até o fim e de forma falada, pela usuária que deixou o grupo antes do fim:

[...] foi esclarecedor, tanto para a minha relação com medicamentos, quanto para minha relação em sua falta. Saber que medicação é mais que um simples comprimido que se faz uso por uma necessidade (FVS, GAM 10).

[...] O GAM foi muito importante para mim saber e ficar mais informado sobre os remédios que eu tomo (LHP, GAM 10).

[...] Ai! Pra mim foi bom, porque daí eu consegui, tipo...é...entender melhor, como eu falei, entender melhor o porquê que eu tô usando medicamento, porque que tá sendo bom...né? Porque antes era, que nem eu falei, eu só tava tomando, porque mandaram eu tomar e...pronto, acabou, mas agora eu consegui entender melhor...o porquê do uso, né? Do medicamento e ver...agora tá mais tranquilo, tá mais...arejado na minha cabeça (DSC, entrevista final).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Posso não ter escrito em primeira pessoa do singular em relação ao verbo, mas eu me coloquei em cada linha desse trabalho. Propor um grupo como a GAM, a partir do lugar de residente/trabalhadora/pesquisadora implicada com a Reforma Psiquiátrica no sentido da desconstrução, com a Redução de Danos e com a diversidade dos modos de vida em sociedade, pedia por uma postura múltipla e complexa, que passava por diferentes sentidos no encontro com cada fala e gesto dos usuários, pedia um lugar crítico e posicionado, bem longe da neutralidade, ao ser atravessada por tantos interesses.

Os resultados alcançados com este estudo se dão no sentido de compreender através dos dados levantados, uma tendência forte à medicalização no CAPS ad estudado, sustentada por diversos interesses sociais e práticas culturais. A experimentação da GAM permitiu que houvesse um ampliado diálogo sobre álcool e outras drogas, revelando mecanismos similares de funcionamento em relação às drogas prescritas e proscritas. Também ilustrou-se de forma evidente a pouca participação dos usuários em seu cuidado, marcados pelo discurso da dependência química. E ainda a GAM como uma estratégia que atua na produção de subjetividade, se aproximando da postura ética da Redução de Danos. Por fim, o movimento grupal e as entrevistas apontaram que houve deslocamentos afetivos na forma dos usuários se relacionarem com seus medicamentos.

O estudo aponta para o manejo cogestivo, que promove a participação nos espaços de atendimento, fazendo rupturas nas cisões entre profissional e usuário, construindo relações mais horizontalizadas. Assim, quando um profissional fala que não sabe a resposta de uma pergunta ou quando um usuário se sente convidado a falar sobre um saber de si, experimenta-se uma relação de cuidado com trocas, com maior participação.

A promoção da contratualidade na área álcool e outras drogas mostrou-se desafiadora, tendo em vista que “só se fortalece o que já existe”. Constatou-se que em nome de um paradigma asilar/proibicionista os usuários se isolam, diminuem suas trocas sociais para não se exporem a locais/situações de uso. Assim, a necessidade constante de produzir microfissuras em saberes instituídos, o que deve ser sustentado pelo próprio trabalho na Atenção Psicossocial.

Considera-se que a GAM se apresentou como espaço de Educação em Saúde e de Psicoeducação. Os achados apontam a necessidade de espaços coletivos que

informem, problematizem e permitam escuta e fala dos usuários de forma permanente no CAPS ad. Além disso, fornece um rico material para uma realidade marginalizada e pouco estudada.

Entre os limites do estudo, cita-se o período desenvolvido, que foi o da pandemia, a amostra reduzida de participantes e a não possibilidade de promover a participação comunitária dos usuários, devido ao isolamento social como forma de prevenção à COVID-19.

Algo que foi tema de grande preocupação no diário de pesquisa foi a “adesão” dos usuários ao grupo e a fala do FVS sobre os apenas 30% que permaneciam no grupo. Vinham à mente frases muito batidas de que “o usuário ad não vincula”, ao que ofereço um contraponto: como se vincular a um modelo de alta exigência?

Ressalta-se que este estudo se utilizou na análise de apenas um recorte dos dados obtidos na coleta, indicando vastas possibilidades de construção de conhecimento na área, o que é reforçado pela constatação da escassez de literatura produzida neste campo.

Outro aspecto árduo foi extrapolar o guia conectando-se as necessidades e questões trazidas pelos participantes da GAM.

Por fim (apenas da escrita), espera-se que este denso estudo se torne um impulso a mais na tarefa de sustentar a contradição e tensionar modos de cuidado. Que as microfissuras vão se expandindo até comprometerem a estrutura dos paradigmas, que se desconstrua obstinadamente e que se utilize de toda esta potência na direção da produção de vida!

REFERÊNCIAS

ABAL, Y. S; GUGELMIN, S. A. A redução de danos nas cenas abertas de uso de crack e outras drogas ilegalizadas: A perspectiva dos trabalhadores da saúde. **Revista do Departamento de Ciências Sociais PUC Minas**. V 01, n 01. 2018. Disponível em: <http://seer.pucminas.br/index.php/emsociedade/article/view/18584>. Acesso em 10 fev 2020. DOI: <https://doi.org/10.5752/P.2595-7716.2018v1n1p24-43>.

AMORIM, A. K. de M. A; DIMENSTEIN, M. Desinstitucionalização em saúde mental e práticas de cuidado no contexto do serviço residencial terapêutico. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 195-204, Feb. 2009. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232009000100025&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 11 maio 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000100025>.

ARAÚJO, R. B. et al. Craving e dependência química: conceito, avaliação e tratamento. **J. bras. psiquiatr.** V. 57, n. 1, p. 57-63. Rio de Janeiro: 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852008000100011&lng=en&nrm=iso. Acesso em 17 dez 2020. <https://doi.org/10.1590/S0047-20852008000100011>.

BABINSKI, T; HIRDES, A. Reabilitação psicossocial: a perspectiva de profissionais de centros de atenção psicossocial do Rio Grande do Sul. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 13, n. 4, p. 568-576, Dec. 2004. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072004000400009&lng=en&nrm=iso. Acesso em 08 maio 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072004000400009>.

BAREMBIITT, G **Compêndio de análise institucional e outras correntes**. 3. ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1996.

BASAGLIA, F; BASAGLIA, F. O. (Orgs.). Um problema di psichiatria istituzionale – l'esclusione come categoria sócio-psiquiatrica. In: BASAGLIA, F. O. (Org.) **Basaglia Scritti II**. Torino: Einaudi, 1981. p. 309-328.

BORGES, M. S; QUEIROZ, L. S; SILVA, H. C. P. Representações sociais sobre cuidar e tratar: o olhar de pacientes e profissionais. **Rev. esc. enferm.** USP, São Paulo, v. 45, n. 6, p. 1427-1433, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000600021&lng=en&nrm=iso. Acesso 13 jan 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000600021>.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria GM/MS nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 2011b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.htm. Acesso em: 11 maio 2020.

BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. **Cadernos de Atenção Básica**, n. 34. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 176 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf. Acesso em 08 jan 2021.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA E TEMÁTICA. **Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como lugares da atenção psicossocial nos territórios**: orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada e Temática. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 44 p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/centros_atencao_psicossocial_unidades_acolhimento.pdf. Acesso em 15 maio 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados** – 12, ano 10, nº 12. Informativo eletrônico. Brasília: outubro de 2015. Disponível em: https://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Report_12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf. Acesso em 15 maio 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Guia estratégico para o cuidado de pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas**: Guia AD. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/dezembro/15/Guia-Estrategico-para-o-Cuidado-de-Pessoas-com-Necessidades-Relacionadas-ao-Consumo-de-Álcool-e-Outras-Drogas--Guia-AD-.pdf>. Acesso em 21 dez 2020.

CASTRO, L. A; COUZI, C. Uso potencial dos anticonvulsivantes no tratamento ambulatorial da dependência de álcool. **J Bras Psiquiatr**, v. 55, n. 3, p. 212-217. Rio de Janeiro: 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852006000300007&lng=en&nrm=iso. Acesso em 08 jan 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0047-20852006000300007>.

COSTA-ROSA, A. O Modo Psicossocial: Um Paradigma das Práticas Substitutivas ao Modo Asilar. In: AMARANTE, P (org.), **Ensaio**: subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000.

CUTOLO, L. R. A. Modelo Biomédico, reforma sanitária e a educação pediátrica. **Arquivos Catarinenses de Medicina**. Vol. 35, n 4, de 2006. Disponível em: <http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/392.pdf>. Acesso em 10 fev 2020.

ESTAUBER, A; GUIMARÃES, C. F. A produção de subjetividade dependente nos CAPSad: problematizando as práticas de cuidado dos usuários de álcool e outras drogas. **Saúde em Redes**. 2017; 3 (3) :273-383. Disponível: http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/827/pdf_87. Acesso em: 30 nov 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.18310/2446-4813.v3np273-283>.

FERREIRA, A. S et al. Perfil farmacoterapêutico em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS-ad) do Nordeste brasileiro. **Rev Cienc Saúde**; 10(3):56-63. Itajubá: 2020. Disponível em: http://186.225.220.186:7474/ojs/index.php/rcsfmit_zero/article/view/905/555. Acesso em 08 jan 2021. DOI: <http://10.21876/rcshci.v10i3.905>.

FONSÊCA, C. J. B. Conhecendo a Redução de Danos enquanto uma proposta ética. **Psicologia & Saberes**, 1(1), pp. 11-36. Universidade Católica de Pernambuco: 2012. Disponível em: <http://revistas.cesmac.edu.br/index.php/psicologia/article/view/42#:~:text=Conhecendo%20a%20Redu%C3%A7%C3%A3o%20de%20Danos%20Enquanto%20uma%20Proposta%20%C3%89tica,-C%C3%ADcero%20Jos%C3%A9%20Barbosa&text=Situar-se%20frente%20%C3%A0s%20queixas,garantir%20seus%20direitos%20enquanto%20cidad%C3%A3o>. Acesso em 07 jan 2021. DOI: <https://doi.org/10.3333/ps.v1i1.43>.

FREI, A. E; LOMONACO, D. F. F. a metodologia da Gestão Autônoma da Medicação radicalizada às drogas proscritas: proposições éticas e biopotências. **Cadernos do CEAS**, Salvador/Recife, n. 246, p. 92-120, jan./abr., 2019 | ISSN 2447-861X. Disponível em: <https://cadernosdoceas.ucsal.br/index.php/cadernosdoceas/article/view/397>. Acesso em 08 jan 2021.

GALVÃO, E. F. C; GALVÃO, J. B. Pesquisa Intervenção e Análise Institucional: alguns apontamentos no âmbito da pesquisa qualitativa. **Revista Ciências da Sociedade** (RCS), Vol. 1, p.54-67, Jan/Jun 2017. Disponível em: <http://www.ufopa.edu.br/portaldeperiodicos/index.php/revistacienciasdasociedade/article/view/373>. Acesso em 27 abr 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.30810/rcs.v1i1.373>.

IBGE. IBGE - cidades @. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/>. Acesso em: 02 maio 2019.

JORGE, M. S. B; SOUSA, F. S. P; FRANCO, T. B. Apoio matricial: dispositivo para resolução de casos clínicos de saúde mental na Atenção Primária à Saúde. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 66, n. 5, p. 738-744, Oct. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000500015&lng=en&nrm=iso. Acesso em 15 maio 2020. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000500015>.

JORGE, M. S. B. et al. Experiências com a gestão autônoma da medicação: narrativa de usuários de saúde mental no encontro dos grupos focais em centros de atenção psicossocial. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1543-1561, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312012000400015&lng=en&nrm=iso. Acesso em 11 maio 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312012000400015>.

JORGE, M. S. B; BEZERRA, I. C. A Medicalização Social e suas repercussões nos Serviços de Saúde Mental. In: AMARANTE, P; PITTA, A. M. F; OLIVEIRA, W. F

(Orgs). **Patologização e Medicalização da Vida: Epistemologia e Política**. 1ª ed. São Paulo: Zagodoni, 2018.

KINOSHITA, R. T. Contratualidade e reabilitação psicossocial. In: PITTA, A. M. F. (org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 2010.

LOPES, F. J. O. Proibicionismo e Atenção em Saúde a usuários de drogas: tensões e desafios às políticas públicas. **Psicol. Soc.**, Belo Horizonte, v. 31, e188088, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822019000100209&lng=en&nrm=iso. Acesso em 13 jan 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-0310/2019v31188088>.

MACHADO, A. R; MIRANDA, P. S. C. Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da Justiça à Saúde Pública. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.14, n.3, p.801-821, jul.-set. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702007000300007&lng=en&nrm=iso. Acesso em 11 maio 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702007000300007>.

MINAYO, M. C. S. (org.). **Pesquisa Social**. Teoria, método e criatividade. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**. Pesquisa qualitativa em saúde. 11ª edição. São Paulo: Hucitec, 2008.

PAULON, S. M. A análise de implicação com ferramenta na pesquisa-intervenção. **Psicol. Soc.**, Porto Alegre, v. 17, n. 3, p. 18-25, Dec. 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822005000300003&lng=en&nrm=iso. Acesso em 27 abr 2020. <https://doi.org/10.1590/S0102-7182200500030000>.

ONOCKO CAMPOS, R. T; PASSOS, E; PALOMBINI, A. *et al.* **Gestão Autônoma da Medicação** – Guia de Apoio a Moderadores. DSC/FCM/UNICAMP; AFLORE; DP/UFF; DPP/UFRGS, 2012. Disponível em: https://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/paganex/guia_gam_para_dowload_com_correcoes.pdf. Acesso em 18 ago 2019.

PEZZATO, L. M.; L'ABBATE, S. O uso de diários como ferramenta de intervenção da Análise Institucional: potencializando reflexões no cotidiano da Saúde Bucal Coletiva. **Physis**. V. 21, n. 4. Rio de Janeiro: 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312011000400008&lng=en&nrm=iso. Acesso em 27 abr 2020. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312011000400008>.

PINTO, F. I. Aspectos Dimensionais de Personalidade, Fissura e Adesão ao Tratamento Ambulatorial entre Dependentes de Cocaína e Crack; 2016; **Tese de Doutorado em Psiquiatria**. Departamento de Psiquiatria da FMUSP. Disponível em:

<https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5142/tde-08042016-084322/publico/FlavialsmaelPinto.pdf>. Acesso em 30 nov 2020.

PNUD – PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO; IPEA -INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA E APLICADA; FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO. Atlas de desenvolvimento humano do Brasil de 2013. 2013. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/>. Acesso em: 02 maio 2019.

RIBEIRO, C. T; FERNANDES, A. H. Os tratamentos para usuários de drogas em instituições de saúde mental: perspectivas a partir da clínica psicanalítica. **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.**, v 16, n 2, 260-272. São Paulo: 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rlpf/v16n2/06.pdf>. Acesso em 17 dez 2020. <https://doi.org/10.1590/S1415-47142013000200006>.

RICHWIN, I. F. O paradigma da Redução de Danos na clínica com usuários de drogas: inflexões, deslocamentos e possibilidades de escuta e posicionamento clínico. **Boletim de Análise Político-Institucional**, v. 18, p. 71-79, 2018. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/8882>. Acesso em 11 maio 2020.

ROCHA, M. L; AGUIAR, K. F. de. 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=S1414-98932003000400010&lng=en&nrm=iso. Acesso em 27 abr 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932003000400010>.

RODRIGUES, J. T; ALMEIDA, L. P. Liberdade e compulsão: uma análise da programação dos doze passos dos alcoólicos anônimos. **Psicol. estud.**, Maringá, v. 7, n. 1, p. 113-120, 2002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722002000100014&lng=en&nrm=iso. Acesso 8 jan 2021. <https://doi.org/10.1590/S1413-73722002000100014>.

SCHIMITH, P. B; MURTA, G. A V; QUEIROZ, S. S. A abordagem dos termos dependência química, toxicomania e drogadição no campo da Psicologia brasileira. **Psicologia USP**, volume 30, e180085. São Paulo: 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/pusp/v30/1678-5177-pusp-30-e180085.pdf>. Acesso em 30 nov 2020. <https://doi.org/10.1590/0103-6564e180085>.

SILVA, S. N; LIMA, M. G; RUAS, C. M. Uso de medicamentos nos Centros de Atenção Psicossocial: análise das prescrições e perfil dos usuários em diferentes modalidades do serviço. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p. 2871-2882, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000702871&lng=en&nrm=iso. Acesso em 08 jan 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232020257.23102018>.

SOUZA, T. P; CARVALHO, S. R. Reduzindo danos e ampliando a clínica: desafios para a garantia do acesso universal e confrontos com a internação compulsória. **Polis e Psique**, Vol. 2, Número temático, 2012. Disponível em:

<https://seer.ufrgs.br/PolisePsique/article/view/40319/25628>. Acesso em 13 jan 2021.
DOI: <https://doi.org/10.22456/2238-152X.40319>.

TORRE, E. H. G; AMARANTE, P. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. **Ciência & Saúde Coletiva**, 6(1):73-85, 2001. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232001000100006&lng=en&nrm=iso. Acesso em 16 fev 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232001000100006>.

VARGAS, E. V. Uso de drogas: a alteração como evento. **Rev. Antropol**, v. 49, n. 2, p. 581-623. São Paulo: 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-77012006000200003&lng=en&nrm=iso. Acesso em 30 nov 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-77012006000200003>.

VARGAS, A. F. M; CAMPOS, M. M. Entre o cuidado e a medicamentação: os debates sobre “trocar uma droga por outra”. **Revista Brasileira de Sociologia**. Vol. 07, No. 15. 2019. Disponível em: <http://www.sbsociologia.com.br/rbsociologia/index.php/rbs/article/view/441>. Acesso em em 15 maio 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.20336/rbs.441>.

VERDI, M; BUCHELE, F; TOGNOLI, H. Educação em Saúde [Recurso Eletrônico]. Universidade Federal de Santa Catarina: Florianópolis, 2010. Disponível em: https://unasus.moodle.ufsc.br/file.php/58/PDFs/PDF_221010/Modulo17_EducacaoemSaude_un1.pdf. Acesso em 14 jan 2021.

ZERBETTO, S. R. et al. Discursos de dependentes de substâncias psicoativas sobre sua imagem discursivamente construída. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 73, n. 1, e20180196. Brasília: 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672020000100173&lng=en&nrm=iso. Acesso em 30 nov 2020. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0196>.

APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

1. Há quanto tempo você usa medicamentos psicotrópicos?
2. Você é responsável pelo uso e armazenamento de seus remédios?
3. Você sabe os nomes de seus medicamentos?
4. Você sabe para que é indicado os medicamentos que toma?
5. Existem benefícios, na sua opinião, que o medicamento te traz? Quais?
6. Existem efeitos indesejados, na sua opinião, que o medicamento traz? Quais?
7. Se existem efeitos indesejados, como lida com eles?
8. Você conversa com o(a) médico(a) prescritor(a) sobre os efeitos de sua medicação?
9. Você tem dificuldades em cumprir os horários das medicações?
10. Você interrompe o uso dos medicamentos em algum momento? Por quais motivos?
11. Você já ingeriu medicamentos em uma quantidade acima do recomendado pelo(a) médico(a)?
12. Foi oferecido no CAPS ad outra forma de tratamento, além da medicação? Se sim, qual?
13. Existem espaços para que você possa falar como se sente sobre seu tratamento e os objetivos que quer alcançar dentro dele?
14. Quais são seus objetivos fazendo tratamento no CAPS ad?
15. Você participa de outros espaços comunitários, além do CAPS ad?

APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

1. Sigla de Identificação:

2. Com qual gênero você se identifica:

Masculino Feminino Outros:

3. De qual cor/raça você se considera?

Branco(a) Pardo(a) Preto(a) Amarelo(a) Indígena

4. Qual a sua data de nascimento? ____/____/_____

5. Qual a sua escolaridade?

Não alfabetizado(a) Ensino Fundamental Incompleto Ensino Fundamental Completo Ensino Médio Incompleto Ensino Médio Completo Ensino Superior Incompleto Ensino Superior Completo

6. Qual a sua renda?

Menos de 1 salário-mínimo 1 a 3 salários - mínimos (R\$ 954,00 a R\$ 2.862,00)
 4 a 6 salários - mínimos (R\$ 3.816,00 a R\$ 5.724,00) 7 a 10 salários - mínimos (R\$ 6.678,00 a R\$ 9.540,00)

7. Qual o seu Estado Civil?

Solteiro(a) Casado(a) ou vivendo como casado Divorciado(a) Viúvo(a)

Outro:

8. Utiliza qual(is) substância(s)? (É possível assinalar mais de uma opção)

Álcool Maconha Cocaína Crack Sintéticos Outros:

9. Utiliza qual(is) medicamento(s)?

Clorpromazina Haloperidol Levomepromazina Risperidona Clonazepam (Rivotril) Diazepam Amitriptilina Fluoxetina Ácido Valpróico Carbamazepina Carbonato de lítio Biperideno

Outros:

10. Já foi internado em hospital psiquiátrico? Quantas vezes?

0 1 2 3 4 5 Mais de 5

11. Faz quanto tempo que teve sua última alta de hospital psiquiátrico?

Nunca fui internado(a) Menos de 1 mês 1 a 6 meses 6 a 12 meses 12 a 18 meses 18 a 24 meses Mais de 24 meses:

12. Há quanto tempo está em acompanhamento no CAPS ad?

Menos de 1 mês 1 a 6 meses 6 a 12 meses 12 a 18 meses 18 a 24 meses Mais de 24 meses:

ANEXO 1 – GUIA DE GESTÃO AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO

Link para acesso:
https://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/paganex/guia_gam_para_download_com_correcoes.pdf.

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

JESSICA SANTOS IVACIOKI

**CONSULTA DE ENFERMAGEM PARA PESSOAS COM TRANSTORNOS
RELACIONADOS AO USO DE SUBSTÂNCIAS EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA
FAMÍLIA: UM PROJETO DE INTERVENÇÃO**

CURITIBA - PR

2021

JESSICA SANTOS IVACIOKI

**CONSULTA DE ENFERMAGEM PARA PESSOAS COM TRANSTORNOS
RELACIONADOS AO USO DE SUBSTÂNCIAS EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA
FAMÍLIA: UM PROJETO DE INTERVENÇÃO**

Trabalho de Conclusão de Residência, apresentado ao Programa de Residência 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. Orientador: Dra Fernanda Carolina Capistrano

CURITIBA - PR

2021

FOLHA DE APROVAÇÃO

CURITIBA, 23 DE FEVEREIRO DE 2021.

O trabalho intitulado **CONSULTA DE ENFERMAGEM PARA PESSOAS COM TRANSTORNOS RELACIONADOS AO USO DE SUBSTÂNCIAS EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA: UM PROJETO DE INTERVENÇÃO** de autoria da aluna **JESSICA SANTOS IVACIOKI** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Programa de Residência em Saúde Mental.

Prof. Dr^a Fernanda Carolina Capistrano
Orientador do TCR/PI

Prof. Ma. Rejane Cristina Teixeira Tabuti
Avaliador da Instituição

Prof. Ma. Tânia Mara da Silva
Avaliador Externo

Dedico este trabalho a todos aqueles a quem esta pesquisa possa ajudar de alguma forma, e, aos que me ajudaram nesta caminhada intensa.

AGRADECIMENTOS

A toda minha família, mas principalmente aos meus pais João e Rute, por todo amor, apoio e incentivo que serviram de alicerce para as minhas conquistas.

A minha orientadora Fernanda pelas valiosas e incontáveis contribuições dadas durante todo o processo da construção desta pesquisa, pela paciência, e principalmente pela confiança em mim depositada.

A minha querida amiga Jessica Liz, pela sua paciência, compreensão e apoio incansáveis.

A minha companheira de residência, Glaucia, a qual tive o prazer de conhecer e poder dividir essa experiência, e certamente levarei para minha vida.

As minhas colegas de programa, Jhenifer, Pamela e Anelise, que compartilharam dos inúmeros desafios que enfrentamos, sempre com o espírito colaborativo.

A minha amiga Heloísa e seu esposo Lucas, pelo carinho e apoio nos momentos mais difíceis.

Aos demais amigos e amigas que fizeram parte deste processo, me apoiando, incentivando e fornecendo força para que eu continuasse, em especial a Ariadne, Cissa, Bruna e Lilo.

A minha preceptora Luisa, por toda a contribuição fornecida a mim durante este período;

E, a toda a equipe da Unidade de Saúde Vargem Grande, minha segunda família durante este período, a qual foi de extrema importância para minha formação profissional e como ser humano.

Gratidão.

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| 1 INTRODUÇÃO | 11 |
| 2 OBJETIVOS GERAL E ESPECÍFICOS | 13 |
| 2.1 OBJETIVO GERAL | 13 |
| 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS | 13 |
| 3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA | 14 |
| 4 ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS | 25 |
| 4.1 DELIMITAÇÃO DO ESTUDO | 25 |
| 4.2 CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO ESCOLHIDA..... | 26 |
| 4.3 PARTICIPANTES..... | 28 |
| 4.4 COLETA DE DADOS..... | 28 |
| 4.5 ASPECTOS ÉTICOS | 29 |
| 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO | 30 |
| 5.1 INSTRUMENTO NORTEADOR DAS CONSULTAS DE ENFERMAGEM PARA PESSOAS COM TRANSTORNOS RELACIONADOS AO USO DE SUBSTÂNCIAS .. | 30 |
| 5.1.1 Orientação..... | 31 |
| 5.1.2 Identificação | 34 |
| 5.1.3 Exploração | 35 |
| 5.1.4 Resolução | 35 |
| 5.2 MAPEAMENTO DOS PARTICIPANTES | 35 |
| 5.3 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM E INTERVENÇÕES | 41 |
| 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 45 |

REFERÊNCIAS.....46

APÊNDICES E ANEXOS49

LISTA DE TABELAS

| | | | |
|---------------|-----------|---|-----------|
| Tabela | 1. | Metodologia do projeto de intervenção 6W3H..... | 20 |
| Tabela | 2. | Número de pessoas com CID de uso de substâncias no prontuário eletrônico WINSÁUDE, pertencentes à área de abrangência da USF..... | 25 |
| Tabela | 3. | Medicações em uso pelos participantes do estudo..... | 27 |
| Tabela | 4. | Diagnósticos de Enfermagem segundo CIPESC..... | 36 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|---------|--|
| AB | Atenção Básica |
| ACS | Agentes Comunitários de Saúde |
| APS | Atenção Primária à Saúde |
| CAPS | Centro de Atenção Psicossocial |
| CAPS ad | Centro de Atenção Psicossocial – álcool e drogas |
| CE | Consulta de Enfermagem |
| CIPESC | Classificação das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva |
| COFEN | Conselho Federal de Enfermagem |
| CSM | Centro de Saúde Mental |
| ESF | Estratégia Saúde da Família |
| NASF | Núcleo Ampliado de Saúde da Família |
| PA | Pressão Arterial |
| PACS | Programa de Agentes Comunitários de Saúde |
| RAPS | Rede de Atenção Psicossocial |
| RAS | Rede de Atenção à Saúde |
| SAE | Sistematização da Assistência de Enfermagem |
| SM | Saúde Mental |
| SPA | Substância Psicoativa |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| TCLE | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido |
| UBS | Unidade Básica de Saúde |
| USF | Unidade de Saúde da Família |

RESUMO

O uso de substâncias psicoativas (álcool e outras drogas) é considerado uma problemática mundial, que a cada dia cresce mais, necessitando de intervenções de saúde a todo o tempo. Sabe-se ainda, que a Atenção Primária à Saúde (APS) é a porta de entrada de qualquer indivíduo no Sistema Único de Saúde, e o papel que deve ser desempenhado pelas unidades que compõem esta rede, é o de acolhimento do usuário e posterior resolução das suas necessidades. Tal ato pode ser realizado através de consultas de enfermagem. Apesar disso, os usuários não são acolhidos da maneira correta por estes serviços, uma vez que seu funcionamento é no modelo biomédico, focando apenas na queixa atual do indivíduo, não considerando a saúde como algo integral, ocasionando em um manejo inadequado. Um processo de trabalho que pode contribuir para a não realização desse atendimento de saúde de maneira integral, é o fato das consultas de enfermagem em SM serem quase que inexistentes dentro dos serviços, fato este que pode ser entendido como a falta de instrumentos norteadores e a falta de incentivo na realização das consultas. Buscando a resolução de tais problemas o presente estudo tem como objetivo geral, elaborar um projeto de intervenção em uma Unidade de Saúde da Família (USF) a partir da realização da consulta de enfermagem a pessoas com transtornos relacionados a substâncias, e como objetivos específicos, construir um instrumento norteador a ser utilizado na consulta de enfermagem a pessoas com transtornos relacionados a substâncias; identificar os diagnósticos de enfermagem atribuídos a pessoas com transtornos relacionados a substâncias; propor intervenções de enfermagem a pessoas com transtornos relacionados a substâncias. Portanto, uma pesquisa de intervenção, realizada em uma Unidade de Estratégia de Saúde da Família, através da consulta de enfermagem em pessoas com transtornos relacionados ao uso de substâncias. Para a coleta de dados foi utilizado um instrumento norteador, com a finalidade de identificar todos os diagnósticos de enfermagem pertinentes ao usuário e a amostra foi composta por sete participantes. O perfil sociodemográfico encontrado na amostra foram cinco do sexo masculino, e dois feminino, e todos com idade acima de 40 anos. Ao menos três participantes afirmaram ter comorbidades clínicas associadas ao uso de substâncias. Quando se fala em sono e repouso, mais de 80% dos participantes percebem alterações no ciclo sono-vigília quando em uso. Os principais diagnósticos de enfermagem encontrados foram: uso de álcool e outras drogas; controle do regime terapêutico inadequado; relacionamento familiar conflituoso; e emagrecimento. As principais intervenções e orientações realizadas foram com foco na redução de danos e conforme a prioridade do usuário. Os resultados obtidos neste estudo reforçam a importância do acompanhamento dos usuários nos serviços da APS, porém, demonstra o quanto a mesma ainda é frágil quando se fala no acompanhamento de pessoas com transtornos relacionados ao uso de substâncias.

Palavras-chave: Consulta de Enfermagem. Uso de substâncias. Estratégia Saúde da Família.

1 INTRODUÇÃO

Entende-se que o uso de substâncias psicoativas é uma problemática mundial principalmente ao considerar o aumento expressivo de casos com o passar dos anos. Segundo um estudo desenvolvido pela Fundação Oswaldo Cruz no ano de 2015 ao menos 66,4% da população brasileira já consumiu álcool ao menos uma vez na vida e cerca de 2,6% da população o equivalente a quase 4 milhões de pessoas, já fizeram o uso de alguma substância psicoativa ilícita durante sua vida (FIOCRUZ, 2018).

Dados epidemiológicos apontam que, cerca de 35 milhões de pessoas em todo o mundo tem algum transtorno decorrente do uso de substâncias, e que apenas uma a cada sete recebe algum tipo de tratamento para tal situação (UNODC, 2019).

De acordo com o III Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas pela População Brasileira (2017), no ano de 2015 pelo menos 17.839 pessoas fizeram uso de álcool e tabaco, cerca de 3.976 pessoas fizeram uso de álcool e pelo menos uma substância ilícita.

Deste modo, no que tange a prevenção, promoção da saúde e principalmente tratamento, destaca-se a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), regulamentada pela Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011, a qual surge como um novo arranjo, propondo um cuidado integral e contínuo, através da integração e interação dos serviços, com a criação de vínculos horizontais entre usuários e serviços (BRASIL, 2011).

Entre os dispositivos da RAPS, a Atenção Básica (AB) é o primeiro local em que as pessoas devem procurar auxílio quando demandam alguma necessidade de saúde. As ações na Atenção Primária à Saúde (APS), são na maioria das vezes desenvolvidas em um território estratégico, possibilitando que os profissionais de saúde desenvolvam uma proximidade maior com os moradores desta região, o que favorece o cuidado, uma vez que entende-se que o cuidado em Saúde Mental (SM) necessita de uma abrangência que vai além de dados clínicos.

Pode-se dizer então que o cuidado em saúde mental na Atenção Básica se torna estratégico pela facilidade de acesso das equipes aos usuários e vice-versa (BRASIL, 2013), portanto a APS é fundamental para as intervenções voltadas a problemática do

uso de substâncias psicoativas, uma vez que as ações desenvolvidas dentro de tal ponto abrangem o campo da prevenção, podendo por vezes realizar o diagnóstico precoce, o cuidado com os agravos e o encaminhamento para outros serviços, caso haja necessidade (SILVA, 2010).

Além de toda a problemática ocasionada pelo transtorno mental decorrido do uso de substâncias, o indivíduo traz consigo todo o estigma e preconceito vivenciado, ou seja, o mesmo ainda encontra a dificuldade dos profissionais ao atender essa clientela.

É perceptível a maneira como os trabalhadores dos serviços da APS tem dificuldade em articular o cuidado para essa parte da população, fazendo com que muitas vezes seus atendimentos, sejam cobertos de julgamentos, e focado no encaminhamento do indivíduo para serviços especializados como Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad), ou a internações em regimes integrais de atendimento.

Entretanto, sabe-se que a APS está diretamente interligada com a reabilitação e reinserção social de pessoas com transtornos relacionados a substâncias, uma vez que o cuidado sempre deve ser compartilhado, tendo então um papel fundamental que tem de ser desempenhado no fortalecimento da rede de atenção à Saúde Mental.

Portanto, esta pesquisa é de extrema relevância no que se diz respeito ao atendimento de pessoas com transtornos relacionados ao uso de substâncias, uma vez que a APS é a porta de entrada e ordenadora do cuidado na Rede de Atenção à Saúde (RAS), e além de tudo norteadora dos atendimentos oferecidos pelos profissionais atuantes neste campo.

2 OBJETIVOS GERAL E ESPECÍFICOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Elaborar um projeto de intervenção em uma Unidade Estratégia de Saúde da Família (USF) a partir da implantação da consulta de enfermagem para pessoas com transtornos relacionados ao uso de substâncias.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Construir um instrumento norteador a ser utilizado na consulta de enfermagem para pessoas com transtornos relacionados ao uso de substâncias.
- Identificar os diagnósticos de enfermagem atribuídos a pessoas com transtornos relacionados ao uso de substâncias.
- Propor intervenções de enfermagem a pessoas com transtornos relacionados ao uso de substâncias.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O fenômeno da loucura surge inicialmente na antiguidade grega e romana, sendo classificada como manifestações sobrenaturais motivadas por demônios ou deuses, sendo então uma influência da religião na qual, passou a ser entendida como uma manifestação do sobrenatural satânico, e algumas vezes sendo colocada até mesmo como bruxaria, resultando na perseguição de pessoas. (MILLANI; VALENTE, 2008).

Segundo Millani e Valente (2008), no século XVII, começam a aparecer os primeiros locais para a internação dos loucos, locais esses que abrigavam todo tipo de indivíduo que de certa forma demonstrava desordem ou desorganização social. Essas instituições foram criadas com a intenção de corrigir e controlar os indivíduos e proteger a sociedade, esse gesto tinha um significado religioso, econômico, social, político e moral, no qual havia uma aliança entre o poder burguês e a igreja.

Pinel, apesar de propor a liberdade dos loucos, defendia que os mesmos deveriam ser submetidos ao tratamento asilar, sendo completamente isolados da sociedade, o que para ele não significava a perda da liberdade, e sim o tratamento que poderia restituir a liberdade que foi perdida pela alienação. Nesse período, Pinel fundou os primeiros hospitais psiquiátricos, onde determinou o isolamento para os alienados e instaurou o modelo de tratamento moral (AMARANTE, 2007).

Segundo Amarante (2007, p.30), Pinel entendia a alienação mental como “*um distúrbio no âmbito das paixões, capaz de produzir desarmonia na mente e na possibilidade objetiva do indivíduo perceber a realidade*”. Ou seja, na medida em que alguém se encontra nesse estado em que não se percebe a realidade, poderia representar algum risco para a sociedade ou até mesmo para si.

Desta forma o primeiro passo para o tratamento dessa alienação, segundo Pinel, se daria pelo isolamento, onde se entendia como a institucionalização/hospitalização, sem contato algum com o mundo exterior, dessa forma, permitindo-se conhecer a alienação em seu “estado puro”, sem qualquer interferência, objetivando assim um propósito de cura.

O segundo passo seria o tratamento moral, que consistia basicamente na soma dos princípios e medidas, aos quais eram impostos aos alienados, que pretendiam restabelecer a mente, afastar ilusões e pensamentos delirantes e trazer a consciência novamente para a realidade.

E nesse contexto também se encontrava aqueles que faziam uso de substâncias psicoativas. Sabe-se que o uso de drogas é algo milenar, e este se manifestou na história do homem perante a sociedade, de diversas maneiras. Segundo Silva et al (2010), inicialmente o uso de substâncias poderia estar relacionado a medicina e a ciência, trazendo como exemplo disso, o uso de ópio em meados do século XX, em forma de xarope ou calmante para crianças, sendo comercializado por farmácias, mas que sua participação claramente, teve grande influência na magia, religiosidade, cultura e etc.

Apenas com o decorrer do tempo, o uso de substâncias foi atribuído ao lazer e entretenimento, fazendo com que a igreja entendesse o uso de substâncias psicoativas como algo ruim, o qual necessitaria de tratamento, tanto quanto uma pessoa com transtornos mentais.

Nesse sentido, Saad (2001) destaca que o uso de substâncias passa a ser considerado um problema apenas em um determinado momento histórico, aparecendo as primeiras noções de dependência química, associando-a a perda de controle de sua própria vida, causando diversos prejuízos na vida do indivíduo, necessitando então que surgissem diversos tipos de tratamentos para controlar tais pessoas.

Após a Segunda Guerra Mundial, a sociedade redirecionou o modo de visualizar os pacientes internados em hospícios, entre eles os usuários de substâncias psicoativas, constatando-se que não havia nenhum tipo de condição de vida humana dentro daquelas instituições, e que não existia nenhuma diferença dos campos de concentração. Com isso, alguns primeiros passos do Movimento da Reforma Psiquiátrica foram dados, com a criação de Centros de Saúde Mental (CSM) (AMARANTE, 2007).

No contexto de saúde mental psicossocial e comunitária, que surge o conceito de desinstitucionalização, uma diretriz das políticas de saúde mental, onde se entende como um conjunto de medidas que objetiva a desospitalização, ou seja, a redução de

internações de pessoas em hospitais psiquiátricos ou diminuição do tempo médio de permanência dos mesmos nessas instituições (AMARANTE, 2007).

Ocorre então o surgimento da RAPS tem como principais diretrizes: Garantir a autonomia, liberdade e exercício da cidadania; Promover a equidade, fazendo-se valer os determinantes sociais de saúde; Garantir o acesso e qualidade dos serviços, ofertando um cuidado integral, multiprofissional e interdisciplinar; Dar ênfase aos serviços de base territorial e comunitária, diversificando as estratégias de cuidado e fortalecendo a participação social de usuários e familiares; Organizar os serviços da RAS de maneira regionalizada com ações intersetoriais; Desenvolver uma lógica de cuidado com foco nas necessidades das pessoas em sofrimento psíquico, incluindo aqueles decorrente do uso de substâncias psicoativas. A Rede conta ainda com quatro Eixos Estratégicos que auxiliam em sua implementação, sendo eles:

- Eixo 1: Ampliação do acesso à rede de atenção integral à saúde mental;
- Eixo 2: Qualificação desta rede;
- Eixo 3: Ações intersetoriais com foco na reinserção social e reabilitação;
- Eixo 4: Ações de prevenção e redução de danos.

Além, de ter como finalidade estabelecer os pontos de atenção para os atendimentos de Saúde Mental, a RAPS é composta pelos seguintes pontos de atenção:

- Atenção Básica: Unidades Básicas de Saúde; Nucleo Ampliado de Saúde da Família; Consultório na Rua; Centros de Convivência e Cultura.
- Atenção Psicossocial Estratégica: Centros de Atenção Psicossocial em todas as suas modalidades.
- Atenção de Urgência e Emergência: SAMU 192; Salas de estabilização; UPAS 24h e prontos socorros de hospitais que fornecem atendimento de urgência/emergência.
- Atenção Residencial de Caráter Transitório: Unidades de Acolhimento; Serviços de Atenção em Regime Residencial.
- Atenção Hospitalar: Enfermarias de Saúde Mental em hospitais gerais; Serviços Hospitalares de Referência para pessoas em sofrimento psíquico intenso.

- Estratégia de Desinstitucionalização: Serviços Residenciais Terapêuticos; Programa de Volta para Casa.
- Estratégias de Reabilitação Psicossocial: Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda; Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais.

No que se refere à atenção primária destaca-se o atendimento primário destas pessoas, sendo o equipamento facilitador para o ingresso destas que necessitam de assistência à sua saúde, dentro do âmbito do SUS (SANTOS, 2007).

Segundo Tanaka e Ribeiro (2009), a APS, vem sendo construída ao longo das últimas décadas, e que apenas na Conferência de Alma-Ata em 1978, fora divulgado os princípios e diretrizes de tal modelo. No Brasil a APS ganhou alguns programas específicos como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa Saúde da Família (PSF), com o tempo, o PSF foi colocado como uma estratégia estruturante dos sistemas de saúde, com o objetivo de mudar o modelo assistencial.

Ainda segundo os autores supracitados, a Atenção Básica deve ser a porta de entrada da maioria dos usuários do SUS, frente a diversas áreas estratégicas. Com o princípio de garantir a universalidade de acessos a sistemas de saúde, cabe então a APS realizar a integralidade de assistência, desenvolvendo por vezes, ações programáticas e de demanda espontânea da população, articular ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação, o trabalho de forma interdisciplinar e intersetorial de equipes e outros equipamentos de saúde.

A Estratégia da Saúde da Família (ESF), oriunda do PSF, tem se consolidado principalmente na atenção básica, ou seja, nas antigas Unidades Básicas de Saúde. Esta modalidade de atuação tem como princípios:

Atuação no território através do diagnóstico situacional, enfrentamento dos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo; buscar a integração com instituições e organizações sociais e ser espaço de construção da cidadania" (TANAKA; RIBEIRO, p.478, 2009).

Com o avanço constante do movimento da reforma psiquiátrica, diversas alterações em conceitos e práticas na atenção ao usuário em sofrimento mental vêm

acontecendo. Com a desinstitucionalização, e a implementação de uma ampla rede de serviços complementares, este redirecionamento dos usuários classificados com transtornos graves ou persistentes para os serviços especializados como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), fez com que os usuários classificados como baixo risco, ficassem em um segundo plano de assistência, regido por vezes pela APS. A fim de reduzir essa falta de cobertura de tais usuários, a Coordenação Geral de Saúde Mental (CGSM) – DAPE/SAS/MS, desenvolveu então, a partir de 2001, documentos que deveriam realizar a articulação da Saúde Mental com a Atenção Básica. Estão entre as principais diretrizes para que haja esta articulação:

- O Apoio Matricial de SM as equipes de ESF;
- Priorização da SM na formação das equipes da AB;
- Ações que visem o acompanhamento e a avaliação das ações em SM na AB;
- Criação de equipes de apoio matricial (p.479).

Segundo Hirdes e Scarparo (2015), em um contexto mundial, sempre se é defendido a inclusão da saúde mental nos cuidados de saúde em geral, principalmente na APS, vindo ao encontro da integralidade da atenção preconizada pelo SUS e dos princípios e pressupostos da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Para que se possa realizar essa articulação entre SM e APS, é necessário refletir sobre a intersetorialidade, uma vez que os serviços especializados de Saúde Mental devem interagir com os serviços da AB e a partir desta interação desenvolver em conjunto, estratégias e ações que visem o bem-estar do indivíduo principalmente nos transtornos relacionados a substâncias que em virtude da sua complexidade necessita de ações intersetoriais e multiprofissionais cada vez mais organizadas (HIRDES;SCARPARO, 2015).

De acordo com o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* em sua quinta edição (DSM V), os transtornos relacionados a substância se caracterizam por um agrupamento de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos, que indicam o uso contínuo pelo indivíduo, ainda que tal atitude resulte em problemas significativos relacionados à substância (DSM – 5, 2014).

Tais transtornos abrangem cerca de 10 classes distintas de drogas, sendo elas: álcool, cannabis, alucinógenos, inalantes, opióides, hipnóticos e ansiolíticos, sedativos, cafeína, estimulantes, tabaco e demais substâncias. Pode-se afirmar que todas as drogas quando consumidas em excesso, tem uma ativação direta no sistema de recompensa do cérebro, o qual está envolvido na produção de memórias e no reforço de comportamentos. Esses mecanismos de recompensa são produzidos de formas diferentes por cada substância, mas na maioria das vezes, elas ativam tal sistema e produzem sensações de prazer. Indivíduos com baixo nível de autocontrole são particularmente predispostos a desenvolver transtornos por uso de substâncias (DSM – 5, 2014).

Ainda segundo o DSM-5 (2014), transtornos relacionados a substâncias dividem-se em dois grupos: transtornos por uso de substância e transtornos induzidos por substância. As condições que podem ser classificadas como induzidas por substâncias são: intoxicação, abstinência e outros transtornos mentais induzidos por substância/medicamento (transtornos psicóticos, transtorno bipolar e transtornos relacionados, transtornos depressivos, transtornos de ansiedade, transtorno obsessivo-compulsivo e transtornos relacionados, transtornos do sono, disfunções sexuais, delirium e transtornos neurocognitivos).

Já os transtornos relacionados ao uso de substâncias, conforme descrição no DSM-5 se dá por um padrão patológico de comportamento. Estas condições são divididas por critérios relacionados ao baixo controle, deterioração social, critérios farmacológicos e uso arriscado.

Quanto ao baixo controle sobre o uso da substância trata-se do primeiro grupo de critérios, sendo estes do número um ao quatro:

- Critério um: onde o indivíduo pode consumir a substância em quantidades maiores, ou em um período de tempo mais longo;
- Critério dois: o indivíduo pode expressar um desejo persistente de reduzir o uso da substância, e com isso relatar diversas tentativas mal sucedidas para diminuir ou cessar o uso contínuo;
- Critério três: o indivíduo gasta muito do seu tempo para obter, usar, ou recuperar-se dos efeitos da substância;

- Critério quatro: manifestada por meio de desejo ou necessidade intensa de usar a substância em qualquer momento, chamada de fissura, que se caracteriza por uma forte necessidade de consumir a droga, não conseguindo se pensar em mais nada. Pode indicar também, como sinal de recaída iminente.

O prejuízo social, segundo grupo de critérios, do número cinco ao sete, sendo eles:

- Critério cinco: fracasso em cumprir tarefas no trabalho, escola ou em casa, devido ao uso recorrente de substâncias;
- Critério seis: uso contínuo de substância mesmo, com problemas sociais e/ou interpessoais persistentes, causados ou exacerbados pelos efeitos que a substância tem;
- Critério sete: abandono ou redução de atividades importantes de natureza social, profissional ou recreativa. Podendo por vezes se afastar da família com a finalidade do uso.

O uso arriscado da substância é caracterizado como terceiro grupo de critérios, sendo os números oito e nove:

- Critério oito: uso recorrente da substância em situações de risco a sua integridade física;
- Critério nove: apresenta algum problema físico ou psicológico causado pelo uso, tem ciência disso, e permanece em uso da substância.

Os critérios farmacológicos são o último grupo, sendo caracterizados pelos números dez e onze:

- Critério dez: tem o nome de tolerância, pelo fato de que uma dose maior da substância é necessária para obter o efeito desejado pelo indivíduo, ou seja, também pode ser descrita como o efeito reduzido da substância após o consumo de uma dosagem habitual do mesmo. Podendo variar de um indivíduo para outro, bem como, de substância para substância também.
- Critério onze: síndrome que ocorre quando as concentrações de determinada substância no corpo de um indivíduo que manteve uso intenso, estão diminuindo, chamada de abstinência.

Nesse sentido, considerando todos esses atributos dos transtornos relacionados a substâncias, destaca-se que um dos principais papéis do enfermeiro na implantação desse cuidado em saúde mental, é o de instrumentalização teórico e prática da sua equipe frente a esse indivíduo, ou seja, atuam como os agentes de mudança dentro daquele equipamento de saúde uma vez que, tem grande capacidade de investigação, prática e raciocínio clínico, proporcionando um melhor cuidado, além disso, é principalmente na capacitação e compartilhamento de saberes e habilidades que o enfermeiro torna-se uma ponte entre equipe da APS e o apoio matricial (SOARES, 2008).

Segundo Acioli et al, (2014), o enfermeiro tem na prática que é desenvolvida em unidades de saúde um grande desafio em implementar o cuidado em enfermagem na construção das relações interpessoais da escuta, do diálogo, do respeito e principalmente da humanização, uma vez que isso é considerado primordial pelo Ministério da Saúde, pelo fato deste ser o serviço porta de entrada para o Sistema Único de Saúde.

Dentre as várias atribuições de um enfermeiro na APS, as que mais se destacam como atividades privativas do enfermeiro são: a consulta de enfermagem, a visita domiciliar e atividades educativas que englobam tanto os usuários quanto a equipe técnica do local (ACIOLI et al, 2014).

Na visita domiciliar é possível fazer a investigação das necessidades de saúde, a realização de atividades assistenciais (como por exemplo a realização de troca de cateter vesical de demora, curativos, entre outras práticas), a escuta ativa e qualificada das queixas do paciente e família, educação em saúde, e além de tudo, ainda se pode observar questões sociais, como estrutura física da casa, condições de higiene e alimentação, relações familiares, além de proporcionar um espaço de diálogo, atenção, intervenção e principalmente vínculo.

A educação em saúde é o lócus onde se encaixa a promoção da saúde, a prevenção e o controle de agravos, além das orientações sobre a realização de forma correta de procedimentos, podendo então ser realizada dentro de uma consulta de enfermagem de forma individual ou coletiva (como por exemplo, em um pré natal onde o parceiro ou alguém da família acompanham a gestante), pode ser feita também como

forma de palestras, grupos de saúde, conversas em salas de espera, além de capacitações da equipe, visando à melhoria do cuidado.

Acioli et al (2014), ainda descreve a consulta de enfermagem como o local onde se tem a oportunidade de acolher as demandas, avaliar condições de saúde físicas, mentais e emocionais, além de promover um espaço onde é possível conhecer o paciente mais profundamente, otimizando assim a forma de oferecer as orientações, fazendo com que essas sejam eficazes e tragam benefícios físicos, mentais e sociais para o usuário.

Com pessoas que utilizam substâncias psicoativas, o trabalho não é diferente, a consulta de enfermagem, pode não só abrir caminhos para tratamentos em serviços especializados, os quais contam com equipes multiprofissionais e capacitadas para o manejo deste usuário, como pode também nortear o cuidado desse indivíduo na APS. Uma vez que, a APS, sempre será a norteadora deste cuidado.

A Resolução nº 358/2009, do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), o que organiza o trabalho profissional enquanto método, pessoal e instrumentos é a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), esta que torna possível o Processo de Enfermagem, ferramenta que serve para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação do indivíduo, família e comunidade, tal resolução ainda, relata que em serviços ambulatoriais, o processo de enfermagem, será definido como a Consulta de Enfermagem (CE).

Especificamente na consulta de enfermagem, segundo a Lei do Exercício Profissional nº 7.498/86, a qual regulamenta a mesma como atividade privativa do profissional Enfermeiro, uma vez que esta deve conter: histórico de enfermagem, associado ao exame físico do indivíduo e neste caso também o exame mental, escolha dos diagnósticos de enfermagem pertinentes e mais emergentes para aquele momento, planejamento associado a prescrição de enfermagem, e posterior avaliação dos resultados.

A consulta de enfermagem da APS, voltada para a assistência em SM especificamente, deve ser utilizada como uma forma de organizar e documentar a prática do enfermeiro, mas acima disso, deve servir como subsídio para uma melhor oferta de cuidado, uma vez que é através dela que se identificam as necessidades

daquele indivíduo, promovendo então uma aproximação entre profissional/usuário, possibilitando a construção de vínculos terapêuticos.

A consulta de enfermagem então é entendida como um recurso importante, quando se leva em conta o princípio da integralidade da assistência a saúde quando se fala em abordagem psicossocial, em que o enfermeiro é um agente fundamental na equipe (ALMEIDA e MAZZAIA, 2018).

Diversos autores citam o uso de tecnologias em saúde, e sempre que se fala em atendimentos humanizados em SM, se usa a propedêutica de tais tecnologias, que podem ser leves, leves-duras e duras. A enfermagem, enquanto facilitadora dessa assistência humanizada dentro da APS, pode e deve fazer uso de tais tecnologias na realização das consultas de enfermagem.

Entende-se, portanto, como tecnologias leves de cuidado, aquelas que são baseadas nas relações interpessoais, como o acolhimento, o estabelecimento de vínculo e a promoção da autonomia do indivíduo. Deve-se levar em consideração que para o uso de tais ferramentas é necessário que haja uma construção mútua entre usuário/comunidade/equipamento de saúde.

Segundo Campos et al (2018) as práticas de acolhimento incorporam estratégias relacionais, importantíssimas para estabelecer vínculos através do diálogo e da compreensão das demandas do sujeito, o que possibilita promover um cuidado qualificado, porém, apesar de o acolhimento ser uma ferramenta importante para a qualificação do cuidado em SM, é preciso incluir demais ferramentas, como a resolutividade, corresponsabilização e integralidade.

Entende-se por vínculo, tudo aquilo que ata ou liga pessoas, indica relações de dupla via, o compromisso do profissional com o usuário e do usuário com o profissional.

Para a criação de vínculos é importante que haja movimento de ambos os lados, tanto do equipamento de saúde quanto do usuário do serviço. O estabelecimento do vínculo entre o profissional atuante no equipamento de saúde e com o usuário de saúde mental, traz uma maior resolutividade às demandas que aquele indivíduo tem, reforçando por vezes uma relação de confiança mútua, o que é de extrema importância para o cuidado em saúde mental (SIMÕES & MOREIRA, 2013).

Oliveira, Silva e Silva (2009), citam em seu artigo que a atuação da enfermagem em serviços que demandem atenção psicossocial é fundamental e essencial, pois geralmente é este profissional que sempre realiza a acolhida do usuário no serviço, criando vínculos afetivos, de escuta e de relações interpessoais entre usuários, familiares e comunidade.

4 ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS

4.1 DELIMITAÇÃO DO ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa de intervenção na qual entende-se como aquela que aprofunda a ruptura com os enfoques tradicionais de pesquisa e amplia as bases teórico-metodológicas das pesquisas convencionais, enquanto propõe uma atuação transformadora da realidade, já que esta traz como proposta uma intervenção consigo. É colocada em questão a construção de uma “atitude de pesquisa”, que irá, na maioria das vezes, radicalizar a idéia de interferência na relação do sujeito pesquisado.

Esta pesquisa tem então um caráter desarticulador das práticas e discursos normativos, tendo como fórmula o inverso do “conhecer para transformar”, sendo fundamentada pelo “transformar para conhecer” (ROCHA, 2003). Para tanto, foi escolhida como principal metodologia o 6W3H, uma ferramenta fortemente utilizada para organizar os resultados obtidos em um plano de ação.

As iniciais W e H se referem a palavras do inglês (what, who, when, where, why, whon, how, how much, how many), que tem como intuito fazer questionamentos de como o projeto será executado. A tabela abaixo explícita como foi desenvolvido o referido projeto:

Tabela 1 - Metodologia do projeto de intervenção 6W3H. Curitiba, 2020

| 6W3H | Definição |
|-------------|---|
| O que fazer | <ul style="list-style-type: none"> • Mapeamento e acompanhamento por meio da consulta de enfermagem para pessoas com transtornos relacionados ao uso de substâncias. • Elaborar um instrumento norteador para as consultas de enfermagem para pessoas com transtornos relacionados ao uso de substâncias. • Levantar os diagnósticos de enfermagem para pessoas com transtornos relacionados ao uso de substâncias. • Propor intervenções de enfermagem na APS. |

| | |
|---------------------------------|--|
| Por que fazer | <ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar benefício a pessoa com transtorno relacionado ao uso de substâncias com os cuidados de enfermagem prestados na APS; • Empoderar os enfermeiros com subsídios para elaborar planos de cuidados a nível da APS; • Minimizar os preconceitos; • Promover maior visibilidade da SM em equipamentos da APS; |
| Para quem fazer | Pessoas com transtornos relacionados ao uso de substâncias |
| Quem irá fazer | Jessica Santos Ivacioki, Enfermeira Assistencial; |
| Como fazer | <ul style="list-style-type: none"> • Desenvolvimento de tabela para estabelecer mapeamento dos casos relacionados ao CID F10 a F19, mantendo-a atualizada sempre que necessário; • Elaboração de um instrumento norteador para a consulta de enfermagem específico a esta clientela; • Acompanhamento dos usuários classificados com o CID F10 a F19, através de uma consulta de enfermagem, sendo realizada periodicamente, conforme a necessidade de cada usuário e conforme a estratificação de risco dos transtornos mentais e dependência de álcool e outras drogas, desenvolvida pela Secretaria do Estado do Paraná (SESA-PR); • Levantamento dos diagnósticos de enfermagem; • Desenvolvimento de um plano de cuidados para cada participante conforme a sua necessidade de saúde; • Implementação e avaliação do plano de cuidados; • Reavaliação para acompanhamento; |
| Quando será | Maio a Novembro de 2020 |
| Onde será | Unidade Saúde da Família |
| Quantas pessoas irão participar | Em média 20 indivíduos |
| Quanto irá custar | Não haverá custos |

Fonte: a autora, 2020.

4.2 CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO ESCOLHIDA

A unidade de saúde escolhida para o desenvolvimento do Projeto de Intervenção, opera no modelo de Estratégia de Saúde da Família (ESF), que se trata de um modelo de atenção que orienta o desenvolvimento de trabalhos das equipes na atenção básica, com as ações de saúde focadas na família, objetivando atender as necessidades da população a nível individual e/ou coletivo. Realizando também, programas com foco na educação em saúde, principalmente voltados ao público com maior vulnerabilidade ao processo saúde-doença, como os hipertensos, diabéticos, idosos, crianças, gestantes, entre outros (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE PINHAIS, 2018).

Esta unidade pertence à Regional 2 de Pinhais, além de se tratar de uma das unidades que possui duas equipes de ESF e uma equipe ESF com saúde bucal alocadas em seu espaço físico. Cada equipe é composta por: um médico, um enfermeiro, dois técnicos de enfermagem e três agentes comunitários de saúde; a terceira equipe ainda conta com um cirurgião dentista, um auxiliar de saúde bucal e um técnico em saúde bucal, além de um pediatra.

Segundo o Plano Municipal de Saúde (2018), 13.478 pessoas residem na área de abrangência da USF, sendo divididos em: 6.455 homens e 7.023 mulheres, porém, o número de usuários estimados que frequentam o local é de 9.435. No mês de julho de 2019 a unidade acompanhava aproximadamente 106 gestantes em acompanhamento médico e de enfermagem, 20 pacientes acamados eram acompanhados pela equipe em visitas domiciliares sendo apenas dois com idade inferior a 60 anos, e o restante todos idosos.

No ano de 2017 foram realizadas 577 visitas domiciliares. Em comparação à outros anos, ocorreu um declínio no número, o que pode ser justificado pela sobrecarga de tarefas nas unidades, que consomem grande parte do tempo, interferindo significativamente no número de pessoas assistidas pela visita domiciliar.

Por dia são realizadas cerca de 86 consultas médicas e de enfermagem, sendo destas, 20 programadas e o restante por demanda espontânea. Atualmente o equipamento está operando no modelo de acesso avançado, onde apenas os usuários vinculados há ações programáticas tem o agendamento realizado com antecedência. Com isso, o acolhimento passou a ser o primeiro contato do usuário com a equipe do

local. Para que esse método seja eficaz, o acolhimento precisa ter uma escuta qualificada em que se avalie a demanda e se há a real necessidade de consultar naquele mesmo dia.

No que se diz respeito à saúde mental o serviço pode realizar o encaminhamento de pessoas com transtornos mentais para os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) ad ou II do município. Nesses casos, a unidade deve realizar o primeiro acolhimento do usuário, para conhecer melhor o indivíduo e o seu território, elaborar a referência, e solicitar que o indivíduo se dirija ao equipamento de sua necessidade.

Além dos CAPS, a USF também pode encaminhar pacientes para o centro de especialidades, onde acontece o ambulatório de psicologia, nesses casos, é necessário encaminhar a referência para o setor de controle, avaliação e auditoria, e então quando houver disponibilidade de vaga para atendimento, será enviada uma guia de liberação de consulta para a unidade, a qual entrará em contato com o usuário.

Para o matriciamento, atendimento compartilhado de psiquiatria, a USF solicita ao centro de especialidades ou ao NASF (Núcleo Ampliado de Saúde da Família), que compatibiliza a agenda da unidade com a do profissional atuante, para um atendimento compartilhado entre médico clínico e médico psiquiatra.

4.3 PARTICIPANTES

Os participantes foram pessoas com transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas que pertenciam à área de abrangência da USF Vargem Grande. Foram incluídos aqueles com idade superior a 18 anos com diagnóstico médico estabelecido (F10 a F19).

4.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados ocorreu por meio da consulta de enfermagem, realizada em consultório reservado dentro da instituição, com horário agendado previamente e limite de 1 hora e 30 minutos de duração, devido aos atendimentos seguintes. Além disso, foi

solicitado a presença de ao menos um acompanhante, este sendo familiar ou não, para se necessário, conversa em conjunto.

Foram realizados 28 agendamentos de pessoas com transtornos relacionados ao uso de substâncias, com contato prévio estabelecido pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e via ligação telefônica, porém, devido a pandemia ocasionada pelo novo coronavírus, e incessantes interrupções de atendimentos eletivos como forma de contenção do vírus, foi possível a realização de apenas 8 atendimentos, sendo um deles interrompido no início, uma vez que o usuário apresentou sintomas respiratórios, e foi encaminhado para atendimento médico e posterior avaliação.

Em um primeiro momento do atendimento foi lido em conjunto com o usuário e o acompanhante, todo o TCLE, com a finalidade de informar o usuário sobre a realização do estudo, e em seguida, esclarecido todas as dúvidas de ambos. Na sequência, foi questionado ao usuário o desejo de participação. Logo, a amostra foi composta por sete participantes que concordaram em participar da pesquisa assinando o TCLE.

A coleta de dados foi constituída por dois momentos. No primeiro momento a consulta ocorreu apenas com o usuário presente, para a realização da anamnese completa e definição dos diagnósticos, em conjunto com as intervenções a serem realizadas, e em um segundo momento, foi solicitado a presença do acompanhante em questão para contestação de dados, esclarecimento de dúvidas, fornecimento de informações sobre os atendimentos futuros e papel da rede de apoio social no auxílio da realização das intervenções construídas em conjunto profissional-usuário.

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

Vale ressaltar que este projeto respeita todas os critérios éticos, para tanto sendo aprovado pelo Comitê de ética em Pesquisa do Hospital do Trabalhador/SES/PR Sob o parecer nº 4.111.114.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 INSTRUMENTO NORTEADOR DAS CONSULTAS DE ENFERMAGEM PARA PESSOAS COM TRANSTORNOS RELACIONADOS AO USO DE SUBSTÂNCIAS

Para que se alcance o cuidado integral e humano na consulta de enfermagem em SM, sem que aconteça algum desconforto para ambos os indivíduos, algumas diretrizes devem nortear a atuação do enfermeiro durante o atendimento, tais diretrizes apontadas a seguir por Bondan (2006): o usuário deve ser considerado como um ser holístico e portanto deve ser olhado como um todo; devem ser valorizadas acima de tudo as qualidades e recursos do sujeito e não apenas suas fragilidades e limitações; este deve ser aceito como ser humano com valores e dignidade; deverá ser explorado as necessidades de intervenções daquele indivíduo, sem qualquer tipo de julgamento ou crítica.

Assim, como já havia pensado Peplau (1952): “O enfermeiro possui uma ferramenta singular que pode ter mais influência sobre os usuários do que qualquer medicamento ou terapia: ele mesmo”.

Para auxiliar no processo de criação do instrumento da presente pesquisa (APÊNDICE A), e nortear a consulta de Enfermagem de pessoas com transtornos mentais decorrentes do uso de substâncias, se traz a Teoria de Enfermagem de Hildegard Peplau, sendo esta a primeira pensadora da Enfermagem, a contemplar problemas psicossociais, valorizando as relações terapêuticas entre enfermeiro-indivíduo e/ou coletivo (PINHEIRO et al, 2019).

A teoria de Peplau tem a finalidade de explicar o processo interpessoal entre enfermeiro-indivíduo-comunidade, através de uma perspectiva psicodinâmica, trazendo a junção de conhecimentos da enfermagem com outras disciplinas de conhecimento.

A teorista buscou enfatizar, que enfermeiros e indivíduos têm uma possibilidade de construir algo em conjunto, sendo então um crescimento mútuo, e conseqüentemente fazendo com que haja um aprendizado com as experiências da relação terapêutica.

O processo de enfermagem que seja pautado no referencial teórico de Peplau, onde se prioriza as relações interpessoais, deve considerar bastante os aspectos da comunicação, sendo não apenas na dimensão verbal, mas também na expressão corporal dos indivíduos e nas expressões racionais ou irracionais de vontades e desejos, dando por vezes oportunidades ao indivíduo de falar sobre si tendo plena ciência do que está sendo dito, e a partir disso, ajudá-lo no surgimento de novas formas de pensar e perceber seu estado atual (PINHEIRO et al, 2019).

Peplau traz consigo quatro fases, que na perspectiva da mesma, fazem parte da relação terapêutica, sendo elas: orientação, identificação, exploração e resolução, as quais, foram utilizadas para o desenvolvimento do instrumento norteador em questão, e que, estão descritas individualmente a seguir:

5.1.1 Orientação

Trata-se do momento em que as pessoas ainda são desconhecidas, e a realidade a ser enfrentada também é desconhecida, portanto, devem-se identificar as necessidades daquele indivíduo, através de estratégias de comunicação compreensíveis, transformando sentimentos de tensão e ansiedade, em algo produtivo que possa auxiliar no desenvolvimento de sua personalidade;

Desta forma escolheram-se as seguintes variáveis para contemplar essa fase:
Queixa principal (motivo da procura do atendimento):

- Nome:
- Idade:
- Estado civil:
- Escolaridade:
- Profissão:
- Reside com quantas pessoas e quem são:
- Possui filhos? Quantos:
- Está empregado no momento? Qual é a ocupação?
- Está recebendo algum benefício concedido pelo estado ou município? Qual:

Além dos dados sociodemográficos essenciais para a identificação, é de extrema importância durante o atendimento de enfermagem a investigação do histórico clínico do indivíduo, com a finalidade de aprofundar-se mais no modo de funcionamento do usuário e obter o máximo de informações possíveis. Segundo Peplau (1952), a investigação do histórico tanto clínico quanto de saúde mental devem sempre iniciar o processo da consulta de enfermagem, uma vez que, ambos funcionam como auxiliares na identificação dos diagnósticos de enfermagem, posteriormente.

Bolsoni et al (2016), reforçam ainda que o histórico de enfermagem, baseado na história clínica e de saúde mental do paciente deve ser realizado em todos os atendimentos uma vez que este é o levantamento de dados sobre o paciente, sendo o primeiro passo do método científico para um atendimento de qualidade. Na consulta de enfermagem em SM, ainda é de extrema relevância a investigação do histórico clínico do indivíduo devido a vasta gama de complicações que o uso de álcool e outras drogas trazem consigo, como: doenças hepáticas, cardíacas, renais e etc.

Histórico clínico:

- Cirurgias prévias:
- Internamentos clínicos prévios? Qual motivo:
- Comorbidades associadas:
- Uso contínuo de medicações:
- Prática de atividade física:
- Padrão de alimentação:
- Eliminações fisiológicas:

Em casos de mulheres

- Uso de métodos contraceptivos:
- Última coleta do exame citopatológico:
- Última realização do exame de mamas - Mamografia (para mulheres acima de 50 anos):

Kessler et al (2010), trazem que a importância de uma anamnese completa e com todas essas informações auxilia na avaliação da gravidade de dependência, assim como também na identificação de comprometimento dos aspectos físicos, sociais e

psicológicos da vida do indivíduo. Portanto a importância de investigar o histórico de saúde mental do usuário, com a especulação de internações anteriores, tratamentos já realizados, motivos de internações assim como suas durações, quais substâncias faz uso, há quanto tempo iniciou uso de SPA, e etc, é a de que é possível estabelecer um elo entre a queixa principal do usuário, e a sua vida atual, possibilitando intervenções mais pontuais.

Histórico de saúde mental:

- Histórico de internamentos prévios:
- Qual o motivo do internamento:
- Quando foi:
- Onde foi:
- atendimentos anteriores em equipamentos de saúde mental:
- Histórico de doença mental na família
- Quando iniciou o uso de substâncias psicoativas:
- Já fez uso de quais substâncias (incluir usos experimentais):
- O que mantém em uso, quantidade e frequência de uso da substância:
- Uso de tabaco? Quantidade:
- Já deixou de realizar atividades do cotidiano por conta do uso:
- Fissura:
- Crises de abstinência:
- Tolerância de uso, percepção de que precisa sempre de doses maiores:
- Histórico de tentativas de suicídio:
- Ideação suicida atual:
- Planejamento:

Além das etapas de investigação clínica e de saúde mental do usuário, através do diálogo, é preciso unir a percepção do profissional além de dados vitais concretos, parte esta desenvolvida pela avaliação física do sujeito. Bolsoni et al (2015), entendem que o exame físico é considerado uma ferramenta importante, pois a pessoa em sofrimento psíquico ou em uso de substâncias apresenta com maior frequência patologias clínicas, além do fato de que a realização do exame físico faz com que haja

uma aproximação do usuário e do profissional, favorecendo a criação de vínculo com o usuário, que como já citado anteriormente é um fator indispensável durante o atendimento.

Avaliação física

Sinais vitais

Exame físico geral

Exame mental

Avaliar:

- Aparência: odor, situação de saúde, expressão facial, sinais de ansiedade, extremos de manifestações emocionais (tristeza, raiva, inquietação, alegria exagerada);
- Padrão de sono: em excesso ou em estado de insônia
- Psicomotricidade: marcha, hiperatividade, hipoatividade, tremores, movimentos involuntários;
- Consciência: consciente, orientado em tempo e espaço, delirante, lúcido;
- Atenção: concentrado, distraído;
- Sensopercepção: presença de alucinações auditivas e/ou visuais;
- Memória: preservada ou prejudicada;
- Humor: disfórico, eufórico, exaltado, lábil;

5.1.2 Identificação

Nesta fase, o indivíduo pode ter no enfermeiro uma figura, símbolo ou representação, a partir do que ele teve como experiência passada, nesta fase, é bem importante o trabalho do enfermeiro quanto a autonomia do sujeito, trabalhando com bastante ênfase nas relações de dependência e independência. Essa fase, primordialmente, fará com que o processo desenvolva préconcepções de ambas as

partes e direcionar então para uma relação de aprendizagem que está sendo construída mutuamente.

Nesse momento se estabelece os Diagnósticos de enfermagem enquadrados no CIPESC.

5.1.3 Exploração

Fase em que o indivíduo consegue ser mais autônomo em seu processo de tratamento, fazendo escolhas e uso do que o serviço tem a lhe oferecer. O papel do enfermeiro nesta fase, é de continuar esclarecendo, escutando e estabelecendo metas novas, além de promover a satisfação em relação às demandas trazidas pelo indivíduo. Nesta fase são estabelecidos as prescrições, orientações de enfermagem e conduta adotada.

5.1.4 Resolução

Esta última fase é caracterizada pela solução ou não do problema estabelecido na fase de orientação, além da desvinculação gradual das demais pessoas envolvidas no processo terapêutico, trabalhando assim a autonomia e independência do indivíduo. Nesta fase, o enfermeiro ainda se mantém disponível para ajudar, quando necessário, mas de certa forma tenta consolidar em conjunto família-usuário, objetivos de uma vida comunitária e ocupacional (PINHEIRO et al, 2019).

Nesse momento ocorre a reavaliação do plano de cuidados ofertado anteriormente, adequação caso haja necessidade para o período atual, além de corresponsabilizar a família com o cuidado do indivíduo, incluindo-os no tratamento.

5.2 MAPEAMENTO DOS PARTICIPANTES

Na Tabela 2, podemos observar a quantidade de pessoas em uso de substâncias, e que pertencem ao território da USF. Estas estão agrupadas conforme o CID que se encontra no prontuário eletrônico, sendo os mais prevalentes o F10.2, o qual diz respeito aos transtornos mentais decorrentes do uso de álcool (síndrome de dependência), e o F19.2 que se refere aos transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas (síndrome de dependência).

Tabela 2. Número de pessoas com CID de uso de substâncias no prontuário eletrônico WINSAÚDE, pertencentes à área de abrangência da USF. Pinhais, 2020

| Usuários em uso de substância cadastrados na USF | CID com maior prevalência | Maior prevalência segundo o gênero |
|---|----------------------------------|---|
| 41 | F10.2 - 57,5% | Masculino - 85% |
| | F19.2 - 42,5% | Feminino - 15% |

Fonte: WinSaúde, prontuário eletrônico, 2020.

Além do número de usuários encontrados com cadastramento de CID em prontuário eletrônico, foi possível identificar cerca de mais 20 usuários do serviço através de relatos fornecidos pelos Agentes Comunitários, que estão em contato com o território constantemente, de indivíduos com prejuízos ocasionados pelo uso de substâncias e que jamais haviam buscado atendimento de saúde com foco nessa problemática.

Através dessas informações foram realizadas as visitas e contatos telefônicos com a finalidade de oferecer atendimento a estes usuários, porém, como já relatado anteriormente, devido a pandemia do novo coronavírus, os atendimentos ocorreram de forma muito restrita, ocasionando em uma amostra de 7 indivíduos.

Além disso, foi desenvolvido tabela em arquivo de drive, com número do usuário no sistema WIN, nome, idade, sexo, CID previamente identificado ou não por

profissional de nível superior, se já realizou algum atendimento de SM no município, cor da microárea onde o mesmo reside e identificação do ACS da microárea.

O perfil sociodemográfico dos participantes do estudo destaca que, cinco eram do sexo masculino, e dois do sexo feminino, e todos com idade acima de 40 anos. Os principais diagnósticos médicos encontrados foram o F10.2 que diz respeito ao uso de álcool, e o F19.2, que é sobre o uso de múltiplas substâncias. Quanto a escolaridade, cerca de 72% da amostra tem apenas o ensino fundamental incompleto, 14% tem o ensino superior incompleto e 14% chegaram a concluir o ensino superior.

Apenas um dos participantes é aposentado, um se encontrava desempregado, e os demais tinham empregos informais, sem carteira assinada. Beck e David (2007) relatam que o uso constante e abusivo de substâncias, faz com que haja interferência no modo de viver do indivíduo, alterando sua qualidade de vida, nos âmbitos sociais, familiares e orgânicos. As autoras trazem ainda, quatro fatores que reiteram a exclusão do usuário de substância, tais quais [...] a associação do uso de álcool e outras drogas à delinquência; os estigmas atribuídos aos usuários, promovendo a sua segregação; a ilicitude do uso impede a participação social de forma organizada; e, a inclusão no tráfico como estratégia de geração de trabalho e renda.

Desta forma, considerando o supracitado, suspeita-se que a baixa escolaridade e conseqüentemente o trabalho informal pode ser consequência dessa exclusão social, fato que pode ser encontrado em diversos outros estudos, nacionais e internacionais.

No que se diz respeito a saúde dos participantes, três deles afirmaram ter alguma comorbidade associada, sendo estas: Doença Degenerativa em Coluna, Dislipidemia, Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial Sistêmica, Cirrose Hepática e Esquizofrenia.

Nesse sentido, Almeida (2006), afirma que o uso de álcool de maneira exacerbada, pode provocar diversas disfunções como a hipertensão, cirrose, infarto e etc.

Com relação a uso de medicação, sendo estas psicotrópicas ou não, dois participantes relataram não fazer uso de nenhuma medicação, três fazem uso de quatro tipos de medicações, um faz uso de cinco tipos de medicações e um faz uso de seis ou mais medicações.

Na Tabela 3, podemos visualizar quais os tipos de medicações utilizadas pelos participantes da pesquisa, separadas em psicotrópicos e medicações para auxílio na parte clínica do indivíduo. Apenas um dos participantes afirmou fazer uso das medicações de maneira correta com relação a horários e quantidades.

Tabela 3. Medicações em uso pelos participantes do estudo. Curitiba, 2021

| MEDICAÇÕES DE SM | MEDICAÇÕES CLÍNICAS |
|-------------------------|----------------------------|
| Carbamazepina | Losartana |
| Diazepam | Hidroclorotiazida |
| Clorpromazina | Glicosamina |
| Fluoxetina | Sinvastatina |
| Ácido valpróico | |

Fonte: a autora, 2021.

Alguns fatores podem contribuir para a não adesão às medicações pelos usuários, tais como: esquecimento, fatores emocionais, ou até mesmo a impossibilidade de acesso a medicação prescrita ou todo o processo que se precisa desenvolver para que a medicação chegue até as mãos do indivíduo, alguns ainda contestam a real eficácia da medicação frente ao seu problema, e, por vezes a má orientação por parte dos profissionais influencia na gestão do usuário com as medicações.

Segundo Cunha et al (2012 p 1436) “[...] o uso correto dos medicamentos pode ser prejudicado pela comunicação ineficaz entre profissionais e pacientes, muitas vezes as informações são insuficientes, e não atendem as especificidades do tratamento prescrito”.

Com relação ao padrão de alimentação, apenas um dos participantes relata fazer três ou mais refeições ao dia, dois fazem apenas duas refeições ao dia, e dois, relataram fazer apenas uma refeição ao dia, e que por vezes, deixam de se alimentar para fazerem uso de álcool. Sobre sono e repouso, mais de 80% dos participantes

relataram perceber alterações no ciclo sono-vigília quando em uso, apenas um, negou alterações.

Dos sete participantes do estudo, ao menos seis já realizaram tratamentos prévios não hospitalares, um deles ainda mantém tratamento em CAPSad do município, um relata nunca ter buscado nenhum tratamento de saúde em serviços não hospitalares até então. Todos relataram já ter passado por algum internamento psiquiátrico em regime integral, seis deles por pelo menos quatro vezes, e todas de maneira voluntária, e um por mais de 10 vezes, variando entre internações voluntárias e involuntárias.

Cerca de seis dos sete participantes afirmaram ter familiares consanguíneos que fazem uso de alguma substância. Diversos estudos trazem consigo o fator genético como um fator de risco para o uso e abuso de álcool.

Quando se fala em idade de início do uso de SPA, três participantes iniciaram o uso entre os 7 e 17 anos, dois entre os 18 e 28 anos e dois após os 29 anos de idade. Além disso, seis relataram uso de múltiplas drogas ao decorrer dos anos, porém, atualmente os sete se mantêm em uso apenas de álcool de maneira abusiva e todos fazem uso de tabaco, e relatam que o álcool na maioria das vezes se torna um gatilho para o uso do cigarro, ou vice e versa.

Segundo Laranjeira e Madruga (2014), cada vez mais as pesquisas evidenciam que em média cerca de 67 milhões de pessoas fazem o consumo de álcool regularmente, das quais pelo menos 17% apresentam uso abusivo ou dependência da substância. Como já mencionado anteriormente no presente trabalho a Organização Mundial da Saúde (OMS), estima que atualmente existem cerca de dois bilhões de pessoas no mundo todo que fazem uso de bebidas alcólicas, e que, cerca de 76,3 milhões dessas pessoas têm algum diagnóstico relacionado ao consumo de álcool. Ainda segundo a OMS, a população brasileira se encontra entre os países com maiores consumos de álcool (WHO, 2004).

Quatro dos sete participantes percebem grandes mudanças de humor quando em uso de álcool, três negam alterações, porém, durante todo o atendimento tiveram oscilações bruscas de humor. Quando questionados sobre fissura para uso, ou crises de abstinência, três negaram qualquer tipo de sinal/sintoma de abstinência e/ou fissura,

três queixaram-se de sintomas intensos como: tremores, sudorese, alteração no ciclo sono-vigília, e, um dos participantes relatou que nunca conseguiu permanecer mais de 24 horas sem uso da substância para que pudesse sentir fissura ou ter uma crise de abstinência. Seis dos sete participantes relataram já terem tido alguma alteração sensorial, sendo elas visuais e/ou auditivas, um deles negou já ter acontecido.

Quando se fala em uso de SPA, se interliga o histórico de tentativas de suicídio do indivíduo em questão. Dos sete participantes, ao menos cinco relataram já terem realizado tentativas de suicídio por pelo menos 3 vezes, o restante relatou nunca ter tentado, mas que ao menos uma vez, mesmo que durante o uso, já pensaram em tirar a própria vida. Félix et al. (2018), relatou em seu estudo que o uso abusivo de substâncias psicoativas dobram as chances de tentativas de suicídio, ou seja, destaca ainda que o uso abusivo de drogas causa alterações comportamentais que influenciam na manifestação de transtornos mentais, que quando associados ao uso, podem potencializar o risco para suicídio.

Em atendimento presencial, respeitando todas as normas estabelecidas pelo governo do Estado com relação à COVID-19, foram observados pela profissional, tais pontos: ao menos quatro dos participantes apresentaram alteração na Pressão Arterial (PA), sendo um deles, encaminhado para consulta médica após o atendimento para avaliação; três deles apresentaram odor etílico e sinais de intoxicação no momento do atendimento; ao menos seis, apresentaram sinais característicos de ansiedade; um apresentou discurso delirante e hipersexualização; todos demonstraram prejuízos em memória de longo prazo; e, seis apresentaram oscilações de humor bastante significativas, principalmente quando na presença de familiares.

Com relação aos sete participantes, destaca-se que as principais queixas apresentadas, que os motivaram a buscar atendimento e conseqüentemente participarem da pesquisa foram:

- Diminuir o uso da substância em questão;
- Realizar a substituição da substância atual em uso, para outra considerada mais “leve”, como uma estratégia de redução de danos;
- Cessar o uso de vez da substância.

5.3 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM E INTERVENÇÕES

Durante os atendimentos, foi possível levantar ao menos três diagnósticos de Enfermagem enquadrados na Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva (CIPESC), que estariam mais latentes e com necessidade de intervenção imediata, no momento do atendimento, para cada participante. Quatro diagnósticos foram recorrentes em pelo menos 70% dos participantes e foram listados na Tabela 4, conforme linha de prioridade adotada durante os atendimentos.

Tabela 4. Diagnósticos de Enfermagem segundo CIPESC. Curitiba 2021

| Código do diagnóstico no CIPESC | Diagnóstico segundo CIPESC |
|--|---|
| 140700 | Uso de álcool e outras drogas |
| 150200 | Controle do regime terapêutico inadequado |
| 210200 | Relacionamento familiar conflituoso |
| 31200 | Emagrecimento |

Fonte: a autora, 2021

A ordem adotada dos diagnósticos encontrados durante os atendimentos se deu pelo de maior prioridade naquele momento, para o de menor prioridade, assim como as intervenções partiram do mesmo pressuposto. Todos os participantes da pesquisa trouxeram queixas parecidas e relacionadas ao uso do álcool, sendo estas, orgânicas, sociais ou familiares. Portanto, o diagnóstico de código 140700 e com a nomenclatura de Uso de Álcool e outras Drogas, é o de maior prevalência entre os participantes.

O segundo diagnóstico encontrado foi o 150200 - Controle de Regime Terapêutico Inadequado, onde apenas um dos participantes relata fazer uso correto de todas as medicações prescritas pelos médicos, estas psicotrópicas ou para o manejo de sua comorbidade, enquanto os demais negam uso de medicações, ou fazem a

administração incorreta. O que faz com que esse diagnóstico seja o segundo com maior prevalência na amostra de participantes, é que inúmeros fatores intrínsecos e extrínsecos contribuem para o manejo da situação de saúde do indivíduo. Salles e Silva (2017) reforçam mais uma vez, que posturas pouco acolhedoras dentro dos serviços de saúde, auxiliam na manutenção inadequada do usuário com sua terapêutica.

O não pertencimento do usuário a um meio social devido ao seu uso, também é considerado um fator importante que contribui para esse controle inadequado, ou seja, as relações interpessoais de indivíduos que fazem uso de substâncias de maneira nociva são diretamente afetadas de maneira negativa, ocasionando em um isolamento social do indivíduo, que por vezes, abandona o tratamento (SOUZA; KANTORSKI; MIELKE, 2006). Além disso, a ausência de autonomia por parte dos usuários faz com que essa adesão ao tratamento seja ainda mais dificultosa.

Como terceiro diagnóstico com maior prevalência dentro do estudo, e sendo um dos pilares para auxílio na manutenção da saúde do indivíduo, foi destacado o diagnóstico 210200 - Relacionamento Familiar Conflituoso, onde, como já citado anteriormente neste estudo, uma das redes de apoio de maior importância para auxílio do usuário em uso e abuso de SPA, é a familiar, porém, diversos autores trazem consigo que o manejo de uma pessoa em uso abusivo de álcool dentro do contexto familiar, por vezes acaba adoecendo também o cuidador.

Seguindo a linha, o quarto diagnóstico de maior prevalência foi o 31200 - Emagrecimento, onde apenas um dos participantes relata padrão de alimentação correto, sendo feito ao menos 3 refeições ao dia, sendo que os demais se alimentam de maneira inadequada ou insuficiente.

Pratta e Santos (2009), relatam que os usuários de substâncias tem a mesma como prioridade em sua vida, consumindo-a de maneira constante, e portanto, deixando de realizar até mesmo atividades básicas de sobrevivência, como a alimentação. Essa questão pode afetar o estado nutricional do usuário, tendo como consequência o emagrecimento e a desnutrição, devido a pouca ou quase nula ingestão de alimentos durante o período de uso.

Além disso, a grande maioria dos usuários de SPA não se alimenta de maneira adequada pela debilidade e alteração de apetite.

Após os diagnósticos de enfermagem terem sido encontrados, cada participante recebeu orientações e prescrições pertinentes aos seus diagnósticos e necessidades de saúde atuais. As principais orientações e prescrições fornecidas aos participantes foram:

- Orientação sobre realizar a administração correta das medicações, conforme orientação médica sobre horários e quantidades;
- Orientação sobre comparecer a todos os atendimentos agendados em serviços de saúde;
- Orientação sobre como realizar o manejo durante crises de abstinência ou fissura para uso com ajuda de familiares se necessário ou acionar equipe de saúde;
- Orientação sobre diminuição do uso gradual da substância, ou, substituição de substâncias mais fortes, por outras com teores alcoólicos menores, como estratégia de redução de danos;
- Orientação sobre aumento de ingestão hídrica e importância da alimentação em conjunto com o tratamento;
- Orientação sobre os riscos de ingestão de álcool em conjunto com as medicações;
- Solicitação de exames laboratoriais de rotina para acompanhamento;
- Orientação sobre demais serviços disponíveis no município para busca do usuário, enquanto rede de apoio;
- Encaminhamento para atendimento de psicoterapia individual;
- Encaminhamento do familiar em sofrimento para atendimento de psicologia;
- Orientação de retorno sempre que achar necessário, e de preferência em menos de 15 dias.

Com o auxílio do instrumento, foi possível abordar toda e qualquer necessidade que o usuário trazia consigo para dentro do serviço de saúde, perpassando por todos os âmbitos da sua vida, desde o social, familiar e de saúde. Podendo, portanto, auxiliar de maneira eficaz os profissionais de enfermagem no atendimento de pessoas em uso de substâncias, pois, de acordo com Beck Júnior (2010, p 26) “os enfermeiros são os profissionais que mantém o contato maior com os usuários dos serviços de saúde, e

tem um potencial imenso para reconhecer os problemas relacionados ao uso de drogas de possivelmente desenvolver ações assistenciais”.

Por fim, destaca-se que a APS tem um papel fundamental na criação de vínculo com esses indivíduos, com a finalidade de oferecer acompanhamento de saúde que cada indivíduo necessita. Além da criação de vínculo, a APS tem ainda o dever de prestar todo atendimento de saúde necessário para a manutenção do processo saúde-doença, uma vez que está estabelecido na Constituição Federal de 1988, art. 196. “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Portanto, é possível perceber o porque a realização do acompanhamento de usuários de substâncias na APS, através de consultas de enfermagem é tão importante, uma vez que apenas assim será possível fornecer um cuidado integral e humanizado para estes indivíduos, além de estabelecer vínculos entre os mesmos e os equipamentos de saúde existentes na rede, com a finalidade de uma assistência digna, assim como de outros cidadãos.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base nos objetivos propostos neste estudo, tais quais: Construir um instrumento norteador a ser utilizado na consulta de enfermagem para pessoas com transtornos relacionados ao uso de substâncias; Identificar os diagnósticos de enfermagem atribuídos a pessoas com transtornos relacionados ao uso de substâncias; e, propor intervenções de enfermagem a pessoas com transtornos relacionados ao uso de substâncias, compreende-se que foram alcançados.

Através da aplicação do instrumento, foi possível realizar a coleta de dados completa do indivíduo, sendo abordados todos os aspectos de vida do indivíduo, desde informações pessoais, até sobre o seu convívio social, e com isso, identificar os diagnósticos pertinentes e mais latentes para então a realização das orientações.

Os resultados do presente estudo apontam a prevalência de indivíduos do sexo masculino e que mantêm o uso de álcool de maneira prejudicial à saúde. Além de deixar evidente a relação entrelaçada entre o álcool e o tabaco.

Conclui-se então que é de extrema importância o acompanhamento dos usuários nos serviços da APS, porém, ainda se reforça o quanto a APS ainda é frágil quando se fala no acompanhamento de pessoas com transtornos relacionados ao uso de substâncias, e pela dificuldade dos profissionais em conduzir uma consulta de enfermagem com esse tipo de público.

Reforço ainda a necessidade de olhar para além do uso do indivíduo, e observar todos os fatores que nele englobam, uma vez que aquela pessoa é muito mais que apenas um transtorno relacionado ao uso de substâncias.

REFERÊNCIAS

1. ACIOLI, et al. Práticas de cuidado: o papel do enfermeiro na atenção básica. Rev enferm UERJ, Rio de Janeiro, 2014 set/out;
2. ALMEIDA, JAF; COSTA, A. Alcoolismo. 4. ed. Rio de Janeiro: Ed. Reviva, 2006.
3. ALMEIDA, PA; MAZZAIA, MC. Nursing Appointment in Mental Health: experience of nurses of the network. Rev Bras Enferm. 2018
4. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. DSM-V. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. Porto Alegre : ARTMED, 2014, 5a. ed.
5. BECK JUNIOR, Aldo. Dependências do Crack: repercussões para o usuário e sua família. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2010. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/24707/000748967.pdf?sequence=1>> Acesso: Jun. 2012.
6. BECK, Lucia Maria; DAVID, Helena Maria Scherlowski Leal. O abuso de drogas e o mundo do trabalho: possibilidades de atuação para o enfermeiro. Esc Anna Nery Rev Enferm 2007 dez; 11 (4): 706 - 11.
7. BOLSONI, et al. Consulta de enfermagem em saúde mental na atenção primária em saúde. SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. out.-dez. 2015;11(4):199-07
8. BOLSONI, et al. Consulta de Enfermagem em Saúde Mental: revisão Integrativa. SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. Out.-Dez. 2016;12(4):249-59
9. BONDAN, RMM. CONSULTA DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL Sob a perspectiva da Teorista Hildegard Peplau. Rio Grande. Março de 2006
10. BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.
11. BRASIL. Lei nº 8,080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 19 set 1990.
12. CAMPOS, DB; BEZERRA, IC; JORGE, MSB .Tecnologias do cuidado em saúde mental: práticas e processos da Atenção Primária. Rev Bras Enferm [Internet]. 2018
13. CUNHA, et al. Representações sobre uso racional de medicamentos em equipes de da Estratégia Saúde da Família. Rev. esc. Enferm. USP [online],v.46, n. 6, p. 1431 – 1437, 2012.

14. Felix, TA; Oliveira, EN; Lopes, MVO; Dias, MAS; Parente, JRF; Moreira, RMM. (2018). Riesgo para la violencia autoprovocada: preanuncio de tragedia, oportunidad de prevención. *Enfermería Global*; 18(1): 373-416. Recuperado em 23 março, 2020, de: <https://doi.org/10.6018/eglobal.18.1.304491>.
15. HIRDES, Alice; SCARPARO, Helena Beatriz Kochenborger. O labirinto e o minotauro: saúde mental na Atenção Primária à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(2):383-393, 2015.
16. MINISTÉRIO DA SAÚDE. A política do ministério da saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Brasília, Distrito Federal, 2003.
17. MINISTÉRIO DA SAÚDE. III Levantamento nacional sobre o uso de drogas pela população brasileira. ICICT/FIOCRUZ, 2017.
18. OLIVEIRA, FB; SILVA, KMD.; SILVA, JCC. Percepção sobre a prática de enfermagem em centros de atenção psicossocial. *Rev Gaúcha Enfermagem*. (Online), v. 30, n.4, p. 692-9, 2009.
19. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. CID-10 : Classificação Internacional de Doenças. São Paulo : EDUSP, 1994, 1ª ed.
20. PEPLAU, Hildegard. *Interpersonal relations in nursing*. New York: G. P. Putnam's Sons, 1952.
21. PINHAIS. Plano Municipal de Saúde de Pinhais (2018 – 2021). Disponível em: <http://www.pinhais.pr.gov.br/saude/FreeComponent84content13593.shtml>. Acesso em: 01 de maio de 2019.
22. PINHEIRO, et al. Teoria das relações interpessoais: reflexões acerca da função terapêutica do enfermeiro em saúde mental. *Enferm. Foco* 2019; 10 (3): 64-69
23. PRATTA, E. M. M.; SANTOS, M. A. O Processo Saúde-Doença e a Dependência Química: Interfaces e Evolução. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Brasília, v. 25, n. 2, p. 203-211, abr./jun. 2009.
24. Relatório Mundial sobre Drogas: 2019. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). Disponível em: <https://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/frontpage/2019/06/relatrio-mundial-sobre-drogas-2019> > Acesso em: 15 de abril de 2020
25. ROCHA, Marisa Lopes. Pesquisa-Intervenção e a Produção de Novas Análises. *PSICOLOGIA CIÊNCIA E PROFISSÃO*, 2003, 23 (4), 64-73
26. SAAD, A. C. (2001). Tratamento para dependência de drogas: uma revisão da história e dos modelos. Rio de Janeiro: IPUB, CUCA, 11-33.
27. SALLES, D.B; SILVA, M.L. Percepção de profissionais da área da saúde mental sobre o acolhimento ao usuário de substância psicoativa em CAPSad. 2017. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 25(2).

28. SANTOS, Francéli Francki dos; FERLA, Alcindo Antônio. Saúde mental e atenção básica no cuidado aos usuários de álcool e outras drogas. *Interface (Botucatu)* [online]. vol.21, n.63, pp.833-844, 2007.
29. SILVA, et al. Perfil dos dependentes químicos atendidos em uma unidade de reabilitação de um hospital psiquiátrico. *Esc Anna Nery, Curitiba*, v. 14, n. 3, p.585-590, 2010.
30. SIMÕES, WMB; MOREIRA, MS. A importância dos atributos: acolhimento, vínculo e longitudinalidade na construção da função de referência em saúde mental na atenção primária à saúde. *Rev. Enfermagem Revista*. V. 16. Nº 03. Set./Dez. 2013
31. SOARES, Marcos Hirata. A inserção do Enfermeiro Psiquiátrico na equipe de apoio matricial em saúde mental. *Revista Eletrônica Saúde Mental álcool e drogas* [online]. Vol 4, n.2, artigo 5, 2008.
32. SOUZA, J; KANTORSKI, L.P; MIELKE, F.B. Vínculos e redes sociais de indivíduos dependentes de substâncias psicoativas sob tratamento em CAPS AD. *SMAD, Revista Electrónica en Salud Mental, Alcohol y Drogas*, 2(1), 0. 2006.
33. TANAKA, Oswaldo Yoshimi; RIBEIRO, Edith Lauridsen. Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. *Ciênc. saúde coletiva* [online], vol.14, n.2, pp.477-486, 2009.
34. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 3088, de 23 de dezembro de 2011.
35. MILLANI, H. de F. B.; VALENTE, M. L. L. de C. O caminho da loucura e a transformação da assistência aos portadores de sofrimento mental. *SMAD Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool E Drogas (Edição Em Português)*, 4(2), 01-19. 2008
36. AMARANTE, P. Saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007.
37. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução COFEN nº 358/2009, de 15 de outubro de 2009.
38. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **LEI N 7.498/86, DE 25 DE JUNHO DE 1986.**
39. WHO. *Global Status Report on Alcohol 2004*. Geneva: WHO; 2004
40. II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD) – 2012. Ronaldo Laranjeira (Supervisão) [et al.], São Paulo: Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas (INPAD), UNIFESP. 2014
41. KESSLER, et al. Avaliação multidimensional do usuário de drogas e a Escada de Gravidade de Dependência. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul*, 2010.

APÊNDICES E ANEXOS

APÊNDICE A – ROTEIRO NORTEADOR DA CONSULTA DE ENFERMAGEM NA APS COM INDIVÍDUOS EM USO DE SUBSTÂNCIAS

S#

1º Primeiro passo: ORIENTAÇÃO (Coleta de dados)

Queixa principal (motivo da procura do atendimento):

- Nome:
- Idade:
- Estado civil:
- Escolaridade:
- Profissão:
- Reside com quantas pessoas e quem são:
- Possui filhos? Quantos:
- Está empregado no momento? Qual é a ocupação?
- Está recebendo algum benefício concedido pelo estado ou município? Qual:

Histórico clínico:

- Cirurgias prévias:
- Internamentos clínicos prévios? Qual motivo:
- Comorbidades associadas:
- Uso contínuo de medicações:
- Prática de atividade física:
- Padrão de alimentação:
- Eliminações fisiológicas:

Em casos de mulheres

- Uso de métodos contraceptivos:
- Última coleta do exame citopatológico:
- Última realização do exame de mamas (para mulheres acima de 45 anos):

Histórico de saúde mental

- Histórico de internamentos prévios:
- Qual o motivo do internamento:
- Quando foi:
- Onde foi:
- Atendimento anteriores em equipamentos de saúde mental:
- Histórico de doença mental na família
- Quando iniciou o uso de substâncias psicoativas:
- Já fez uso de quais substâncias (incluir usos experimentais):
- O que se mantém em uso? Qual a frequência:
- Uso de tabaco? Quantidade:
- Já deixou de realizar atividades do cotidiano por conta do uso:
- Fissura:
- Crises de abstinência:
- Tolerância de uso, percebe que precisa sempre de doses maiores:
- Histórico de tentativas de suicídio:
- Ideação suicida atual:
- Planejamento:

O#

Sinais vitais

Exame físico geral

Exame mental

Avaliar:

- Aparência: odor, situação de saúde, expressão facial, sinais de ansiedade, extremos de manifestações emocionais (tristeza, raiva, inquietação, alegria exagerada);
- Padrão de sono: em excesso ou em estado de insônia
- Psicomotricidade: marcha, hiperatividade, hipoatividade, tremores, movimentos involuntários;
- Consciência: consciente, orientado em tempo e espaço, delirante, lúcido;

- Atenção: concentrado, distraído;
- Sensopercepção: presença de alucinações auditivas e/ou visuais;
- Memória: preservada ou prejudicada;
- Humor: disfórico, eufímico, exaltado, lábil;

A#

2º Passo: IDENTIFICAÇÃO

Diagnósticos de enfermagem levantados durante o atendimento, e enquadrados no CIPESC

P#

3º Passo: EXPLORAÇÃO

Prescrições, orientações de enfermagem e conduta adotada.

4º Passo: RESOLUÇÃO

Reavaliação do plano de cuidados ofertado anteriormente, adequação cas haja necessidade para o período atual, além de corresponsabilizar a família com o cuidado do indivíduo, incluindo-os no tratamento.

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Consulta de enfermagem para pessoas com transtornos relacionados ao uso de substâncias em uma unidade estratégia de saúde da família: um projeto de intervenção.

Eu, Jessica Santos Ivacioki – Enfermeira Residente em Saúde Mental, estou convidando você a participar de um estudo intitulado “Consulta de enfermagem para pessoas com transtornos relacionados ao uso de substâncias em uma unidade estratégia de saúde da família: um projeto de intervenção”, o qual se justifica pela necessidade de prestar cuidado de enfermagem que vá ao encontro das necessidades dessa clientela.

- a) Os objetivos desta pesquisa são: Construir um instrumento norteador a ser utilizado na consulta de enfermagem para pessoas com transtornos relacionados ao uso de substâncias; identificar os diagnósticos de enfermagem atribuídos a pessoas com transtornos relacionados ao uso de substâncias; propor intervenções de enfermagem a pessoas com transtornos relacionados ao uso de substâncias.
- b) Caso você participe da pesquisa, será necessário responder a algumas perguntas dirigidas a você durante a realização da consulta de enfermagem, está que não tem limite de tempo de duração.
- c) É possível que o experimente algum desconforto, principalmente relacionado a recordar as situações que você viveu;
- d) A sua participação na pesquisa implica no risco de lembrar e/ou verbalizar situações vivenciadas por você de maneira desagradável. Entretanto, todas as medidas relacionadas à sua privacidade e conforto, bem como os esclarecimentos pertinentes serão garantidos.
- e) Os benefícios esperados com essa pesquisa estão relacionados a contribuir com a manutenção do estado de saúde das pessoas com transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas e melhorar a adesão ao tratamento, embora nem sempre você seja diretamente beneficiado por sua participação neste estudo.
- f) A pesquisadora Jessica Santos Ivacioki, responsável por este estudo poderá ser localizada na Unidade de Saúde de Família Vargem Grande, Rua Guilherme Ceolin, 551 – Vargem Grande/Pinhais-PR, pelos telefones, (41) 3912-5353 (41)99529-2861, de segunda a sexta-feira em horário comercial e pelo e-mail: ivaciokijessica@gmail.com, para esclarecer eventuais dúvidas que você possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo.

| |
|---|
| Participante da Pesquisa e/ou Responsável Legal - _____ |
| Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE - _____ |
| Orientador - _____ |

g) 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. O seu tratamento está garantido e não será interrompido caso você desista de participar.

h) As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas (pesquisador responsável e pesquisadores colaboradores da pesquisa). 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**.

i) O material obtido – informações cedidas pessoalmente e dados do prontuário - será utilizado unicamente para essa pesquisa e será destruído/descartado – os materiais físicos serão destruídos por máquina de cortar o papel e os arquivos digitais serão excluídos permanentemente dentro de cinco anos.

j) As despesas necessárias para a realização da pesquisa não são de sua responsabilidade e você não receberá qualquer valor em dinheiro.

k) Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

l) Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode contatar também o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (CEPSH-SESA/HT) pelo telefone (41) 3212-5871.

Eu, _____ li esse termo de consentimento e compreendi a natureza e objetivos 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 e sem qualquer prejuízo para mim e sem que esta decisão afete meu tratamento.

Eu concordo em participar voluntariamente deste estudo.

Pinhais, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Participante da Pesquisa ou Responsável Legal

Jessica Santos Ivacioki

Pesquisadora Responsável

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

PAMELA MANOELA DOS SANTOS OLIVEIRA

**MONITORAMENTO DA RECORRÊNCIA DOS USUÁRIOS EGRESSOS DO
TRATAMENTO EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - CAPS II**

CURITIBA - PR

2021

PAMELA MANOELA DOS SANTOS OLIVEIRA

**MONITORAMENTO DA RECORRÊNCIA DOS USUÁRIOS EGRESSOS DO
TRATAMENTO EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - CAPS II**

CURITIBA - PR

2021

FOLHA DE APROVAÇÃO

CURITIBA, 23 DE FEVEREIRO DE 2021

O trabalho intitulado **MONITORAMENTO DA RECORRÊNCIA DOS USUÁRIOS EGRESSOS DO TRATAMENTO EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - CAPS II** de autoria da aluna **PAMELA MANOELA DOS SANTOS OLIVEIRA** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental.

Profª. Dr./Msc Flávia Granzotto Fachini
Orientadora do TCR/PI

Msc Flávia Caroline Figel
Avaliadora da Instituição

Msc Rafael Rocha de Oliveira Baptista
Avaliador Externo

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus, por ter me concedido saúde mental e física, por ter me dado a força, persistência e resiliência necessária para superar as adversidades que encontrei no caminho. Por permitir que tudo isso acontecesse e fosse possível realizar-se ao longo destes dois anos de formação, e por mais esta conquista em minha vida pessoal.

À Secretaria de Estado da Saúde do Paraná e a Escola de Saúde Pública do Paraná, a Coordenação desta Residência, ao corpo docente, por todo conhecimento proporcionado e compartilhado, a direção e administração, a todos pela oportunidade de realizar esta especialização.

À minha orientadora Prof^a. Dr. Msc. Flávia Granzotto Fachini, pelo suporte, orientações, correções, por todo seu empenho e tempo dedicados a mim, sempre com apoio e incentivos.

A minha preceptora Lenir Cotrim Barbosa, por sua doçura, força, determinação, sinceridade, e por todo conhecimento, vivências e experiências compartilhadas.

A coordenadora do CAPS II Fátima Klauss, por toda alegria, compreensão, afeto, por todas as animadas reuniões de equipe e confraternizações.

A todos os profissionais da equipe do CAPS II, aprendi muito com cada um de vocês.

Agradeço ao meu companheiro, Claudio Cesar Adamowicz, por sempre ter estado ao meu lado, pelo apoio nas horas difíceis de desânimo e cansaço, por sua infinita paciência, compreensão e por todo seu amor.

Ao meu pai, Manoel da Silva Oliveira, que me incentivou e apoiou desde o início.

A minha mãe, Lenir Rodrigues dos Santos Oliveira, por sempre alegrar meus dias, por me dar forças e sempre me encorajar, obrigada por seu amor infinito.

A todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação nesta especialização, que contribuíram nesta jornada, o meu sincero muito obrigada.

Gratidão!

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| 1. INTRODUÇÃO | 8 |
| 1.1 JUSTIFICATIVAS | 9 |
| 1.1.1 OBJETIVO GERAL..... | 10 |
| 1.1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS..... | 10 |
| 2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA..... | 10 |
| 2.1 DIAGNÓSTICO SITUACIONAL..... | 10 |
| 2.2 BREVE HISTÓRICO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL..... | 12 |
| 2.3 O SERVIÇO SOCIAL COMO DISPOSITIVO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – CAPS II..... | 14 |
| 2.4 REINCIDÊNCIA DE INTERNAMENTOS PSIQUIÁTRICOS DA PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL | 15 |
| 2.5 REDES DE APOIO SOCIAL E COMUNITÁRIA EM SAÚDE MENTAL..... | 16 |
| 3. ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS | 18 |
| 4. RESULTADO E DISCUSSÃO | 20 |
| 4.1 MONITORAMENTO REALIZADO | 22 |
| 4.2 ORIENTAÇÕES REALIZADAS | 24 |
| 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS | 26 |
| 6. REFERÊNCIAS..... | 28 |
| 7. APÊNDICE..... | 31 |

LISTA DE TABELAS

| | |
|--|-----------|
| Tabela 1 – Usuários que receberam alta melhorada no CAPS II – 2019..... | 20 |
|--|-----------|

RESUMO

O estudo apresentado é resultado de um trabalho de monitoramento dos usuários egressos do tratamento do Centro de Atenção Psicossocial - CAPS II do município de Pinhais/PR, que obtiveram alta por melhora do quadro psicopatológico. A investigação decorreu com os usuários egressos e visou monitorar a recorrência dos mesmos ao tratamento neste equipamento de saúde pós alta, bem como os encaminhamentos a fim de que se efetive a continuidade do tratamento e adesão em outros espaços promotores de saúde e a vinculação na atenção primária a saúde. Foi realizada uma pesquisa qualitativa, através do método de pesquisa-ação, com a finalidade de compreender, por meio das demandas do usuário, quais são as suas necessidades e buscar transformar sua realidade. Os resultados obtidos trazem para discussão e promovem algumas reflexões acerca da importância do trabalho multiprofissional e intersetorial no campo da saúde mental, da importância da atenção primária nos atendimentos em saúde mental. Destaca ainda, o papel fundamental do profissional Assistente Social na construção de uma rede de cuidados direcionados para a integralidade do atendimento, com compromisso a autonomia e desenvolvimento da cidadania do usuário da Política de Saúde Mental e nos oferecem um panorama dos desafios e avanços da Reforma Psiquiátrica no cotidiano do trabalho profissional do Assistente Social na Saúde Mental, e na vida social das pessoas em sofrimento mental. Problematicamos também os efeitos da pandemia da Covid-19 na realização e obtenção dos resultados desta pesquisa.

Palavras-chave: monitoramento; recorrência; saúde mental; serviço social.

1. INTRODUÇÃO

O movimento de Luta Antimanicomial, que teve início na década de 70, passa a propiciar concepções em práticas menos institucionalizantes e mais politizadas de atendimentos territoriais em saúde mental, uma vez que o processo de desinstitucionalização pressupõe transformações culturais e subjetivas na sociedade e depende sempre da pactuação das três esferas de governo (federal, estadual e municipal) (BRASIL, 2005).

Conforme Dimenstein *et al* (2017), a noção de território/territorialização é fundamental para as ações de promoção de saúde, pois configura-se pelo espaço habitado, marcado pela subjetividade humana, pelas relações afetivas, de pertencimento. O território é uma noção dinâmica, fluida, viva, mutante, portanto, conhecê-lo é condição para o planejamento das estratégias e políticas públicas. Assim, os serviços substitutivos em saúde mental quando territorializados, ou seja, localizados nos espaços de convívio social tornam-se mais eficazes.

A partir da década de 90, os CAPS configuram-se como um espaço sócio-ocupacional de atuação do/a Assistente Social, que compõem a equipe multidisciplinar conforme a portaria 336/2002.

No Brasil o SUS conta com 2.661 Centros de Atenção Psicossocial em todo o país. Na Região Sul, a população aproximada de 29.230.180, conta com 85 CAPS II (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020). Sendo o Paraná com 22 regionais de saúde e na modalidade CAPS II são 25 equipamentos habilitados (PARANÁ, 2020).

De acordo com o 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 (BRASIL, 2015).

Os CAPS estão inseridos em locais estratégicos dos territórios, e são os equipamentos fundamentais para a articulação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 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).

1.1 JUSTIFICATIVAS

A partir desta nova forma de tratar as pessoas em sofrimento psíquico, com esta pesquisa, pretende-se realizar o apoio social aos usuários como possibilidade de intervir de forma mais efetiva nas expressões da questão social na área da saúde mental promovendo autonomia no tratamento, convívio social e familiar. Considerando a saúde mental muito além das expressões da questão social, são diversos os determinantes da saúde que favorecem/desencadeiam crises e o fenômeno da porta giratória neste equipamento de saúde pública. A “porta giratória” da psiquiatria, consoante Bandeira e Barroso (2005), configura-se como sendo um fenômeno caracterizado por rehospitalizações frequentes da pessoa com transtorno mental, obedecendo a um ciclo recidivo de internação/alta/internação.

Os fenômenos da vida social impactam diretamente na vida dos usuários, faz-se necessário que os usuários transitem em outros espaços promotores de saúde, cultura, educação, cidadania e lazer. De acordo com Vasconcelos (2011, p.430), “o campo da saúde é o campo da vida e, por isso mesmo, está relacionado diretamente com a economia, com o trabalho, com a cultura, com a habitação, com o lazer, com a educação, com a política e com a ética”.

A presente pesquisa justifica-se pela importância da atuação do profissional Assistente Social em equipe multidisciplinar, conforme o código de ética profissional em seu cap. III art 10º, pois cabe ao assistente social, d) incentivar, sempre que possível, a prática profissional interdisciplinar, na busca pela efetivação dos direitos dos usuários.

Acredita-se que é dever dos cientistas das ciências sociais a análise, investigação, intervenção e reanálise das intervenções, promovendo estudos, a fim de que as práticas profissionais possam contribuir com o desenvolvimento da ciência e de novas pesquisas.

Nesse sentido, buscou-se descrever o monitoramento da recorrência e encaminhamento dos usuários em tratamento no centro de atenção psicossocial CAPS II, do município de Pinhais, Paraná.

1.1.1 OBJETIVO GERAL

Realizar o monitoramento dos (as) usuários (as) que obtiveram alta do tratamento no CAPS II – Pinhais/PR por melhora e/ou estabilidade do quadro no ano de 2019.

1.1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar os usuários (as) que obtiveram alta do tratamento por melhora e/ou estabilidade do quadro no ano de 2019;
- Mapear os recursos e serviços disponíveis no território para orientações e encaminhamentos;
- Verificar junto ao usuário qual o serviço que melhor atenda sua necessidade terapêutica;
- Articular com a rede de serviços disponíveis no município;
- Identificar, por meio do contato telefônico, a adesão dos usuários/as em espaços promotores de saúde, desde o processo do pós-alta no CAPS;

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

O município de Pinhais, localizado no estado do Paraná, segundo o Atlas de Desenvolvimento Humano, encontra-se na Microrregião de Curitiba e na Mesorregião Metropolitana de Curitiba, tendo sua posição geográfica a 893 metros de altitude. Sua população, no Censo de 2010 (IBGE), era de 117.008 pessoas e em 2018 era estimada em 130.789 - 48,55% da população residente masculina e 51,45% feminina (Atlas do Desenvolvimento Humano).

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 a faixa etária de 20 a 49 anos (491 casos). (PINHAIS, 2018). Com relação aos internamentos por lesões autoprovocadas voluntariamente, foram notificados apenas dois, entre as faixas etárias de 10 a 14 anos, e 30 a 39 anos (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE, 2018).

De acordo com informações do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde e o Plano Municipal de Saúde (2018), na Atenção Básica, o município de Pinhais possui 11 Unidades de Saúde da Família.

Na Atenção Secundária; 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 ambulatório de especialidades, o qual oferece serviços de psiquiatria, fonoaudiologia, psicologia, fisioterapia, entre outros. Há que se destacar que existe uma fila de espera para o atendimento em psicologia neste último equipamento, a qual era composta de aproximadamente 700 pessoas no mês de março/2019.

E na atenção terciária: dois hospitais para atendimento à população sendo: Hospital Geral Municipal Nossa Senhora da Luz dos Pinhais e Hospital Psiquiátrico Estadual Adauto Botelho (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE, 2018).

Em Pinhais, o CAPSII atende pessoas a partir de 17 anos e 06 meses de idade, em conformidade com os critérios expostos acima. A equipe que compõe o CAPS II de Pinhais conta com um médico psiquiatra, um enfermeiro, uma terapeuta ocupacional, uma assistente social, duas psicólogas, duas técnicas de enfermagem (uma gestora delas gestora do serviço), uma auxiliar de enfermagem, dois instrutores de artes e uma auxiliar administrativa, quadro profissional compatível com a equipe mínima preconizada na portaria nº. 336/02.

2.2 BREVE HISTÓRICO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL

Iniciada na década de 1970 e com períodos históricos marcados por movimentos sociais, reforma dos hospitais psiquiátricos, desinstitucionalização psiquiátrica e luta antimanicomial, que culminaram avanços e desafios a Reforma psiquiátrica no Brasil (HIRDES, 2009).

O modelo de cuidado à pessoa em sofrimento mental, baseado nos pressupostos da Reforma Psiquiátrica provocou transformações das práticas, saberes e valores culturais e sociais na saúde mental, e desenvolve-se nos espaços substitutivos de atenção. Essas transformações nas formas de cuidado mostram-se viáveis e favorecem a efetivação da reforma psiquiátrica (FERREIRA, 2017).

Tais mudanças vêm ocorrendo aos poucos, com o objetivo de reinserção do sujeito com transtorno mental ao seu território, à sua família, comunidade e sociedade num todo, oferecendo-lhe todas as condições necessárias (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Destacam-se importantes conquistas, a Constituição Federal de 1988, a aprovação da Lei Orgânica da Saúde em 1990 e a Lei nº 10.216 de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental (BRASIL, 2001).

Com a mudança na assistência à saúde mental e com os avanços propostos pela Reforma Psiquiátrica no Brasil, certamente a maior conquista é o processo de desinstitucionalização do portador de sofrimento psíquico (SANTIN, 2011).

A clínica deixa de ser o isolamento terapêutico para tornar-se criação de possibilidades, sociabilidade e subjetividades.

Neste sentido, desinstitucionalização não se restringe à reestruturação técnica, de serviços, de novas e modernas terapias: torna-se um processo complexo de recolocar o problema, de reconstruir saberes e práticas, de estabelecer novas relações (AMARANTE, 2009, p.01).

Sob este novo olhar, surgem os serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, se constitui uma Rede de Atenção Psicossocial através da PORTARIA Nº 3.088, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2011, composta pela atenção básica em saúde, nas unidades básicas de saúde, quanto pelos serviços especializados que incluem ambulatórios de saúde mental, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), hospital-dia, serviços de

urgência e emergência psiquiátricas, leito ou unidade em hospital geral e serviços de residenciais terapêuticos.

Os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) são serviços de atenção diária em saúde mental de caráter substitutivo ao hospital psiquiátrico, sob a responsabilidade de atender pessoas em sofrimento ou transtornos mentais severos e persistentes e com necessidades decorrentes do uso/abuso de álcool e outras drogas (MIELKE, 2009).

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” (BRASIL, 2015).

A partir desta nova forma de tratar as pessoas com transtornos mentais, de forma não mais isolada e sim como parte integrante da sociedade, os sujeitos que antes eram enclausurados em hospitais psiquiátricos, agora podem ser tratados mais próximos dos familiares e da comunidade onde vivem (BRASIL, 2005).

O Serviço Social contribuiu na viabilização de direitos sociais e na luta pela garantia dos serviços, buscando erradicar todas as formas de exploração e discriminação como afirma o Código de Ética Profissional de 1993.

Cabe aqui ressaltar que por meio da lei 10.216 de abril de 2001, que dispõem sobre a proteção e os direitos da pessoa portadora de transtornos mentais, foi redirecionado o modelo assistencial em saúde mental no Brasil, iniciando uma reforma psiquiátrica em todo o território nacional. Evidencia-se a importância da promulgação da referida lei, pois anterior a isto não havia um respaldo que assegurasse o cidadão portador de transtorno mental como uma pessoa de direitos e os encaminhamentos realizados na perspectiva de tratamentos, fatos que envolvessem estes tipos de casos, tinham-se como soluções internamentos manicomiais.

A partir desta lei houve uma transformação nos esforços de acompanhamento de pessoas que sofriam com transtornos mentais abolindo a prática de internamento manicomial/longa permanência, ou qualquer outra situação que seja desprovida dos recursos mencionados no Artigo 2 da Lei 10.216:

I – ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades; II – ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela

inserção na família, no trabalho e na comunidade; III – ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração; IV – ter garantia de sigilo nas informações prestadas; V – ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária; VI – ter acesso aos meios de comunicação disponíveis; VII – receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento; VIII – ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis; IX – ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental (Brasil, 1993).

Nos CAPS são desenvolvidas atividades através de grupos terapêuticos com equipe técnica multiprofissional que se deparam em seu cotidiano de trabalho com usuários que por trás do transtorno mental se encontram em precárias condições de vida, que refletem diretamente em suas condições de saúde, sendo necessária uma atuação que compreenda suas necessidades, em sua totalidade, procurando viabilizar ações que ampliem o atendimento das demandas postas por ele.

Deste modo, é preciso ultrapassar o espaço institucional sob o qual atua, articulando-se com outras instituições, trabalhando em rede, para que atendam as demandas postas pela realidade social dos pacientes numa perspectiva de acesso aos direitos sociais destes.

No sentido de proporcionar uma melhor qualidade de vida para a pessoa em sofrimento mental, seja através de esforços para contribuir com a estabilização do seu quadro psíquico, ou por meio de orientações para o seu ingresso e/ou (re) inserção do sujeito com transtorno mental ao seu território, à sua família, comunidade e sociedade num todo, oferecendo-lhe as condições necessárias, respeitando sua singularidade, autonomia e cidadania.

2.3 O SERVIÇO SOCIAL COMO DISPOSITIVO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – CAPS II

O sofrimento psíquico, por vezes, apresenta-se como consequência de fatores sociais, econômicos, culturais e até mesmo políticos. E nem sempre está relacionado a causas orgânicas ou físicas. Desta forma, cada indivíduo conforme sua história de vida e experiências é marcado em sua subjetividade pelas complexidades inerentes ao mundo social (BUSS, PELLEGRINI FILHO, 2007).

Segundo Cezar *et al.*, (2008, p.6), “a promoção da saúde depende da satisfação de diversas necessidades básicas, através das mais diversas políticas sociais e que não se esgotam no setor da saúde”, portanto, é necessário o

envolvimento de outros segmentos, visando possíveis alternativas para superar processo de saúde/doença, identificado como expressão da questão social.

É possível destacar que as condições socioeconômicas das famílias, aliada à falta de acesso aos serviços públicos, além da exposição às diversas situações de violências, exclusão social, discriminação em suas várias formas, entre outras condições/situações, são fatores de vulnerabilidade vivenciados pelos indivíduos submetidos às internações psiquiátricas e que posteriormente são atendidos nos CAPS.

Segundo a Política Nacional de Saúde Mental, o CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) é o agente articulador da rede de serviços que compreende o seu território de abrangência.

A política de assistência social deve ser articulada ao cuidado em saúde mental, visando ampliar as estratégias de enfrentamento das fragilidades sociais.

Dentre os seus desafios, destacam-se as diversas violações de direitos sociais e a necessidade de efetivar a intersetorialidade, ou seja, articular outros setores no acesso às políticas públicas para o atendimento das necessidades no cuidado com em saúde mental (SCHEFFER, SILVA 2014).

Sobre intersetorialidade, Campos (2004) salienta que é um:

“[...] processo de construção compartilhada, em que os diversos setores envolvidos são tocados por saberes, linguagens e modos de fazer que não lhes são usuais, pois pertencem ou se localizam no núcleo da atividade de seus parceiros. A intersetorialidade implica a existência de algum grau de abertura em cada setor envolvido para dialogar, estabelecendo vínculos de corresponsabilidade e cogestão pela melhoria da qualidade de vida da população” (CAMPOS, 2004, p. 747).

A partir dessa concepção entende-se que a intersetorialidade consiste numa construção coletiva que se fortalece com a participação da população, considerando as particularidades e potencialidades que compõem cada realidade, no intuito de atender as necessidades individuais e coletivas encontradas (NASCIMENTO, 2010).

2.4 REINCIDÊNCIA DE INTERNAMENTOS PSIQUIÁTRICOS DA PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL

Para que haja uma redução de leitos hospitalares e tempo de permanência dos usuários nas instituições, se faz necessário uma rede de alternativas à internação

psiquiátrica que seja compatível com as necessidades dos usuários que retornam ao convívio familiar e social.

Nesta perspectiva:

A desinstitucionalização propõem a redução das internações psiquiátricas que, a partir de então, passam a se configurar como um instrumento clínico terapêutico indicado apenas em casos que exijam proteção a própria vida ou a de terceiros, devendo ser utilizada quando há ruptura no acompanhamento de base comunitária. A decisão do internamento deve ser tomada de forma criteriosa, especificamente em casos necessários, na tentativa de evitar a cronificação do indivíduo e da doença (RAMOS, GUIMARÃES, ENDER; 2011, p.520).

A “porta giratória” da psiquiatria pode ser vista como sendo um fenômeno que analisa as rehospitalizações frequentes de pessoa com transtorno mental, e conforme descrevemos anteriormente, segue um ciclo recidivo de internação/alta/internação. (Bandeira e Barroso, 2005).

A percepção de que a “porta giratória” é uma realidade presente nos serviços de saúde mental, e que este fenômeno apresenta relevância e pertinência para os estudos acerca da rede de atenção em saúde mental. Revolving door, expressão inglesa utilizada para o termo “porta giratória” (Rotelli, Leonardis, Mauri, 2001), fenômeno que vem sendo estudado desde a década de 1960.

No Brasil, os estudos acerca do tema apontam a taxa de readmissões sem utilizar critério para definir o fenômeno da porta giratória. Estas experiências repetitivas de reclusão podem desencadear rupturas nos laços familiares e na permanência dos sujeitos no seu entorno social. A manutenção do tratamento dos pacientes egressos de internação psiquiátrica é pautada na maioria das vezes apenas na terapêutica farmacológica, esse tipo de assistência deixa de absorver outras necessidades cotidianas e coletivas que exigem atenção e interferem na manutenção do tratamento (CARDOSO E GALERA, 2011).

2.5 REDES DE APOIO SOCIAL E COMUNITÁRIA EM SAÚDE MENTAL

O suporte social é hoje considerado como uma variável capaz de proteger e promover a saúde (SIQUEIRA,2008). Dentro dos fatores externos encontra-se o suporte social. Este, de uma forma geral pode ser avaliado pela integração social de um indivíduo no seu meio, além da rede de serviços e pessoas que lhe estão acessíveis – serviços de saúde, percepção que o indivíduo tem das pessoas e serviços na comunidade (BAPTISTA, BAPTISTA & TORRES, 2006).

O apoio social proporciona assim mais saúde. Estando sozinhas, quando se sentem doentes, as pessoas tendem a preocupar-se mais com a doença. A partir do momento em que o apoio social começa a funcionar, as pessoas mudam comportamento, aumentando a sua capacidade de enfrentar situações difíceis e dolorosas, a sua autoestima é evidenciada e descobrem o potencial que têm, aumentando assim a possibilidade de uma vida melhor. Os riscos de adoecer por problemas ligados a fatores psicológicos tendem a ser reduzidos (PIETRUKOWICZ, 2001).

A intervenção no suporte social torna-se relevante quando verificamos a existência de pessoas com transtornos mentais que conseguem ultrapassar situações de crise sem recorrer ao internamento, através do suporte proporcionado por um amigo, um familiar ou por um técnico de acompanhamento, existindo também situações em que os indivíduos entram em crise quando as suas ligações sociais se alteram ou desaparecem (ORNELAS, 1996).

Para um cuidado ampliado em saúde mental, se faz necessário também abordar o tema do apoio social. Os serviços da rede de saúde precisam estar articulados para oferecer atenção integral aos usuários, incluindo os serviços da Atenção Básica (AB), que são indispensáveis para o monitoramento da saúde dos sujeitos, proporcionando um cuidado longitudinal e ampliado. Desta forma proporcionando um sentimento de pertencimento a uma estrutura social mais ampla e um sentido de identidade social e territorial.

Ainda hoje evidencia-se que os trabalhadores da AB experimentam dúvidas e receios ao lidar com o portador de sofrimento psíquico. Há uma dicotomia, como se cuidar da saúde mental não fizesse parte dos cuidados básicos em saúde, quando, na verdade, os cuidados primários para a saúde mental formam uma parte essencial dos cuidados primários gerais (OMS, 2009).

Portanto, há uma necessidade de fomentar e potencializar as fontes de apoios formais e informais do território dos usuários, resgatando vínculos e retomando hábitos de vida em comunidade, aumentando a sensação de pertença a uma estrutura social mais ampla.

A rede de serviços de saúde mental territorializada (CAPS, Hospital Dia, etc) pode ser potencializada com grupos de apoio, autoajuda, grupos de associações de bairro, comunidades religiosas, entre outros dispositivos que proporcionem uma melhor qualidade de vida para as pessoas.

É necessário empoderar cada vez mais as comunidades e estimular políticas públicas de saúde que atuem em conjunto com essas redes naturais de apoio entre as pessoas, e que trabalhem na direção contrária das práticas excludentes.

O sofrimento psíquico tem por característica o isolamento social, é necessário esforço redobrado para que os sujeitos sejam estimulados a participar da vida em comunidade (PIZZINATO, 2018).

3. ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS

A intervenção fruto desta pesquisa, aprovada pelo comitê de ética da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, conforme protocolo CAAE: 32120720.0.0000.5225, Número do Parecer: 4.244.641, realizada no Centro de Atenção Psicossocial CAPS II, localizado no município de Pinhais/PR, que atende pessoas em sofrimento mental e com transtornos mentais graves e persistentes. Os sujeitos desta investigação foram os usuários do CAPS II.

Trata-se de uma pesquisa de intervenção, de abordagem qualitativa, cuja metodologia é baseada em orientar uma mudança ou transformação em uma dada realidade, seja na estrutura ou no processo (VALERIANO, 2008).

Foi utilizado o método de pesquisa-ação, que se destaca por objetivar a transformação de uma realidade através de uma ação planejada. Este método permite uma interação entre o pesquisador e o pesquisado além da colaboração dos participantes como agentes transformadores de sua realidade (THIOLLENT; SILVA, 2007).

O objetivo geral foi realizar o monitoramento dos (as) usuários (as) que obtiveram alta do tratamento no CAPS II – Pinhais/PR por melhora e/ou estabilidade do quadro no ano de 2019, com intuito de buscar evitar o fenômeno da porta giratória.

Para tanto, em um primeiro momento, através da busca em prontuário eletrônico do sistema de saúde do município e nas planilhas administrativas do referido serviço, foram identificados os usuários (as) que obtiveram alta do tratamento por melhora e/ou estabilidade do quadro no ano de 2019. Depois, foram coletados também em prontuário dados como: nome, telefone, unidade de saúde de referência.

A pesquisadora realizou então um contato telefônico inicial com o usuário que obteve alta melhorada do tratamento, convidando este a participar da pesquisa e em caso de aceite, a comparecer presencialmente ao CAPS II em horário previamente

agendado acompanhado de um familiar para que a pesquisadora faça a leitura do termo de consentimento livre e esclarecido e para que o participante e/ou familiar o assine, bem como a pesquisadora possa fazer o esclarecimento de quaisquer dúvidas que tenha em relação à pesquisa.

No decorrer da pesquisa de forma articulada, realizou-se o mapeamento dos recursos e serviços disponíveis no município em diversas áreas, como saúde, lazer, educação, assistência social, trabalho, etc.

Através dos contatos telefônicos a pesquisadora realizou a entrevista semiestruturada com o usuário, onde foram discutidos os seguintes pontos: 1) O tratamento realizado no CAPS II, atendeu suas necessidades terapêuticas e/ou expectativas?; 2) Após a alta do tratamento no CAPS II, você foi encaminhado a outro serviço de saúde do município?; 3) Você foi atendido e/ou frequentou este serviço?; 4) Você sabe qual é a sua Unidade de Saúde da Família de referência?; 5) Atualmente você frequenta a sua Unidade de Saúde da Família de referência?; 6) Atualmente você frequenta algum outro espaço promotor de saúde do município?; 7) Você gostaria de frequentar algum outro espaço promotor de saúde do município?; 8) Você identifica e/ou possui alguma necessidade terapêutica neste momento?; 9) Orientações realizadas.

A entrevista nada mais é do que um diálogo, um processo de comunicação direta entre o Assistente Social e o usuário, momento de interação entre ambos. Cabe ao Assistente Social conduzir este diálogo e direcionar para os objetivos que se pretendem alcançar, tornando este um espaço em que o usuário possa expressar suas ideias, vontades, necessidades, ou seja, para que possa ser ouvido. Deste modo, entrevistar é mais do que “conversar”: requer um rigoroso conhecimento teórico-metodológico (Silva,1995).

Considerando a escuta qualificada como um instrumento importante, o Sistema único de Saúde (SUS) preconiza entre seus princípios o acolhimento e a escuta qualificada. Através da escuta qualificada, obtêm-se informações importantes sobre cada paciente, considerando seu contexto social e de vida, bem como suas particularidades e singularidades. Assim possibilitando de forma ampla as escolhas de intervenção e resolução das suas demandas e necessidades. Tornando-se uma forma de prestar uma assistência de qualidade (BRASIL,2012).

Sobre a instrumentalidade do Serviço Social, Guerra (2007) destaca:

Foi dito que a instrumentalidade é uma propriedade e/ou capacidade que a profissão vai adquirindo na medida em que concretiza objetivos. Ela possibilita que os profissionais objetivem sua intencionalidade em respostas profissionais. É por meio desta capacidade, adquirida no exercício profissional, que os assistentes sociais modificam, transformam, alteram as condições objetivas e subjetivas e as relações interpessoais e sociais existentes num determinado nível da realidade social: no nível do cotidiano (GUERRA,2007).

Utilizando tais instrumentais, a assistente social pode identificar a demanda do usuário e verificou junto a ele qual o serviço que melhor atenda sua necessidade terapêutica, bem como efetuou as orientações e encaminhamentos através do contato telefônico. Realizou também a articulação da rede de serviços disponíveis no município, com objetivo que se dê à continuidade do tratamento extra-caps. Através do contato realizado com a USF de referência de cada usuário participante da pesquisa, foi solicitado que o ACS realizasse a visita domiciliar ao usuário, assim a USF terá conhecimento deste usuário em tratamento de saúde mental e também com o objetivo de vincular o mesmo a unidade de saúde para efetivar a continuidade do tratamento na atenção primária.

Por fim, também por meio do contato telefônico foi verificada a adesão dos usuários/as nos espaços promotores de saúde e na USF, desde o processo do pós-alta no CAPS II.

4. RESULTADO E DISCUSSÃO

Como resultados, foram identificados 36 usuários que obtiveram alta por melhora e/ou estabilidade do quadro no ano de 2019, foram identificados 24 usuárias do gênero feminino e 12 usuários do gênero masculino. Porém, apenas 07 usuários aceitaram participar da pesquisa, destes foi realizada a entrevista apenas com 04, conforme possível observar na tabela a seguir.

Tabela 1 – Usuários que receberam alta melhorada no CAPS II – 2019

| ALTA MELHORADA CAPS II - 2019 | | | | | | | | | |
|-------------------------------|----------------|--------------|-------|----------------|--------------------|----------------------|-----|----------------------------|----------------------------|
| JANEIRO | | | | | | | | | |
| Nome | Tipo de Alta | Data da alta | Idade | Encaminhamento | Contato Telefônico | Entrevista Realizada | | Recorrência ao tto em 2019 | Recorrência ao tto em 2020 |
| | | | | | | Sim | Não | | |
| Alecrim | Alta Melhorada | 07/01/2019 | 72 | GP SM NASF | cont. s/ sucesso | | X | | 06/06/2020 |
| Antúrio | Alta Melhorada | 07/01/2019 | 40 | USF | cont. s/ sucesso | | X | | |

| | | | | | | | | | |
|------------------|---------------------------|------------|----|------------|-------------------|---|---|------------|------------|
| Amarilis | Alta Melhorada | 18/01/2019 | 70 | USF | cont. s/ sucesso | | X | | |
| Alfazema | Alta Melhorada | 30/01/2019 | 58 | USF | aceitou / TCLE OK | | X | | |
| FEVEREIRO | | | | | | | | | |
| Azaléia | Alta Melhorada | 08/02/2019 | 36 | USF | Não aceitou | | X | | |
| Astromélia | Alta Melhorada | 11/02/2019 | 38 | USF | aceitou / TCLE OK | X | | | 09/06/2020 |
| Acácia | Alta Melhorada e a pedido | 12/02/2019 | 51 | USF | cont. s/ sucesso | | X | 08/10/2019 | |
| Begônia | Alta Melhorada | 13/02/2019 | 45 | USF | aceitou / TCLE OK | | X | | |
| Bromélia | Alta melhorada+não adesão | 14/02/2019 | 21 | USF | cont. s/ sucesso | | X | 26/09/2019 | |
| MARÇO | | | | | | | | | |
| Bonina | Alta Melhorada | 06/03/2019 | 37 | UBS | aceitou / TCLE OK | X | | | |
| Buganvílea | Alta Melhorada | 18/03/2019 | 36 | GP SM NASF | internada / AD | | X | | |
| Brassia | Alta Melhorada | 25/03/2019 | 29 | AMB | cont. s/ sucesso | | X | 27/09/2019 | |
| ABRIL | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|-----------------|----------------|------------|----|-------------|-------------------|---|---|--|------------|
| MAIO | | | | | | | | | |
| Beladona | Alta Melhorada | 02/05/2019 | 57 | GP SM NASF | cont. s/ sucesso | | X | | |
| Cravo | Melhorada | 28/05/2019 | 35 | AMB | cont. s/ sucesso | | X | | |
| JUNHO | | | | | | | | | |
| JULHO | | | | | | | | | |
| Crisântemo | Melhorada | 03/07/2019 | 36 | USF | reside em CWB | | X | | |
| Camomila | Melhorada | 19/07/2019 | 92 | USF | cont. s/ sucesso | | X | | |
| Cártamo | Melhorada | 29/07/2019 | 38 | USF | cont. s/ sucesso | | X | | |
| Calêndula | Melhorada | 30/07/2019 | 54 | USF | aceitou / TCLE OK | X | | | 23/06/2020 |
| AGOSTO | | | | | | | | | |
| Camélia | Melhorada | 15/08/2019 | 39 | USF | cont. s/ sucesso | | X | | |
| Celósia | Melhorada | 23/08/2019 | 21 | USF | cont. s/ sucesso | | X | | |
| Cinerária | Melhorada | 28/08/2019 | 62 | USF | aceitou / TCLE OK | X | | | |
| Clívia | Melhorada | 28/08/2019 | 39 | AMB | reside em PG | | X | | |
| SETEMBRO | | | | | | | | | |
| Ciclame | Melhorada | 12/09/2019 | 64 | USF | cont. s/ sucesso | | X | | |
| Capuchinha | Melhorada | 20/09/2019 | 33 | USF | reside em SC | | X | | |
| OUTUBRO | | | | | | | | | |
| Dália | Melhorada | 18/10/2019 | 65 | USF | cont. s/ sucesso | | X | | |
| NOVEMBRO | | | | | | | | | |
| Dendróbio | Melhorada | 01/11/2019 | 45 | USF | cont. s/ sucesso | | X | | |
| Dipladênia | Melhorada | 04/11/2019 | 56 | USF/GP NASF | cont. s/ sucesso | | X | | |
| Estame | Melhorada | 29/11/2019 | 63 | USF/CCI | cont. s/ sucesso | | X | | |
| DEZEMBRO | | | | | | | | | |
| Eufórbia | Melhorada | 05/12/2019 | 32 | USF | cont. s/ sucesso | | X | | |
| Frésia | Melhorada | 06/12/2019 | 55 | USF | aceitou / TCLE OK | | X | | |
| Girassol | Melhorada | 10/12/2019 | 56 | USF | cont. s/ sucesso | | X | | |
| Gardênia | Melhorada | 11/12/2019 | 60 | USF | cont. s/ sucesso | | X | | |

| | | | | | | | | | |
|-----------|-----------|------------|----|-----|------------------|--|---|--|------------|
| Gérbera | Melhorada | 11/12/2019 | 20 | USF | cont. s/ sucesso | | X | | |
| Gerânio | Melhorada | 16/12/2019 | 37 | USF | cont. s/ sucesso | | X | | |
| Hibisco | Melhorada | 18/12/2019 | 64 | USF | cont. s/ sucesso | | X | | |
| Hortênsia | Melhorada | 19/12/2019 | 33 | USF | cont. s/ sucesso | | X | | 29/10/2020 |

Conforme a tabela 1 acima, do total de entrevistados, 01 usuário se negou a participar, 01 usuária estava internada em hospital psiquiátrico, 02 usuários não residiam mais no município e 01 estava residindo em outro estado, apenas 07 usuários aceitaram participar da pesquisa, os demais 25 usuários não foi obtido sucesso na realização dos contatos telefônicos devido aos números de telefone não estarem atualizados no cadastro de saúde.

De acordo com a tabela 1, é possível perceber que a maior parte dos usuários apresentou como tipo de alta a condição 'melhorada' e 'alta melhorada'. A idade média dos usuários foi de 46 anos. A maior parte dos encaminhamentos foi direcionada para a USF (Unidade de Saúde da Família). Ainda de acordo com a tabela 1, a maior parte dos contatos telefônicos não foram atendidos ou o usuário não possuía mais o mesmo número de telefone e não atualizou cadastro. Dentre o número total de usuários, apenas 4 aceitaram participar da entrevista.

4.1 MONITORAMENTO REALIZADO

O processo do monitoramento ocorreu em dias alternados, conforme a disponibilidade do usuário em atender os contatos telefônicos realizados pela pesquisadora. O monitoramento faz parte de um trabalho de prevenção da recorrência do usuário ao tratamento no CAPS II.

Compreende-se por monitoramento:

O conjunto de atividades de acompanhamento sistemático do desenvolvimento e/ou desempenho do programa, com fins quase sempre de aperfeiçoamento do mesmo. É importante compreender que trata-se de um processo rotineiro de acúmulo de observação e análise. Em outras palavras, trata-se de uma atividade de registro regular de um programa, projeto ou ação (BOULLOSA E ARAUJO, 2009, P.22).

Durante a realização do monitoramento, constatou-se que os usuários estavam em casa, relatando apresentar boas condições de saúde, humor estável no momento do contato telefônico e desta forma foi aplicado uma entrevista semiestruturada para coleta das informações.

Em relação ao tratamento realizado no CAPS II que estes usuários receberam, durante o período em que estiveram inseridos neste equipamento de saúde, todos os usuários participantes responderam que foram bem atendidos e que o tratamento atendeu suas necessidades e/ou expectativas.

Após a alta por melhora e/ou estabilidade no quadro psicopatológico todos responderam que foram encaminhados a outro serviço de saúde do município para continuidade do tratamento. Destes, 3 usuários afirmaram que foram atendidos e/ou frequentaram este serviço, 1 usuário não se recordava.

Foram questionados se tinham conhecimento de qual é sua unidade de saúde de referência. Foi observado que todos sabiam e frequentavam e/ou frequentaram em algum momento a unidade de saúde para renovação de receitas médicas e outros atendimentos, apenas 1 usuário afirmou ter conhecimento de qual era sua unidade de saúde de referência, porém, relatou que não frequentava a mesma pois a medicação prescrita não era fornecida na rede do município e mantinha consultas com psiquiatra particular.

Quanto a inserção dos usuários em outros equipamentos e espaços promotores de saúde do município, averiguou-se que nenhum dos usuários estava inserido em outro espaço e que desconheciam outros serviços e atividades ofertados por outros serviços e equipamentos do município. Sobre o interesse dos usuários em ocupar outros espaços, apenas 1 usuário não demonstrou interesse, 1 usuário relatou estar trabalhando informalmente e por este motivo não teria disponibilidade no momento. Mas, que já esteve inserido, e que gostaria em outra oportunidade de retomar as atividades de pintura em tela e artesanato ofertados no centro cultural do município. Os outros 2 usuários relataram interesse em atividades físicas como ginástica, e atividades de geração de trabalho e renda com costura e artesanato.

Os usuários foram também indagados se possuíam e/ou identificavam alguma necessidade terapêutica após a alta do CAPS II. 1 usuário relatou estar bem, que estava em uso correto da medicação e que não identificava nenhuma outra necessidade. 1 usuário apresentou necessidade de atendimento de psicologia, 1 usuário gostaria de retomar o convívio social, as atividades artesanais e atividades de qualificação profissional, 1 usuário estava sendo assistido pelo CRAS de sua região e segundo este, devido a comorbidades clínicas não seria possível frequentar assiduamente outro espaço, mas, que gostaria de ter orientação e qualificação para empreender.

4.2 ORIENTAÇÕES REALIZADAS

Pinhais pertence à 2ª Regional de Saúde do Paraná, localizada na Macrorregião Leste. De acordo com informações do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde e o Plano Municipal de Saúde (2018).

Na Atenção Básica, o município possui 11 Unidades de Saúde da Família. Na Atenção Secundária; 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 ambulatório de especialidades, o qual oferece serviços de psiquiatria, fonoaudiologia, psicologia, fisioterapia, entre outros. E na atenção terciária: três hospitais para atendimento à população sendo: Hospital Geral Municipal e Maternidade Nossa Senhora da Luz dos Pinhais e Hospital Psiquiátrico Estadual Adauto Botelho.

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).

As áreas de lazer do município contam com Bosque Municipal, Bosque Bordignon, Parque Linear Iraí, Parque Linear Palmital, Parque Linear Palmital, ParCão e Parque das Águas de Pinhais e diversas academias ao ar livre nos bairros.

Na Educação Pinhais conta com 21 Centro Municipal de Educação Infantil – CMEIS, 22 Escolas Municipais, 14 Colégios Estaduais, 1 Centro Estadual de Educação Básica para Jovens e Adultos e 1 Centro de Atendimento às Deficiências Sensoriais, 1 APAE Pinhais.

A Assistência Social conta com 1 Centro de Referência Especializado de Assistência Social CREAS, 04 Centro de Referência de Assistência Social, CRAS Norte, CRAS Sul, CRAS Leste e CRAS Oeste, atendendo a programas como: bolsa família, Programa de Atenção ao Idoso – PAI, Programa Leite das Crianças, entre outros; Projetos como: Horta no Quintal de Casa, Tele centro; Serviços como: Serviço

de Convivência e Fortalecimento de Vínculos – SCFV, SCFV Prejovem e Projovem, SCFV Idoso, entre outros; Benefícios: auxílio alimentação, funeral, locomoção, Benefício de Prestação Continuada – BPC, etc.

Outros equipamentos e serviços ofertados pelo município como: Assistência Judiciária e Cidadania; Núcleo de Inclusão Produtiva - NIP, Centro de Convivência do Idoso – CCI, Centro da Juventude – CEJU, Núcleo de Convivência Familiar Norte – NCFV, Centro de Empreendedorismo e Artesanato de Pinhais – CEART, Armazém da Família, Feiras Livres, Agencia do Trabalhador, 3 Ginásios Poliesportivos, 1 Centro de Iniciação ao Esporte – CIE, 1 Centro de Artes e Esportes Unificados – CEU, etc.

O município de Pinhais apresenta uma estrutura ampla e contempla diversas áreas de atendimento.

Conforme as necessidades e demandas apresentadas pelos usuários participantes da pesquisa no processo de monitoramento foram realizadas diversas orientações quanto aos equipamentos da área da saúde, assistência social, educação, cultural, lazer, esporte, empreendedorismo e artesanato entre outros, com o objetivo de que os usuários tomem conhecimento e que ocupem estes espaços promotores de saúde e convívio social.

Acredita-se que nossa percepção referente ao acompanhamento do usuário na participação dessa pesquisa reflete as dificuldades em se trabalhar com a saúde mental e manter o vínculo com os usuários. Conforme discutimos anteriormente, defendemos atualmente a desinstitucionalização dos usuários, porque conforme RAMOS, GUIMARÃES, ENDERS (2011), a institucionalização deve ser indicada em casos específicos, os quais a vida dos usuários seja colocada em risco. Contudo, quando os pacientes frequentam equipamentos como o CAPS, a intersetorialidade deve funcionar adequadamente. Para Campos (2004), a intersetorialidade deve contribuir para “dialogar, estabelecendo vínculos de corresponsabilidade e cogestão pela melhoria da qualidade de vida da população” (p. 747). O foco da intersetorialidade está na junção entre os serviços e também na oferta de melhor qualidade de vida ao usuário.

Nem sempre os serviços conseguem colocar em prática o que propõe devido às dificuldades expostas anteriormente. Com isso, analisamos que o fenômeno da “porta giratória”, conforme apresentado por Bandeira e Barroso (2005). É possível perceber as dificuldades que os equipamentos de saúde mental e os profissionais encontram em tratar a saúde mental, devido ao número de rehospitalizações dos

usuários. Conforme já descrevemos anteriormente, perdemos muito o contato com os usuários e, assim, os acompanhamentos longitudinalmente são dificultados ou impossibilitados. Certamente, nossa prática cotidiana contribui para que possamos conceber a ideia de que o ciclo recidivo de internação/alta/internação contribui negativamente tanto para os usuários como para a equipe e gera custos exorbitantes para o sistema de saúde.

Esperava-se com esta pesquisa que os usuários ocupassem outros serviços promotores de saúde no município, interagindo socialmente, dando continuidade em seu tratamento, mantendo vínculo na USF de seu território. Bem como, com o trabalho de monitoramento dos usuários egressos evitar o fenômeno da porta giratória e realizar a prevenção da recorrência ao tratamento no CAPS II. Porém, conforme observado nessa, existem muitos desafios em manter o contato com os usuários: usuário muda de endereço; mudança de número de telefone; perda de contato do usuário com o CAPS.

Através das orientações e encaminhamentos, buscou-se efetivar o acesso dos usuários (as) aos serviços/espços promotores de saúde ofertados pelo município de Pinhais – PR, a fim de promover a autonomia, autocuidado e gerenciamento de vida, propiciando também o protagonismo familiar e social com objetivo de evitar/diminuir a recorrência ao tratamento em CAPS II e favorecer a (re) inserção social.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nossa proposta inicial em realizar a pesquisa em questão era de realizar o monitoramento dos (as) usuários (as) que obtiveram alta do tratamento no CAPS II – Pinhais/PR por melhora e/ou estabilidade do quadro no ano de 2019, com intuito de buscar evitar o fenômeno da porta giratória. Esperávamos, sinceramente, que pudessemos realizar o contato com o maior número de usuários possível e fomos surpreendidas com uma amostra tão baixa de participantes.

Ainda que tenhamos sido surpreendidas, essas informações nos serviram para refletir sobre as dificuldades em manter o contato com os usuários após a alta dos mesmos do serviço CAPS II. Quando sugerimos tratar essa questão pelo fenômeno da porta giratória, nosso intuito era o de analisar e buscar respostas que contribuíssem para que pudessemos perceber onde estariam as dificuldades e/ou

lacunas para que os usuários perdessem o contato com e ainda, para que o fenômeno da “porta giratória” não se repetisse com frequência e os usuários não apresentem frequentemente a reincidência.

A partir dos resultados da nossa pesquisa, acreditamos que precisamos de um sistema integrado, o qual os usuários possam ter seus cadastro e informações sobre o tratamento compartilhado em âmbito nacional. Ainda, pensamos que precisamos implementar estratégias mais efetivas para que a adesão dos usuários ao CAPS possa ocorrer à curto, médio e longo prazo. Acreditamos que tratar de políticas públicas de saúde mental exige muito investimento, interação entre os serviços e a busca de um acompanhamento á longo prazo dos usuários, a fim de que possam ter suas necessidades psicológicas e sociais atendidas mesmo após a alta, a fim de evitar o fenômeno da “porta giratória”.

Acreditamos que nossa pesquisa apresentou limitações, como por exemplo, os efeitos da pandemia da Covid-19 na realização e obtenção dos resultados desta pesquisa, devido a ocorrência de afastamentos por contaminação dos profissionais na atenção primária, na assistência social e demais espaços do município, não foi possível efetivar os encaminhamentos e adesão dos usuários nestes espaços promotores de saúde, amostra de apenas 4 usuários, o tempo de coleta e análise de dados também foi curto. Sugerimos que novas pesquisas sejam realizadas nessa área e que investiguem no sistema longitudinal de corte, a fim de compreender melhor sobre o que acontece com os usuários nos anos seguintes com a alta, suas maiores dificuldades e a oferta de um serviço de apoio pós alta, a fim de que sintam que continuam sendo acompanhados e que possuam contato com instituições de saúde mental à longo prazo.

6. REFERÊNCIAS

- AMARANTE, Paulo. **Reforma Psiquiátrica e Epistemologia**. Cad. Bras. Saúde Mental, Vol 1, nº1, jan-abr. 2009.
- BANDEIRA, M; BARROSO, S. M. **Sobrecarga de pacientes psiquiátricos**. J. Bras. Psiquiat. Vol. 54, nº1, P. 34-46, 2005.
- BAPTISTA, M.N., BAPTISTA, A.S.D., & TORRES, E.C.R (2006) **Associação entre suporte social, depressão e ansiedade em gestantes**. PSIC – Revista de Psicologia da Vetor Editora, Vol. 7. P. 39-48
- BOULLOSA, Rosana & TAVARES, Edgilson. **Avaliação e Monitoramento de Projetos Sociais**. Curitiba Editora IESDE (2009).
- BRASIL. **Código de Ética do/a Assistente Social Lei 8.662/93 de Regulamentação da Profissão**. Brasília, 7 de junho de 1993, 172º da Independência e 105º da República.
- 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**. Brasília, 6 de abril de 2001; 180º da Independência e 113º da República.
- BRASIL. **Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Brasília, 19 de setembro de 1990; 169º da Independência e 102º da República.
- BRASIL.MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília,2012.
- BRASIL. **Portaria nº 336/GM de 19 de fevereiro de 2002 do Ministério da Saúde**.
- BRASIL. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**.
- BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. **A saúde e seus determinantes sociais**. Physis, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, Apr. 2007.
- CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/>.
- CAMPOS, Barros, Regina B. de; CASTRO, Adriana M. de. **Avaliação de política nacional de promoção da saúde**. Ciências e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, ABRASCO, v. 9, n. 3, p. 745-749, 2004.

CARDOSO, L. & GALERA, S. F. (2011). **Internação psiquiátrica e a manutenção do ratamento extra-hospitalar**. Revista da Escola de Enfermagem da USP; Vol. 45. P. 87-94

CEZAR, C. A.; MIOTO, R. C. T.; SCHUTZ, F. **A construção da intersectorialidade em saúde como estratégia na garantia de direitos**. In: CONFERÊNCIA MUNDIAL DE SERVIÇO SOCIAL, 19., Salvador, 2008.

DIMENSTEIN, Magda et al . **Determinação social da saúde mental: contribuições à psicologia no cuidado territorial**. Arq. bras. psicol., Rio de Janeiro , v. 69, n. 2, p. 72-87, 2017.

FERREIRA, TPS et al. **Produção do cuidado em Saúde Mental: desafios para além dos muros institucionais**. *Interface (Botucatu)* [online]. 2017, vol.21, n.61, pp.373-384. Epub Oct 24, 2016. ISSN 1807-5762.

GUERRA, Yolanda. **A instrumentalidade no trabalho do Assistente Social**. São Paulo, Cortez, 5º Edição, 2007.

HIRDES, Alice. **A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 14, n. 1, p. 297-305, fev. 2009 .

IBGE. IBGE - cidades @. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/pinhais>.

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.

MIELKE, Fernanda Barreto et al . **O cuidado em saúde mental no CAPS no entendimento dos profissionais**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 14, n. 1, p. 159-164, fev. 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015. **Centros de atenção psicossocial e unidades de acolhimento como lugares da Atenção Psicossocial nos territórios**. Distrito Federal.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005. **Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas Brasília, 07 a 10 de novembro de 2005**. Distrito Federal.

NASCIMENTO, Sueli do. **Reflexões sobre a intersectorialidade entre as políticas públicas**. Serv. Soc. Soc., São Paulo , n. 101, p. 95-120, Mar. 2010.

ORNELAS, J. (1996). **Suporte Social e doença mental**. Análise psicológica, vol. 2-3, P. 263-268

PIETRUKOWICZ, M.C.L.C (2001). **Apoio social e religião: Uma forma de enfrentamento doas problemas de saúde**. Dissertação de Mestrado apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública: Rio de Janeiro.

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

PIZZINATO, Adolfo et al. **Análise da rede de apoio e do apoio social na percepção de usuários e profissionais da proteção social básica.** Estud. psicol. (Natal), Natal, v. 23, n. 2, p. 145-156, jun. 2018.

PNUD – PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO; IPEA -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.

RAMOS, DÉBORAH K. R; GUIMARÃES, JACILEIDE; ENDERS, BERTHA C. **Análise contextual de reinternações frequentes de portado de transtorno mental.** Interface Comunicação Saúde Educação. Vol. 15. N° 37 P. 519-27 abr.jun.2011.

ROTELLI, F.; LEONARDIS, O.; MAURI, D. Desinstitucionalização, uma outra via. In: NICACIO, F. (Org.) **Desinstitucionalização.** 2. Ed. São Paulo: Hucitec, 2001. P. 17-59.

SANTIN, Gisele; KLAFKE, Teresinha Eduardes. **A família e o cuidado em saúde mental.** Barbaroi, Santa Cruz do Sul, n. 34, p. 146-160, jun. 2011.

SCHEFFER, Graziela; SILVA, Lahana Gomes. **Saúde mental, intersetorialidade e questão social: um estudo na ótica dos sujeitos.** Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 118, p. 366-393, June 2014.

SILVA, Jurema Alves Pereira da. **O papel da entrevista na prática do serviço social.** In: Em Pauta. Rio de Janeiro: Faculdade de Serviço Social da UERJ, n. 6, 1995.

SIQUEIRA, M.M.M (2008). **Construção e validação da escala de percepção de suporte social.** Psicologia em Estudo, vol. 13 P. 381-388.

SESA PR, 2020. – SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ. Disponível em: <https://www.saude.pr.gov.br/Pagina/Saude-Mental#>

THIOLLENT, M.; SILVA, S. Metodologia de pesquisa-ação na área de gestão de problemas ambientais. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação, Inovação e Saúde**, Rio de Janeiro (RJ), v. 1, n. 1, p. 93-100, jan./jun. 2007.

VALERIANO, D. L. **Gerenciamento estratégico e administração por projetos.** São Paulo: Makron Books. 2008.

VASCONCELOS, Ana Maria de. **A Prática do Serviço Social: Cotidiano, Formação e Alternativas da Saúde.** São Paulo: Cortez, 2011.

7. APÊNDICE

Entrevista semiestruturada

| Entrevista de monitoramento |
|---|
| <p>1) O tratamento realizado no CAPS II, atendeu suas necessidades terapêuticas e/ou expectativas? Sim Não</p> |
| <p>2) Após a alta do tratamento no CAPS II, você foi encaminhado a outro serviço de saúde do município? Sim? Qual? Não</p> |
| <p>3) Você foi atendido e/ou frequentou este serviço? Sim Não</p> |
| <p>4) Você sabe qual é a sua Unidade de Saúde da Família de referência? Sim Não</p> |
| <p>5) Atualmente você frequenta a sua Unidade de Saúde da Família de referência? Sim Não</p> |
| <p>6) Atualmente você frequenta algum outro espaço promotor de saúde do município? Sim? Qual? Não</p> |
| <p>7) Você gostaria de frequentar algum outro espaço promotor de saúde do município? Sim? Qual? Não</p> |
| <p>8) Você identifica e/ou possui alguma necessidade terapêutica neste momento? Sim? Qual? Não</p> |
| <p>9) Orientações realizadas:</p> |

**SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO PARANÁ – SESA
ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO PARANÁ - ESPP
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE
MENTAL**

ANELISE MONTAÑES ALCÂNTARA

**ANÁLISE DO PADRÃO DE PRESCRIÇÃO DE PSICOFÁRMACOS
ANTES E DURANTE A PANDEMIA PELO NOVO CORONAVÍRUS NO
MUNICÍPIO DE PINHAIS**

Trabalho apresentado como requisito parcial para
obtenção do título de Especialista em Saúde Mental.
Orientadora: Dra. Milene Zanoni da Silva.

CURITIBA

2021

ANÁLISE DO PADRÃO DE PRESCRIÇÃO DE PSICOFÁRMACOS ANTES E DURANTE A PANDEMIA PELO NOVO CORONAVÍRUS NO MUNICÍPIO DE PINHAIS

Resumo:

Este trabalho teve como objetivo central analisar o padrão de prescrição de psicofármacos antes e durante a pandemia pelo novo coronavírus nas Unidades de Saúde da Família no município de Pinhais-PR. Trata-se de um estudo farmacoepidemiológico retrospectivo a partir da coleta de dados secundários sobre a prescrição de psicofármacos das 11 Unidades de Saúde da Família no município de Pinhais, Paraná, do ano de 2018 a 2020. Utilizou-se sistemas de informática WinSaúde e o IDS Saúde para acessar informações referentes a: prescrição, sexo, princípio ativo, Unidade Saúde da Família e ano. Os resultados apontam que a quantidade de unidades prescritas de psicofármacos nos três anos é alta, próximas de 3 milhões de comprimidos e cápsulas por ano. Este fato representa ser até 24 vezes superior a prescrição de psicofármacos comparado ao tamanho da população. A média de prescrição de antidepressivos nos três anos foi de 53,7%, o que representa mais da metade de todas as unidades prescritas, tanto antes como depois da pandemia pelo novo coronavírus. A fluoxetina foi o medicamento mais prescrito durante os anos analisados. Houve um aumento das prescrições de psicofármacos durante a pandemia da Covid-19, sobretudo dos psicolépticos carbonato de lítio (30%) e risperidona (19%). Considera-se que identificar o padrão de prescrição e de consumo de psicofármacos na atenção primária à saúde (APS) pode contribuir para traçar uma linha de cuidado no âmbito da saúde mental durante e após a pandemia da Covid-19, uma vez que grande parte dos usuários com transtornos mentais e em sofrimento psíquico deveriam ser acompanhados pela APS.

Palavras-chave: Saúde Mental, Covid-19, Atenção Primária à Saúde.

Abstract:

The main objective of this work was to analyze the pattern of prescription of psychiatric drugs before and during the pandemic by the new coronavirus in the Family Health Units in the municipality of Pinhais-PR. This is a retrospective pharmacoepidemiological study based on the collection of secondary data on the prescription of psychiatric drugs from the 11 Family Health Units in the municipality of Pinhais, Paraná, from 2018 to 2020. We used WinSaúde computer systems and the IDS Saúde to access information related to: prescription, sex, active ingredient, Family Health Unit and year. The results show that the number of units of psychiatric drugs prescribed in the three years is high, close to 3 million pills and capsules per year. This fact represents up to 24 times the prescription of psychotropic drugs compared to the population size. The average prescription of antidepressants in the three years was 53.7%, which represents more than half of all units prescribed, both before and after the new coronavirus pandemic. Fluoxetine was the most prescribed medication during the years analyzed. There was an increase in prescriptions for psychiatric drugs during the Covid-19 pandemic, especially for psycholeptics, lithium carbonate (30%) and risperidone (19%). It is considered that identifying the pattern of prescription and consumption of psychiatric drugs in primary health care (PHC) may contribute to draw a line of care in the context of mental health during and after the Covid-19 pandemic, since a large part of users with mental disorders and in psychological distress should be accompanied by PHC.

Keyword: Mental Health, Covid-19, Primary Health Care.

INTRODUÇÃO

*Não há civilização sem loucura [...] ela acompanha a humanidade
por todo lugar que haja imposição de limites.*

Michel Foucault.

A partir da década de 1980¹ passou a vigorar a psiquiatria biológica no âmbito da psiquiatria produzindo novos modelos de verdade e novas práticas sociais. O novo discurso psiquiátrico biológico permanece legitimado em diversos espaços como na universidade, na mídia e na sociedade produzindo verdades sobre os transtornos mentais. Esses discursos se amparam nas neurociências (no conhecimento do funcionamento cerebral) e criam seus vocabulários. Termos como serotonina, fluoxetina, depressão, ansiedade e pânico passaram rapidamente a fazer parte do dia a dia das pessoas e a atuação da psiquiatria se amplia (da esquizofrenia a performances das pessoas) se deslocando da “loucura” e dos “manicômios”, isto é, saindo do domínio médico e da moral². (AGUIAR, 2004).

Os efeitos dessa psiquiatria biológica se constituem principalmente na medicalização da existência, acompanhada do crescimento da indústria farmacêutica de psicofármacos. O discurso da psiquiatria biológica apresenta hipóteses teóricas fragmentadas e busca uma correspondência entre os sintomas e os processos biológicos. Criam-se verdades em torno de explicações neurais sobre a experiência humana. A constituição do campo da psiquiatria contemporânea ocorre como efeito de forças heterogêneas que ultrapassam o campo da psiquiatria. (AGUIAR, 2004).

Esse novo modo de funcionamento da clínica psiquiátrica configura um (des) caminho da medicina mental. A psiquiatria passa a assumir a autoridade de produzir categorias diagnósticas que passam a descrever as mais diversas experiências de mal-estar psíquico. (FURTADO; SZAPIRO, 2016). Existem mais de 500 tipos de transtorno mental e do comportamento catalogados (BEZERRA JÚNIOR, 2007) o que dificulta uma pessoa não ser enquadrada de algum modo como desviante.

¹ O Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-III) se constituiu como um divisor da mudança na prática da psiquiatria (atualmente entrelaçada ao modelo médico). Esse instrumento de diagnóstico representa a virada da hegemonia da psiquiatria biológica nos Estados Unidos se tornando a língua mundial da psiquiatria. (AGUIAR, 2003).

² A psiquiatria teve seu início no século XIX sendo baseada no tratamento moral das pessoas com doenças mentais. (CAMPOS; ZANELLO, 2016).

O aumento da utilização dos psicofármacos está atrelado a um número maior de diagnósticos de transtornos mentais e de sofrimentos psíquicos, a ampliação do cardápio de novos medicamentos e, também, novos usos terapêuticos dos que já existiam no mercado farmacêutico. (ROCHA; WERLANG, 2013). Assim como pelo surgimento de psicofármacos que visam produzir um estilo de vida atrelado ao bem-estar. (BEZERRA JÚNIOR, 2007).

Essa concepção de bem-estar está integrada com uma compreensão ampla de saúde anunciada como um completo estado de bem-estar biopsicossocial pela Organização Mundial da Saúde desde 1946³, que promove repercussão na produção subjetiva contemporânea e se expressa em um cuidado acentuado com o corpo e seu funcionamento otimizado. Novas formas de relação com a dor e o prazer aparecem a ponto de que ter saúde se torna quase que sinônimo de ter felicidade, por conseguinte, o sofrimento passa a ser percebido como uma doença a ser tratada. Em outras palavras, seu efeito promove a patologização das experiências de sofrimento, que antes eram percebidas como parte da vida. (FURTADO; SZAPIRO, 2016).

Cabe incluir que as exigências impostas as pessoas pela sociedade podem precipitar situações de fragilidade e de sofrimento psíquico. Existe um processo acelerado de psiquiatrização da vida desde o final da Segunda Guerra Mundial. Nesse processo pode-se destacar a explosão de diagnósticos no âmbito da saúde mental, a propagação do consumo de psicofármacos e a endemização da depressão. Em relação aos diagnósticos, com o surgimento do Manual de Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-III) na década de 1980, criou-se um sistema de classificação descritivo sem apego a nenhuma teoria psicopatológica (ateórico). (BEZERRA JÚNIOR, 2007).

O DSM III foi um agente de difusão de concepções biologizantes e medicalizadoras do sofrimento subjetivo atrelado ao crescimento da indústria farmacêutica. No final dos anos 80 surgem novos antidepressivos, tal como o Prozac® (fluoxetina). Apesar dos benefícios que os psicofármacos oferecem para área da medicina mental também se percebe uma banalização do seu uso. Dessa forma, os psicofármacos deixam de ser restritos para o tratamento de “louco” e passam a se difundirem no tecido social mais amplo. (BEZERRA JÚNIOR, 2007).

Além da pandemia da prescrição e consumo de psicofármacos, enfrentamos a pandemia da Covid-19 que configura uma das maiores crises sanitárias da história. O

³ E não apenas ausência de enfermidade. (FURTADO; SZAPIRO, 2016).

novo coronavírus foi descoberto em dezembro de 2019 na China (OXFAM, 2020) e as medidas restritivas de isolamento começaram em março de 2020 no Brasil (GIORDANI et al., 2020) quando passou a se configurar a pandemia pela Covid-19.

O Brasil atingiu 11.363.380 milhões de casos de coronavírus e mais de 275.105 mil mortes divulgados na data de 13 de março de 2021 pelo Alerta Covid-19.

As reações agudas vivenciadas decorrentes de contextos de calamidades não representam essencialmente respostas patológicas, mas podem ser percebidas como respostas normais a um evento ameaçador. (FIOCRUZ, 2020). No entanto, considerando a medicalização dos corpos que se faz presente na nossa cultura, as questões sociais, os comportamentos, as emoções e as relações são vistas no enquadramento entre “normal e patológico”. (FURTADO; SZAPIRO, 2016). O processo de medicalização não se deve somente à legitimidade alcançada pelo discurso médico-científico como produtor da verdade, mas também pelo valor e pelo posicionamento que a saúde obtém nas sociedades contemporâneas. (SZAPIRO, 2005).

Os impactos psíquicos acompanham o medo de contrair o coronavírus, contagiar outras pessoas e da morte e podem afetar entre um terço a metade da população, sendo considerada uma pandemia paralela. (FIOCRUZ, 2020).

Pesquisas demonstram que o aumento de casos confirmados e suspeitos da Covid-19 estão associados com o aumento do sentimento de angústia, medo, estresse pós-traumático, ansiedade, depressão, dentre outros. (FIOCRUZ, 2020). A crise da pandemia tem muito potencial de trauma (mortes, problemas econômicos, altas taxas de desemprego, incertezas, dentre outros). Portanto, considera-se que a pandemia tem aumentado o sofrimento psíquico e os transtornos mentais, podendo agravar os sintomas de pessoas que já estavam em sofrimento psíquico antes da pandemia. (PEUKER et al., 2020).

O aumento do sofrimento psíquico na pandemia tem proporcionado um aumento do padrão das prescrições e do consumo de psicofármacos. Esses medicamentos devem ser utilizados de maneira racional, uma vez que podem produzir diversos efeitos adversos, causar dependência e seu uso prolongado pode provocar danos à saúde da população. Segundo a Organização Pan Americana de Saúde (OPAS), o uso racional de medicamentos ocorre quando o usuário recebe o medicamento apropriado à sua necessidade clínica, na dose e posologia individualmente requerida, por um período adequado e a um baixo custo para si e para a comunidade. (OPAS/BRASIL, 2020).

O acesso e o fornecimento gratuito dos psicofármacos fazem parte da assistência farmacêutica da atenção básica em saúde e devem ser usados com base em protocolos de tratamento. A prescrição e uso dos psicofármacos estão crescendo no Brasil e ainda há uma defasagem de pesquisas a respeito do seu emprego na Atenção Primária à Saúde (APS). Assim, existe uma lacuna do conhecimento acerca da prescrição de psicofármacos, em especial neste momento de pandemia, no contexto da APS. (ROCHA; WERLANG, 2013).

Identificar quais psicofármacos estão sendo mais prescritos e utilizados em cada Unidade de Saúde da Família é importante para traçar uma linha de cuidado no âmbito da saúde mental durante e após a pandemia, uma vez que grande parte dos usuários com transtornos mentais e em sofrimento psíquico deveriam ser acompanhados pela APS. Desde a reforma psiquiátrica, a APS se tornou o primeiro segmento de cuidado na saúde mental com destaque no território e na desinstitucionalização da psiquiatria. (ROCHA; WERLANG, 2013).

Dentro desse contexto decidimos refletir sobre os impactos da pandemia da Covid-19 nas prescrições de psicofármacos na rede de atenção primária à saúde no município de Pinhais- PR.

OBJETIVO GERAL

Analisar o padrão de prescrição de psicofármacos antes e durante a pandemia pelo novo coronavírus nas Unidades de Saúde da Família no município de Pinhais-PR.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar os grupos terapêuticos e os psicofármacos mais prescritos entre os anos de 2018 a 2020;
- Verificar a prescrição a partir das variáveis: psicofármaco, sexo, unidade de saúde e ano;
- Analisar se houve mudança no perfil de prescrição de psicofármacos antes e durante a pandemia por Sars-Cov2.

MÉTODO

Trata-se de um estudo farmacoepidemiológico retrospectivo a partir da coleta de dados secundários sobre a prescrição de psicofármacos no município de Pinhais, Paraná, do ano de 2018 a 2020. Utilizou-se sistemas de informática WinSaúde e o IDS Saúde para acessar informações referentes a: prescrição, sexo, princípio ativo, Unidade Saúde da Família e ano.

O município de Pinhais possui 60,840 Km² de área territorial. O município faz parte da região metropolitana de Curitiba. Tem uma população estimada em torno de 133.490 habitantes (IBGE, 2020), sendo 56.809 do sexo masculino e 60.199 do sexo feminino (IBGE, 2010). O Índice de Desenvolvimento Humano (IDHM) é de 0,751 e a do estado do Paraná é de 0,749 (IPARDES, 2021).

A organização da rede de serviços de saúde de acordo com o tipo de estabelecimento: Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) 2; Unidade de Saúde 1; Unidades Saúde da Família 11; Hospital Geral 2; Unidade de Pronto Atendimento (UPAs) 1; Unidade de Serviço de Apoio de Diagnose e Terapia 12; Unidade de Vigilância em Saúde 1 e Unidade Móvel de Nível Pré-hospitalar – urgência/emergência 7.

Durante a pandemia as campanhas de incentivo ao auto isolamento começaram em março e as medidas governamentais a respeito do isolamento social e à restrição de atividades econômicas ficaram mais duras em julho de 2020. (GIORDANI et al. 2020). Também houve um incentivo para que as pessoas não procurassem as unidades básicas de saúde sem necessidade e houve uma mudança em relação a renovação de prescrições médicas. As pessoas deixavam suas receitas para que elas fossem renovadas sem a necessidade do atendimento médico presencial.

A pesquisa contemplou todos os psicofármacos presentes da Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (Remume) de 11 Unidades Saúde da Família. Após identificar dentre os 34 psicofármacos mais prescritos durante os anos de 2018 a 2020 as análises foram feitas com foco nas formas farmacêuticas sólidas (comprimidos, cápsulas) dos 6 psicofármacos que mais se destacaram no estudo.

Neste estudo os psicofármacos (Grupo N) foram classificados de acordo com a classificação anatômica, terapêutica e química (ATC) da Organização Mundial da Saúde. Nesse sistema ATC, os medicamentos são dispostos em diferentes grupos de acordo com seus sítios de ação e suas características terapêuticas e químicas. Há cinco níveis: divididos em 14 grupos anatômicos principais (nível 1), os quais contemplam dois

subgrupos terapêutico/farmacológicos (níveis 2 e 3); o nível 4, subgrupo terapêutico/farmacológico/químico; e o nível 5, que se refere a substância química em si. (ROCHA; WERLANG, 2013).

A análise dos dados coletados foi de caráter epidemiológico, descritivo, relativo e absoluto. Para analisar a taxa de variação de prescrição considerou os anos 2019 e 2020.

Este estudo foi aprovado no Comitê de Ética do Hospital do Trabalhador/Sesa-PR com o CAAE: 34195720.2.0000.5225.

RESULTADOS

Do total de 34 psicofármacos presentes na Relação municipal de medicamentos do município de Pinhais, na tabela 1 está a descrição dos que foram mais prescritos no ano de 2018. Considerando os princípios ativos enquadrados como N06 na classificação ATC, mais da metade [53,7% (1.506.882)] das unidades prescritas em 2018 foram antidepressivos (considerando fluoxetina, amitriptilina, nortriptilina, imipramina e clomipramina). Neste ano, a fluoxetina foi o princípio ativo mais prescrito, representando 28,6% do total de unidades analisadas.

Tabela 1. Distribuição dos medicamentos mais prescritos por unidades da Relação municipal de medicamentos do município de Pinhais-PR, 2018.

| Medicamento | 2018 | | |
|--------------------|---------|-----------|-----------|
| | Homem | Mulher | Total |
| Fluoxetina | 135.940 | 667.086 | 803.026 |
| Amitriptilina | 109.554 | 442.611 | 552.165 |
| Carbamazepina | 144.717 | 169.650 | 314.367 |
| Carbonato de lítio | 38.620 | 96.780 | 135.400 |
| Risperidona | 46.781 | 60.616 | 107.397 |
| Ácido valpróico | 42.820 | 64.395 | 107.215 |
| Fenobarbital | 49.110 | 46.409 | 95.519 |
| Codeína | 24.926 | 69.375 | 94.301 |
| Diazepam | 26.506 | 52.798 | 79.304 |
| Nortriptilina | 10.620 | 44.580 | 55.200 |
| Outros | 203.149 | 258.098 | 461.247 |
| Total | 832.743 | 1.972.398 | 2.805.141 |

Fonte: Relatório dos Sistemas WinSaúde e IDS Saúde.

Com relação às tabelas 2 e 3, nos anos de 2019 e 2020, evidenciou que 54,7% (1.549.950) e 52,6% (1.542.302), respectivamente, foram antidepressivos (considerando

fluoxetina, amitriptilina, nortriptilina, imipramina e clomipramina). A fluoxetina representou quase um terço das prescrições de cada ano.

Vale a pena destacar, que a média de prescrição de antidepressivos nos três anos foram de 53,7%, o que representa mais da metade de todas as unidades prescritas, tanto antes como depois da pandemia pelo novo coronavírus.

Tabela 2. Distribuição dos medicamentos mais prescritos por unidades da Relação municipal de medicamentos do município de Pinhais-PR, 2019.

| Medicamento | 2019 | | |
|--------------------|----------------|------------------|------------------|
| | Homem | Mulher | Total |
| Fluoxetina | 137.819 | 689.993 | 827.812 |
| Amitriptilina | 116.377 | 447.136 | 563.513 |
| Carbamazepina | 154.709 | 159.190 | 313.899 |
| Ácido valproico | 50.102 | 68.920 | 119.022 |
| Codeína | 34.667 | 82.526 | 117.193 |
| Carbonato de Lítio | 36.315 | 65.270 | 101.585 |
| Risperidona | 48.982 | 48.265 | 97.247 |
| Fenobarbital | 45.014 | 44.770 | 89.784 |
| Diazepam | 26.937 | 49.976 | 76.913 |
| Nortriptilina | 12.660 | 55.747 | 68.407 |
| Outros | 202.439 | 251.325 | 453.674 |
| Total | 866.021 | 1.963.028 | 2.829.049 |

Fonte: Relatório dos Sistemas WinSaúde e IDS Saúde.

Tabela 3. Distribuição dos medicamentos mais prescritos por unidades da Relação municipal de medicamentos do município de Pinhais-PR, 2020.

| Medicamento | 2020 | | |
|--------------------|----------------|------------------|------------------|
| | Homem | Mulher | Total |
| Fluoxetina | 146.455 | 654.271 | 800.726 |
| Amitriptilina | 124.825 | 458.559 | 583.384 |
| Carbamazepina | 173.961 | 178.538 | 352.499 |
| Carbonato de lítio | 51.740 | 80.376 | 132.116 |
| Ácido valpróico | 55.121 | 74.370 | 129.491 |
| Risperidona | 57.230 | 59.920 | 117.150 |
| Codeína | 31.780 | 64.919 | 96.699 |
| Fenobarbital | 47.880 | 44.790 | 92.670 |
| Diazepam | 30.212 | 53.722 | 83.934 |
| Nortriptilina | 16.080 | 54.907 | 70.987 |
| Outros | 215.933 | 255.469 | 471.402 |
| Total | 951.217 | 1.979.841 | 2.931.058 |

Fonte: Relatório dos Sistemas WinSaúde e IDS Saúde.

Outro dado importante, analisado nas tabelas 1-3, é a desigualdade nas prescrições entre mulheres e homens. Na tabela 4, percebe-se que nos 3 anos as prescrições para as mulheres são 2 vezes superiores quando comparados aos homens.

A quantidade de unidades prescritas de psicofármacos nos três anos é alta, próximas de 3 milhões de comprimidos por ano. Este fato representa, por exemplo, 24 vezes superior a prescrição de psicofármacos comparado ao tamanho da população. Sendo que neste ano, no que concerne unidades de fluoxetina, a prescrição foi 2.267 diariamente (tabela 4).

Percebe-se que na pandemia a quantidade de prescrição destes medicamentos foi de 8.030 unidades/dia, contudo reduziu a relação de prescrição entre homens e mulheres (tabela 4).

Tabela 4. Relação de psicofármacos prescritos por dia, por habitante e por sexo, Pinhais-PR, 2018-2020.

| | Antes da pandemia | | Pandemia |
|--|--------------------------|-------------|-----------------|
| | 2018 | 2019 | 2020 |
| Total de habitantes (IBGE) | 117.008 | 117.008 | 133.490 |
| Quantidade de unidades prescritas de psicofármacos | 2.805.141 | 2.829.049 | 2.931.058 |
| Quantidade de psicofármacos por unidade/dia | 7.685 | 7.751 | 8.030 |
| Quantidade de fluoxetina por unidade/dia | 2.200 | 2.267 | 2.194 |
| Relação quantidade de unidades de psicofármacos/população | 23,9 | 24,2 | 21,9 |
| Relação quantidade de unidades de psicofármacos de mulheres/homens | 2,4 | 2,3 | 2,1 |

Fonte: Relatório dos Sistemas WinSaúde e IDS Saúde.

Quanto a questão de gênero, a pandemia teve um impacto maior das prescrições de psicofármacos para homens (tabela 5). Essa tabela evidencia um aumento das prescrições durante a pandemia no ano de 2020 comparado ao ano de 2019 com uma taxa de aumento de 11% para homens e de 2% para mulheres referentes aos 6 psicoativos mais prescritos entre os anos de 2018 a 2020.

Tabela 5. Variação da prescrição de psicofármacos antes e depois da pandemia entre homens e mulheres, Pinhais-PR, 2018-2020.

| Sexo | Antes da covid -19 | | Pandemia | Varição (%) |
|-------------|---------------------------|-------------|-----------------|--------------------|
| | 2018 | 2019 | 2020 | |
| Homem | 540.192 | 576.599 | 641.757 | + 11% |
| Mulher | 1.531.518 | 1.506.694 | 1.533.682 | + 2% |

Fonte: Relatório dos Sistemas WinSaúde e IDS Saúde.

Em relação aos grupos farmacológicos/terapêuticos mais prescritos foram os psicoanalépticos (N06), os antiepiléticos (N03) e os psicolépticos (N05) (tabela 6).

Como pode ser observado na tabela 6 houve um aumento das prescrições das formas farmacêuticas sólidas (comprimidos, cápsulas) de 5 dos 6 psicofármacos mais prescritos nos serviços de atenção básica do município de Pinhais durante a pandemia da Covid-19. Fluoxetina teve redução de 3% e carbonato de lítio e risperidona representaram os fármacos com maior aumento – 30 e 19% - respectivamente (tabela 6). Houve um aumento de 42% nas prescrições de carbonato de lítio para homens e 23% para mulheres. Houve um aumento de 19% nas prescrições de risperidona tanto para homens como para mulheres.

Tabela 6. Padrão de variação de prescrição de psicofármacos antes e depois da Covid-19, Pinhais-PR, 2018-2020.

| Grupo farmacológico | Antes da pandemia | | Depois da pandemia | Variação (%) |
|--|-------------------|---------|--------------------|--------------|
| | 2018 | 2019 | 2020 | |
| N06 psicoanalépticos | | | | |
| Fluoxetina | 803.026 | 827.812 | 800.726 | - 3% |
| Amitriptilina | 552.165 | 563.513 | 583.384 | + 4% |
| N03 antiepilético | | | | |
| Carbamazepina | 314.367 | 313.899 | 352.499 | + 12% |
| Ácido valpróico/ valproato de sódio | 148.445 | 161.239 | 169.436 | + 5% |
| N05 psicolépticos | | | | |
| Risperidona | 118.307 | 115.245 | 137.278 | + 19% |
| Carbonato de lítio | 135.400 | 101.585 | 132.116 | + 30% |

Fonte: Relatório dos Sistemas WinSaúde e IDS Saúde.

De todas as unidades de saúde do município, a que teve maior prescrição foi USF Weissópolis em 2018, 2019 e 2020, com respectivamente, 729.846; 751.704 e 818.208 unidades (dados não presentes na tabela).

Tabela 7. Padrão de variação na prescrição de psicofármacos antes e depois da Covid-19, por Unidade Saúde da Família, Pinhais-PR, 2018-2020.

| USF | Antes da Pandemia | | Pandemia | VARIACÃO |
|------------------------|-------------------|--------|----------|----------|
| | 2018 | 2019 | 2020 | |
| USF TARUMÃ | | | | |
| Fluoxetina | 64381 | 57440 | 53020 | - 8% |
| Amitriptilina | 44.640 | 32.400 | 34450 | + 6% |
| Carbamazepina | 24540 | 23940 | 25170 | + 5% |
| USF VILA AMÉLIA | | | | |
| Fluoxetina | 60513 | 44110 | 52620 | + 19% |
| Amitriptilina | 41310 | 34545 | 32700 | - 5% |

| | | | | |
|----------------------------|--------|--------|--------|-------|
| Carbamazepina | 27720 | 23760 | 29280 | + 23% |
| USF PERDIZES | | | | |
| Fluoxetina | 64140 | 63120 | 64710 | + 3% |
| Amitriptilina | 47490 | 42420 | 40450 | - 5% |
| Carbamazepina | 15300 | 26640 | 30030 | + 13% |
| USF TEBAS | | | | |
| Fluoxetina | 76218 | 114210 | 90840 | - 20% |
| Amitriptilina | 58256 | 69720 | 69670 | 0% |
| Carbamazepina | 24057 | 31578 | 31320 | - 1% |
| USF PERNETA | | | | |
| Fluoxetina | 72875 | 61650 | 64170 | + 4% |
| Amitriptilina | 57371 | 51870 | 50974 | - 2% |
| Carbamazepina | 19290 | 13713 | 19101 | + 39% |
| USF WEISSÓPOLIS | | | | |
| Fluoxetina | 102058 | 105869 | 109025 | + 3% |
| Amitriptilina | 68855 | 71230 | 75715 | + 6% |
| Carbamazepina | 43030 | 43090 | 56250 | + 31% |
| USF VARGEM GRANDE | | | | |
| Fluoxetina | 104566 | 104548 | 94118 | - 10% |
| Amitriptilina | 53010 | 57180 | 58110 | + 2% |
| Carbamazepina | 28440 | 31150 | 36090 | + 16% |
| USF MARIA ANTONIETA | | | | |
| Fluoxetina | 70370 | 68867 | 82315 | + 20% |
| Amitriptilina | 58263 | 62015 | 66261 | + 7% |
| Carbamazepina | 26940 | 27260 | 32800 | + 20% |
| USF ANA NERY | | | | |
| Fluoxetina | 101670 | 98348 | 89403 | - 9% |
| Amitriptilina | 67953 | 81893 | 90704 | + 11% |
| Carbamazepina | 42530 | 42278 | 42780 | + 1% |
| USF JARDIM KARLA | | | | |
| Fluoxetina | 22995 | 25090 | 29290 | + 17% |
| Amitriptilina | 20385 | 21122 | 24630 | + 17% |
| Carbamazepina | 22260 | 26970 | 28290 | + 5% |
| USF ESPLANADA | | | | |
| Fluoxetina | 63240 | 84560 | 71215 | - 16% |
| Amitriptilina | 34632 | 39118 | 39720 | + 2% |
| Carbamazepina | 24810 | 23520 | 21388 | - 9% |

Fonte: Relatório dos Sistemas WinSaúde e IDS Saúde.

Na tabela 7 é possível inferir que mais de 2/3 das análises realizadas apontam para aumento nas prescrições de 2019 para 2020. O maior aumento foi da carbamazepina na USF Perna (39%), USF Weissópolis (31%) e USF Vila Amélia (23%) de um ano para outro.

DISCUSSÃO

Neste estudo encontrou alta frequência de prescrição de medicamentos psicotrópicos na atenção básica de um município de médio porte do Estado do Paraná. Nos anos de 2018, 2019 e 2020, as unidades prescritas deste grupo farmacológico foi mais de 20 vezes comparado a quantidade de habitantes em Pinhais-PR.

Em estudo realizado por Ferraza et al. (2010), em um ambulatório de saúde mental em uma pequena cidade de São Paulo, traz a banalização na prescrição de psicofármacos, já que 65% dos usuários chegam ao serviço com prescrição prévia destes medicamentos e que, encaminhados à consulta psiquiátrica, quase a totalidade deles (99%) recebem prescrição de psicofármacos. Em diversas outras pesquisas apontam para a alta prevalência de prescrição de medicamentos na APS (RODRIGUES et al., 2006; ROCHA; WERLANG, 2013).

Em um estudo realizado em Ribeirão Preto corrobora os achados deste estudo sobre a prescrição de psicofármacos – um em cada cinco usuários que retiraram medicamentos do componente básico utilizava psicofármacos, sendo a maioria mulheres. (OLIVEIRA et al. 2021).

Outro aspecto que corrobora este achado é que diariamente, no contexto da pandemia, 8.030 comprimidos foram prescritos para homens e mulheres. Cabe considerar que esse valor foi encontrado considerando os 365 dias do ano, embora as prescrições não ocorreram nos finais de semana e em feriados e a pandemia teve seu início a partir de março de 2020, portanto esse dado pode estar subestimado. A prescrição para as mulheres foi 2 vezes superior comparada aos homens, apresentando uma diferença em mais de 200% na quantidade de cápsulas e comprimidos de psicofármacos prescritos em relação aos homens.

Neste estudo evidencia-se as desigualdades de gênero no padrão de prescrição de psicofármacos, mesmo com um aumento de prescrições de 11% para homens durante a pandemia, as mulheres seguem sendo assimetricamente psiquiatrizadas e medicalizadas. Elas seguem sendo percebidas como potencialmente doentes na área da saúde mental⁴.

⁴ Os prontuários de mulheres internadas em manicômios brasileiros evidenciavam que grande parte dos diagnósticos eram baseados em discursos de familiares ou em comportamentos supostamente desviantes tais como: gênio independente, não obedecia ao pai, separou-se do marido, reclamava do salário, escrevia livros, dentre outros. Esses comportamentos não poderiam ser tidos como patológicos, no entanto eles transgrediam às normas estabelecidas e demarcadas para as mulheres da época. (LIMA, 2016).

O consumo de psicofármacos acompanha um regime de controle dos corpos como uma tentativa de normalização dos comportamentos. A respeito dos aspectos psíquicos das mulheres, ainda hoje se patologiza as suas condutas, o que se torna um ponto importante na produção de nosologias psiquiátricas. (GOMES; NAGASHIMA, 2018).

Segundo Rohden (2006) sexo e gênero são aspectos que intervêm de forma fundamental na prática e no conhecimento da medicina. Esse conhecimento faz parte das visões de mundo dos profissionais prescritores que reproduzem certos modelos de relações e organizações sociais. O sexo entendido como uma referência ao biológico, enquanto o gênero percebido como socialmente atribuído pelas sociedades. O que normalmente se espera em nossa sociedade de homens e de mulheres não é um dado natural, mas parte de um “jogo de numerosas possibilidades” (ROHDEN, 2006, p. 158).

O recorte de gênero evidencia que o sistema de atenção à saúde mental pode reforçar a naturalização do que é ser e viver mulher, encobrando as questões e gênero no processo de adoecimento psíquico. A identidade das mulheres se confunde com aquilo que é esperado como o lugar do feminino, por exemplo, no desempenho do seu papel de cuidadora de sua família. (LIMA, 2016).

Em artigo de Carvalho e Dimenstein (2004) aponta que o modelo assistencial hegemônico dos serviços de saúde favorece o uso indiscriminado de ansiolíticos entre as mulheres, além da produção de um discurso naturalizado que as subjuga, com práticas e saberes de saúde que implicam uma homogeneização das subjetividades.

O estudo das relações de gênero é incipiente para se compreender o universo da saúde mental e poderá levar a uma transformação dos índices epidemiológicos atuais. Existe um processo cultural que configura as questões afetivas e emocionais, bem como os comportamentos que são permeados por questões de gênero e que determinam os modos de sofrimento e de sua expressão. (ZANELLO, 2017).

Dessa forma, pode ocorrer um hiperdiagnóstico de transtornos mentais em certos grupos enquanto outros estão sendo invisibilizados. (ZANELLO, 2018). Talvez isso explique o alto consumo de psicofármacos entre as mulheres antes e durante a pandemia e o aumento de prescrições para homens durante a pandemia. Os homens são invisibilizados no contexto da saúde mental, e em momento de crise como a pandemia pelo novo coronavírus, resultou em um aumento das prescrições em 11% de 2019 para 2020.

Pode-se aventar a hipótese que na pandemia pela Covid-19 as demandas em saúde mental entre homens foram maiores do que as invisibilidade e as barreiras de acesso na

APS, uma vez que as prescrições aumentaram muito mais entre eles nesse período do que entre as mulheres. Algumas variáveis possíveis de terem influenciado nesse aumento podem ser consideradas, tais como o aumento do desemprego, a perda de plano de saúde, mais tempo sem trabalho para autônomos e maior flexibilidade do horário de trabalho para homens em teletrabalho. Essas condições podem ter favorecido a busca de atendimento nas USF.

Para Gomes e Nascimento (2006) as barreiras dos homens em acessarem os serviços de saúde envolvem questões de gênero. Parece que a organização das práticas de saúde da APS não contempla as necessidades dessa população. Em contextos em que os serviços ampliaram seus horários de atendimento e nos finais de semana houve uma maior presença dos homens. Esse momento da pandemia traz a reflexão sobre a importância e a necessidade de novas estratégias para o atendimento integral das singularidades dos homens, pois uma menor presença nos serviços de saúde não pode ser associada apenas a relações de gênero. (SANTOS, 2015).

A discussão da invisibilidade da saúde mental dos homens é importante também quando consideramos a proporção entre taxa de suicídio e gênero, uma vez que há uma maior mortalidade entre os homens quando comparado as mulheres. (PALMA; SANTOS; IGNOTTI, 2020; LOVISI et al., 2009). Dados da Organização Mundial da Saúde (2014) apontam que os homens se suicidam três vezes mais que as mulheres em países desenvolvidos e que essa taxa se reduz a metade em países em desenvolvimento. As mulheres tendem a tentar mais suicídios, enquanto os homens usam métodos mais letais. (LOVISI et al., 2009).

A preferência de gênero na escolha do método suicida pode estar relacionada ao acesso a esses meios. Neste estudo evidenciamos que as mulheres têm mais acesso aos psicofármacos (medicamentos), que tem sido o método mais empregado por elas e mais aceito socialmente. Enquanto os homens se utilizam mais das armas de fogo (CANETTO; SAKINOFSKY, 1998) e do enforcamento. (LOVISI et al., 2009). As armas de fogo são socialmente mais bem aceitas como um método de suicídio para homens do que para mulheres. (CANETTO; SAKINOFSKY, 1998). A ingestão de agrotóxicos também tem sido um método bastante difundido de suicídio. (PALMA; SANTOS; IGNOTTI, 2020).

A menor taxa de mortalidade por suicídio entre as mulheres pode estar relacionada com maior crença religiosa, maior rede de apoio e uma maior propensão em solicitar ajuda quando em sofrimento psíquico e em ideação suicida. (LOVISI et al., 2009).

Neste estudo, esperava-se que dada a maior vulnerabilidade emocional das mulheres (GIORDANI et al., 2020) ocorresse um aumento maior de prescrição entre elas, mas essa hipótese não foi corroborada. Talvez o fato delas já serem mais medicalizadas do que os homens, o medo em relação ao coronavírus e os incentivos para a prática do isolamento social, sobretudo a indicação de não ir até as unidades de saúde sem necessidade, tenham refletido nesses dados.

Conforme estudo de Giordani et al. (2020) acerca da avaliação do medo da Covid-19, o nível de medo foi significativamente maior entre as mulheres. A probabilidade de um alto nível de medo para as mulheres era 96% superior comparado aos homens. Ainda neste estudo, 58,3% dos participantes se sentiam desconfortáveis ou muito desconfortáveis ao pensar em coronavírus e 49,1% tinham medo ou muito medo de perder a vida por causa do coronavírus. Esta pesquisa demonstra o aumento da vulnerabilidade emocional entre as mulheres na pandemia, uma vez que seus escores médios foram significativamente maiores para todos os itens em comparação com os homens.

No que concerne a vulnerabilidade das mulheres na situação de calamidade e pandemia, as mulheres apresentam maior predisposição à depressão e ansiedade durante a vida reprodutiva e ficam mais vulneráveis a estressores, uma vez que são sobrecarregadas com as atividades domésticas, do *home office* e do cuidado dos familiares. (GIORDANI et al., 2020). Além disso, as atividades escolares das crianças passaram a ser em casa, teve uma redução do apoio social, houve redução da renda familiar, a restrição à circulação e o aumento da violência doméstica contra a mulher. (KUMAR, 2020).

Quanto ao grupo farmacológico das prescrições, a de antidepressivos representou mais da metade das prescrições no município nos 3 anos estudados (53,7%), sendo a fluoxetina o fármaco mais presente nas prescrições (1/3). A depressão configura um transtorno mental comum, sendo uma das causas principais de incapacidade no mundo. Estima-se que 300 milhões de pessoas sejam afetadas por essa condição. As mulheres sofrem mais de depressão do que os homens. (OPAS, 2021).

A depressão pode se apresentar de forma recorrente e pode estar associada a um aumento no risco de suicídio. Os antidepressivos são indicados terapeuticamente para o tratamento de depressão moderada a grave, mas não são a primeira escolha na forma leve. (OPAS, 2021). Contudo, existe uma patologização do sofrimento psíquico, o que implica o uso de psicofármacos como central na área da saúde mental. Este estudo sugere que no município analisado, dada a quantidade de unidades prescritas por dia, ano e sua relação

com o tamanho da população, mostra altas taxas de prescrição, banalização e medicalização do sofrimento.

Sendo assim, o tratamento baseado em medicamentos é o mais utilizado o que torna secundário outras formas de cuidar das pessoas como as alinhadas com as relações sociais, nos afetos e na comunicação. (GAM, 2014). Entretanto, existem outras abordagens que inovam o acolhimento das queixas psicossomáticas como por exemplo a psicoterapia, o apoio comunitário e da terapia comunitária integrativa (TCI).

Em estudo realizado por Corrêa (2015) em Santa Terezinha do Itaipu a prática da TCI foi inserida na APS com objetivo de reorientar e humanizar a RAPS do município e após um ano de implementação esta estratégia resultou na supressão da fila de espera por atendimentos individuais especializados na psicologia e psiquiatria nas Unidades Básicas de Saúde repercutindo em uma maior resolutividade da APS com manejo do sofrimento psíquico dos indivíduos. (CORRÊA, 2015).

Entre os fármacos mais prescritos está a fluoxetina, sendo que a quantidade deste psicotrópico prescrito, por dia, passa das 2.000 unidades em 2018, 2019 e 2020. A fluoxetina é um fármaco Inibidor Seletivo da Recaptação da Serotonina (ISRS) que apresenta meia vida longa e um potente inibidor da enzima CYP2D6 19, sendo a opção menos segura entre os ISRS. (OLIVEIRA et al., 2021). Ainda não está bem definido o papel da serotonina nos sintomas depressivos, embora exista um discurso bastante recorrente de que a depressão está atrelada a falta de serotonina no cérebro. O efeito placebo não deve ser desconsiderado com seu uso. (BRASIL, 2013).

Este medicamento apresenta um perfil seguro de efeitos indesejáveis o que pode contribuir com o seu crescente uso indiscriminado. Pode ser utilizada para sintomas depressivos, de pânico, obsessivos-compulsivos, de ansiedade e de fobia social. Apresenta como efeitos indesejados comuns a ideação suicida, a anorgasmia e o retardo da ejaculação o que implica um menor número de prescrições e usos entre os homens. (BRASIL, 2013).

Vale destacar também que os antidepressivos podem ser utilizados como auxiliares na terapêutica antinociceptiva tal como anticonvulsivantes e os antipsicóticos. A clomipramina, fenitoína, amitriptilina, nortriptilina, carbamazepina e ácido valpróico estão descritas no protocolo clínico e diretrizes terapêuticas da dor crônica. (BRASIL, 2012).

Quando se trata do contexto da pandemia, os psicolépticos carbonato de lítio e risperidona foram os princípios ativos com maiores mudanças na prescrição, com aumento de 30% e 19% respectivamente comparado ao ano de 2019.

No entanto, se considerarmos as prescrições referentes ao ano de 2018, houve uma diminuição do número de prescrições do carbonato de lítio durante a pandemia que se inicia no Brasil a partir de março de 2020. Alguns fatores podem ser considerados nessa análise que envolve os três anos, como a maior ou menor disponibilidade de médicos/as nas UFS e a predileção desses/as prescritores/as por determinados fármacos. Além disso, houve falta da matéria prima para a produção desse psicofármaco de novembro de 2019 a março de 2020 no Brasil. (R7, 2020; SAMPAIO et al., 2020).

O carbonato de lítio tem sido o psicofármaco de escolha para o tratamento do transtorno bipolar. Seu uso tem eficácia na prevenção de episódios de elevação de humor e no tratamento da mania aguda. Pode ser usado como monoterapia ou em conjunto com outros psicofármacos em episódios agudos de mania e depressão. (MELEIRO, 2018). Apresenta meia vida entre 14 e 30 horas, sendo quase inteiramente excretado pelos rins. (MARTINS et al., 2017). Apresenta índice terapêutico estreito (0,8 a 1,2 mEq/L) sendo recomendado o acompanhamento do exame de sangue para o ajuste individualizado da dosagem a fim da manutenção do tratamento. (MELEIRO, 2018).

A prescrição dos antipsicóticos por médicos/as de família contempla transtornos mentais graves e transtornos mentais orgânicos (quadros demenciais). Em casos graves o atendimento requer um trabalho integrado com um psiquiatra. (BRASIL, 2011).

A risperidona é um antipsicótico atípico, mais recente do que os antipsicóticos convencionais, produz menos efeitos motores e costuma ser mais bem tolerada. (BRASIL, 2013). Tem sido frequentemente utilizada pelos/as médicos/as de família. (BRASIL, 2011). Tem sido indicada para o tratamento da esquizofrenia refratária. As indicações *off-label* compreendem o tratamento de *delirium* e de discinesia tardia precipitada por neurolépticos (OLIVEIRA et al., 2021) dentre outras diversas indicações. (SILVA; AGUIAR; FONSECA, 2019).

É necessário mais estudo, de natureza mista, com integração da pesquisa qualitativa para compreender os achados deste estudo com relação ao aumento na prescrição de tais medicamentos. No entanto, sabe-se que a risperidona vem sendo prescrita em substituição do antipsicótico típico haloperidol e que tem havido um aumento do consumo de risperidona entre crianças e adolescentes. (SILVA; AGUIAR; FONSECA, 2019).

Entre as unidades de saúde, a que mais prescreveu psicofármacos nos anos analisados foi a USF Weissópolis. Esse dado pode ser explicado por ser o bairro mais populoso de Pinhais. (GEO PINHAIS, 2010). Contudo, vale investigar questões associadas a vulnerabilidades sociais, ambientais, econômicas e o vínculo da comunidade com a unidade de saúde, com olhar na longitudinalidade e no cuidado em saúde.

Quanto aos cuidados metodológicos do estudo, a pesquisadora realizou todas as análises por ser residente em saúde mental do município. Foi possível realizar uma série histórica de prescrição, o que foi relevante para compreender o padrão de prescrição, e consequentemente de consumo de psicofármacos no município. Um dos aspectos que não puderam ser realizados foi a análise de medicamentos individualmente, ou seja, identificar a prevalência de uso, em decorrência da forma como os sistemas de informação do município estão organizados.

Vale destacar que os sistemas de informação dificultam a análise da saúde e da assistência farmacêutica do município para a tomada de decisão, planejamento e avaliação, uma vez que não foi possível saber o número real de pessoas que fazem uso de psicofármacos e seus diagnósticos. Os dados aqui apresentados se referem ao número de unidades prescritas durante os anos analisados nesta pesquisa. Os relatórios gerados pelos sistemas de informática do município poderiam proporcionar o cruzamento de dados como sexo, idade, diagnóstico, psicofármaco e número de atendimentos de médicos/as realizados em cada USF de Pinhais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A equipe multidisciplinar em saúde na APS tem um importante papel no cuidado dos/as usuários/as em sofrimento psíquico no contexto da pandemia e pós-pandemia. Podemos destacar a importância do/a farmacêutico/a nessa equipe, uma vez que a sua atuação pode identificar o padrão de prescrição e de consumo de psicofármacos contribuindo com a assistência farmacêutica do município para a tomada de decisão, planejamento e avaliação.

Questões de gênero devem ser consideradas no âmbito da saúde mental, na medida em que as mulheres podem estar sendo hiperdiagnosticadas, enquanto os homens parecem estar sendo invisibilizados nesse cuidado em saúde.

Novas ações poderiam ser pensadas que retirassem o papel central do psicofármaco no tratamento do sofrimento psíquico operando numa lógica de que não

estamos lidando com “desequilíbrios químicos” e, sim, com diferentes dimensões da vida (bio, psico, social e espiritual) que são afetadas a partir da história singular de cada pessoa.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Adriano Amaral de. **A Psiquiatria no Divã: Entre as ciências da vida e a medicalização da existência.** Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2004.

_____. **Entre as Ciências da Vida e a Medicalização da Existência: Uma Cartografia da Psiquiatria Contemporânea.** Estados Gerais da Psicanálise: Segundo Encontro Mundial, Rio de Janeiro 2003. Disponível em: <http://egp.dreamhosters.com/encontros/mundial_rj/download/2d_Aguiar_47130903_port.pdf>.

BEZERRA JUNIOR, Benilton. A psiquiatria no divã. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. X, n.1, p. 182-184, mar. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34).

_____. **Portaria nº 1.083, de 2 de outubro de 2012.** Aprova o protocolo clínico e diretrizes terapêuticas da dor crônica. Diário Oficial da União 3 out. 2012.

_____. **Guia prático de matriciamento em saúde mental.** Brasília, DF: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.

CAMPOS, Ioneide de Oliveira; ZANELLO, Valeska. Saúde Mental e gênero: o sofrimento psíquico e a invisibilidade das violências. **Revista de Antropologia**, n. 48, p. 105-118, 2016.

CANETTO, S. S.; SAKINOFSKY, I. The gender paradox in suicide. **Suicide Life Threat Behav**, v. 28, n. 1, p. 1-23, 1998.

CARVALHO, Lúcia de Fátima; DIMENSTEIN, Magda. O modelo de atenção à saúde e o uso de ansiolíticos entre mulheres. **Estudos de Psicologia**, v. 9, n. 1, p. 121-129, 2004.

CORRÊA, R. S. Uma análise estratégica do processo de implementação da rede de Atenção em saúde mental no município de Santa Terezinha de ITAIPU: as Rodas de Terapia Comunitária Integrativa como um instrumento de Educação Permanente em Saúde. 2015. 35. **Monografia** (Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde) – Escola de Saúde Pública do Paraná/Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/FIOCRUZ, Curitiba, 2015.

FERRAZA et al. A banalização da prescrição de psicofármacos em um ambulatório de saúde mental. **Paidéia**, v. 20, n. 47, p. 381-390, set-dez. 2010.

FIOCRUZ. Fundação Oswaldo Cruz. **Psicofármacos na Covid-19**. 2020. Disponível em: <https://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/wpcontent/uploads/2020/06/cartilha_psicofarmacos.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2021.

FURTADO, Mariama Augusto; SZAPIRO, Ana Maria. O lugar do sofrimento no discurso da medicina biotecnológica contemporânea. **Revista Subjetividades**, Fortaleza, v. 16, n. 2, p. 93-104, agosto, 2016.

GAM. Gestão Autônoma da Medicação – **Guia de Apoio a Moderadores**. Rosana Teresa Onocko Campos et al. DSC/FCM/UNICAMP; AFLORE; DP/UFF; DPP/UFRGS, 2014. Disponível em: < <http://www.fcm.unicamp.br/fcm/laboratorio-saude-coletiva-e-saudemental-interfaces> >. Acesso em: 20 jul. 2020.

GEO PINHAIS. **População IBGE 2010**. Disponível em: < <http://www.pinhais.pr.gov.br/geo/nav/page.aspx?page=download> >. Acesso em: 14 fev. 2020.

GIORDANI, R. C. F.; GIOLO, S. R.; SILVA, Milene Zanoni da; MUHL, Camila. Psychometric Evaluation of the Portuguese Version of the FCV-19 Scale and Assessment of Fear of COVID. **Journal of Human Behavior in the Social Environment**, v. 2, p. 1-9, 2020.

GOMES, Anna Luiza Castro; NAGASHIMA, Alynne Mendonça Saraiva. O feminino aprisionado, patologizado e medicalizado: impactos na saúde mental das mulheres. In: AMARANTE, Paulo; PITTA, Ana Maria Fernandes; OLIVEIRA, Walter Ferreira de (Orgs.). **Patologização da vida e medicalização da vida: epistemologia e política**. São Paulo; Zagodon, 2018.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F. A produção do conhecimento da saúde pública sobre a relação homem-saúde: uma revisão bibliográfica. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n. 5, p. 901-11, 2006.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pinhais**. 2010. Disponível em: < <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/pinhais/panorama> >. Acesso em: 22 jun. 2020.

IPARDES. **Caderno Estatístico Município de Pinhais**. Disponível em: < <http://www.ipardes.gov.br/cadernos/MontaCadPdf1.php?Municipio=83320&btOk=ok> >. Acesso em: 14 fev. 2021.

KUMAR, Anant. COVID-19 e violência doméstica: uma possível crise de saúde pública. **Journal of Health Management**, v. 22, n. 2, p. 192 – 196, 2020.

LIMA, Daniela. **Aproximações entre o movimento feminista e o antimanicomial**. 2016. Disponível em: < <https://blogdaboitempo.com.br/2016/01/12/aproximacoes-entre-movimento-feminista-e-antimanicomial/>>. Acesso em: 4 fev. 2021.

LOVISI, Giovanni Marcos et al. Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 31, (Supl II), p. 86-93, 2009.

MARTINS, Nádia et al. Acompanhamento farmacoterapêutico de usuários de carbonato de lítio cadastrados no Programa de Saúde Mental. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, n. 17, p. 9-16, jun. 2017.

MELEIRO, Alexandrina Maria Augusto da Silva. **Manejo com segurança do Lítio**. 2018. Disponível em: < https://siicsalud.com/pdf/ac_mc24_50818.pdf.pdf>. Acesso em: 14 mar. 2021.

OLIVEIRA, Júlia Raso Ferreira de et al. Descrição do consumo de psicofármacos na atenção primária à saúde de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 37, n. 1, p. 1-15, 2021.

OPAS. Organização Pan-americana da Saúde. **Depressão**. Disponível em: < <https://www.paho.org/pt/topicos/transtornos-mentais>>. Acesso em: 14 fev. 2021.

OPAS/BRASIL. Organização Pan-americana da Saúde. Brasil. **O uso racional de medicamentos**. Disponível em: < https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=354:uso-racional-de-medicamentos&Itemid=838 >. Acesso em: 14 maio 2020.

OMS. Organización Mundial de la Salud. **Prevención del suicidio: un imperativo global**. Washington, DC: OPS, 2014.

OXFAM. **Covid-19 e direitos humanos: os desafios em tempos de pandemia**. Disponível em: <<https://www.oxfam.org.br/blog/covid-19-e-direitos-humanos/>>. Acesso em: 11 fev. 2021.

PALMA, Danielly Cristina de Andrade; SANTOS, Emerson Soares dos; IGNOTTI, Eliane. Análise dos padrões espaciais e caracterização dos suicídios no Brasil entre 1990 e 2015. **Caderno de Saúde Pública**, v. 36, n. 4, p. 1-13, 2020.

PEUKER, Ana Carolina et al. **Manejo do estresse em níveis traumáticos em trabalhadores e pacientes de COVID-19**. Sociedade Brasileira de Psicologia. Disponível em: < https://www.sbponline.org.br/arquivos/T%C3%B3pico_11_Conhe%C3%A7a_diferentes_possibilidades_de_atua%C3%A7%C3%A3o_profissional_em_psicologia_para_prevenir_e_tratar_o_trauma.pdf >. Acesso em: 14 fev. 2021.

ROCHA, Bruno Simas da; WERLANG, Maria Cristina. Psicofármacos na Estratégia Saúde da Família: perfil de utilização, acesso e estratégias para a promoção do uso racional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 11, p. 3291-3300, 2013.

RODRIGUES, Maria Aparecida P.; FACCHINI, Luiz Augusto; LIMA, Maurício Silva. Modificações nos padrões de consumo de psicofármacos em localidade do Sul do Brasil. **Rev Saude Publica**, v. 40, n. 1, p. 107-114, 2006.

ROHDEN, Fabíola. Sexualidade e gênero na medicina. In: SOUZA, Alicia Navarro de; PITANGUY, Jacqueline (Orgs.). **Saúde, corpo e sociedade**. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2006. p. 157-180.

R7. **Falta de lítio agrava transtorno de pacientes bipolares na quarentena.** 2020. Disponível em: <<https://noticias.r7.com/saude/falta-de-litio-agrava-transtorno-de-pacientes-bipolares-na-quarentena-26032020>>. Acesso em: 14 mar. 2021.

SAMPAIO, Rebecca et al. O desabastecimento do carbonato de lítio no SUS compromete o tratamento de milhares de brasileiros com transtornos de humor. Disponível em: <https://caec.diadema.unifesp.br/images/08-07_-_Carbonato_de_L%C3%ADtio.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2021.

SANTOS, Priscila Henrique Bueno dos Santos. Saúde do homem: invisibilidade e desafios na atenção primária à saúde. **Seminário Nacional de Serviço Social, Trabalho e Política Social.** Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 27 a 29 de outubro de 2015.

SILVA, Débora Guerra e; AGUIAR, Aline Silva de; FONSECA, Vilma Aparecida da Silva. Aumento da adiposidade em adolescentes em uso de risperidona. **Diversitates Int J**, v. 11, n. 1, p. 3-15, 2019.

SZAPIRO, Ana Maria. Em tempos de Pós-Modernidade: vivendo a vida saudável e sem paixões. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, UERJ, Rio de Janeiro, n. 1, p. 25-37, 2005.

ZANELLO, Valeska. **Saúde Mental, gênero e dispositivos:** cultura e processos de subjetivação. Curitiba: Appris, 2018.

_____. Saúde Mental, gênero e interseccionalidades. In: PEREIRA, M. O.; PASSOS, R. G. (Org.). **Luta antimanicomial e feminismos:** discussões de raça e classe para a reforma psiquiátrica brasileira. Rio de Janeiro: Autobiografia, 2017.

**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-científicas 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 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.

