

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

IDA VAZ MACHADO

**ASSISTÊNCIA ÀS PESSOAS ENLUTADAS POR PERDAS DECORRENTES DA
PANDEMIA DA COVID-19: AÇÕES DE MATRICIAMENTO EM SAÚDE MENTAL**

CURITIBA

2022

IDA VAZ MACHADO

**ASSISTÊNCIA ÀS PESSOAS ENLUTADAS POR PERDAS DECORRENTES DA
PANDEMIA DA COVID-19: AÇÕES DE MATRICIAMENTO EM SAÚDE MENTAL**

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: **Flávia Caroline Figel.**

CURITIBA

2022

FOLHA DE APROVAÇÃO

CURITIBA, _____ DE _____ DE _____.

O trabalho intitulado “Assistência às pessoas enlutadas por perdas decorrentes da pandemia da covid-19: ações de matriciamento em Saúde Mental”, de autoria da aluna **IDA VAZ MACHADO**, foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Programa de Residência em Saúde Mental.

Prof^a. Msc Flávia Caroline Figel
Orientadora do TCR/PI

Prof^a. Msc Denise de Castro
Avaliador da Instituição

Prof^a. Dr^a. Lygia Maria Portugal de Oliveira
Avaliadora Externo

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho às memórias de meu irmão Evaldo, que partiu vítima da covid-19 e meu Pai que se foi enquanto eu produzia esse trabalho. Ambos contribuíram para que as palavras escritas e as reflexões produzidas ganhassem sentido e vida.

“O luto é o preço que se paga pelo Amor”.

(Colin Murray Parkes)

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	1
2 OBJETIVOS	3
2.1 OBJETIVO GERAL.....	3
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	3
3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	4
3.1 O LUTO.....	4
3.2 O LUTO NO CONTEXTO DA PANDEMIA DA COVID-19.....	6
3.3 O MATRICIAMENTO EM SAÚDE MENTAL.....	8
3.4 O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE.....	9
4 ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS.....	11
4.1 LOCAL	11
4.2 PROCEDIMENTOS.....	12
4.3 PARTICIPANTES.....	11
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	14
5.1 DESENVOLVIMENTO DOS SEMINÁRIOS: PERCEPÇÕES E COMPREENSÕES ACERCA DO LUTO E DA SAÚDE MENTAL NO PROCESSO DE ENLUTAMENTO	15
5.2 VISITAS DOMICILIARES PARA PESSOAS ENLUTADAS	18
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	24
REFERÊNCIAS	26

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Principais temas trabalhados e reflexões oriundas dos seminários com os Agentes Comunitários de Saúde	14
--	-----------

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica dos participantes.....	14
Tabela 2. Caracterização sociodemográfica dos usuários visitados.....	18
Tabela 3. Caracterização das perdas, tempo de ocorrência do óbito, comorbidades da pessoa perdida e tempo de internação.....	18

RESUMO

Estudos mais recentes conceituam o luto como um processo normativo de adaptação às perdas. Quanto aos rituais de despedidas diante de uma perda, observa-se que eles marcam o desenvolvimento e a mudança dos enlutados e a pandemia da covid-19 traz desafios adicionais a este novo cenário. Assim, famílias e indivíduos enlutados, demandam atenção profissional qualificada. A prática do matriciamento como uma ferramenta de trabalho é importante na resolubilidade de casos relacionados à saúde mental, neste caso específico com os Agentes Comunitários em Saúde (ACS). O presente trabalho teve por objetivo desenvolver ações de matriciamento em Saúde Mental, visando capacitar os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), integrantes das Equipes da Estratégia Saúde da família, para prestarem assistência a indivíduos e famílias enlutadas por perdas decorrentes da covid-19. Para tanto, utilizou-se de uma pesquisa-ação, realização de seminários e acompanhamento às Visitas Domiciliares (VDs), em que luto não autorizado e dificuldades na assistência aos enlutados, luto por suicídio de familiares, perdas de usuário por covid-19 e compreensão de seu papel na Saúde Mental da população foram amplamente discutidos e ressignificados, a partir do desenvolvimento do apoio matricial. Com isso, evidenciou-se, portanto, a importância do matriciamento em Saúde Mental para as equipes da Atenção Básica, bem como a necessidade de maior produção científica na área do luto, especialmente neste momento único de uma pandemia por covid-19, bem como maior espaço para desenvolvimento de ações de matriciamento em saúde mental. Palavras-chave: Saúde Mental. Luto. covid-19.

1 INTRODUÇÃO

A pandemia da covid-19 tem afetado a vida e o bem-estar socioemocional e físico de bilhões de pessoas ao redor do mundo. A população mundial sofreu perdas das mais diversas formas, sendo a mais notável a perda da liberdade de ir e vir, por conta dos constantes *lockdowns*. Além disso, o distanciamento social gerou privação de relações sociais e familiares, mudanças nas condições de trabalho, estudo e condições econômicas, além das perdas oriundas de óbitos relacionados à covid-19, que somaram mais de 620 mil pessoas (DANTAS, 2020; BRASIL, 2022).

Nesse contexto, visualiza-se uma grande parcela da população, passando pelo processo de luto, seja ele individual ou coletivo. O luto representa uma experiência de adaptação às perdas e é vivido de forma singular. Assim, torna-se necessário compreender a função do luto como um processo de aceitação e admissibilidade das diferentes perdas, irreparáveis e definitivas, que permitem a manifestação dos mais diversos sentimentos vivenciados, e que têm um desenrolar difícil e sofrido (SILVEIRA, 2020).

De acordo com Colin Murray Parkes (1998), a dor e o medo experimentados durante a perda e o consequente processo de luto são resultado do amor, gerando desespero e incertezas em relação a como continuar a viver. Para a pessoa enlutada, o mundo até então conhecido deixou de existir, o sentimento de segurança foi interrompido, de forma abrupta, e todas as dimensões da existência foram alteradas.

O processo de luto é vivenciado de forma individual e implica vários determinantes que influenciam no seu desfecho, os quais podem ser observados como: relação com a pessoa, força do apego, grau de confiança/envolvimento/intensidade, gênero, idade, mortes múltiplas, religião, status socioeconômico, fatores culturais e familiares, entre outros (PARKES, 1998).

Dispõe-se que, em função da pandemia da covid-19, os processos e ritos relacionados à morte foram alterados e inúmeras pessoas permaneceram isoladas em hospitais, sem a possibilidade de receber visitas de entes queridos e familiares, bem como velórios que não puderam ser viabilizados da forma convencional, e enterros que ocorreram em caixões lacrados, com poucas pessoas, sem a possibilidade de tocar o corpo do ente querido e de receber abraços de conforto (DANTAS, 2020).

Assim, a partir da privação da realização de rituais de despedida, comuns à cultura brasileira, alerta-se para um potencial desenvolvimento do chamado luto complicado e formas de sofrimento mental acentuado (DANTAS, 2020). Para Franco (2010), o luto complicado é caracterizado pela incapacidade da pessoa reorganizar sua vida após as perdas, situação essa que se torna prolongada e incapacitante.

A assistência às pessoas enlutadas em decorrência da covid-19 se trata de um desafio a ser enfrentado pelos profissionais da Atenção Básica do Sistema Único de Saúde do Brasil (SUS) nesse momento pandêmico e posteriormente a ele. Nesse sentido, os Agentes Comunitários em Saúde (ACS) representam a ligação entre a comunidade e os serviços de saúde, facilitando, dessa forma, a operacionalização de cuidado das Unidades de Saúde com equipes de Estratégia de Saúde da Família. É por meio destes, ainda, que os casos de luto com potencial de complicação podem ser identificados, bem como a assistência direta, para prevenção e/ou agravamento desses casos, pode ser prestada (MACIEL *et al.*, 2020).

Não obstante, o luto em decorrência da pandemia da covid-19 se trata de uma nova demanda no processo de trabalho em saúde, que revela a necessidade de fortalecimento de competências dos ACS. Além disso, deve ser ressaltado que o instrumento mais adequado para que isso é a utilização da educação permanente em saúde, potencializada por meio de ações de matriciamento em saúde mental, com vistas à qualificação do trabalho e ampliação do cuidado (RODRIGUES *et al.*, 2020).

Diante do exposto, o presente trabalho enseja suscitar reflexões no cotidiano de trabalho dos ACS, relacionadas ao processo de luto e ao cuidado prestado às pessoas enlutadas no contexto da pandemia da covid-19, a partir de ações de matriciamento em saúde mental. Espera-se um (re)direcionamento de ações de cuidado com base territorial, vislumbrando o fornecimento da assistência enfocada na integralidade do cuidado, fortalecida pelo matriciamento em saúde mental, que se utilizou da educação permanente em saúde.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Desenvolver ações de matriciamento em saúde mental, visando capacitar os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), integrantes das Equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), a prestarem assistência a indivíduos e famílias enlutadas por perdas decorrentes da covid-19.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Verificar a compreensão dos Agentes Comunitários em Saúde em relação ao luto no período da pandemia da covid-19;
- identificar a percepção dos Agentes Comunitários em Saúde em relação às maneiras de assistir indivíduos e famílias enlutados por perdas decorrentes da pandemia da covid-19;
- sensibilizar os Agentes Comunitários de Saúde em relação ao sofrimento mental relacionado ao luto por perdas decorrentes da pandemia da covid-19;
- realizar oficinas para discutir a temática do luto, incluindo a possibilidade de assistência aos enlutados;
- realizar o acompanhamento dos Agentes Comunitários de Saúde em Visitas Domiciliares de pessoas enlutadas.

3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 O LUTO

Antes de entender o luto em si, faz-se necessário compreender o significado de apego e sua relação com a perda, os quais estão articulados diretamente com a experiência do enlutamento. O apego é referenciado fortemente nos trabalhos de John Bowlby, que ocupa papel central no estudo dos vínculos, formulando a Teoria do Apego.

É a partir desta teoria que se pode conceituar a tendência do ser humano de criar fortes laços afetivos uns com os outros, o que permite a compreensão de reações emocionais fortes desencadeadas em decorrência da ameaça ou do rompimento de vínculos construídos. Bowlby não concordava com autores que acreditavam que os laços de apego entre indivíduos estavam relacionados somente aos impulsos biológicos, isto é, não acreditava, por exemplo, que isso estava apenas ligado à busca por alimentos ou sexo. O autor (1977a) também apontou o fato de que o apego ocorre na ausência do reforçamento dessas necessidades biogênicas (BOWLBY, 1977a; WORDEN, 2013).

Bowlby (1977b) defendia que esses apegos decorrem da necessidade de segurança apresentada pelos organismos, sendo desenvolvida de forma precoce na vida, e em geral se dirige a alguns indivíduos específicos e tendência persistir por grande parte do ciclo da vida. Esta formação de apego com pessoas consideradas significativas é evidenciada como um comportamento normal, tanto entre as crianças como entre os adultos. Por meio dos trabalhos de Bowlby, verificou-se que o comportamento de apego ocupa uma função de sobrevivência, destacando a ocorrência desse comportamento na maioria das espécies mamíferas. Entretanto, para ele, o comportamento de apego é distinto dos comportamentos alimentares e sexuais.

Explicita-se que esse comportamento de apego pode ser bem explicado, uma vez que uma criança jovem, por exemplo, cresce e se separa da figura primária de apego, por determinados períodos, para uma exploração de ambientes em um raio cada vez maior. Ocorre sempre que a criança retornará à figura de apego, visando apoio e segurança. O problema é quando essa figura desaparece ou é ameaçada, gerando uma resposta de ansiedade intensa e forte protesto emocional (WORDEN, 2013).

O autor ainda evidencia que, se o objetivo do comportamento de apego é manter o vínculo e em situações que isso está em risco, surgem certas reações bastante específicas, sendo que, quanto maior o risco de perda, mais intensas e variadas essas reações serão (WORDEN, 2013). Bowlby também observa que, em determinadas circunstâncias, todas as maneiras de comportamentos de apego, consideradas mais poderosas, entram em ativação, a saber, o grude, o choro e talvez a coação raivosa. Caso o perigo não desapareça, emergem o afastamento, a apatia e o desespero (WORDEN, 2013).

Na perspectiva de Parkes (1998), o luto se trata de uma importante transição psicossocial, impactando em todas as áreas de influência humana. É uma experiência humana que deve ser considerada sob a visão de diversas áreas do conhecimento. Acredita-se que o luto pode ser uma reação normal, esperada, em consequência do rompimento de uma relação significativa que pode acontecer por morte, divórcio, aposentadoria, mudanças forçadas.

Com isso, há um impacto para o indivíduo e a família, até mesmo a longo prazo, por diferentes gerações. Destaca-se ainda que a vivência do luto é distinta nas diferentes fases do ciclo vital, sendo que, por vezes, as transições também podem adquirir o caráter de uma perda. Não se pode classificar o luto como doença, pois, trata-se, de fato, de um processo e não de um estado (PARKES, 1998).

Estudos mais recentes conceituam o luto como um processo normativo de adaptação às perdas, envolvendo a expressão de emoções, cognições, sensações físicas e mudanças comportamentais (WALLACE *et al.*, 2020; WORDEN, 2018). O luto por morte é um evento importante e, obviamente, não é possível imaginá-lo com superficialidade. Perdas menos características, assim como aquelas ocorridas antes do aparecimento de uma doença, podem vir a ser subestimadas (PARKES, 1998).

No Modelo do Processo Dual do Luto, conceito mais atual e aceito pela maioria dos teóricos, a partir do enfrentamento que será sempre orientado para a perda ou para o reinício, o indivíduo pode se ajustar à perda e elaborar um novo significado para a sua vida ou partir para a evitação da perda e progredir para o Luto Complicado ou, ainda, desenvolver o Transtorno do Luto Complicado, sendo este um processo dinâmico e oscilante (FRANCO, 2009).

Quanto aos rituais de despedidas diante de uma perda, como velórios, funerais, sepultamentos, observa-se que eles marcam o desenvolvimento e a mudança dos enlutados, e, devido ao fato de envolverem a participação da família e da comunidade, eles podem significar a oportunidade de homenagear e conectar a pessoa falecida com a vida dos enlutados. Assim, esses rituais denotam extrema importância para a reestruturação e o fortalecimento dos enlutados (WALSH, 1998).

Portanto, verifica-se que o estudo do luto abrange diversos aspectos inter-relacionados, em que a perda de uma figura de apego tende a trazer sofrimento mental significativo, por exemplo. Assim, por vezes, famílias e indivíduos enlutados demandam atenção profissional qualificada, e, desse modo, os profissionais devem assistir essas pessoas, considerando toda a amplitude que envolve o processo de luto.

3.2 O LUTO NO CONTEXTO DA PANDEMIA DA COVID-19

Não há dúvidas de que a pandemia da covid-19 trouxe inúmeras consequências para a vida em sociedade. As pessoas vêm relatando impactos diretos e indiretos nas mais diversas áreas de suas vidas. Em geral, pode-se observar, majoritariamente, impactos negativos relacionados à doença e seus efeitos e, ainda, evidenciam-se efeitos econômicos, culturais e sociais, podendo abranger perdas em inúmeros aspectos. A pandemia afetou o processo de terminalidade e morte (COGO *et al.*, 2020).

Segundo Taylor (2019), as pandemias são capazes de ocasionar mortes em massa, em um pequeno período de tempo, trazendo inúmeras complicações psicológicas. Especificamente na covid-19, foram implementadas medidas para a contenção da transmissão da doença, dentre estas o distanciamento social e as restrições de viagens (FERGUSON *et al.*, 2020).

Conforme Pattison (2020), as interações face a face entre pessoas doentes e membros de sua rede socioafetiva foram dificultadas em decorrência deste cenário. Da perspectiva de Lisboa e Crepaldi (2003), essas interações são consideradas importantes nos chamados “rituais de despedida”, que se referem a processos de despedida realizados entre pessoas na iminência da morte de seus familiares. Esses rituais de despedida tendem a ser organizadores, favorecendo, desse modo, a resolução do luto

(COGO *et al.*, 2020).

Os rituais funerários se encontram centrados na presença e no simbolismo invocados pelo corpo, que pode ser tocado, lavado, vestido e contemplado uma última vez, pois, ao ver o corpo, há a concretude da morte. Logo, demarca-se uma das especificidades do processo de luto dos que perderam um ente querido para a covid-19: a imposição de limitações drásticas aos rituais de despedida, tendo a obrigatoriedade dos caixões lacrados um dos seus principais efeitos. Por conta disso, os corpos não puderam ser vestidos, tocados, contemplados, além da necessidade de se respeitar o distanciamento social, o que reduziu ao mínimo o número de pessoas permitidas e a duração dos velórios. Desse modo, tem-se que os familiares das vítimas de coronavírus executam um ritual incompleto, sem nunca voltar a ver o corpo que conheceram e amaram (DANTAS *et al.*, 2020).

Também a pandemia da covid-19 trouxe desafios adicionais aos rituais de despedida, como o fato de muitas pessoas, na iminência da morte, estarem isoladas, sem a possibilidade de estabelecer interações face a face, o que dificultou as conversações no final da vida (PATTISON, 2020). Adicionalmente, mais de um membro da família poderia estar infectado e, até mesmo hospitalizado, gerando ainda mais sofrimento (BAJWAH *et al.*, 2020).

Com isso, quando a morte decorrente da covid-19 sobreveio a mais de um ente querido, em muito pouco tempo, as pessoas tendem a relatar incapacidade de lidar com a dor e a adversidade, indo além de seu limite (DANTAS *et al.*, 2020).

Nesse sentido, os rituais de luto incompletos podem gerar sentimentos de raiva, pavor e impacto negativo, a nível individual e comunitário, podendo levar ao desenvolvimento de um luto complicado e impedir a pessoa de retomar as atividades e a se reorganizar de maneira a dar continuidade à vida (COGO *et al.*, 2020).

Em síntese, devido a inúmeras perdas, principalmente de pessoas da rede socioafetiva, considera-se esperado o luto no contexto de pandemias (TAYLOR, 2019). Assim, com o término da pandemia da covid-19, é possível que muitas pessoas consigam elaborar o luto e se adaptar relativamente bem com as transformações; entretanto, haverá aquelas que vivenciarão um luto complicado (WEIR, 2020; WALLACE *et al.*, 2020). O luto complicado está ligado a uma intensificação do sofrimento, sem progressão

para resolução ao longo do tempo, fazendo a pessoa se sentir sobrecarregada, desenvolvendo comportamentos desadaptativos que a prejudicam na vida diária (WORDEN, 2018).

Em conclusão, a complexidade do cenário da pandemia da covid-19 pode impactar, por meio de diversas formas, o processo de luto (BAJWAH *et al.*, 2020; WALLACE *et al.*, 2020).

Dessa forma, o luto antecipatório também tende a ser afetado, pois houve casos em que a situação da doença evoluiu rapidamente e o paciente foi a óbito (BAJWAH *et al.*, 2020). Além disso, o local e a condição em que ocorreu a morte também trouxeram consequências, por exemplo, se foi no hospital, com o doente isolado e sem a realização de um ritual de despedida, desencadeou maiores chances de seus familiares experienciarem o luto complicado (PATTISON, 2020; WALLACE *et al.*, 2020).

Outros fatores de risco podem ser destacados, como a perda de mais de uma pessoa próxima (WORDEN, 2018); a fragilidade de apoio da rede socioafetiva, pelas medidas de distanciamento adotadas (WALLACE *et al.*, 2020); a não realização de ritual funerário, em conformidade com as práticas culturais e religiosas (VICTOR; AHMED, 2019); e o sentimento de culpa que os sobreviventes podem experienciar quando acreditam que foram os responsáveis por infectar a pessoa que foi a óbito (TAYLOR, 2019).

3.3 O MATRICIAMENTO EM SAÚDE MENTAL

Um dos públicos que a Atenção Primária em Saúde deve atender é constituído de pessoas em sofrimento mental. No entanto, muitas vezes, visualiza-se uma dificuldade no que se refere à prestação de assistência a essa parcela da população nas Estratégias Saúde da Família, modelo assistencial de referência em Atenção Básica. Para qualificar essa atenção, vem sendo dada uma ênfase ao matriciamento em saúde.

Entende-se por matriciamento, ou apoio matricial, um novo modelo de promoção à saúde mental, o qual consiste na elaboração compartilhada de ações estratégicas entre os profissionais da equipe, com foco nas necessidades do indivíduo. Essa atividade nos serviços de saúde é fomentada por meio do apoio teórico-pedagógico às equipes da

atenção primária, com ênfase na Estratégia Saúde da Família (ESF) e no Núcleo de território da ESF (GURGEL *et al.*, 2017; ARAUJO *et al.*, 2019).

A prática do matriciamento como uma ferramenta de trabalho é importante para a resolubilidade de casos relacionados à saúde mental, pois possibilita o estímulo ao diálogo entre a Atenção Primária em Saúde e demais dispositivos da rede de saúde, facilitando o acesso e a comunicação entre os serviços (GURGEL *et al.*, 2017). Essa ferramenta serve como um auxílio na singularização da atenção ao usuário, sendo este um importante indicador para a qualidade da atenção em saúde mental (HIRDES, 2018).

Defende-se que o matriciamento inclua ações de visitas e consultas compartilhadas, reuniões e construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS) (LIMA; DIMENSTEIN, 2016). Tais ações servem como indicadores de saúde que são utilizados para avaliar a eficácia do atendimento em SM, a partir do matriciamento, como a existência do trabalho em rede; a presença de ações de EPS e o atendimento singularizado do usuário de saúde mental e sua família (IGLESIAS; AVELLAR, 2019).

Neste cenário, a educação permanente em saúde está voltada para a ampliação do cuidado em saúde mental, podendo obter melhorias no diálogo, na integralidade, e na corresponsabilidade, portanto, a presença desta atividade na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) é considerada um indicador de qualidade de atenção psicossocial na rede (IGLESIAS; AVELLAR, 2019).

Neste sentido, dispõe-se acerca da importância do matriciamento em saúde mental ações de educação permanente em saúde nas Estratégias Saúde da Família, pois, a partir dessas ações, pode-se promover a qualificação da pessoa em sofrimento mental a qual necessita de assistência no âmbito da Atenção Primária em Saúde.

3.4 O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

O Agente Comunitário em Saúde (ACS) tem papel fundamental no avanço e desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil (COSTA *et al.*, 2013). Essa função foi implementada, originalmente, por alguns municípios do Nordeste, de São Paulo e do Distrito Federal, com a finalidade de melhorar a qualidade da saúde da sua população, no fim da década de 1980. Já, no SUS, oficialmente, teve sua implantação

como política em 1991, a partir do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Em 1994, desempenhou um papel importante na construção do Programa Saúde da Família (PSF), o qual foi substituído, em 1996, pela Estratégia Saúde da Família (ESF), regulamentada em 1997, juntamente com o trabalho de Descentralização e Consolidação do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2001).

Em 1999, o Decreto nº 3.189 regulamenta as atividades dos ACS no SUS e entre elas estão o desenvolvimentos de ações de promoção e prevenção em saúde para indivíduos e famílias das áreas adscritas em suas comunidades. Em 2011, com a publicação da Política Nacional da Atenção Básica por meio da Portaria nº 2488, o Ministério Saúde mantém essas atribuições que podem ser exercidas a partir de Visitas Domiciliares e abre oportunidade para o desempenho de suas atividades também dentro das unidades de saúde, respeitando o vínculo com as atribuições definidas em lei (BORNSTEIN, 2016).

Os ACS representam o elo da Unidade de Saúde com a comunidade e vice-versa, por isso o seu trabalho tem grande potencial diante da pandemia da covid-19. A sua atuação é importante na vigilância em saúde, para a identificação de casos suspeitos, contatos familiares e comunitários, identificação de necessidade de isolamento, acesso a informações, como números de telefones para “visitas on-line”, moradores do bairro com acesso e conhecimento de pessoas e familiares que estão enlutados, e verificação de como tem sido o desenvolvimento desse processo (COSTA *et al.*, 2020).

4 ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS

Tratou-se de uma pesquisa-ação, compreendendo-se esta como um tipo de pesquisa de caráter empírico, que investiga problemas emergentes dos interesses do grupo participante. Além disso, envolveu o desenvolvimento de ações e resolução de um problema coletivo, abrangendo participantes representativos da situação ou do problema investigado de modo cooperativo e participativo. Destacou-se também por ser uma ação planejada, de caráter social, educacional, técnico, entre outros. Os pesquisadores e os participantes participaram do trabalho de forma cooperativa, não tipificando esta pesquisa como um simples levantamento de dados ou relatórios. Com a pesquisa-ação, pretendeu-se o desempenho de um papel ativo na própria realidade dos fatos observados (PRODANOV; FREITAS, 2013).

4.1 LOCAL

A pesquisa foi realizada com Agentes Comunitárias de duas Unidades de Saúde da Família do Município de Pinhais, da região Metropolitana de Curitiba, no Paraná, cuja população estimada, em 2020, é de aproximadamente 133.490 pessoas, e, destas, 66%, estão na faixa etária entre 15 e 64 anos. O Município tem um Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de 0,751 (IBGE, 2010).

As Unidades de Saúde da Família (USF) Maria Antonieta e Weissópolis foram as mais acometidas por óbitos em decorrência da covid-19 em seu território.

Na USF Maria Antonieta, cujo bairro tem 11.032 habitantes, foram 57 óbitos e, na USF Weissópolis, com 17.202 habitantes, foram 87 óbitos, em números absolutos até a data de 13 de agosto de 2021 (IBGE, 2010; PREFEITURA DE PINHAIS, 2021).

4.2 PARTICIPANTES

Na USF Maria Antonieta, dos 15 ACS lotados no serviço, 8 aceitaram participar da pesquisa e uma se encontrava em licença gestação. Na USF Weissópolis com 16 ACS, 9 assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e uma se encontrava em licença gestação.

Os participantes recrutados em duas unidades de saúde da família no município de Pinhais-PR atenderam aos critérios de inclusão: ser ACS e expressar por meio do TCLE o desejo de participar das oficinas e/ou das Visitas Domiciliares junto com a pesquisadora principal; e o critério de exclusão foi estar em período de férias ou licenciado durante as oficinas e Visitas Domiciliares.

Todos os participantes foram esclarecidos quanto aos objetivos da pesquisa e tiveram eventuais dúvidas esclarecidas ao assinarem o TCLE. Para garantir o anonimato, os ACS serão identificados com nomes fictícios. A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética do Hospital do Trabalhador/SES/PR sob nº 51060621.0.0000.5225.

4.3 PROCEDIMENTOS

Foram realizados três seminários com os ACS das USF Maria Antonieta e USF Weissópolis, com as temáticas Luto, Teoria do Apego e Determinantes do Luto; Luto Não Autorizado; e Saúde Mental. Os seminários tiveram uma duração média de 90 minutos. Além disso, foram realizadas 11 Visitas Domiciliares (VDs), em conjunto com as ACS, a pessoas que perderam familiares por covid-19. Em ambas as situações, foram realizadas anotações durante estas atividades, e, nesta fase, também foi utilizado um diário de campo, bem como houve a observação da participante da pesquisadora para a coleta de dados.

Durante os seminários realizados na sala das ACS nas duas USFs, no primeiro horário da manhã, de maneira a facilitar a saída logo em seguida para as visitas previamente agendadas, a participação da pesquisadora e das ACS resultou em uma construção/reconstrução de arcabouço teórico, bem como da práxis, baseadas na troca de conhecimento e saberes dos profissionais envolvidos.

Nas discussões do primeiro seminário, pactuou-se por mais dois encontros para a discussão dos temas Luto e Saúde Mental, fechando os três temas da proposta inicial.

Os ACS participantes pediram o acompanhamento da pesquisadora nas VDs, para pessoas que perderam familiares por covid-19, ficando a critério destes a escolha da família, o dia e o horário, bem como o contato prévio para agendamento

para recebimento das equipes de VD.

O processo de coleta de dados foi realizado no mês de outubro de 2021, e a pesquisadora participou como trabalhadora dos serviços na função de Enfermeira Residente do Programa Multidisciplinar de Residência em Saúde Mental da Escola de Saúde Pública do Estado do Paraná.

Dentro do Plano de Ação, ficou definido o mês de fevereiro de 2022 para a divulgação externa dos resultados desta pesquisa, com a apresentação do Trabalho de Conclusão de Residência e reunião com a coordenação de ambas as USF, Gestão de Saúde Mental do Município, ACS para devolutiva.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram da pesquisa-ação 17 ACS de duas Unidades de Saúde da Família do município de Pinhais, Estado do Paraná. Os dados sociodemográficos estão apresentados na tabela 1.

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica dos participantes.

Característica	N	%
Sexo		
Masculino	2	11,8
Feminino	15	88,2
Faixa etária		
18 a 30 anos	1	5,8
31 a 40 anos	6	35,3
41 a 50 anos	5	29,4
Mais de 50 anos	5	29,4
Formação		
Ensino técnico em andamento (Técnico em enfermagem)	5	29,4
Ensino Médio	8	47,1
Ensino Superior Completo	4	23,5

Fonte: Pinhais (2022).

A Tabela 1 evidencia que a maioria dos participantes era composta por mulheres, com faixa etária predominante de 31 a 40 anos e formação Ensino Médio em 47,1% dos participantes.

Durante o desenvolvimento do projeto, procedeu-se a realização de seminários com os ACS e de Visitas Domiciliares com os mesmos, compreendendo ambas as atividades, como ações de matriciamento em saúde mental, realizadas pela pesquisadora, com vistas ao processo de enlutamento no período da pandemia de covid-19. Os principais resultados do seminário se encontram sintetizados no quadro 1.

Seminário	Temas trabalhados	Principais resultados e reflexões dos seminários
Seminário 1	- Definição de Luto - Teoria do Apego	- Os ACS definiram luto apenas como perda por morte de pessoa/ente querido;

	- Determinantes do Luto	- foram esclarecidas as diversas formas de perdas vivenciadas inclusive durante a pandemia; - o luto foi visualizado pelos ACS como um processo de múltiplas perdas
Seminário 2	- Luto Não Autorizado	- Foi reconhecido o luto por perdas não legitimadas; - os ACS relataram e reconheceram formas de luto, por exemplo o luto pela perda do “filho idealizado” a partir do nascimento de um filho com síndromes/condições raras; - foi reconhecido o luto por morte pela covid-19 de usuários de suas microáreas; - foram feitos relatos de perdas de familiares que se suicidaram e de julgamentos/culpas/raiva enfrentados.
Seminário 3	- Saúde Mental	- Os ACS relataram maneiras de promoção da saúde mental, compreendendo a escuta e o acolhimento da população como ferramentas desse processo; - os ACS compreenderam sua importância ao representarem o elo entre a equipe técnica da USF e a população; - os ACS demonstraram frustração por usuários que se perdem no itinerário terapêutico dentro da RAPS.

Quadro 1 – Principais temas trabalhados e reflexões oriundas dos seminários com os Agentes Comunitários de Saúde.

Fonte: Elaborado pela autora.

5.1 DESENVOLVIMENTO DOS SEMINÁRIOS: PERCEPÇÕES E COMPREENSÕES ACERCA DO LUTO E DA SAÚDE MENTAL NO PROCESSO DE ENLUTAMENTO

No primeiro seminário, foi solicitado aos ACS que descrevessem em uma folha, utilizando nomes fictícios suas percepções sobre o que consideravam como luto.

Dessa forma, percebeu-se que a maior parte desses profissionais (88,2 %) percebe o luto como o processo resultante da perda por morte de uma pessoa ou ente querido. Para essa maioria, foi uma descoberta entender que o luto está presente também em situações como o fim de um relacionamento, um divórcio/separação, a perda de um emprego, uma mudança de cidade, a aposentadoria, entre outros, pois compreendem rompimentos de ciclos e de vínculos, levando a um processo de luto, que poderá ter os mesmos desfechos que os resultantes da morte de uma pessoa, como apontado na literatura de Parkes (1998).

O luto não autorizado foi o tema principal do segundo seminário, sendo novamente constatado que os ACS não reconheciam inúmeras situações que também são passíveis de luto. Com isso, os ACS relataram que não compreendem um aborto, um diagnóstico de soropositividade para o vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), um término de um

relacionamento, um nascimento de um filho com uma síndrome ou condição rara, entre outras situações, como processos de luto, os quais, inúmeras vezes, também não são compreendidos pela sociedade como tal.

O luto não autorizado, também chamado de luto não reconhecido, trata-se de um luto que não tem uma significativa aceitação e reconhecimento social; por exemplo o caso da ocorrência de um aborto, podendo haver certa resistência da sociedade em entender o pesar da mulher pelo feto perdido, sendo ainda mais difícil, nesse caso, legitimar o luto paterno. Refere-se ainda que outro tipo de luto não reconhecido envolve casos de relacionamentos extraconjugais. Evidencia-se que, independentemente dos acontecimentos, a pessoa enlutada deve ter o direito de poder vivenciar seu luto e os profissionais de saúde devem auxiliá-la nessa vivência (TORRE, 2020).

Um momento singular nesta pesquisa foi o relato de uma ACS, mãe de um filho adolescente no espectro autista, aborda a solidão e a dor pela “morte do filho idealizado”, com o nascimento da criança nessa condição, enfrentada sem legitimação pela família e sem tempo de tratar de si mesma, pois havia a necessidade de cuidar do filho nas 24 horas do dia, sabendo que isso ia se estender por toda a vida. Ela ainda ressalta que o amor pelo filho foi maior do que a dor e as demandas dele, e isso a fez superar, mesmo que solitariamente, suas angústias e seus medos.

Outro momento notável foi quando veio à tona o luto por perdas de pessoas por suicídio. Nesse momento, dois ACS puderam revelar o sofrimento enfrentado pela forma como se deu a morte de familiares de ambos, bem como a culpa sentida pelos pais, a dor pela crítica e pelo julgamento de pessoas próximas, a revolta com a pessoa morta por ter terminado sua vida dessa forma, enfim, questões nunca foram discutidas antes ou verbalizadas em sua vivência.

Com relação a isso, a literatura afirma que não se pode julgar o luto alheio, apenas acolher. Além disso, a falta de legitimação de um luto pode ser a razão para o desenvolvimento de um possível luto complicado; em contrapartida, seu acolhimento e validação atuam como fatores protetores (TORRE, 2020).

No terceiro seminário, que empreendeu discussões sobre a saúde mental, destacou-se o entendimento que todos os ACS têm, nas duas Unidades de Saúde da Família, sobre o quanto eles promovem a saúde mental da população de sua microárea

quando escutam os problemas que as pessoas trazem durante as VDs. Da mesma forma, compreendem o quão importante é o vínculo que desenvolveram com as pessoas, o qual foi fortalecido pelo fato de morarem na região e por serem o elo entre a equipe técnica da USF e os moradores da área.

A partir dessa ótica ampliada, relatos de frustração emergiram no desenvolvimento de suas funções de ACS, quando os encaminhamentos dados aos usuários dos serviços de saúde mental na RAPS, a partir de sua identificação no território, acabam com suas demandas não sendo supridas. Isso acontece porque alguns usuários se perdem durante o itinerário terapêutico ou, ainda, não aderem ao tratamento, seja por fragilidades de suporte familiar e/ou dos serviços ou até mesmo por escolha própria.

Desse modo, também existe uma complexidade inerente ao processo de morte e luto. O luto é um acontecimento natural da vida dos seres humanos, entretanto, sentimentos negativos surgem diante da perda de algo ou alguém de valor para a pessoa enlutada, acarretando complicações associadas. Assim, destaca-se, diante do cenário atual, a necessidade de capacitação dos profissionais para auxiliar nesse processo, assim como prevenir danos à saúde mental dos mesmos. A estruturação profissional deve considerar debates sobre o tema, a fim de aliar a técnica, habilidades de diálogo e atendimento integral, gerando um âmbito de trabalho mais confortável e seguro para os profissionais, e garantindo uma maior qualidade para os pacientes e familiares nesse momento de fragilidade (TREVISANO; ALMEIDA; BARRETO, 2019).

Com essas discussões durante os seminários, os ACS conseguiram relacioná-las à atual situação enfrentada na pandemia da covid-19, e puderam refletir sobre o acolhimento do luto das mais diversas formas.

Outro destaque, que provavelmente auxiliou nesse entendimento, é o fato de que a maioria destes profissionais (94%) apontou a morte de usuários de suas microáreas em decorrência da covid-19 e de familiares e vizinhos em luto. Insta observar que esses também se tratavam de vizinhos, parentes e familiares dos ACS, que trabalhavam em sua área de residência e nas proximidades.

Além disso, houve o reconhecimento do luto em consequência da perda de empregos, restrição de contato social, aumento da demanda de tratamento de pessoas em uso abusivo de álcool e drogas, condições associadas às medidas restritivas de

contato social, declínio econômico, dificuldades de enfrentamento e resiliência individuais e coletivas, além das incertezas quanto ao futuro.

Portanto, visualiza-se que os seminários expandiram a compreensão do luto pelos ACS, demarcando uma nova percepção e ampliando horizontes acerca da temática. Durante as discussões, relações sobre assistência aos enlutados foram construídas a partir dos temas propostos, assim como a apreensão de conhecimento sobre a temática e o entendimento de que os profissionais pesquisados passaram ou passam por situações semelhantes, permitindo, nesse sentido, estabelecer a empatia, o acolhimento e a escuta ativa como ferramentas de assistência para indivíduos enlutados em decorrência da pandemia por covid-19.

5.2 VISITAS DOMICILIARES PARA PESSOAS ENLUTADAS

Em consonância com o objetivo do presente trabalho, foram realizadas VDs exclusivamente para pessoas enlutadas em decorrência da covid-19, ficando a cargo dos ACS a identificação dos familiares e o respectivo agendamento deles, para que a pesquisadora realizasse o acompanhamento em conjunto com a equipe. No total, 11 familiares foram visitados, cujo perfil sociodemográfico se encontra representado na tabela 2.

Tabela 2 – Caracterização sociodemográfica dos usuários visitados.

Característica	N	%
Sexo		
Masculino	3	27,3
Feminino	8	72,7
Faixa etária		
0 a 17 anos	1	9,1
18 a 30 anos	1	9,1
31 a 40 anos	0	0
41 a 50 anos	4	36,4
Mais de 50 anos	5	45,4

Fonte: Pinhais (2022).

Onze usuários, que vivenciaram ou vivenciam o processo de luto pela perda de alguém, foram visitados e relataram a perda de doze pessoas próximas. A tabela 3 visa caracterizar as perdas e o perfil das pessoas perdidas, conforme o relato desses usuários nas VDs.

Tabela 3 – Caracterização da perda, tempo de ocorrência do óbito, comorbidades da pessoa perdida e tempo de internação.

Característica	n	%
Perda		
Pai ou mãe	2	18,2
Pais (ambos)	1	9,1
Companheiros	6	54,5
Filhos	1	9,1
Avós	1	9,1
Tempo de ocorrência do óbito		
0 a 3 meses	1	9,1
3 a 6 meses	2	18,2
6 a 12 meses	6	54,5
12 meses ou mais	2	18,2
Comorbidades da pessoa falecida (HAS, DM, Doenças respiratórias, transplante renal)		
Sim	11	91,2
Não	1	8,4
Tempo de internação antes do óbito		
5 a 30 dias 11 91,2		
31 dias ou mais 1 8,4		

Fonte: Pinhais (2022).

Observou-se que alguns ACS, durante as visitas, expressaram sentimentos e empatia com os enlutados, chorando durante alguns relatos. Posteriormente, os ACS relataram à pesquisadora sofrimento ao entrar em contato com os enlutados e ouvir suas histórias, bem como não se sentirem preparados para assisti-los no processo de luto.

Entretanto, reforça-se que, no retorno da Unidade de Saúde, a reflexão que se fez

foi de que a assistência mais adequada nesse processo é a escuta e o acolhimento, seguidos de encaminhamento para avaliação com o médico da USF, se necessário. Desse modo, destaca-se que, apesar de os ACS apresentarem fragilidades nos atendimentos iniciais aos pacientes enlutados, a partir do apoio matricial, eles conseguiram compreender o seu papel diante do luto, sendo suscitadas importantes reflexões, a partir dos seminários e das VDs realizadas, as quais possibilitaram aos ACS uma melhor segurança e uma qualidade na assistência aos pacientes enlutados.

Em todas as VDs, realizou-se escuta ativa e acolhedora de cada usuário com relato de perda, sendo que apenas três pessoas foram encaminhadas para avaliação com o médico da USF e uma já estava realizando acompanhamento com médico do Plano de Saúde e com psicoterapia agendada.

As ações terapêuticas desenvolvidas em conjunto com os ACS durante as VDs, associadas às reflexões promovidas nos seminários, permitiram uma qualificação do cuidado e acabaram impedindo uma série de encaminhamentos desnecessários.

De acordo com Fagundes, Campos e Fortes (2021), a construção de vínculo e o respeito à subjetividade e ao contexto em que a pessoa está inserida são ferramentas desenvolvidas dentro dessa nova tecnologia desenvolvida pelo matriciamento em saúde mental.

Portanto, destaca-se o forte potencial do apoio matricial para o desenvolvimento de ações de saúde mental, como essa proposta desenvolvida por uma profissional da Residência Multiprofissional em Saúde Mental (RMSM), em que foram realizados seminários e Visitas Domiciliares junto com os ACS, visando trabalhar a temática do luto no contexto da pandemia da covid-19. Nesse sentido, infere-se que o matriciamento, como prática interdisciplinar, permitiu o desenvolvimento de sua premissa básica ou seja, ações de caráter técnico-pedagógico (FAGUNDES; CAMPOS; FORTES, 2021).

O matriciamento em saúde mental, desenvolvido nas duas USF pesquisadas, permitiu um cuidado colaborativo entre equipes da Atenção Básica, estreitando relações de trabalho, desonerando o sistema de saúde de forma colaborativa entre a Escola de Saúde Pública do Paraná, por meio da RMSM e das Unidades de Saúde da Família envolvidas. Nesse caso, também foi permitida a transformação da práxis dos profissionais envolvidos e, desta forma, a alteração da percepção dos ACS para o

processo saúde-doença neste momento de pandemia.

De acordo com Chiaverini *et al.* (2011), o matriciamento ou apoio matricial é um modo de produzir saúde por meio de duas ou mais equipes que constituem um processo de construção compartilhada, a partir de uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica. No Brasil, com a integração da saúde mental à Atenção Básica, esse novo modelo vem sendo implementado com êxito nos últimos anos, sendo responsável por nortear experiências implementadas em diversos municípios.

Evidencia-se, ainda, que essa nova proposta integradora visa agir modificando a lógica tradicional dos sistemas de saúde, que funcionam com demasiados encaminhamentos, referências e contrarreferências. Além disso, pressupõe-se que essa lógica tradicional possa ser atenuada mediante o desenvolvimento de ações horizontais que interligam os componentes da rede de saúde e seus saberes nos diferentes serviços. Nessa horizontalização inerente ao matriciamento, há o desprendimento de dois tipos de equipes: a de referência e a de apoio matricial. No nosso sistema de saúde, as ESFs se caracterizam como equipes de referência interdisciplinares, e as equipes especializadas de saúde mental, como equipe de apoio matricial (CHIAVERINI *et al.*, 2011).

Dessa maneira, aponta-se a relevância do trabalho em rede e do matriciamento em saúde mental como ações capazes de trazer resultados positivos para a inserção da saúde mental na Atenção Básica. Reforça-se, também, que o papel da estratégia do matriciamento em saúde mental é superar a lógica tradicional e fragmentada, visando tornar cada vez mais integrada a rede de atenção à saúde. Assim, destaca-se que a experimentação de novas estratégias e o reforço da rede de cuidados integrados entre saúde mental e Atenção Básica parece ser um ponto importante para a mudança de problemáticas não resolvidas em nosso sistema de saúde (GAZIGNATO; SILVA, 2014).

No estudo de Gazignato e Silva (2014), demonstra-se que o matriciamento se apresenta como uma possibilidade de alcance e fortalecimento de ações de cuidado em saúde mental no território. Essa estratégia funciona como um dispositivo capaz de qualificar projetos terapêuticos que têm como objetivo a inserção social, a reabilitação psicossocial e a atenção integral dos indivíduos com demandas de saúde mental. Todavia, afirma-se, ainda, a existência de dificuldades na implantação dessa estratégia, tais como resistências, preconceitos e despreparos por parte dos profissionais.

Por isso, o matriciamento deve fornecer uma retaguarda de assistência especializada, bem como um suporte técnico-pedagógico, mantendo um vínculo interpessoal e dando apoio ao processo de construção coletiva de projetos terapêuticos. Desse modo, diferencia-se da supervisão, uma vez que o matriciado pode participar ativamente do projeto terapêutico. Posto isto, verifica-se que se constitui em uma ferramenta de transformação não só do processo de saúde e doença, mas de toda a realidade das equipes e comunidades (CHIAVERINI *et al.*, 2011).

Visualiza-se, ainda, que diferentes profissionais envolvidos nesse tipo de trabalho devem trazer para seus cotidianos o debate acerca das possibilidades e dos limites que envolvem a construção do cuidado integrado e articulado da Atenção Básica e de outros serviços, de modo a promover qualidade de vida e resgatar o direito à saúde dos pacientes com demandas de saúde mental; sobretudo, os profissionais da ESF, que têm a possibilidade de trabalhar com a garantia ao acesso, por meio do acolhimento, do vínculo e da corresponsabilização, reafirmando a proposta da quebra de institucionalização, construindo, assim, novos caminhos possíveis para a prática do cuidado integral (GAZIGNATO; SILVA, 2014).

Acrescenta-se, também, o fato de o apoio matricial possibilitar o desenvolvimento de habilidades dos profissionais envolvidos, assim como o acesso a outras informações; à construção de novas estratégias de intervenção; à corresponsabilização; e ao fortalecimento do trabalho interdisciplinar. Além disso, ressalta-se que o matriciamento vem se consagrando como recurso de construção de novas práticas em saúde mental, junto às comunidades, no território onde as pessoas vivem e circulam, pela sua proposta de encontros produtivos, sistemáticos e interativos entre equipes da Atenção Básica e equipes de saúde mental (SANTOS; CUNHA; CERQUEIRA, 2020).

A assistência às pessoas enlutadas na Atenção Básica por muito tempo foi interpretada por possuir uma carga de subjetividade envolvida no processo, sendo considerada esta uma tarefa específica do psicólogo ou profissional de saúde mental (KLEIN, D'OLIVEIRA, 2017).

Nesse sentido, o presente trabalho contribuiu para que os profissionais pesquisados refletissem sobre o luto ser um processo natural do “ser humano”, independentemente da fase do ciclo vital em que a pessoa se encontra, e, assim sendo,

pode-se apreender que todos os profissionais de saúde podem acolher, escutar, observar e proporcionar um cuidado efetivo a partir do conhecimento compartilhado pelo apoio matricial proposto durante a realização da pesquisa.

A partir deste contexto, desvela-se a necessidade de integração da saúde mental ao cotidiano das práticas da Atenção Básica para a efetivação da integralidade do cuidado em saúde (SANTOS; CUNHA; CERQUEIRA, 2020). Não obstante, é necessário ampliar a discussão sobre o matriciamento em saúde mental como uma possibilidade de fortalecer o cuidado no território, considerando, assim, a realidade de cada localidade (GAZIGNATO; SILVA, 2014).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O momento pandêmico histórico que a humanidade está vivendo forçou a parada de muitas atividades, a readequação de várias outras e até mesmo a reavaliação dos sistemas de saúde no Brasil. A pandemia da covid-19 também trouxe a necessidade de assistência às pessoas que perderam trabalho, relacionamentos sociais, equilíbrio emocional e muitos entes queridos. Por conta disso, vive-se um luto em que as perdas individuais se somam às perdas coletivas.

O presente trabalho evidenciou que os ACS pesquisados não compreendiam diversas perdas como desencadeantes de processos de luto, bem como, os vários aspectos do luto não autorizado. Vários destes também tiveram a sua oportunidade de relato, durante a realização do apoio matricial, por meio das oficinas, de olhar para as perdas que atravessaram na vida e especialmente durante a pandemia, legitimando, assim, seus processos de luto.

Revelou-se, ainda, a compreensão que estes profissionais têm em relação ao seu trabalho o qual envolve ações para a promoção, prevenção e assistência em saúde mental, ou seja, funções fundamentais para as equipes da Atenção Básica, tendo em vista que também são o elo entre a comunidade e a Unidade Básica de Saúde. Dessa forma, a frustração por perdas de usuários durante o itinerário terapêutico dentro da RAPS emergiu naturalmente, uma vez que foram criados espaços de produção de subjetividade durante a realização das atividades propostas.

Vários deles também se consideraram incapazes de realizar assistência aos enlutados, revelando-se, a partir disso, fundamental — após as VDs com apoio da matriciadora responsável por esta pesquisa — a reflexão do processo de luto como parte da vida humana. Portanto, com isso, os ACS podem realizar acolhimento e escutar os usuários, sendo estas ferramentas potencializadoras de cuidado na identificação de possíveis fatores complicadores do luto e na prevenção de encaminhamentos desnecessários.

Esta pesquisa permitiu a proximidade dos ACS com o apoio matricial, o qual se tornou uma experiência terapêutica enquanto indivíduo no sentido de reconhecimento e legitimação de emoções e processos de luto, e no sentido de equipe, permitindo a

apreensão de que as tecnologias leves acabam sendo ferramentas disponíveis e acessíveis para a assistência aos enlutados na pandemia por covid-19.

Embora, durante a pandemia, tenha aumentado a produção científica sobre o tema do luto, muito há que se avançar, especialmente, na disponibilização de apoio matricial e discussão sobre matriciamento, recurso este que fortalece o caminho para uma assistência integral ao indivíduo e à comunidade.

REFERÊNCIAS

ARAUJO, R. C. G. *et al.* Apoio matricial na atenção psicossocial com foco na enfermagem. **Caderno de Graduação-Ciências Biológicas e da Saúde-UNIT- Alagoas**, Alagoas, v. 5, n. 2, p. 203, 2019.

BAJWAH, S. *et al.* Managing the supportive care needs of those affected by covid-19. 2020. **European Respiratory Journal**, United Kingdom, n. 55, p. 2000815, 2020.

BORNSTEIN, V. J. **Curso de Aperfeiçoamento em Educação Popular em Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz EPSJV, 2016. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br>. Acesso em: 17 ago. 2021.

BOWLBY, J. The making and breaking of affectional bonds: I. Aetiology and psychopathology in the light of attachment theory. **The British journal of psychiatry**, United Kingdom, v. 130, n. 3, p. 201–210, 1977a.

BOWLBY, J. The making and breaking of affectional bonds: II. Some principles of psychotherapy: The Fiftieth Maudsley Lecture (expanded version). **The British Journal of Psychiatry**, United Kingdom, v. 130, n. 5, p. 421–431, 1977b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Covid-19 no Brasil**, 2022. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>. Acesso em: 12 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**. Brasília: Ministério da Saúde-Secretaria Executiva, 2001.

BRASIL. Portaria nº 2.346 de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 21 set. 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 17 ago. 2021.

CHIAVERINI, D. H. (org.) *et al.* **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <https://repositorio.observatoriodocuidado.org/bitstream/handle/handle/581/Guia%20pr%C3%A1tico%20de%20matriciamento%20em%20sa%C3%BAde%20mental.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 24 jan. 2021.

COGO, A. S. *et al.* **Saúde mental e atenção psicossocial na pandemia COVID-19: processo de luto no contexto da COVID-19**. Rio de Janeiro: Fiocruz: Cepedes, 2020. Cartilha. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/42350>. Acesso em: 29 maio 2021.

COSTA, S. de M. *et al.* Agente Comunitário de Saúde: elemento nuclear das ações em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 7, p. 2147–2156, 2013.

COSTA, N. de R. *et al.* **Os agentes comunitários de saúde e a pandemia da covid-19 nas favelas do Brasil**. Fiocruz: Observatório covid-19, 2020. Disponível em: https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/os_agentes_comunitarios_de_saude_e_a_pandemia_da_covid-19_nas_favelas_do_brasil.pdf. Acesso em: 17 ago. 2021.

DANTAS, C. de R. *et al.* O luto nos tempos da COVID-19: desafios do cuidado durante a pandemia. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 509–533, 2020.

FAGUNDES, G. S.; CAMPOS, M. R.; FORTES, S. L. C. L. Matriciamento em Saúde Mental: análise do cuidado às pessoas em sofrimento psíquico na Atenção Básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 6, p. 2311–2322, 2021.

FERGUSON, N. *et al.* Report 9: Impact of non-pharmaceutical interventions (NPIs) to reduce COVID19 mortality and healthcare demand. **Imperial College London**, United Kingdom, v. 10, n. 77482, p. 491–497, 2020.

FRANCO, M. H. P. Luto como experiência vital. *In*: FRANCO, M. H. P. **Cuidados paliativos**: discutindo a vida, a morte e o morrer. Rio de Janeiro: Editora Atheneu, 2009.

FRANCO, M. H. P. Por que estudar o luto na atualidade?. *In*: FRANCO, M. H. P. (org.). **Formação e rompimento de vínculos**. São Paulo: Summus, 2010. p. 17–42.

GAZIGNATO, E. C. da S.; SILVA, C. R. C. Saúde mental na atenção básica: o trabalho em rede e o matriciamento em saúde mental na Estratégia de Saúde da Família. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, p. 296–304, 2014.

GONÇALVES, V. L. M.; LEITE, M. M. J.; CIAMPONE, M. H. T. A pesquisa-ação como método para reconstrução de um processo de avaliação de desempenho. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 9, n. 1, 2004.

GURGEL, A. L. L. G. *et al.* Cuidado em saúde mental na estratégia saúde da família: a experiência do apoio matricial [Mental health care in the family health strategy: the experience of matrix support]. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 25, p. 7101, 2017.

HIRDES, A. Apoio Matricial em saúde mental: a perspectiva dos especialistas sobre o processo de trabalho. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, p. 656–668, 2018.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo de Pinhais de 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/pinhais/panorama>. Acesso em: 17 ago. 2021.

- IGLESIAS, A.; AVELLAR, L. Z. Matriciamento em Saúde Mental: práticas e concepções trazidas por equipes de referência, matriciadores e gestores. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, p. 1247–1254, 2019.
- KLEIN, A. P.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L. O “cabo de força” da assistência: concepção e prática de psicólogos sobre o Apoio Matricial no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 1, 2017.
- LIMA, M.; DIMENSTEIN, M. O apoio matricial em saúde mental: uma ferramenta apoiadora da atenção à crise. **Interface (Botucatu)**, v. 20, n. 58, p. 625–635, 2016.
- LISBOA, M. L.; CREPALDI, M. A. Ritual de despedida em familiares de pacientes com prognóstico reservado. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, [s. l.], v. 13, n. 25, p. 97–109, 2003.
- MACIEL, F. B. M. *et al.* Agente Comunitário de saúde: reflexões sobre o processo de trabalho em saúde em tempos de pandemia do covid-19. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n. 25, p. 4185–4195, 2020.
- OLIVEIRA, A. B. de *et al.* Contribuições do Apoio Matricial em Saúde Mental na Atenção Primária: Revisão Integrativa da Literatura. **ID on-line Revista de Psicologia**, Jabotão dos Guararapes, v. 12, n. 41, p. 1033–1047, 2018.
- PARKES, C. M. **Luto**: estudos sobre a perda na vida adulta. São Paulo: Summus editorial, 1998.
- PATTISON, N. End-of-life decisions and care in the midst of a global coronavirus (COVID-19) pandemic. **Intensive & critical care nursing**, [s. l.], v. 58, p. 102862, 2020.
- PREFEITURA DE PINHAIS. **Painel covid-19 Pinhais**: casos confirmados e óbitos por bairro. 2021. Instagram: Prefeitura de Pinhais. Disponível em: <https://www.instagram.com/prefeituradepinhais/>. Acesso em: 17 ago. 2021.
- PRODANOV, C. C.; FREITAS, E. C. de. **Metodologia do trabalho científico**: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico. 2. ed. Novo Hamburgo: Editora Feevale, 2013. Disponível em: <http://www.feevale.br/Comum/midias/8807f05a-14d0-4d5b-b1ad-1538f3aef538/E-book%20Metodologia%20do%20Trabalho%20Cientifico.pdf>. Acesso em: 11 ago. 2021.
- RODRIGUES, D. C. *et al.* Educação permanente e apoio matricial na atenção primária à saúde: cotidiano da saúde da família. **Rev. Bras. de Enfermagem**, [s. l.], n. 73, v. 6, p. 1–8, 2020.
- SANTOS, A. M.; CUNHA, A. L. A.; CERQUEIRA, P. O matriciamento em saúde mental como dispositivo para a formação e gestão do cuidado em saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 30, 2020.

SANTOS, R. A. B. de G. dos; UCHÔA-FIGUEIREDO, L. da R; LIMA, L. C. Apoio matricial e ações na atenção primária: experiência de profissionais de ESF e NASF. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, p. 694–706, 2017.

SILVA, J. C e *et al.* Pesquisa-ação: concepções e aplicabilidade nos estudos em enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s. l.], v. 64, n. 3, p. 592–595, 2010.

SILVEIRA, J. *et al.* O luto nas diferentes etapas do desenvolvimento humano. *In*: COSTA, E. F. **Psicologia em Foco**: temas contemporâneos. 1. ed. São Paulo: Editora científica, 2020. p. 175–188. Disponível em: <https://downloads.editoracientifica.org/articles/200700788.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2022.

TAYLOR, S. **The psychology of pandemics**: Preparing for the next global outbreak of infectious disease. Newcastle upon Tyne: Cambridge Scholars Publishing, 2019.

TORRE, B. A. P. de La. **O luto e a família**. 2020. Dissertação (Mestrado em Ciências Aplicadas em Saúde) – Universidade de Vassouras, Vassouras, Rio de Janeiro, 2020.

TREVISANO, R. G.; ALMEIDA, J. V. de; BARRETO, C. A. O olhar da enfermagem no processo de luto. **Revista Saúde em Foco**, Teresina, n. 11, p. 574–587, 2019. Disponível em: https://portal.unisepe.com.br/unifia/wp-content/uploads/sites/10001/2019/05/052_O-OLHAR-DA-ENFERMAGEM-NO-PROCESSO-DE-LUTO.pdf. Acesso em: 23 jan. 2022.

VICTOR, G. S.; AHMED, S. The importance of culture in managing mental health response to pandemics. *In*: VICTOR, G. S.; AHMED, S. **Psychiatry of Pandemics: A Mental Health Response to Infection Outbreak**. [S. l.]: Springer, 2019. p. 55–64.

WALLACE, C. L. *et al.* Grief during the COVID-19 pandemic: considerations for palliative care providers. **Journal of pain and symptom management**, [s. l.], v. 60, n. 1, p. 70–76, 2020.

WALSH, F. **Morte na família**: sobrevivendo as perdas. Porto Alegre: Artmed, 1998.

WEIR, K. Grief and COVID-19: mourning our bygone lives. **American Psychological Association**, Apr. 2020. Disponível em: <https://www.apa.org/news/apa/2020/grief-covid-19>. Acesso em: 11 ago. 2021.

WORDEN, J. W. **Aconselhamento do luto e terapia do luto**: um manual para profissionais da saúde mental. São Paulo: Roca, 2013.

WORDEN, J. W. *et al.* **Grief counseling and grief therapy**: A handbook for the mental health practitioner. New York: Springer Publishing Company, 2018. **PÊNDICES E ANEXOS** (Quando houver)

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

MYLENA GOELZER DA SILVA

**IMPLANTAÇÃO DO MATRICIAMENTO ATRAVÉS DE VISITAS DOMICILIARES
COMPARTILHADAS EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E
DROGAS**

CURITIBA PR

2022

MYLENA GOELZER DA SILVA

**IMPLANTAÇÃO DO MATRICIAMENTO ATRAVÉS DE VISITAS DOMICILIARES
COMPARTILHADAS EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E
DROGAS**

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

Prof. Orientador: Dr^a Fernanda Carolina Capistrano

CURITIBA PR

2022

Banca examinadora:

Orientadora

Dr. Fernanda Carolina Capistrano

Convidada Interna

Me. Flávia Caroline Figel

Convidada Externa

Me. Gimene Cardozo Braga

FOLHA DE APROVAÇÃO

CURITIBA, ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO PARANÁ DO PROGRAMA DE
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL.

O trabalho intitulado **IMPLANTAÇÃO DO MATRICIAMENTO ATRAVÉS DE VISITAS DOMICILIARES COMPARTILHADAS EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E DROGAS** de autoria da aluna residente **MYLENA GOELZER DA SILVA** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde mental.

Prof. Dr. Fernanda Carolina Capistrano

Orientador do TCR/PI

Prof. Me. Flávia Caroline Figel

Avaliador da Instituição

Prof. Me. Gimene Cardozo Braga

Avaliador Externo

RESUMO

Introdução: O uso de álcool e Substâncias Psicoativas é historicamente moralista e vinculada ao caráter, ao decorrer do tempo essa visão passou a ser entendida como um agravo crônico de saúde. A proposta de matriciamento vem como forma dinâmica de inverter essa lógica vertical, tradicional da saúde, para "horizontalizar saberes e práticas nos diferentes níveis assistenciais". Para promover o matriciamento, destaca-se a visita domiciliar conjunta, a qual pode ser realizada por diversas razões, entre elas podem-se citar a gravidade da dependência química.

Objetivos: O objetivo dessa pesquisa é Implantar o matriciamento por meio de visitas domiciliares compartilhadas com a Atenção Primária em saúde em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas. **Metodologia:** Trata-se de uma Pesquisa Convergente Assistencial (PCA). A coleta de dados foi efetuada no período de setembro a novembro de 2021, por meio de reuniões administrativas, visitas domiciliares compartilhadas com a Estratégia Saúde da Família e entrevistas semiestruturadas com a equipe de referência. Foi realizada a análise de conteúdo proposta por Minayo (2001). **Resultados:** A implantação do matriciamento seguiu o proposto pela PCA, a partir das fases de dialogicidade, imersibilidade, simultaneidade e expansividade. Foram realizadas três Visitas Domiciliares organizadas, contendo observações sobre: Descrição do caso, Discussão de caso entre Equipe de Referência e Equipe de Apoio Matricial; Visitas Domiciliares em conjunto e Projeto terapêutico singular. As entrevistas com as equipes de referência promoveram o repensar sobre as potencialidades e desafios dessa estratégia de matriciamento, sendo os desafios: A Comunicação como ferramenta de trabalho e ser ampliada; A Educação permanente das Equipes de Referência; Vinculação interdisciplinar e intersetorial. E as potencialidades como: Matriciamento e o cuidado compartilhado e Promoção da Clínica Ampliada. **Conclusão:** A estratégia de matriciamento do CAPS AD através de visitas domiciliares compartilhadas com a ESF contribuiu com a horizontalização dos saberes na prática, promovendo por meio da clínica ampliada o acesso de qualidade a saúde do usuário e fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial no SUS.

Palavras chave: Saúde mental; Matriciamento; Visitas Domiciliares; Rede de Atenção Psicossocial.

LISTA DE SIGLAS

APS - Atenção Primária em Saúde

CAPS AD - Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

DC - Diários de Campo

EAM- Equipe de Apoio Matricial

ER– Equipe de referência

ESF - Estratégia Saúde da Família

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPAS – Organização Pan-americana de Saúde

PCA – Pesquisa Convergente Assistencial

RAPS - Rede de Atenção Psicossocial

SUS – Sistema Único de Saúde

TA – Transcrição de Áudio

UBS - Unidade Básica de Saúde

VD - Visita Domiciliar

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - Caracterização dos Profissionais da Equipe de Referência Entrevistados.....	20
QUADRO 2 - Caso I Projeto Terapêutico Singular	31
QUADRO 3 - Caso II Projeto Terapêutico Singular.....	33
QUADRO 4 - Caso III Projeto terapêutico singular.....	36

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	12
2. OBJETIVO GERAL	15
2.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	15
4. METODOLOGIA	16
4.1. CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO.....	16
4.2. LOCAL DO ESTUDO	16
4.3. PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	18
4.4. INSTRUMENTOS DE COLETA.....	19
4.5. COLETA DE DADOS	20
4.6. ANÁLISE DOS DADOS	21
4.7. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	22
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	24
5.2 DESENVOLVIMENTO DO PTS A PARTIR DA DISCUSSÃO DOS CASOS	29
5.3.1 DESAFIOS ENCONTRADOS PELA EQUIPE DE REFERÊNCIA ...	37
5.3.2 POTENCIALIDADES ENCONTRADAS PELA EQUIPE DE REFERÊNCIA.	44
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	50
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	52
ANEXOS.....	58
ANEXO I.....	59
ANEXO II.....	63

1. INTRODUÇÃO

O ser humano em sua construção histórica sempre buscou o consumo de substâncias químicas sendo motivado por diversas condições singulares que envolve fatores como a cultura, rituais religiosos, busca por prazer, assim como também estratégias para abstrair de um sofrimento. Entretanto, tais substâncias alteram as funções orgânicas do Sistema Nervoso Central (SNC) interferindo diretamente na percepção, humor, comportamento e consciência (MALBERGIER, AMARAL et al, 2013).

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), as Substâncias Psicoativas (SPA) são aquelas substâncias que “não são produzidas pelo organismo e atuam em sistemas que alteram seu funcionamento”. O padrão de consumo de SPA é considerado como uso problemático, uso abusivo e a síndrome de dependência na qual, está última, se associada a maior gravidade de dimensão biológica, psicológica e social na vida do indivíduo. (OMS, 1993; SIQUEIRA, 2016).

O uso de SPA é historicamente moralista e vinculada ao caráter, ao decorrer do tempo essa visão passou a ser entendida como um agravo crônico de saúde. Com essa mudança as propostas de políticas públicas de enfrentamento da problemática passaram a compreender a dimensão como multifatorial, que envolve diversos elementos biopsicossociais. E diante disso entende-se que a abordagem terapêutica deve ser multidisciplinar. (SIQUEIRA, 2016)

No que tange ao tratamento da dependência química e estratégias de abordagens terapêuticas, deve-se considerar inicialmente todo o processo relacionado ao Movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil e no mundo até o surgimento da lei 10.216 de 16 de abril de 2001, fato que motivou diversas mudanças de conceito nos diferentes dispositivos de saúde emergindo a garantia de assistência em saúde mental. (BRASIL, 2015).

Atualmente com as Portarias de nº 3.088 de 23 de abril de 2011 e nº 5.388 que: ‘Institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)’, é possível oferecer ao usuário uma gama de possibilidades de tratamento, sempre fundamentada no Projeto Terapêutico Singular (PTS). (BRASIL, 2011; BRASIL, 2017).

A RAPS é composta pelos serviços de atendimento que envolve a Atenção Primária com as UBS, a Atenção especializada com os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Atenção de Urgência e Emergência, os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), entre outros. (BRASIL, 2013). Quanto aos Centros de Atenção Psicossocial de Álcool e Drogas, tem o foco do cuidado a pessoas que possuem necessidades decorrentes do uso problemático de álcool e Substâncias Psicoativas, com o objetivo de promover um cuidado de saúde mental de caráter aberto e comunitário, substitutivos ao modelo asilar, por uma equipe multiprofissional, que trabalha de maneira interdisciplinar nas situações de crise e de reabilitação e reinserção psicossocial. (BRASIL, 2011).

No que tange a Atenção Primária em saúde (APS) é sabido que possui um papel muito importante na RAPS no qual abrange a “promoção, proteção da saúde e prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção de saúde”, tanto no âmbito individual, quanto no coletivo e por isso, atua como contribuinte a partir de uma organização descentralizada e capilar, ou seja, está próximo às comunidades, sendo considerado a principal porta de entrada das pessoas e às suas demandas de saúde (BRASIL, p.19, 2013). O fato que independente de qual serviço esteja disponível para o tratamento do uso problemático relacionados ao álcool e substâncias psicoativas, é importante ressaltar que este cuidado seja centrado no conceito de Projeto Terapêutico Singular (PTS).

Ao longo da história os serviços de saúde foram organizados de maneira hierárquica/vertical, por níveis de complexidade e especialidade, no qual eram realizados encaminhamentos a serviços que atendem determinadas demandas especializadas, apenas passando a responsabilidade de um cuidado a outro serviço. Atualmente no SUS possui uma proposta de flexibilização e organização por meio da clínica ampliada e superação do sistema de referência e contrarreferência, por um modelo de apoio matricial que promove a corresponsabilização do cuidado prestado entre rede de serviços de saúde, principalmente serviços que ofertam o cuidado em saúde mental. (BRASIL, 2011)

A proposta de matriciamento, vem como forma dinâmica de inverter essa lógica tradicional e poder para "horizontalizar saberes e práticas nos diferentes níveis assistenciais" Esse sistema é organizado em duas equipes, sendo equipes de referência as caracterizadas pela ESF, que atuam na APS, no qual tem como

princípio a responsabilidade sanitária do cuidado à população de um território/ área adscrita. E equipe de apoio matricial, os serviços NASF e CAPS, que possuem profissionais especializados em saúde mental. (BRASIL, p.13. 2011)

Essa metodologia organizacional de assistência, supera o atendimento realizado apenas por profissional especializado, e sim é caracterizado como um apoio técnico especializado, interdisciplinar, com o objetivo de qualificar a assistência em saúde. (FIGUEIREDO; CAMPOS, 2009). A equipe de apoio matricial tem o objetivo técnico-pedagógico, ou seja, está diretamente atuando em conjunto, e colaborando com PTS, e isso se diferencia de atendimento individual ou supervisão. (BRASIL, 2011).

Em campo, o apoio matricial tem a finalidade de construir coletivamente um projeto terapêutico, em que as equipes de saúde compartilham saberes e técnicas na prática assistencial. (BRASIL, 2011). Essa aproximação entre equipes torna a assistência em saúde mais efetiva e descomplicada por meio da educação permanente em saúde que o matriciamento proporciona, provocando as equipes de referência a se corresponsabilizar sobre o cuidado prestado na prática. (QUINDÉ et al, 2013; MINOZZO, COSTA, 2013; GONÇALVES, PERES, 2019)

Existem várias estratégias para promover o matriciamento, entre elas destaca-se a visita domiciliar conjunta, a qual pode ser realizada por diversas razões, entres elas podem-se citar a gravidade da dependência química, auxílio à APS em construir o PTS, conhecer a realidade do usuário entre outros, assim é possível promover um cuidado com excelência.

Diante desse cenário, esse trabalho se justifica pela necessidade de implantação de matriciamento por meio da visita domiciliar em conjunto entre o CAPS AD e a APS devido às necessidades específicas que compõem a população que possui transtornos relacionados a substâncias, como a não adesão, a gravidade da dependência química e a complexidade desse transtorno mental.

2. OBJETIVO GERAL

Implantar o matriciamento por meio de visitas domiciliares compartilhadas com a Atenção Primária em saúde em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas.

2.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Descrever o processo de implantação do matriciamento por meio de visitas domiciliares compartilhadas com a Atenção Primária em saúde em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas de um município de região metropolitana de Curitiba, Paraná.
2. Relatar os casos que necessitaram de apoio matricial por meio das visitas domiciliares compartilhadas com a Atenção Primária em saúde em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas
3. Descrever as potencialidades e fragilidades do processo de implementação do matriciamento a partir da visão dos profissionais da equipe de referência envolvidos nas visitas domiciliares compartilhadas

4. METODOLOGIA

4.1. CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

Trata-se de uma Pesquisa Convergente Assistencial (PCA), que por meio da prática profissional, teoria e pesquisa, como um circuito organizado a partir de múltiplas formas de saber, leva em conta o paradigma participativo da qualificação da assistência à saúde, individual ou em grupo, fora ou dentro de instituições públicas, ou no interior de residências. (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

Nesse tipo de pesquisa, o pesquisador e os profissionais envolvidos no estudo constroem em conjunto um ponto de convergência, ou seja, um ponto em comum, que se desenvolvem em contextos sociais compartilhados, que geram mudanças ou inovações no contexto da prática assistencial em saúde. (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

O objetivo da PCA é proporcionar aos profissionais o protagonismo da pesquisa em que este observa diariamente problemas e questionamentos dos quais necessitam de discussões sobre políticas públicas e criação de atitudes críticas, e em conjunto com demais profissionais, podem promover mudanças no contexto do trabalho e na assistência em saúde por meio de tecnologias sofisticadas de instrumentos e interação humana com a finalidade de garantir a manutenção da vida e da saúde. (LACERDA; COSTENARO, 2015).

4.2. LOCAL DO ESTUDO

O local da pesquisa se origina em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas e Atenção Primária em Saúde (APS) através das Estratégias Saúde da Família (ESF), de um município da região metropolitana de Curitiba Paraná, no qual é vinculada a prática pedagógico-assistencial para formação de especialistas pela Residência multiprofissional em Saúde Mental, promovida pela Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA) - Escola de Saúde Pública do Paraná (ESPP). (SESA-ESPP, 2021).

O município que faz parte da região metropolitana da capital do estado do Paraná, Curitiba. De acordo com o IBGE possui uma população estimada de 133.490 até o ano de 2020. Possui um índice de escolarização de 97,2% da população de 6 a 14 anos, e o desenvolvimento humano municipal (IDH) é de 0.751% no ano de 2010. (IBGE, 2020).

Os equipamentos de saúde que compõe o município, são de 11 Unidades Básicas de Saúde, uma Unidade de Emergências Médicas, cinco clínicas de Odontologia, um Centro de Especialidades, com as clínicas de Fisioterapia, Fonoaudiologia, Psicologia, Psiquiatria e Neurologia, uma Unidade de Saúde da Mulher, Serviço Social da Saúde, Serviço de Nutrição e Serviço de Remoção, SAMU, Hospital Municipal Maternidade.

Na Saúde Mental dispõe de um CAPS AD, um CAPS II, serviços de Psiquiatria, Psicologia credenciados, e em sua área de abrangência possui ainda um Hospital Psiquiátrico e um Complexo Médico Penal.

O CAPS AD do município promove, atendimento a adultos e adolescentes que sofrem com necessidades decorrentes do uso de Álcool e outras Drogas, promovido por uma equipe multiprofissional, cujo objetivo é inserção social através do trabalho, lazer, exercício dos direitos civis, fortalecimento dos laços familiares e comunitários. (BRASIL, 2001).

A equipe multiprofissional, trabalha sob a perspectiva interdisciplinar, contendo profissionais de nível superior, sendo eles: uma Enfermeira, dois Psicólogos, um Assistente Social, um Terapeuta Ocupacional, três Oficineiros, uma Médica Clínica e um Psiquiatra. Os de ensino médio são: uma técnica de enfermagem e uma técnica administrativa. (BRASIL, 2011).

Quanto a Atenção Primária em Saúde destacam-se 11 UBS, que atuam como Estratégia saúde da Família (ESF), organizadas de maneira territorial, descentralizada e capilar, ou seja, estão próximas às comunidades e é considerado a principal porta de entrada das pessoas e suas demandas de saúde. (BRASIL, p.19, 2013).

A equipe que compõem cada ESF, dependem da área territorial de abrangência, as equipes são multiprofissionais, contando com médico clínico, enfermeira, Técnicas de enfermagem, agentes comunitários de saúde, profissionais de saúde bucal, cirurgião dentista, e técnico em saúde bucal. Cada ESF deve possuir no máximo 12 Agentes Comunitários de Saúde (ACS) por equipe, atender

um número populacional de no máximo 4.000 pessoas, respeitando os critérios de equidade, para isso é considerado o grau de vulnerabilidade das famílias assistidas. Os ACS cobrem 100% da população cadastrada e cada ACS atende no máximo 750 pessoas. (BRASIL, p.54, 2012).

4.3. PARTICIPANTES DO ESTUDO

Para a implantação do matriciamento por meio de visitas domiciliares em conjuntos a amostra fizeram parte do estudo a equipe técnica do CAPS AD como equipe de apoio matricial, por meio de reuniões técnicas e administrativas sobre o processo de implantação da estratégia de matriciamento por meio de visitas domiciliares compartilhadas.

Para a descrição dos casos a amostra foi composta por pessoas que possuem necessidades decorrentes do uso problemático de substâncias psicoativas e bebida alcoólica, sendo selecionadas a partir de demandas vindas de Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Para as entrevistas, a população selecionada forma os profissionais da equipe de referência da ESF, que realizaram visitas domiciliares compartilhadas com o apoio Matricial do CAPS AD. Neste caso, os critérios de inclusão dos participantes da pesquisa foram elencados aqueles que compuseram a Visita Domiciliar em Conjunto no período da implantação.

Os critérios de exclusão de participantes da pesquisa, foram profissionais de nível médio pertencentes a equipe do CAPS AD, conforme o manual do Matriciamento do Ministério da Saúde, que orienta a equipe de apoio Matricial deve ser composta por profissionais: Psiquiatra, Psicólogos, Terapeutas Ocupacional, Assistentes Sociais e Enfermeira de Saúde Mental. (BRASIL, 2011) Além disso, foram excluídos os profissionais que por algum motivo são impossibilitados de fazer a visita domiciliar e por estarem de férias ou algum tipo de licença no período da implantação.

4.4. INSTRUMENTOS DE COLETA

O registro da coleta de dados foi realizado através de instrumentos próprio que oportunizou a coleta de dados secundários a partir da leitura de prontuários, a fim de caracterizar o usuário visitado contendo observações sobre: Local de solicitação da visita domiciliar; Discussão de caso entre Equipe de Referência, Equipe de Apoio Matricial; e Projeto terapêutico singular (PTS). Para sigilo das informações dos usuários, foram identificados por meio de letras escolhidas em ordem alfabética – Caso I – A.B.C, Caso II – D.E.F e caso III – G.H.I.

As entrevistas foram elaboradas aos profissionais da equipe de referência da ESF, que realizaram visitas domiciliares compartilhadas com o apoio Matricial do CAPS AD, em formato de gravação de áudio, sob aceite do participante, também via áudio e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), assim como foram informados sobre os riscos e os benefícios da participação na pesquisa. Conforme **Anexo I**.

Para conduzir as entrevistas foram planejadas e selecionadas perguntas disparadoras do assunto, relacionados às visitas domiciliares compartilhadas com o Apoio Matricial do CAPS AD, o qual buscou responder as questões que o objetivo da pesquisa propõe:

- O que você sabe sobre matriciamento?
- Já precisou solicitar matriciamento a casos com necessidade de visita domiciliar direcionado a usuários com necessidades decorrentes do uso de álcool e drogas?
- Já precisou solicitar apoio matricial do CAPS Álcool e drogas? se foi, como foi realizado e como foi sua experiência?
- Conte-me sobre sua experiência colaborando da visita domiciliar em conjunto realizada
- Foi possível promover maior qualificação da assistência ao usuário/usuária?
- Diante da resposta da sua última pergunta, como o matriciamento através de visitas domiciliares, contribuiu para sua prática profissional e interdisciplinar na USF?
- Você possui críticas ou sugestões para qualificação do matriciamento através de visitas domiciliares? quais?

4.5. COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi efetuada no período de setembro a novembro de 2021, o Apoio Matricial foi realizado pela enfermeira residente do programa de residência em Saúde Mental, do segundo ano R2, com campo prático no CAPS AD.

Foram realizadas três Matriciamentos através de visitas domiciliares (VD) compartilhadas com a ESF, no período de setembro a outubro de 2021 em um município da região Metropolitana de Curitiba. Para promover o protagonismo dos profissionais da equipe de Apoio Matricial no processo promovido pela PCA, foram realizadas reuniões administrativas, que abordaram uma provocação sobre a temática que contemplam as etapas da metodologia PCA, por meio da **dialogicidade, imersibilidade, simultaneidade e expansibilidade**.

Participaram das reuniões os profissionais da equipe multidisciplinar do CAPS AD: Enfermeira e residente (2), Técnica de enfermagem (1) e auxiliar de enfermagem (1), Psicólogos e residente (3), Terapeuta ocupacional (1), Assistente Social (1) e Médica psiquiatra (1).

As visitas domiciliares foram realizadas pela enfermeira residente do programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental, promovendo o apoio matricial, e a equipe de referência das ESF contou com a colaboração de 6 profissionais: (3) médicos clínicos, (2) técnicas de enfermagem e 1 Agente Comunitário de Saúde.

Os profissionais da ER da ESF foram convidados a participar da pesquisa, através de uma entrevista com perguntas semi-estruturadas sobre o Matriciamento realizado.

As entrevistas foram realizadas para 3 profissionais da equipe de referência que aceitaram participar da pesquisa, esses profissionais realizaram a VD compartilhada, sendo de categorias: (2) técnicos de enfermagem e (1) Agente comunitário de saúde. Caracterizados conforme **Quadro I**:

QUADRO 1 - Caracterização dos Profissionais da Equipe de Referência Entrevistados.

Código	Categoria profissional	Sexo	Idade	Tempo de formação	Tempo de atuação na USF
C1	Agente Comunitária de	F	42	12 anos	12 anos

	Saúde (ACS)				
C2	Técnica de enfermagem	F	47	23 anos	06 anos
C3	Técnica de enfermagem	F	*	12 anos	06 anos

FONTE: Própria da autora (2022).

Os materiais utilizados para coleta de dados foram produzidos por meio de percepções em Diários de Campo, sendo organizados em formato documento digital Word, contendo observações da pesquisadora sobre o processo de implantação do Matriciamento através de visitas domiciliares compartilhadas com a ESF, conforme a metodologia proposta pela PCA.

As entrevistas foram realizadas no período do mês de Novembro a Dezembro de 2021, no formato de perguntas semiestruturadas aos profissionais da ESF que realizaram a visita domiciliar compartilhada com o Apoio Matricial do CAPS AD, e que aceitaram a participação da pesquisa. Foram realizadas em formato semiestruturado, presencialmente, com o objetivo de oportunizar à pesquisadora flexibilidade e uma escuta cuidadosa e aprofundada durante a entrevista, sem perder o foco do estudo. (LACERDA; COSTENARO, 2015).

Após a gravação do áudio das entrevistas, foi realizada a transcrição de áudio (TA) e documentado em formato de documento digital World próprio da pesquisadora.

4.6. ANÁLISE DOS DADOS

Foram analisados os dados a partir das narrativas coletadas de entrevistas com a Equipe de Referência da ESF. Seguindo o proposto por Minayo (2001) com a análise de conteúdo, seguindo etapas de verificação de hipóteses ou questões que respondem os objetivos da pesquisa, tendo em vista que esse trabalho de investigação deve contemplar além do exposto, e descobrindo quais as manifestações que esse conteúdo está comunicando.

Para poder realizar essa investigação, seguiu as etapas propostas organizadas em quatro fases: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

A primeira fase foi realizada a pré – análise, no qual foram organizados os dados obtidos da implantação do matriciamento, como foram desenvolvidas as etapas da PCA. Caracteriza-se pela ordenação dos dados, por isso foi realizado a transcrição dos áudios das entrevistas com a equipe de referência da USF, releitura do material coletado do processo da PCA observados pela pesquisadora. Todos os dados foram digitados em documento digital. (MINAYO, 2001)

A segunda fase foi a realização da exploração do material, que consistiu em categorizar os dados organizados, sendo necessária a leitura exaustiva dos dados e a organização de hipóteses de interpretação. (MINAYO, 2001)

O terceiro passo foi a realização do tratamento dos dados dessas hipóteses de interpretação, esse tratamento consistiu em busca de referências e organização do conteúdo manifestado, ou seja, a partir do conteúdo das entrevistas transcrito pode ser observado semelhanças, tendências e pode ser caracterizado uma interpretação mais completa sobre o que o discurso pode agregar na pesquisa. (MINAYO, 2001)

Classificação dos Dados: Nesta fase é importante termos em mente que o dado não existe por si só. Ele é construído a partir de um questionamento que fazemos sobre eles, com base numa fundamentação teórica. Através de uma leitura exaustiva e repetida dos textos, estabelecemos interrogações para identificarmos o que surge de relevante ("estruturas relevantes dos atores sociais"). Com base no que é relevante nos textos, nós elaboramos as categorias específicas. Nesse sentido, determinamos o conjunto ou os conjuntos das informações presentes na comunicação. A orientação fornecida no item 2 ("Trabalhando com Categorias") pode ser seguida neste momento. (Minayo, p.78, 2001).

E por último foi realizado a interpretação, promovendo, portanto, a concretização da teoria prática ao responder o que se caracteriza pela discussão de análise final, ou seja, busca responder por meio de referências os objetivos da pesquisa por meio de embasamento teórico. (MINAYO, 2001).

4.7. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Essa pesquisa foi aprovada através do parecer número 5.038.124 pelo Comitê de ética do Hospital do Trabalhador/PR, como uma pesquisa relevante para

a reflexão sobre processos de trabalho e suas inovações em termos de tecnologia leve de saúde. Conforme **Anexo II**.

Os riscos foram relacionados a contaminação por COVID-19 e ao vazamento, o usuário não ser encontrado e o profissional não realizar a visita domiciliar, possíveis constrangimentos e vazamento de dados da pesquisa. Todos mencionados pela autora e esclarecidos estratégias de como superar. Conforme **Anexo II**.

Durante a coleta de dados, foi respeitando os preceitos éticos de acordo com a resolução nº 510, de 07 de abril de 2016, no qual dispõe no o Capítulo III art 4º e conforme o artigo 9º que dispõe o direito ao participante no inciso II, a desistência a qualquer momento da participação da pesquisa, sem qualquer prejuízo. (CNS, 2016).

“O processo de consentimento e do assentimento livre e esclarecido envolve o estabelecimento de relação de confiança entre pesquisador e participante continuamente aberto ao diálogo e ao questionamento, podendo ser obtido ou registrado em qualquer das fases de execução da pesquisa, bem como retirado a qualquer momento, sem qualquer prejuízo ao participante.” (RESOLUÇÃO Nº 510, DE 07 DE ABRIL DE 2016, p.05, Art 4º)

Foi garantido aos participantes o sigilo e anonimato das informações coletadas na pesquisa. Assim como o direito à desistência a qualquer momento durante o processo da pesquisa, elucidado pelo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Aos participantes da pesquisa foram garantidos os preceitos éticos conforme Resolução nº 466, de dezembro de 2012, do capítulo IX. (CNS, 2016). Além disso, considera-se a Resolução COFEN 564/2017 que aprova a reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem Capítulo III das responsabilidades e deveres, artigos 97,98, 99, 100, 101 e 102. (COFEN, 2017).

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo será apresentada em três fases. O primeiro será o processo de implantação do matriciamento seguido pela apresentação dos casos que deram origem ao matriciamento e por fim as potencialidades e fragilidades que os profissionais da equipe de referência perceberam.

5.1 O PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DO MATRICIAMENTO ATRAVÉS DE VISITAS DOMICILIARES EM CONJUNTO

Esse processo foi organizado conforme a intersubjetividade da Pesquisa Convergente Assistencial (PCA), ou seja, foi estruturado a construção de conhecimento na prática assistencial entre sujeitos, o qual, é constituído a partir da **dialogicidade, imersibilidade, simultaneidade e expansividade**. (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

Como proposto pelo método, a **dialogicidade** foi a primeira ação do processo da PCA. Entende-se que, não há mudanças no contexto do processo de trabalho se não houver troca de ideias, o diálogo nesse primeiro momento foi primordial para a concretização da participação dos profissionais. Para tal efeito foi necessário que o diálogo fosse pautado na compreensão da assistência e pesquisa. (LACERDA; COSTENARO, 2015)

O diálogo foi mediado a partir da discussão de casos com os profissionais do CAPS AD, assim como reuniões administrativas, sobre os casos de usuários que necessitavam de articulação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) ou seja, quando as demandas precisavam da corresponsabilidade de cuidados compartilhados com a ESF.

A promoção desse diálogo com a ESF foi realizada por meio de tecnologias de comunicação, como: Contato telefônico e E-Mail. Foram evitados os encontros presenciais na UBS, devido à grande demanda da UBS e o risco de contágio da COVID-19, entretanto, se fazendo necessário o contato presencial quando nenhum dos recursos tecnológicos se fizeram eficientes.

A segunda ação da PCA propôs a organização da **imersibilidade**, que é caracterizada como um “mergulho” em ações práticas assistenciais. A integração da pesquisa e assistência em saúde nesse momento indicou a construção do conhecimento, para se adequar a realidade do contexto estudado, a pesquisadora pode propor, ou negociar mudanças e métodos inovadores. (LACERDA; COSTENARO, 2015)

A imersibilidade foi caracterizada pela prática, a organização, contato e a realização das visitas domiciliares compartilhadas com a ESF, após a discussão dos casos, assim como a organização de agendas e horários para a realização.

Nessa etapa também foram promovidas discussão dos casos em equipe técnica no CAPS AD após a realização das VD, para que todos os profissionais pudessem conhecer a demanda e propor ações para o desenvolvimento do Projeto Terapêutico Singular ao usuário visitado, assim foi possível promover maiores discussões sobre o processo de imersibilidade da implantação dessa estratégia de matriciamento.

Com relação ao PTS é importante exaltar que essa ferramenta promove cuidados de tecnologias leves em saúde, como proposto por Merhy e Franco (2003), em que supera o trabalho apenas centrado no ato prescritivo, e considera as subjetividades, como trabalho vivo, destacam:

Reconhece que aquele usuário é além de se apresentar com um problema de saúde, traz consigo uma certa origem social, relações sociais e familiares, uma dada subjetividade que expressa sua história e portanto, este conjunto deve ser olhado. Aqui ele trabalha com a transferência de conhecimentos para o auto-cuidado, formas diversas de intervir sobre sua subjetividade, valorizando-o e aumentando sua auto-estima e assim de forma criativa o projeto terapêutico deve ter o objetivo de realizar ganhos de autonomia para viver a vida. (MERHY, FRANCO, p.06, 2003).

O PTS proporciona a corresponsabilidade entre trabalhadores de saúde, usuários, e familiares, que assumem a responsabilidade do cuidado em conjunto com a equipe de saúde, ou seja, a responsabilidade é uma construção coletiva de promover a autonomia do usuário. (PINTO; JORGE E PINTO, 2011)

É uma potente ferramenta que promove ações de corresponsabilização do cuidado, tendo em vista a autonomia do usuário, quanto de cuidado em rede de saúde. Como Lancetti e Amarante (2012), ressaltam que a aproximação entre equipamentos de saúde CAPS E ESF, garante acesso de qualidade em ações de

saúde mental, pois essa oferta é diversificada de cuidados por meio da clínica ampliada.

Além do desenvolvimento do PST, é importante destacar que as reuniões técnicas do CAPS AD proporcionaram as questões disparadoras de provocação sobre a temática e promoveram o protagonismo dos profissionais no processo da implantação.

A terceira ação da PCA é caracterizada pela **simultaneidade**, cujo a intenção foi chegar ao conhecimento a partir da reciprocidade, ou seja, quando é possível visualizar os resultados obtidos da prática, desta forma foi possível explicitar o estudo da convergência. Essa simultaneidade pôde ser observada em todo processo da PCA e através do envolvimento das equipes de apoio matricial promovido pelo CAPS AD e a ESF.

Sendo assim, essa etapa, promoveu a criação maior de envolvimento da equipe do CAPS AD e ESF em identificar demandas de visitas domiciliares. Inicialmente as demandas eram solicitadas ao CAPS AD, e por meio da etapa da imersibilidade da PCA, nas discussões em reuniões, foi possível identificar maior demanda de VD compartilhada com a ESF nos casos de usuários já inseridos no cuidado do CAPS AD.

E por último a **Expansibilidade**, caracterizada pelo propósito inicial, de promover o processo da pesquisa por meio da assistência, poder contribuir com a reformulação ou a reconstrução do contexto da prática assistencial. Como Lacerda e Costenaro, (2015) explicam:

“O conceito de expansibilidade confere o poder à PCA de, além do conhecimento referente à reconstrução de contextos da prática assistencial, descobrir novo conhecimento que conduz à construção de teorias, muitas delas exigentes de continuidade em novos módulos de uma PCA” (LACERDA; COSTENARO, p. 192 2015)

Portanto, a última etapa foi flexível ao discutir formas de organização de um novo processo assistencial investigativo, devido os possíveis temas emergentes que apareceram durante o desenvolvimento da PCA, compreendendo que esse não é um empecilho na pesquisa e sim algo que a expande e promove a construção de novos saberes.

É observado que a PCA, coincidiu com o Matriciamento, devido a metodologia de gestão do trabalho, como suporte técnico-pedagógico, no qual os arranjos organizacionais de equipes de referência e apoiadores matriciais atuaram em conjunto, com objetivos em comum, e por consequência promovem maior qualificação da assistência em saúde mental na atenção primária. (BRASIL, 2011).

Essa atuação entre os dois equipamentos de saúde e duas equipes, propuseram uma nova estrutura metodológica de gestão em trabalho em saúde, pois o objetivo é expandir a clínica ampliada por meio de estratégias de interação dialógica. (CAMPOS, DOMITTI, 2007).

Compreendendo que a PCA e o matriciamento são metodologias distintas, mas que conversam entre si, no campo da prática, promoveu o estudo por meio de um paradigma participativo, em que o resultado se baseou no que as equipes produziram e aprenderam em conjunto sobre essa demanda de saúde, como é o caso de Visitas Domiciliares em Conjunto a usuários com necessidades decorrentes do uso problemático de álcool e Substâncias Psicoativas.

Em uma revisão integrativa sobre o matriciamento no Brasil, Gonçalves e Peres, (2019) destacam que a estratégia metodológica assistencial possui arranjos bem-sucedidos relacionados a articulação de rede entre CAPS e atenção primária em saúde, principalmente pela potência de contribuir gradativamente contra preconceitos e estigmas relacionados a transtornos mentais que ainda não foram superados pela sociedade brasileira, atendendo os princípios da reforma psiquiátrica.

Essa troca de conhecimento não significa ser ação exclusiva de profissional especialista, e sim um processo de trabalho interdisciplinar que promova essa construção e desenvolvimento de uma capacidade reflexiva sobre a prática assistencial e de procurar um olhar ampliado e crítico de compreensão e capacidade, para propor mudanças de intervenções em equipes. (BRASIL, 2011)

Portanto, o matriciamento tende a ser uma ação colaborativa entre profissionais de distintas áreas, para poder ampliar a estrutura de construção de troca de saberes quando formulado um Projeto Terapêutico. (BRASIL, 2011).

A maior demanda de visitas domiciliares é atendida pela ESF, devido sua organização do processo de trabalho com agentes comunitárias de saúde, por muitas vezes as equipes não conseguem intervir em situações que exige maior complexidade social e psicossocial, e por isso, muitas vezes nesses casos são

encaminhados para o CAPS AD e a corresponsabilização pode ser deixada de lado. Diante dessa complexidade, os dois serviços precisam ter vínculo profissional mais estreito, em que possa ser discutido o caso em conjunto para tratar um planejamento estruturado das ações em visita domiciliar, assim como momento de troca de saberes e surgimento de novas percepções que podem ser bem-sucedidas na prática. (BRASIL, 2011; BRASIL, 2013)

O recurso de atendimento em domicílio, fazem parte das ações de cuidado em saúde em território são realizadas por diversas razões, dentre elas usuários que possuem uma condição de maior gravidade. a discussão de caso com a ESF tende a ser mais complexa e demanda maior logística para realização, já que precisa da presença das duas equipes, assim como a presença da agente comunitária de saúde como fundamental. (BRASIL, 2011). Os casos são apresentados no capítulo 5.2.

5.2 DESENVOLVIMENTO DO PTS A PARTIR DA DISCUSSÃO DOS CASOS

Para o desenvolvimento do Plano Terapêutico Singular foi discutido durante todo o processo entre a Equipe de Referência (ER) e a Equipe de Apoio Matricial (EAM) quais cuidados de saúde indicadas ao usuário. Desta forma, pode-se construir o início do processo de convergência e estruturação do cuidado planejado. Foram realizadas três Visitas Domiciliares organizados, contendo observações sobre: **Descrição do caso, Discussão de caso entre ER e EAM; Visita Domiciliar em conjunto e Projeto terapêutico singular.**

5.2.1 CASO I: Solicitação de matriciamento pela Estratégia de Saúde da Família

Sexo masculino, de 34 anos, estava em situação de rua há 3 anos, devido ao uso abusivo de SPA, familiares acham que foi devido ao uso de Crack. Tentaram ajudar com tratamentos particulares, mas com o tempo perderam o vínculo devido às recaídas, não sabiam sobre sua situação há 3 anos. Há um mês sofreu uma agressão física e teve um Traumatismo Crânio Encefálico, ficou em internamento hospitalar por um mês, a assistente social do hospital conseguiu contato com os familiares do usuário. Recebeu alta hospitalar e foi acolhido novamente pelos familiares necessitando de auxílio nos cuidados para todas as suas atividades diárias. Os familiares contam que antes de receber a alta hospitalar o usuário precisava de medicações para conter a agitação sendo prescrito na alta hospitalar. Os familiares procuraram frequentemente a UBS com queixas de que o usuário estava “surtando” e que precisava de atendimento pois acreditavam ser “falta da droga”.

Discussão de caso entre ER e EAM:

Após dois atendimentos domiciliares feitos pela equipe de referência ao usuário, a USF solicitou o matriciamento ao CAPS AD, precisando de apoio para manejo das medicações e cuidados devido ao histórico de uso de SPA.

A solicitação foi por meio de contato telefônico entre a coordenação dos serviços de saúde. Foi agendado, portanto, uma visita domiciliar em conjunto como

matriciamento, sendo realizado pelos profissionais Médica Clínica da USF, Enfermeira residente em saúde mental e Psiquiatra do CAPS AD.

A médica psiquiatra ficou preocupada com a medicação prescrita devido o custo financeiro e entender que a melhor alternativa, seria investigar as condições socioeconômicas da família para poder realizar novamente essa prescrição.

Visita domiciliar em conjunto:

Ao chegar no domicílio, fomos recepcionados pelos familiares em uma casa de alvenaria de dois andares, os familiares organizaram a casa para poder cuidar do usuário que estava em um quarto onde era a dispensa ao lado da área de serviço, devido ao uso de cadeira de rodas. Os familiares receberam bem a equipe, o usuário estava sentado na cama, e levantou-se com ajuda, calmo, sorridente e comunicativo, com algumas dificuldades na fala. Conseguia caminhar alguns passos com ajuda do irmão. Sabia sobre seu estado atual de saúde, se sentia agradecido pela situação que passou, pois acreditava que nasceu novamente.

Recordava que estava em situação de rua, e que fazia uso de cocaína, negou o uso de crack, não recorda como foi a situação da agressão, acha que estava muito intoxicado e mexeu com pessoas na rua. Apresentava confuso e desorientado tempo e espaço, não recordava de datas de eventos importantes como aniversário e em qual ano estávamos. Nos conta que está sendo atendido em casa pelo fisioterapeuta e recebeu ligação da nutricionista, estava muito feliz com os atendimentos, também recordou que a nova medicação, estava o ajudando a dormir e se sentia mais tranquilo.

Conversamos com os familiares sobre as condições financeiras para compra da medicação, que por ser recente, precisava de outros requisitos para ser prescrita e fornecida pela farmácia do estado. Os familiares concordaram em continuar com o tratamento com a medicação por meios próprios, até conseguir os requisitos para fornecimento da medicação via SUS e questionam sobre o tratamento da dependência química.

Orientados os familiares que o tratamento da dependência química, precisa por meio do acompanhamento no CAPS AD, após melhora do quadro de recuperação, conversamos com o usuário sobre um projeto Terapêutico Singular de médio prazo, Conforme **Quadro 2**.

QUADRO 2 - Caso I Projeto Terapêutico Singular

Desejo do usuário
O usuário que relatou o desejo de manter vínculo com os familiares, pois descobriu que tem uma família que o acolhe e tem “ajuda divina para recomeçar”. Aceita realizar o tratamento em CAPS AD.
Combinados
Encaminhar o usuário ao CAPS AD. Após consulta com neurologista e alta dos acompanhamentos de fisioterapia domiciliar, com a melhora da condição física, os familiares irão levar o usuário para acolhimento no CAPS AD e ficarão responsáveis por levar e permanecer nos atendimentos.
Orientações de suporte
Foi colocado à disposição os cuidados da USF e acompanhamento, se necessário buscar a UBS para esclarecimento de dúvidas.
Desfecho
Após duas semanas, os familiares trouxeram o usuário para acolhimento em CAPS AD, pois recebeu alta da fisioterapia e nutrição, apresentou melhora da memória e noção de tempo e espaço. Em acolhimento foi inserido em avaliações com os demais profissionais e nas semanas seguintes, por incentivo e desejo do usuário, foi inserido em oficinas de comunicação e expressão.

FONTE. Próprio da autora (2022).

5.2.2. CASO II – Solicitação de matriciamento por meio de reunião da Rede Integrada de Proteção Social

O município em da pesquisa, realiza mensalmente uma reunião da Rede integrada de Proteção Social, no qual participam diversos equipamentos, como a educação, assistência social e de saúde do município, com o objetivo de discutir casos de usuários que necessitam de uma intersetorialidade de cuidados.

Em uma das reuniões foi discutido o caso de uma Senhora, idosa com 74 anos. De acordo com o relato de um equipamento da Secretaria de Assistência Social houve uma denúncia de agressão intrafamiliar, sendo observado em visita ao domicílio um cenário de vulnerabilidade. Além disso, perceberam hálito etílico, sinais

de intoxicação na idosa bem como comportamentos agressivos contra a equipe do serviço social. Diante do relato, foi discutido um direcionamento acerca do tratamento da usuária devido o consumo abusivo de bebida alcoólica.

Discussão de caso entre ER e EAM:

O CAPS AD entrou em contato com a USF da área de abrangência da usuária, e discutido o caso com a ACS da microárea a qual relata que trata-se de um histórico de longa data de violência e conflitos familiares e de uso de bebida alcoólica, no qual a usuária já havia diversas vezes se colocado em situações de risco, Não possui suporte familiar, relata que a USF realiza visitas domiciliares rotineiras, e no início deste ano a mesma foi internada devido um TCE, por queda na rua, estava sem acompanhante, foi encontrada por pessoas que passavam no local a socorreram. Nas visitas, a equipe da USF sempre encontrava situações diferentes de risco para a idosa, principalmente relacionado às comorbidades associadas, de hipertensão arterial sistêmica e queixas de insônia.

A usuária possui histórico de diversas abordagens de visita domiciliar realizadas pelo CAPS AD, mas sem êxito de vinculação. Desta forma como possui um forte vínculo com a USF, foi sugerido, realizar uma visita domiciliar em conjunto com a USF. Como a ACS foi representante no momento da discussão do caso, ficou responsável por levar a sugestão e discussão do caso com a equipe da USF.

Visita domiciliar em conjunto:

A visita domiciliar pela enfermeira residente em saúde mental que atua no CAPS AD, a ACS que foi realizado o primeiro contato, técnica de enfermagem e médica clínica. Antes da realização da Visita, as equipes conversaram sobre o caso, e a médica clínica da USF abordou sobre as vulnerabilidades da usuária e sobre o consumo abusivo de bebida alcoólica, que piora sua condição de saúde.

Abordado sobre a sugestão realizada pela reunião de rede e a mesma gostaria de realizar uma avaliação para indicação de tratamento integral da usuária devido o uso abusivo de bebida alcoólica, principalmente por já conhecer a usuária.

No momento da visita, a idosa nos recepcionou e convidou para entrar no domicílio, estava sozinha, e seus familiares estavam trabalhando. Relatou diversos

momentos de violência que sofria de familiares, recordou sobre o internamento hospitalar devido o Traumatismo Crânio Encefálico. Encontramos a casa desorganizada, com algumas janelas quebradas, com alimentos nas prateleiras, e o quarto desorganizado, de difícil acesso e com falta de limpeza.

Quando abordado o uso da bebida, a usuária relatou que faz consumo de bebida alcoólica “pouquinho, para dormir”, mas que às vezes bebia um pouco mais, relatou diversas quedas do próprio nível, nos conta que as janelas quebradas foram devido a conflitos familiares, referiu queixas de dificuldades para dormir e falta de apetite. Conversamos com a usuária sobre internamento, para tratar o consumo da bebida alcoólica a qual concordou. Projeto Terapêutico Singular conforme **Quadro 3**.

QUADRO 3 - Caso II Projeto Terapêutico Singular

Desejo do usuário
Parar de beber. A usuária aceitou voluntariamente realizar o tratamento em regime integral do uso de bebida alcoólica.
Combinados
<p>Combinado que a usuária irá 3 vezes por semana na UBS para realizar aferição de pressão arterial sistêmica, assim como avaliação de enfermagem, a medicação prescrita será fracionada semanalmente pela USF;</p> <p>Fazer o acompanhamento da usuária para atualização em Central de Leitos Psiquiátricos (CAPS AD).</p> <p>Realizar contato com familiares para informar sobre a indicação de internamento e orientações;</p> <p>Manter contato com a USF para atualização, que acompanha presencialmente a usuária (CAPS AD).</p>
Orientações de suporte
Foi colocado à disposição os cuidados da USF e acompanhamento, se necessário buscar a UBS para esclarecimento de dúvidas.
Desfecho

A usuária foi encaminhada para o tratamento integral após 30 dias de espera em Central de Leitos Psiquiátricos. Realizou o tempo de 30 dias de tratamento em regime integral. Nesse período a reunião de rede de proteção social, discutiu alternativas de cuidado da usuária e na possibilidade de acolhimento em lar de longa permanência, caso os familiares mantivessem a negligência de cuidados da idosa. Após período de tratamento em regime integral, a usuária continua sendo acompanhada pela USF e CREAS, como não vinculou com o CAPS AD, o serviço ficou à disposição dos familiares e dos equipamentos da rede, mantendo acompanhamento da usuária.

FONTE. Próprio da autora (2022).

5.2.3 CASO III: Solicitação de visita domiciliar ao CAPS AD pelos familiares

Os familiares do usuário do sexo masculino compareceram ao CAPS AD solicitando visita domiciliar ao mesmo, pois havia voltado recentemente de uma internação hospitalar por Acidente Vascular Encefálico (AVE), relatam que o usuário estava em uma Comunidade terapêutica por uso de SPA, e nesse lugar foi socorrido devido o AVE. Atualmente reside com os familiares, está agitado e com necessidade de cuidados dos familiares em todas as suas atividades diárias e apresentando agitação, não sendo possível comparecer no CAPS AD presencialmente.

Diante da demanda familiar, foram orientados sobre emergência do quadro e a coordenação do CAPS AD trouxe o caso para a enfermeira residente, para realizar comunicação com a USF da área adstrita do usuário e realizar matriciamento com sugestão de visita domiciliar em conjunto.

Discussão de caso entre ER e EAM:

O contato do CAPS AD com a UBS foi por meio telefônico, com a coordenação e técnica de enfermagem do serviço, foram dois contatos telefônicos, o primeiro para discussão da demanda do usuário e o segundo contato para organizar a agenda dos profissionais que iriam para a VD. O caso foi discutido e pensado em quais profissionais seriam necessários para realizar a VD, tendo em vista que o usuário precisava de uma avaliação clínica da médica devido o AVE, a VD foi

realizada pela enfermeira residente do CAPS AD como apoio matricial e a equipe de referência foi composta por uma técnica de enfermagem e médico clínico da USF.

Antes da realização da VD, foi conversado com a equipe de referência da USF sobre o caso e o que a equipe conhecia sobre a família do usuário. Foi relatado que os familiares frequentemente estavam buscando orientações na UBS e que o irmão do usuário apresentava preocupação sobre recaídas e tinha medo de levá-lo ao CAPS AD por ser localizado em uma área de risco para recaída do uso de SPA.

A equipe ficou preocupada com o discurso do familiar e questionaram sobre a localização do CAPS AD, por ser em uma área de risco e como era possível a realização do tratamento sendo tão próximo aos locais de venda de SPA. Foi possível nesse momento explicar sobre o objetivo do CAPS álcool e drogas e o motivo de ser inserido em uma área de risco.

Visita domiciliar em conjunto:

Ao realizarmos a VD, observamos uma residência de alvenaria, com grades e organizada, o usuário estava na sala de estar, calmo e receptivo, conseguindo caminhar e conversar, apresentou essa melhora há quatro dias conseguindo realizar suas atividades básicas diárias sozinho, nos contou que estava internado em uma comunidade terapêutica e sobre situações de violência do passado, relatou que não faz mais o uso de SPA e de bebida alcoólica e que não tem mais vontade. O usuário repetiu diversas vezes o mesmo discurso e não conseguia manter atenção sobre outros assuntos e perguntas dos profissionais, foi possível notar uma memória recente prejudicada, com comportamento calmo e leve agitação quando recordava situações de violência.

Seu familiar se apresentava agitado e prolixo, nos contou sobre o histórico do usuário, sobre o uso abusivo de SPA e de bebida alcoólica, trouxe a demanda preocupante sobre comportamentos inesperados de heteroagressividade que o familiar temia esse risco.

O usuário estava fazendo tratamento medicamentoso após alta hospitalar, e no momento estava começando a cuidar sozinho das suas medicações. Nos últimos dois dias, aumentou a dose de Clorpromazina por conta própria devido a agitação. Projeto terapêutico singular Conforme **Quadro 4:**

QUADRO 4 - Caso III Projeto terapêutico singular

Desejo do usuário
Conversamos com o usuário se o mesmo gostaria de fazer tratamento pelo uso de SPA no CAPS AD, o mesmo se mostrou entusiasmado e aceitou ir até o serviço realizar o acolhimento.
Combinados
Orientado o familiar a levar o usuário até o CAPS AD para passar por acolhimento, devido o histórico de uso abusivo de SPA; Combinado com a equipe da USF que se o usuário não comparecer no CAPS AD, será necessário discutir o caso novamente e tentar manter o usuário com vínculo forte com a USF;
Orientações de suporte
O médico da USF orientou cuidados com as medicações e ajustou doses necessárias devido a agitação do usuário, e buscar nova prescrição das medicações no mesmo dia na UBS; O familiar e o usuário foram orientados sobre os serviços de saúde que estão a disposição para atendimento, UBS e CAPS AD. Assim como sinais de alerta acionar serviço de emergência SAMU ou levar o usuário à UPA;
Desfecho
O resultado da visita domiciliar foi satisfatório, o usuário compareceu ao CAPS AD para acolhimento acompanhado dos familiares após uma semana, foi inserido nas avaliações do serviço, e está sendo acompanhado pelo CAPS AD em conjunto com a USF.

FONTE. Próprio da autora (2022).

5.3 POTENCIALIDADES E DESAFIOS ENCONTRADOS PELA EQUIPE DE REFERÊNCIA

Para contemplar a expansibilidade da PCA, foram realizadas entrevistas com os profissionais das equipes de referência da ESF. O objetivo dessa intervenção foi repensar as potencialidades e desafios, assim como um momento para propor sugestões sobre a estratégia de matriciamento do CAPS AD através de visitas domiciliares compartilhadas com a ESF, a fim de contribuir com a reconstrução ou aprimoramento no contexto do cuidado prestado ao usuário, assim como o fortalecimento do matriciamento na RAPS.

5.3.1 DESAFIOS ENCONTRADOS PELA EQUIPE DE REFERÊNCIA

Os desafios proporcionaram o encontro do ponto de convergência sobre o matriciamento e a atuação da ESF com os cuidados em saúde mental propostos aos usuários com necessidades decorrentes do uso de álcool e SPA. Ao provocar tal assunto, proporcionou aos participantes da pesquisa um momento de contribuição com o aprimoramento, reformulação ou a reconstrução do contexto da prática assistencial em saúde mental.

A Comunicação como ferramenta de trabalho e ser ampliada:

O primeiro desafio apresentado pela ER, foi relacionado a comunicação entre as equipes, pois é fundamental na construção do cuidado compartilhado, tendo em vista que é necessário ambas as equipes conhecerem e analisarem as demandas do usuário. Conforme a fala do profissional C1, é possível perceber ainda há uma barreira na comunicação relacionada às demandas da UBS, e que se intensificaram com o período epidemiológico caracterizado pela pandemia de COVID-19:

Nós não temos tempo, ainda mais agora que veio esse COVID-19 [...] vocês pediram uma informação, por um e-mail, alguma coisa [...] veja a dificuldade. Enquanto isso a unidade está lotada de vacina, lotada de pessoas para consultar [...] nisso o povo que está fazendo as vacinas já estava esperando também o carro, você viu como está difícil? (C1)

Tendo em vista que no processo de implantação da estratégia de matriciamento por meio de VD, tiveram demandas diversificadas solicitadas ao CAPS AD, podemos identificar que somente uma demanda foi solicitada pela ESF, como o Caso I, os demais surgem de outros equipamentos da RAPS, os quais trouxeram ao CAPS AD a responsabilidade de articulação com a APS, e o desafio encontrado, foi relacionado ao primeiro contato com a ESF para realização da discussão do caso com a ER.

Esse desafio destacado pelas ER com relação às demandas da ESF é direcionado às emergências que o COVID-19 impôs, com a necessidade da reorganização do atendimento seguindo os cuidados para evitar a contaminação do vírus.

Segundo Medina, Giovanella e Mendonça et al, p.02 (2020) essa reorganização precisou atender quatro eixos, sendo eles a “vigilância em saúde nos territórios; (ii) atenção aos usuários com COVID-19; (iii) suporte social a grupos vulneráveis; e (iv) continuidade das ações próprias da APS.

O matriciamento já é uma proposta metodológica que promove uma ação pedagógica-assistencial, de modo a agregar no cuidado ao usuário e em consequência no processo de trabalho da APS, sem “atrapalhar”, e tendo em vista que um dos grupos prioritários de cuidados na APS, são os relacionados ao suporte social a grupos vulneráveis.

Como em qualquer relação de trabalho, se as equipes optarem pela comunicação a distância, ela deverá ser regulada pelo vínculo e disponibilidade dos profissionais. Inclusive os registros, necessários para a assistência em saúde e preservação dos direitos de usuários e trabalhadores, devem ser adaptados a esse tipo de comunicação. (BRASIL, p. 39, 2011)

O matriciamento tem um papel em destaque para que seja promovido a comunicação, o qual precisa ser realizado a partir da discussão do caso com a ER, assim como a organização da rotina da UBS, como uma forma de promover a co-responsabilização sobre o cuidado ao usuário entre os serviços de saúde ofertados. (BRASIL, 2011).

Investir na comunicação em rede de saúde, é uma das formas de superar esse desafio, é unir forças para diminuir o cuidado superficial, essa articulação com

a ESF por meio da comunicação e diálogo promove o atendimento integral e transdisciplinar, ou seja, a superação do modelo tradicional de trabalho em saúde, médico-centralizado no cuidado. (ESLABÃO, SANTOS E SANTOS et al, 2019)

A Educação permanente das Equipes de Referência;

Ao abordar na entrevista, quais as estratégias de melhoramento do matriciamento, as narrativas evidenciaram diversos desafios encontrados na prática assistencial pela ER, tais desafios que impedem o acesso e assistência de qualidade ao usuário na APS. Abordam fortemente a necessidade de promoção de ações de educação permanente em conjunto com o matriciamento pelo CAPS AD.

A maioria das pessoas que são novas (funcionários) não tiveram essa introdução sobre os equipamentos da rede (C1). [...] A maioria dos funcionários daqui da saúde, técnicos e auxiliares (enfermagem), eles não sabem onde fica o CAPS AD, eles não sabem para que serve o CAPS AD, maioria é primeiro emprego [...] a equipe não sabe como funcionam, às vezes eles escutam eu falando no acolhimento, “olha você pode procurar (CAPS AD), porquê é porta aberta, [...]” aí perguntam o que é porta aberta? o que eu posso fazer? [...] E tudo passam para o médico [...] só a consulta não vai adiantar[...] O cuidado precisa ser multiprofissional mesmo. (C2).

[...] envolver toda a equipe [...] o grupo de saúde mental, tinha a (técnica de enfermagem) como referência [...] mas só foca nela, não adianta, acho que tinha que ter a equipe toda envolvida [...] para a gente também poder aprender a lidar com o paciente, todo mundo. (C3)

O assunto educação permanente pode ser percebido conforme o discurso de C1 e C2, principalmente sobre o conhecimento da RAPS e quais as funções dos equipamentos de suporte especializado em saúde mental. C3 aborda sobre a sobrecarga de ter um técnico de referência para a saúde mental na ESF, e destaca que todos da equipe devem ser envolvidos nesse aprendizado, para que todos possam promover cuidados em saúde mental.

No SUS, a educação permanente se tornou uma política, caracterizada pelas possibilidades de reflexão, reorganização e transformações no processo de trabalho. Uma estratégia de aprendizado que inverte a lógica de capacitações, que

são centradas em um conteúdo e sem levar em consideração as necessidades de diferentes realidades dos serviços de saúde que por muitas vezes não auxilia em mudanças no processo de trabalho. (BRASIL, 2018).

A partir desses discursos, podemos observar que a maior demanda de educação permanente é da equipe de enfermagem, categoria importante na ESF, e a que promove o primeiro acesso à saúde, por meio do acolhimento, assim como os primeiros cuidados. (NETO, SCANDIUZZI, SILVA et al, 2021).

Já a fala da participante C2 destaca o desafio com relação ao encaminhamento dos usuários com demandas do uso de álcool e SPA, somente para a consulta médica, como a falta de conhecimento sobre as outras possibilidades de cuidados que podem ser desenvolvidos no momento do acolhimento e de uma equipe multiprofissional.

O destaque que C2 direciona para o Acolhimento na ESF evidencia, que esse modelo de assistência precisa constantemente de qualificação. Tanto na APS quanto na Atenção secundária em saúde mental como os CAPS, o acolhimento tem uma função primordial para o cuidado, acesso e principalmente escuta qualificada da demanda dos usuários. (OLIVEIRA, TUNIN, SILVA, 2008). Entretanto, ainda há uma dificuldade em promover o acolhimento sem relacioná-lo a uma triagem, ou primeira passagem de acesso nos serviços de saúde, com a função apenas de encaminhamentos. (COUTINHO, BARBIERI, SANTOS, 2015).

Esse espaço potente que a ESF proporciona por meio do acolhimento, necessita da Educação permanente de maneira rotineira, como as práticas de saúde entre equipe e usuário, assim como por meio das estratégias de matriciamento que promove essa interprofissionalidade, de maneira compartilhada, unindo práticas e saberes em conjunto para promoção do cuidado qualificado as estratégias de redução de danos e promoção da saúde mental para a população. (FAGUNDES, CAMPOS, PONTES, 2021).

Os discursos da ER também destacam o estigma e preconceitos sofridos pelo público cuidado, devido às necessidades referentes ao uso problemático de álcool e SPA, e destacam que é necessário promover ações de educação permanente que visam a mudança dessas atitudes preconceituosas e estigmatizantes.

No álcool e drogas ainda tem discriminação, estigmatização, tem o preconceito na saúde mental em geral, [...] e o paciente não aceita mesmo, as vezes ele é o provedor e ele não aceita ter um tratamento [...] e quando chega a internar é algo assim, deprimente [...] (C1)

[...] a conscientização de que o (usuário) é doente. Eu falo para as meninas (funcionárias da UBS) não é bêbado que fala, é um termo errado, ele é um dependente, a gente tem que ajudar, porque é uma doença, eu tenho essa visão, de que os pacientes são doentes não só o bêbado (C2).

Quando C1 identifica esse desafio, porém ainda está ligado à culpabilização do usuário que não aceita o tratamento. C2 argumenta que “não é bêbado que fala, é um termo errado” já nos mostra a tentativa de mudanças, compreendendo seu papel ao informar outros colegas sobre o preconceito e pré-julgamento inferido ao usuário.

Para Machado, Modena, Luz (2020) destacam que a exclusão do público que usa drogas, se dá devido à falta de acesso a sistemas sociais básicos de proteção, e buscam nos serviços de saúde uma inclusão, o acesso não somente a saúde, mas também como a promoção de acesso a direitos de saúde e sociais básicos.

Com o advento da reforma psiquiátrica, proporcionou o cuidado em saúde mental, buscou oferecer um leque de estratégias de inclusão social, entretanto, permeia ainda na nossa sociedade o estigma que as pessoas com transtornos decorrentes do uso de álcool e substâncias psicoativas. O estigma pode ser caracterizado pela ignorância, preconceito e discriminação. Diante de todas essas manifestações, principalmente devido a exclusão social, as pessoas tendem a não buscar atendimento para seu sofrimento. (BRASIL, 2016).

Diante desse discurso exposto na falas, é possível visualizar um desafio no cuidado promovido no território, com a estratégia de matriciamento através de visitas domiciliares, se torna um potente momento de conhecimento do território, extra muros da UBS, conhecendo as histórias e subjetividades dos sujeitos, essa aproximação com suporte técnico especializado do apoio matricial, promove a discussão dessas questões estigmatizantes e de cunho preconceituoso, com a intenção de promover um cuidado mais próximo mais ético e adequado aos usuários.

Segundo Cecílio e Merhy (2003), destacam a necessidade de produzir o trabalho em saúde a partir da integralidade no cuidado ao usuário, ou seja, avaliado

todas as necessidades do indivíduo, e para que isso seja efetivo, são necessárias estratégias de superação do modelo hegemônico médico-centrado, por meio da participação coletiva, e organização do processo interdisciplinar de trabalho em saúde.

Vinculação interdisciplinar e intersetorial

Ainda sobre o desafio da comunicação com a APS, as ER enfatizam que a carência de vinculação interdisciplinar e intersetorial.

TA: [...] Nós falamos muito de vínculo entre [...] usuário e unidade de saúde e onde está o vínculo de equipamento com equipamento? vocês não nos conhecem, nós não conhecemos vocês [...] uma forma [...] seriam as reuniões feitas com os dois equipamentos, vocês nos passam as dificuldades e nós te passamos as dificuldades, vamos fazer um PTS para nós, coletivo [...] (C1)

[...] Acho que seria importante um vínculo maior com a unidade (UBS), possíveis reuniões e discussões de casos onde envolvesse a equipe da unidade de saúde, a fim de entendimento de todos cada situação e até mesmo de como abordá-lo e a necessidade de recorrer a ajuda e auxílio do CAPS AD ou vice e versa quando necessário [...] (C2)

A ER aborda sobre a necessidade de maior vínculo entre a ESF e o CAPS AD, e propõe que ao conhecer as equipes e ter maior interação interdisciplinar e intersetorial, promovem maiores ações em conjunto e qualificam a assistência em saúde mental aos usuários.

Através do conhecimento sobre o Projeto Terapêutico Singular, que é uma das estratégias de cuidado ao usuário de acordo com o seu desejo e por meio da sua realidade é delimitado uma continuidade terapêutica em conjunto profissional e usuário. (BRASIL, 2015).

A partir dessa lógica a fala de C1 propõe um PTC, Projeto terapêutico coletivo, que esse pode ser desenvolvido entre equipamentos de saúde, assim como em dispositivos comunitários como escolas, igrejas, centros de convivência, locais estes importantes para promoção da reabilitação social do usuário. Coletivamente entre o CAPS AD e a ESF podem ser formados a partir do resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial se necessário. (BRASIL, 2015)

Essa lógica coletiva de formar um projeto terapêutico também é evidenciada pelas falas de C2, ao propor articulação por meio de reuniões de equipe e discussão de casos.

O cuidado, portanto, deve contemplar a integralidade, sendo um dos desafios da atual Política Nacional de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Drogas. O pensar na integralidade é considerar o cuidado por meio da promoção da qualidade de vida, prevenção de agravos por meio da estratégia de redução de danos e reabilitação e recuperação dos usuários. (GONDINHO et al., 2018). Todas essas ações podem ser promovidas através de um cuidado compartilhado e co-responsável entre CAPS AD e ESF.

Segundo Santos, Cunha e Cerqueira (2020), por meio do matriciamento em visitas domiciliares é possível compreender o contexto de vivência do usuário, podendo ampliar a visibilidade dos determinantes sociais de saúde e por consequência, perceber que o cuidado não deve ser centralizado em apenas um equipamento de saúde, tampouco por um único profissional, a corresponsabilização é realizada a partir do cuidado interdisciplinar e intersetorial.

5.3.2 POTENCIALIDADES ENCONTRADAS PELA EQUIPE DE REFERÊNCIA.

As potencialidades serão apresentadas neste subcapítulo, por meio das falas dos participantes foi possível encontrar um ponto de convergência e consonância sobre os conhecimentos da ER sobre o matriciamento e a atuação da ESF com os cuidados em saúde mental, propostos aos usuários com necessidades decorrentes do uso de álcool e SPA.

Matriciamento e o cuidado compartilhado

A primeira questão realizada na entrevista com a ER, foi relacionada com o conhecimento prévio do que compreendiam ser o matriciamento. Para a qualificação da implantação do matriciamento através de VD, é necessário interpretar o que as equipes da APS entendem do matriciamento, como essa estratégia de suporte especializado contribui com a qualificação do acesso e cuidado ao usuário. Essa compreensão é considerada nas falas da ER. Conforme as falas abaixo:

Um apoio para um caso que nós precisamos. [...] Um trabalho em conjunto (C1).

Uma forma de repassar as informações e ter um trabalho em conjunto. (C2)

Um compartilhamento de caso de paciente necessidade de auxílio e acompanhamento de equipe multidisciplinar, com intuito da melhoria do tratamento (C3)

Nas falas as participantes definem o matriciamento com as palavras “trabalho em conjunto e compartilhamento”. Pode-se observar que C1 e C2 destacam ser matriciamento, através de uma necessidade de apoio da ESF e um repasse de informações. Para C3, já pode-se notar que é compreendido o papel da equipe multidisciplinar de Apoio Matricial ao compartilhar e atuar em conjunto, de acordo com a demanda do usuário.

É comum que a ER confunda o matriciamento com repasse de informações, principalmente quando é comparado com o modelo tradicional de referência e contrarreferência de casos entre equipamentos de saúde. Essa prática não propõe

um cuidado compartilhado e promove apenas a transferência de responsabilidade. (BRASIL, 2011); (SANTOS, CUNHA, CERQUEIRA et al, 2020)

“Tradicionalmente, os sistemas de saúde se organizam de uma forma vertical (hierárquica), com uma diferença de autoridade entre quem encaminha um caso e quem o recebe, havendo uma transferência de responsabilidade ao encaminhar. A comunicação entre os dois ou mais níveis hierárquicos ocorre, muitas vezes, de forma precária e irregular, geralmente por meio de informes escritos, como pedidos de parecer e formulários de contrarreferência que não oferecem uma boa resolubilidade.” (BRASIL, p.13, 2011)

Para evitar essa confusão é necessário seguir roteiro de discussão do caso proposto pelo Guia de Matriciamento, e sempre interagindo e deixando com objetivos e papéis claros de que a ER faz parte corresponsável pelo cuidado ao usuário. (BRASIL, 2011)

A lógica que o matriciamento propõe, um trabalho em conjunto e compartilhado, assim auxilia na avaliação quando a ER chega em uma limitação de cuidados devido a situação de saúde mental do usuário, necessitado portanto nesse suporte especializado do CAPS AD.

Na estratégia de Matriciamento através de visitas domiciliares, é preciso seguir o proposto pelo Guia de Matriciamento, Brasil, (2011). Por meio deste, a equipe matriciadora segue algumas fases para intervenção, sendo a de discussão de caso com a ER, promovendo a construção do projeto terapêutico coletivo (PTC) ao usuário, e no momento da visita domiciliar, utiliza o instrumento aos profissionais de consulta conjunta, nesse momento o usuário será acolhido, avaliado e a realização de um PTS.

Esse instrumento da consulta conjunta é recomendado para a realização da visita domiciliar, cujo critério é questionar no momento do PTC “Quais são os grupos de risco nessa população? Que tipos de usuários com questões psicossociais têm dificuldade de acesso ao serviço?” (BRASIL, p.36, 2011)

O bom matriciador dialoga, solicita informações da equipe de referência do caso e, principalmente, pergunta a opinião sobre condutas, instigando a equipe a raciocinar. Com isso ele ensina e aprende, além de colocar os matriciandos em posição ativa, fazendo da consulta conjunta um espaço de estímulo ao crescimento das competências da ESF relacionadas à saúde mental. (BRASIL, p. 31, 2011)

A ER, demonstra firmeza em seu discurso sobre o cuidado proporcionado ao usuário ser em conjunto e compartilhado, ou seja, compreendem o principal objetivo do matriciamento. Sendo possível observar que a implantação do matriciamento por meio de VD compartilhadas com a ESF promoveu o compartilhamento de conhecimento entre as equipes, e conseqüentemente instrumentalizou a ER para lidar melhor com essas demandas complexas.

Promovendo a Clínica Ampliada

Conforme o proposto pela pesquisa, essa estratégia de matriciamento por meio de visitas domiciliares promovida pelo CAPS AD, partiu da análise de necessidade dos usuários, devido às condições de risco limitantes não conseguiriam ir até o serviço, com essa problemática em evidência, foi necessário haver o diálogo e discussão de caso com a ESF da área de abrangência dos usuários.

A equipe de apoio matricial e de referência notaram que por meio dessa estratégia, proporcionam ações de tecnologias leves em saúde, essa tecnologia é evidenciada quando são propostas estratégias singulares ao usuário que pode participar da construção desse cuidado. Conforme os TA das entrevistas:

É um caso em que a equipe precisou de estratégia, então ela (usuária) vinha aferir a pressão, que era algo que ela não fazia, só que ela tinha medicação fracionada, ela tinha comida, ela tinha atenção. Então nós usamos de estratégias! foi as estratégias, que uma delas foi o matriciamento que surtiu efeito [...] (C1)

Não fica só sobrecarregado a responsabilidade, só na unidade de saúde, existem outros desdobramentos enfim, com o mesmo objetivo, ajudar o usuário, e quando você tem essa ajuda. (C2)

Achei interessante, porque a gente conhece o caso do paciente, entende a necessidade do paciente e tenta, fica mais fácil para a gente tentar ajudar, tentar ver o que que ele realmente necessita dá uma ajuda na própria recuperação dele né [...]. (C3)

Quando C1 relata as estratégias, evidenciando que a discussão de caso realizada identificou que o principal cuidado para a usuária precisou estar estruturado integralmente, ou seja, foi proposto ações que envolviam todas as

necessidades de saúde da usuária, devido sua situação de vulnerabilidade social e o uso problemático da bebida alcoólica. C2 destaca a importância do atendimento compartilhado e da corresponsabilidade dos serviços ESF e CAPS AD. E C3 demonstra que essa corresponsabilidade, ações conjuntas, promovem maior qualidade do cuidado ofertado.

Neste contexto, vale destacar o papel da atenção básica à saúde como porta de entrada para o Sistema Único de Saúde (SUS), possuindo, portanto, a responsabilidade de ser o ponto coordenador e articulador das redes de atenção à saúde (RAS), uma vez que está mais próxima da população e da realidade vivida pela comunidade, atuando intimamente no cadastro das famílias, assim como na identificação dos usuários e a consequente oferta de atenção à saúde aos mesmos. (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008; BRASIL, 2017)

Segundo Cecílio e Merhy (2003), ao articular papéis com a atenção primária, produz uma atenção à saúde por meio da lógica da clínica ampliada, leva em consideração a saúde integral dos sujeitos, compartilhando essa responsabilidade e sendo capaz de tornar as equipes de referência mais resolutivas, principalmente com as demandas do território relacionadas a pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e Drogas. (CECÍLIO; MERHY, 2003).

No contexto da implantação dessa estratégia, a ER evidencia a importância de promover o matriciamento através de visitas domiciliares compartilhadas com a Estratégia Saúde da Família fortalecendo a Clínica Ampliada obtendo resultados satisfatórios.

TA: Foi um começo né [...] já fomos com uma intenção, e deu certo porque a (usuária) se conscientizou de algo que ela nunca tinha aceito, nenhum tipo de ajuda nessa questão do etilismo, foi muito claro. (C1)

[...] nós tivemos a mesma visão juntas, eu não tive uma opinião e ela outra, você (pesquisadora) viu, você nos ajudou de maneira conjunta. (C2)

O problema do paciente não envolve só o paciente, sim um todo, então desde o local que eles moram as condições financeiras, quem convive na casa como que é estrutura familiar, eu acho que é bem importante [...] avaliar tudo, é um todo não é só o paciente em si, [...] então assim você entende e compreendendo o que aconteceu ali, fica mais fácil trabalhar e ver o que ele precisa (C3)

A partir dessas TA, podemos observar C1 destacando a participação da usuária no cuidado, C2 evidencia em sua fala que o matriciamento foi realizado de acordo com a troca de saberes, de forma compartilhada entre as equipes. E C3 declara a visão ampliada dos determinantes sociais em saúde e como essa estratégia de cuidado auxilia nas resolutividades dos casos por meio do acesso de qualidade à saúde.

Como proposto pela Política Nacional de Humanização, deve ser superado os modelos tradicionais de saúde, que interagem e cuidam dos sujeitos de maneira fragmentada, que não permite o cuidado que “envolve um todo” como afirma C3. Para isso a clínica ampliada se torna o principal modelo de cuidado em saúde que promove esse cuidado integral e singular. (BRASIL, 2004).

Para que esse cuidado seja alcançado, a clínica ampliada interage a partir das necessidades dos usuários, conforme as diversas singularidades, de acordo com a sua realidade, local de moradia, trabalho, renda, processo saúde e doença, que são caracterizados como determinantes sociais de saúde. Ao compreender essas variáveis, é possível ampliar a clínica, ou seja, a intersetorialidade e interdisciplinarmente em conjunto com os usuários, compartilham as possibilidades e abordagens de cuidados em saúde. (BRASIL, 2013).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse estudo permitiu aguçar a troca de saberes por meio da prática assistencial em saúde. Situações que já eram perceptíveis pelos profissionais no dia-a-dia, ao promover a implantação do matriciamento pelo CAPS AD, através de visitas domiciliares compartilhadas com a Atenção Primária em saúde, é possível verificar que a estratégia qualificou a gestão de trabalho em saúde por meio da clínica ampliada.

Essas estratégias permearam instrumentos metodológicos que agregaram aos profissionais de saúde o conhecimento compartilhado, ou seja, a troca de saberes desse cuidado em conjunto aos usuários. No cotidiano do processo de trabalho, a Pesquisa Convergente Assistencial (PCA) oportunizou essa troca e a reformulação de práticas que eram perceptíveis, para o que agora, são práticas de saúde baseadas em evidências.

A PCA e o matriciamento, mesmo sendo metodologias distintas, interagiram promovendo por meio de um paradigma participativo, resultados que se baseou no que as equipes produziram e aprenderam sobre essa demanda de saúde, observados na estratégia de Visitas Domiciliares em Conjunto, a usuários com necessidades decorrentes do uso problemático de álcool e Substâncias Psicoativas.

Visitas domiciliares compartilhadas a ESF, contribuíram com a visualização de potencialidades do matriciamento, repercutindo entre as equipes do CAPS AD e ESF maior troca de saberes e a promoção de um cuidado próximo a realidade do usuário, trazendo aos sujeitos esse acesso básico à produção de vida e garantia de direitos, e por meio do PTS maior acesso e qualificação do tratamento ao usuário.

Os desafios do cotidiano do CAPS AD e da atenção primária, permitem a reflexão e o repensar, em como os modelos de gestão do cuidado em saúde podem qualificar a comunicação, a educação permanente e maior aproximação dos equipamentos da saúde. Essa discussão proporcionou um encontro de pontos de convergência sobre o matriciamento e a atuação da ESF com os cuidados em saúde mental, propostos aos usuários com necessidades decorrentes do uso de álcool e SPA.

Essa intervenção também contribuiu com a formação pratico-assistencial pedagógico de residentes do Programa de residência multiprofissional em Saúde mental. Sendo um importante centro formador de profissionais qualificados para

atuação na Rede de Atenção Psicossocial, somando na qualificação do cuidado em Saúde Mental no Sistema Único de Saúde.

Concluimos que o matriciamento, com a estratégia de visitas domiciliares compartilhadas com a APS, promove por meio do modelo Psicossocial e da clínica ampliada, a contribuição, reconstrução e aprimoramento do acesso a uma saúde pública de qualidade à população, assim como o fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial no SUS.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUIAR, K.G.M; SOUSA, L.C; SILVA, R.S et al. **Estratégias Interventivas a Usuários de Álcool e Outras Drogas em Tempos de COVID-19.** Psicologia em ênfase.v.2, n. 2, p. 41-51–Julho/2021

APA. DSM V. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais.** American Psychiatric Association. Porto Alegre: Artmed, 2014. disponível em: <http://www.niip.com.br/wp-content/uploads/2018/06/Manual-Diagnostico-e-Estatistico-de-Transtornos-Mentais-DSM-5-1-pdf.pdf>. acesso em 15 de agosto de 2021

ARCE, V.A.R; SOUSA, M.F; LIMA, M.G. **A práxis da saúde mental no âmbito da estratégia saúde da família: contribuições para a construção de um cuidado integrado.** Physis (Rio J.). [Internet]. 2011 ;21(2):541-60. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v21n2/a11v21n2.pdf>. Acesso em 04 de Fevereiro de 2022

BARBOSA, G. C; COSTA, T. G; MORENO, V. **Movimento da luta antimanicomial: Trajetória, avanços e desafios.** Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, 4(8), 45-50. 2012.

BRASIL. **Guia estratégico para o cuidado de pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas : Guia AD /** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. **Guia prático de matriciamento em saúde mental.** Brasília, DF: Ministério da Saúde. III. Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva. 2011 pg 28.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Norma Operacional nº 001/2013.** 2013. Disponível em: http://www.hgb.rj.saude.gov.br/ceap/Norma_Operacional_001-2013.pdf. Acesso em: 10 de Agosto de 2021

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde.** Brasília, DF, 30 dez. 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.htm. Acesso em: 05 de Agosto de 2021

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.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família** - Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 116 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 39)

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.** Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?** Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde – 1. ed. rev. – Brasília : Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. **Regulamenta o exercício dos profissionais de enfermagem. Lei nº. 7.498, de 25 de junho de 1986.** Brasília, DF, 1986. Disponível em: http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/exerc_p/LF7498_86exerc_p.doc. Acesso em 02 de fevereiro de 2022

CAMPOS G. W. de S.; DOMITTI, A. C. **Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde.** Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/VkBG59Yh4g3t6n8yjdjMRCQj/?format=pdf&lang=pt>
Acesso em: 03 de Agosto de 2021

CECÍLIO, L.C.O; MERHY, E.E. **A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde.** Rio de Janeiro, Abrasco, 2003. Disponível em: <http://www.hmdcc.com.br/wp-content/uploads/2018/04/Cecilio-A-INTEGRALIDADE-DO-CUIDADO-COMO-EIXO-DA-GEST%C3%83O-HOSPITALAR.pdf> Acesso em 25 de Janeiro de 2022

CNS. Conselho Nacional de Saúde. **Dispõe sobre a Resolução nº 510, de Abril de 2016.** <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>. Acesso em: 10 de Agosto de 2021

CNS. **Resolução Nº 466, de 12 de Dezembro de 2012.** Conselho Nacional de Saúde. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em 11 de Agosto de 2021

COFEN. **Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem dá outras providências.** LEI N 7.498/86, DE 25 DE JUNHO DE 1986. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html. Acesso em 02 de fevereiro de 2022

COFEN. **RESOLUÇÃO COFEN Nº 564/2017. Conselho Federal de Enfermagem.** disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html. Acesso em 11 de agosto de 2021

COUTINHO, L.R.P; BARBIERI, A.R; SANTOS, M.L.M. **Acolhimento na Atenção Primária à Saúde:** revisão integrativa Revisão • Saúde debate 39 (105) Apr-Jun

2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-110420151050002018>. Acesso em 03 de Fevereiro de 2022

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Clínica ampliada e compartilhada** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: **Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS** / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004

Davies, E. L., Puljevic, C., Connolly, D., Zhuparris, A., Ferris, J. A., & Winstock, A. R. **The world's favorite drug: What we have learned about alcohol from over 500,000 respondents to the Global Drug Survey.** In The Handbook of Alcohol Use. 17-47. 2021

RODRIGUES, D.C; PEQUENO, A.M.C; CARNEIRO, C; MACHADO, M.F.A.S; JUNIOR, A.G.M; NEGREIROS, F.D.S. **Educação permanente e apoio matricial na atenção primária à saúde: cotidiano da saúde da família.** Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/pdf/reben/v73n6/pt_0034-7167-reben-73-06-e20190076.pdf Acessado em 15 de janeiro de 2022

ESLABÃO, A.D; SANTOS, E.O; SANTOS, V.C.F; RIGATTI R; MELLO, R.M; SCHNEIDER, J.F. **Saúde mental na estratégia saúde da família: caminhos para uma assistência integral em saúde.** Jornal nurs. health. 2019;9(1). Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/11106>. Acesso em 05 de fevereiro de 2022.

ESPPR. **Escola de Saúde Pública do Paraná. Programas de Residência da SESA - ESPPR.** Disponível em: <http://www.escoladesaude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=176> . Acesso em 09 de agosto de 2021.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (Brasil). Ministério da Saúde. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial na Pandemia COVID-19: Recomendações para Gestores.** Brasília: Fiocruz, 2020. Disponível em: <https://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/04/Sa%c3%bade-Mental-e-Aten%c3%a7%c3%a3o-Psicossocial-na-PandemiaCovid-19-recomenda%c3%a7%c3%b5es-para-gestores.pdf>. Acesso em 31 de Julho de 2021

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (Brasil). Ministério da Saúde. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial na Pandemia COVID-19: Recomendações Gerais.** Brasília: Fiocruz, 2020. Disponível em: <https://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/04/Sa%c3%bade-Mental-e-Aten%c3%a7%c3%a3o-Psicossocial-na-PandemiaCovid-19-recomenda%c3%a7%c3%b5es-gerais.pdf>. Acesso em 31 de Julho de 2021

GONÇALVES, R.C; PERES, R.S. **Matriciamento em Saúde Mental: Obstáculos, Caminhos e Resultados.** SPAGESP - Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo Revista da SPAGESP, 123-136. 2019.

GONÇALVES, R.C; PERES, R.S. **Matriciamento em Saúde Mental Obstáculos, Caminhos e Resultados.** SPAGESP - Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo. Revista da SPAGESP, 19(2), 123-136

GONDINHO, B.V.C. **Dependência química: descrição das atitudes dos profissionais da estratégia saúde da família e da procura dos serviços de CAPS AD pelo usuário de drogas.** [dissertação]. Piracicaba – SP: FOP/UNICAMP, 2014. Disponível em: <https://1library.org/document/q51645gy-dependencia-descricao-atitudes-profissionais-estrategia-familia-servicos-usuario.html>.

Acesso em 23 de janeiro de 2022

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pinhais Paraná.** Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pr/pinhais.html>. acesso em 09 de Agosto de 2021.

LACERDA, M.R; COSTENARO, G.S. **Metodologias de pesquisa e saúde: da teoria à prática.** Porto Alegre: Moriá, 2015.

MACHADO, A.R; MODENAZÉLIA, C.M; LUZ, M.P. **O que pessoas que usam drogas buscam em serviços de saúde? Compreensões para além da abstinência.** Artigos Interface 24, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.190090>. Acesso em 05 de fevereiro de 2022.

MALBERGIER, A; AMARAL, R.A. **Conceitos básicos sobre o uso abusivo e dependência de drogas.** Universidade Federal do Maranhão. UNASUS/UFMA. - São Luís, 2013. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/2046/3/Mod%2003%20UNIDADE%2001.pdf>. Acesso em 18 de agosto de 2021.

MEDINA, M.G; GIOVANELLA, L; BOUSQUAT, A; MENDONÇA, M.H.M; AQUINO, R. **Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer?** Comitê Gestor da Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde da Abrasco Cad. Saúde Pública 2020;36(8). Disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/static//arquivo/1678-4464-csp-36-08-e00149720.pdf>. Acesso em 31 de Janeiro de 2022

MEIHY, J. C. S. B.; HOLANDA, F. **História oral: como fazer como pensar.** São Paulo: Contexto, 2007.

MERHY, E.E; FRANCO T.B. **Por uma Composição Técnica do Trabalho centrada no campo relacional e nas tecnologias leves e no Campo Relacional in Saúde em Debate.** v.27, N. 65, Rio de Janeiro, Set/Dez 2003. Disponível em: https://www.pucsp.br/prosaude/downloads/territorio/composicao_tecnica_do_trabalho_emerson_merhy_tulio_franco.pdf. Acesso em 18 de agosto de 2021

MINAYO, M.C.S **Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade.** 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001. Disponível em: http://www.faed.udesc.br/arquivos/id_submenu/1428/minayo_2001.pdf Acesso em 29 de Janeiro de 2022

MINOZZO, F; COSTA, I. I. **Apoio matricial em saúde mental entre CAPS e Saúde da Família: trilhando caminhos possíveis.** Psico-USF, 18(1), 151-160. 2013

MOROSINI, M.V; FONSECA, A.F; **Os agentes comunitários na Atenção Primária à Saúde no Brasil: inventário de conquistas e desafios.** Saúde Debate | Rio de Janeiro, v. 42, N1, P. 261-274, 2018. Disponível em: <https://periodicos.feevale.br/seer/index.php/revistaconhecimentoonline/article/view/1639/2453>. Acesso em 10 de Janeiro de 2022

NETO, D.N.F; SCANDIUZZI, D. A; SILVA, P.C; PATRÍCIO A.F.A. **Atuação do Técnico de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde.** Resumo expandido - 44ª Semana de Enfermagem (2021) – Escola Técnica de Saúde, Universidade Federal de Uberlândia. 2021. Disponível em: <https://aps.bvs.br/aps/qual-o-papel-do-tecnico-de-enfermagem-na-estrategia-de-saude-da-familia/>. Acesso em 25 de Janeiro de 2022

OLIVEIRA, L.M.L.; TUNIN, A.S.M.; SILVA, F.C. **Acolhimento: concepções, implicações no processo de trabalho e na atenção em saúde.** Rev. APS, Juiz de Fora, v. 11, n. 4, p. 362-37, 2008.

OMS. **Neurociências: consumo e dependência de substâncias psicoativas.** Organização Mundial de Saúde. 2004. Disponível em: https://www.who.int/substance_abuse/publications/en/Neuroscience_P.pdf. Acesso em 16 de agosto de 2021

PARANÁ. Secretaria do estado de saúde do Paraná. **Plano de contingência do Paraná COVID19. nível 3 de Execução.** 2020. Disponível em: https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-06/plano_de_contingencia_do_parana_covid_19_nivel_3_atualizado.pdf. Acesso em 31 de Julho de 2021

PINTO, D.M; JORGE, M.S.B; PINTO, A.G.A. ET AL. **Projeto Terapêutico Singular na Produção do Cuidado Integral: Uma Construção Coletiva.** Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2011 Jul-Set; 20(3): 493-302.

QUINDERÉ, P. H. D; JORGE, M. S. B; NOGUEIRA, M. S. L; COSTA, L. F. A.; VASCONCELOS, M. G. F. (2013). **Acessibilidade e resolubilidade da assistência em saúde mental: a experiência do apoio matricial.** Ciência & Saúde Coletiva, 18(7), 2157-2166. 2013

SANTOS A.M; CUNHA, A. L. A; CERQUEIRA, P. **O matriciamento em saúde mental como dispositivo para a formação e gestão do cuidado em saúde.** TEMA LIVRE, Physis 30 (04) 2020 Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300409> Acessado em 03 de Fevereiro de 2022

SILVA, M.A.B; ABRAHÃO, A.L. **Política de Atenção Integral aos usuários de álcool e outras drogas: uma análise guiada por narrativas.** Interface, comunicação, saúde e educação. Botucatu. 2020.

SIQUEIRA, M.M. **Álcool, tabaco e outras drogas na atenção básica.** Vitória : EDUFES, 2016. Disponível em:

<http://repositorio.ufes.br/handle/10/774/browse?type=title&sort_by=1&order=ASC&pp=20&etal=-1&null=&offset=0> acesso em: 19 de agosto de 2021

Tiburtino, G. **Copo meio vazio: aumento no consumo de bebidas durante a pandemia desperta preocupação quanto aos efeitos colaterais.** RADIS: Comunicação e Saúde, 219, p. 22-27. 2020. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/45020/2/CopoMeioVazio.pdf>. Acesso em 19 de agosto de 2021

TRENTINI, M; PAIM, L; SILVA, D.M.G.V. **Pesquisa convergente assistencial: delineamento provocador de mudanças nas práticas de saúde.** 3. ed. Porto Alegre. Moriá: 2014.

WERMELINGER, M.; MACHADO, M. H.; TAVARES, M. F. L.; OLIVEIRA E. S.; MOYSES N. M. N; FERRAZ, W. **A Feminilização do Mercado de Trabalho em Saúde no Brasil** Divulgação em Saúde para Debate, Rio de Janeiro, n. 45, p. 54-70, maio 2010. Disponível em: http://capacidadeshumanas.org/trajetoriainstitucionaldosus/wp-content/uploads/2017/11/Afeminizacaoomercadodetrabalho_Wermelinger.pdf Acesso em 10 de fevereiro de 2022

ANEXOS

ANEXO I

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu Mylena Goelzer da Silva e Fernanda Carolina Capistrano pesquisadoras, estamos convidando profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família, que atuaram em ações de matriciamento através de visitas domiciliares pelo Centro de Atenção Psicossocial, Álcool e drogas do Município de Pinhais Paraná a participar de um estudo intitulado **“Implantação do matriciamento através de visitas domiciliares em um Centro de Atenção psicossocial Álcool e drogas”**

O objetivo desta pesquisa é descrever o processo da implantação do matriciamento por meio de visitas domiciliares compartilhadas com a Atenção Primária em saúde em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas do município de Pinhais, Paraná. Por meio da promoção do apoio matricial, suporte técnico especializado aos profissionais da equipe de referência da Estratégia Saúde da Família, a fim de horizontalizar e qualificar práticas e saberes, assim como a corresponsabilização da Atenção Primária em saúde no cuidado pedagógico-terapêutico em saúde mental.

Caso (o Senhor, a Senhora) aceite participar da pesquisa, será necessário compartilhar através de uma entrevista semi-estruturada como foi a experiência da realização do matriciamento em visitas domiciliares conjuntas com o CAPS AD. Cujo objetivo é observar através dos resultados obtidos quais as potencialidades e fragilidades do processo de implantação do matriciamento na RAPS de Pinhais Paraná.

É possível que (o Senhor, a Senhora) experimente algum desconforto, principalmente relacionado ao tempo exaustivo disposto de no máximo 40 minutos para realização da entrevista, assim como adequar agenda de trabalho para participação. Alguns riscos relacionados ao estudo podem ocorrer:

- Risco de contaminação pelo COVID-19, no qual são necessários cuidados para minimizar os riscos, sendo eles o uso de equipamento de proteção individual (EPI), de acordo com o protocolo de contingência do estado do Paraná;
- Risco de vazamento de dados, como conteúdo de prontuários, os quais será necessário recorrer ao código de ética profissional da pesquisadora;
- Risco de constrangimento ou danos de origem psicológica na coleta de dados da pesquisa, serão de responsabilidade da pesquisadora promover ações para minimizar esses danos por meio de equipamentos de saúde adequados de acordo com o dano acometido;

Os benefícios esperados embora nem sempre (o Senhor, a Senhora) seja diretamente beneficiado(a) por sua participação neste estudo, com essa pesquisa são:

- Proporcionar o acesso de qualidade a rede de saúde aos usuários identificados no CAPS AD que necessitam de visitas domiciliares compartilhadas com os serviços da Atenção Primária em Saúde:

- Promover a organização das demandas de matriciamento da Atenção Primária em Saúde relacionados aos prejuízos decorrentes do uso de álcool e drogas;
- Promover através do apoio matricial suporte técnico especializado aos profissionais da equipe de referência da Estratégia Saúde da Família, a fim de horizontalizar e qualificar práticas e saberes, assim como a corresponsabilização da Atenção Primária em saúde no cuidado pedagógico-terapêutico em saúde mental.

A pesquisadora Mylena Goelzer da Silva, responsável por este estudo, poderá ser localizada para esclarecer eventuais dúvidas que (o Senhor, a Senhora) possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo no seguinte endereço: Avenida Visconde de Guarapuava 1830, apartamento 23, Curitiba Paraná, ou e mail: mylenag@hotmail.com. Em situações de emergência ou urgência, relacionadas à pesquisa, os mesmos poderão ser contatados pelo telefone Telefone: (46) 99918-0906.

Se (o Senhor, a Senhora) tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, poderá contatar o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos –

A sua participação neste estudo é voluntária e se (o Senhor, a Senhora) não quiser mais fazer parte da pesquisa, poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado. A sua participação está garantida e não será interrompido caso (o Senhor, a Senhora) não queira mais desistir de participar.

Rubricas: Participante da Pesquisa e /ou responsável legal _____ Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE _____

CEPSH/SESA/HT pelo Telefone 3212-5829 das 08:00 horas as 15:00 horas de segunda a sexta-feira, ou pelo e-mail: cep.cht@sesa.pr.gov.br. O CEP é um grupo de indivíduos com conhecimento científico e não científico que realizam a revisão da época inicial e contínua do estudo de pesquisa para mantê-lo seguro e proteger seus direitos.

As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas orientadora de pesquisa Fernanda Carolina Capistrano, e autoridade sanitária quando for necessário. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, será feito sob forma codificada, para que a sua identidade seja preservada e seja mantida a confidencialidade. Para estudos que envolvem entrevistas gravadas, seu anonimato também será respeitado; tão logo seja transcrita a entrevista é encerrada a pesquisa, o conteúdo será desgravado ou destruído.

O material obtido por gravação será utilizado unicamente para esta pesquisa e será destruído ou descartado ao término do estudo, dentro de 5 anos. As despesas necessárias para a realização da pesquisa tais como transporte, uso de tecnologias como computador, não são de sua responsabilidade; entretanto, (o Senhor, a Senhora) não receberá qualquer valor em dinheiro apenas pela sua participação.

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

O projeto de pesquisa está em situação aprovada através do parecer número 5.038.124 pelo Comitê de ética do Hospital do Trabalhador/PR

Rubricas: Participante da Pesquisa e /ou responsável legal _____ Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE _____

CEPSH/SESA/HT pelo Telefone 3212-5829 das 08:00 horas as 15:00 horas de segunda a sexta-feira, ou pelo e-mail: cep.cht@sesa.pr.gov.br. O CEP é um grupo de indivíduos com conhecimento

científico e não científico que realizam a revisão da época inicial e contínua do estudo de pesquisa para mantê-lo seguro e proteger seus direitos.

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 e sem qualquer prejuízo para mim nem para meu tratamento ou atendimento ordinários que eu possa receber de forma rotineira na Instituição. Eu entendi o que não posso fazer durante a pesquisa e fui informado que serei atendido sem custos para mim se eu apresentar algum problema diretamente relacionado ao desenvolvimento da pesquisa. Por fim, entendo que receberei uma via deste Termo de Consentimento assinado pelo representante da equipe de pesquisa.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Nome por extenso do Participante e/ou Responsável Legal

Assinatura do Participante e/ou Responsável Legal

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

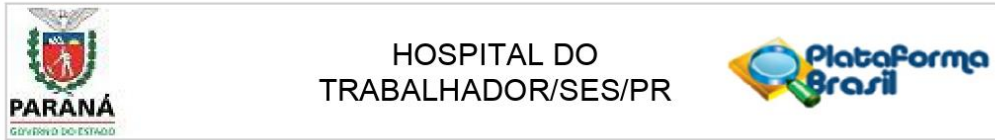
Nome extenso do Pesquisador e/ou quem aplicou o TCLE

Assinatura do Pesquisador e/ou quem aplicou o TCLE

Pinhais, 26 de Novembro de 2021

ANEXO II

APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Implementação do matriciamento através de visitas domiciliares em um Centro de Atenção psicossocial Álcool e drogas

Pesquisador: Mylena Goelzer da Silva

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 52008021.8.0000.5225

Instituição Proponente: SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.038.124

Apresentação do Projeto:

Pesquisa qualitativa apresentada para a conclusão da residência multiprofissional em Saúde Mental pela Escola de Saúde Pública a se realizar no âmbito dos serviços de saúde da Prefeitura Municipal de Pinhais. Através da metodologia de pesquisa convergente assistencial, a qual as pesquisadoras se propõem a dar atenção ao diálogo das equipes sobre o caso de seus usuários de saúde mental assim como ao processo de trabalho junto destes usuários.

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO GERAL

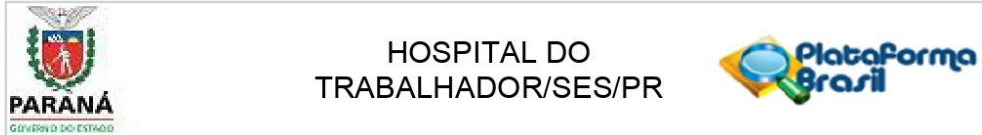
Implantar o matriciamento por meio de visitas domiciliares compartilhadas com a Atenção Primária em saúde em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas do município de Pinhais, Paraná.

OBJETIVO ESPECÍFICO

-Descrever o processo de implantação do matriciamento por meio de visitas domiciliares compartilhadas com a Atenção Primária em saúde em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas do município de Pinhais, Paraná;

-Proporcionar o acesso de qualidade a rede de saúde aos usuários identificados no CAPS AD que necessitam de visitas domiciliares compartilhadas com os serviços da Atenção Primária em Saúde;

Endereço: Hospital do Trabalhador Avenida República Argentina, 4406 - Novo Mundo - 81.050-000 - Curitiba - PR 41
Bairro: Novo Mundo **CEP:** 81.050-000
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3212-5829 **Fax:** (41)3212-5709 **E-mail:** cep.cht@sesa.pr.gov.br



Continuação do Parecer: 5.038.124

- Promover a organização das demandas de matriciamento da Atenção Primária em Saúde relacionados aos prejuízos decorrentes do uso de álcool e drogas;
- Promover através do apoio matricial suporte técnico especializado aos profissionais da equipe de referência da Estratégia Saúde da Família, a fim de horizontalizar e qualificar práticas e saberes, assim como a corresponsabilização da Atenção Primária em saúde;
- Observar através dos resultados obtidos quais as potencialidades e fragilidades do processo de implementação do matriciamento na RAPS de Pinhais Paraná.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: contaminação por COVID-19, o usuário não ser encontrado e o profissional não realizar a visita domiciliar; constrangimento e vazamento de dados. Todos mencionados pela autora o como superar.

Benefícios: promover aos usuários maior acesso à saúde mental; proporcionar o matriciamento em saúde mental dos profissionais de saúde na atenção primária de saúde; identificar através das visitas domiciliares as necessidades psicossociais dos usuários a partir da realidade e contexto que o usuário vive no território; matriciamento das equipes de referência, organização do trabalho em rede, troca de saberes entre equipes.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante para a reflexão sobre processos de trabalho e suas inovações em termos de tecnologia leve em saúde.

O projeto prevê que irá utilizar-se dos instrumentos de observação, análise documental e questionário semiestruturado.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de rosto, projeto completo, TCLE, termo de anuência institucional apresentados adequadamente. Documento de dispensa do TCLE: ok.

Recomendações:

*

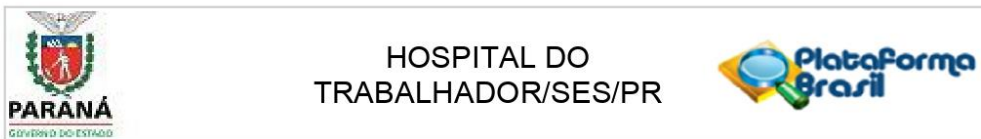
Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências éticas significativas.

Considerações Finais a critério do CEP:

Relembremos os autores que devem ser seguidas as determinações da resolução 466/2012 e da norma operacional 01/2013 do CNS. Assim, é responsabilidade do pesquisador encaminhar como

Endereço: Hospital do Trabalhador Avenida República Argentina, 4406 - Novo Mundo - 81.050-000 - Curitiba - PR 41
Bairro: Novo Mundo **CEP:** 81.050-000
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3212-5829 **Fax:** (41)3212-5709 **E-mail:** cep.cht@sesa.pr.gov.br



Continuação do Parecer: 5.038.124

NOTIFICAÇÃO os seguintes documentos:

- Relatórios parciais (semestrais), se for o caso
- Relatório final
- O trabalho concluído (publicação, anais de congresso, etc)
- Comunicação de eventos adversos (se houver)
- Comunicação de início do trabalho e término do mesmo

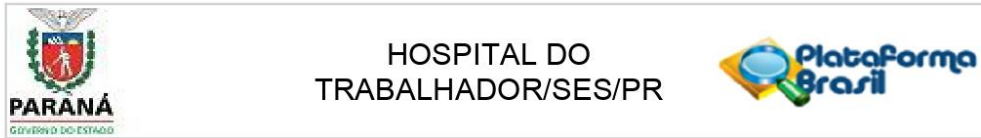
Alterações no projeto (inclusive em relação à equipe de pesquisa) devem ser submetidos como EMENDA.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1829640.pdf	21/09/2021 17:16:12		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	DISPENSA_DO_TCLE.pdf	21/09/2021 17:10:58	Mylena Goelzer da Silva	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TERMO_DE_COMPROMISSO_DA_EQUIPE_DE_PESQUISA.pdf	21/09/2021 17:10:26	Mylena Goelzer da Silva	Aceito
Outros	PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_CEP_4979859.pdf	21/09/2021 17:00:17	Mylena Goelzer da Silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMODEANUENCIAINSTITUCIONAL.pdf	21/09/2021 16:49:31	Mylena Goelzer da Silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	21/09/2021 16:49:22	Mylena Goelzer da Silva	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETODETALHADO.docx	21/09/2021 16:46:29	Mylena Goelzer da Silva	Aceito
Folha de Rosto	FOLHADEROSTO2.pdf	21/09/2021 16:42:00	Mylena Goelzer da Silva	Aceito

Situação do Parecer:

Endereço: Hospital do Trabalhador Avenida República Argentina, 4406 - Novo Mundo - 81.050-000 - Curitiba - PR 41
Bairro: Novo Mundo **CEP:** 81.050-000
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3212-5829 **Fax:** (41)3212-5709 **E-mail:** cep.cht@sesa.pr.gov.br



Continuação do Parecer: 5.038.124

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CURITIBA, 14 de Outubro de 2021

Assinado por:
FABIO TERABE
(Coordenador(a))

Endereço: Hospital do Trabalhador Avenida República Argentina, 4406 - Novo Mundo - 81.050-000 - Curitiba - PR 41
Bairro: Novo Mundo **CEP:** 81.050-000
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3212-5829 **Fax:** (41)3212-5709 **E-mail:** cep.cht@sesa.pr.gov.br

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

NATHALIA DA ROSA KAUER

**A ECONOMIA SOLIDÁRIA, SAÚDE MENTAL E INCLUSÃO PELO TRABALHO:
POTENCIALIDADES E BARREIRAS NA MOBILIZAÇÃO DE UM GRUPO DE
GERAÇÃO DE RENDA EM UM CAPS II**

CURITIBA - PR

2020

NATHALIA DA ROSA KAUER

**A ECONOMIA SOLIDÁRIA, SAÚDE MENTAL E INCLUSÃO PELO TRABALHO:
POTENCIALIDADES E BARREIRAS NA MOBILIZAÇÃO DE UM GRUPO DE
GERAÇÃO DE RENDA EM UM CAPS II**

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: Dr. Luís Felipe Ferro

CURITIBA - PR

2022

FOLHA DE APROVAÇÃO

CURITIBA, 17 DE FEVEREIRO DE 2021

O trabalho intitulado **A ECONOMIA SOLIDÁRIA COMO PROPOSTA DE INCLUSÃO PELO TRABALHO: POTENCIALIDADES E BARREIRAS NA MOBILIZAÇÃO DE UM GRUPO DE GERAÇÃO DE RENDA EM UM CAPS II** de autoria do aluno **NATHALIA DA ROSA KAUER** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Programa de Residência em Saúde Mental.

Prof. Dr. Luís Felipe Ferro
Orientador do TCR/PI

Me. Fabíola Ferreira de Souza
Avaliador da Instituição

Dra. Lourença Santiago Ribeiro
Avaliador Externo

RESUMO

A Reforma Psiquiátrica Brasileira redirecionou a assistência em saúde mental no país a partir de propostas de cuidado comunitário, inclusão social, promoção de direitos humanos e cidadania. A Rede de Atenção Psicossocial, atual política nacional de Saúde Mental, tem como um de seus objetivos a promoção da reabilitação de pessoas com transtorno mental por meio do acesso ao trabalho. A Economia Solidária se apresenta como estratégia importante para inclusão pelo trabalho e geração de renda no campo da saúde mental. A partir da importância da confluência entre o campo da Economia Solidária e da Saúde Mental, foi inaugurada em 2017 a Rede de Economia Solidária e Saúde Mental de Curitiba e Região Metropolitana (LIBERSOL). A LIBERSOL congrega diferentes instituições, pessoas e empreendimentos solidários procurando articular ações que potencializam a inclusão social pelo trabalho. Este artigo tem como objetivo analisar potencialidades, barreiras e estratégias utilizadas pela rede LIBERSOL para mobilizar uma oficina de geração de renda e trabalho em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Trata-se de uma pesquisa-ação de abordagem qualitativa. Os dados foram obtidos por meio da anotação sistemática, em diário de campo, de vivências, percepções, ações articuladas pela rede, assim como suas repercussões no período de abril a dezembro de 2021. Os dados foram analisados por meio da matriz proporcionada pela análise hermenêutico-dialético. Nos resultados foram identificados como os principais desafios para a consolidação do grupo de geração de renda a falta de formação e engajamento da equipe na proposta e dificuldades para concretizar o grupo devido o momento da pandemia do coronavírus no Brasil. Como estratégias para superar as adversidades foram desenvolvidas: ações de educação permanente para sensibilização e formação da equipe, tendo como apoio diferentes forças presentes na rede LIBERSOL; organização de espaços de comercialização de produtos; além da articulação da ampliação do debate no município por meio do controle social. Essas estratégias permitiram a instauração do grupo de geração de renda no CAPS e evidenciou que a prática da reabilitação psicossocial exige dos profissionais de saúde o desafio diário da superação de ações centradas na doença, procurando construir cotidianamente intervenções que visem o desenvolvimento da autonomia e

protagonismo dos sujeitos. Além de destacar o papel das residências multiprofissionais como estratégias que promovem tais transformações.

Introdução

A história da Psiquiatria é marcada pela exclusão e estigmatização das pessoas em sofrimento psíquico. Diversas denúncias contra o modelo psiquiátrico expuseram a violência contra os internos e sua evidente função de segregação de segmentos marginalizados da população (AMARANTE, 1995; TENÓRIO, 2002). Neste panorama, pautadas em novos paradigmas de atenção, propostas de reformulação do cuidado em Saúde Mental foram sendo construídas em diferentes países (AMARANTE, 2007).

No Brasil, o movimento da Reforma Psiquiátrica teve início na década de 1970, impulsionado pela necessidade de superação do modelo manicomial de atenção, o qual, para além da promoção da exclusão social, destacava a doença e não os sujeitos (AMARANTE, 1995; AMARANTE & NUNES, 2018; TENÓRIO, 2002). Além de propor a configuração de serviços substitutivos para o cuidado comunitário de pessoas em sofrimento mental, a Reforma Psiquiátrica Brasileira advogou pela construção de propostas de inclusão social, promoção de direitos humanos e cidadania (TENÓRIO, 2002). Desta forma, o movimento foi marcado pela construção de novas formas de promover cuidado, incentivo à participação social na construção das políticas, utilização da arte e cultura e outras estratégias para promoção da cidadania (AMARANTE & NUNES, 2018).

Neste contexto, a lei 10.216 de 2001 consolidou legalmente a Reforma Psiquiátrica no Brasil, redirecionando a assistência em saúde mental ao dispor sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtorno mental e estabelecer a prioridade por cuidado em serviços de base comunitária (BRASIL, 2001).

Para expandir o cuidado comunitário em saúde mental no Brasil, no ano de 2011 foi instituída a atual política nacional de Saúde Mental, conhecida como Rede de Atenção Psicossocial - RAPS (BRASIL, 2011, 2017). A RAPS assumiu como objetivos ampliar o acesso à atenção psicossocial em todos os pontos de atenção e garantir a

articulação e integração dos serviços no território, buscando assim qualificar o cuidado por meio de acolhimento, acompanhamento contínuo e da atenção às urgências (BRASIL, 2011).

Enquanto estrutura, a portaria 3.088/11 configurou a RAPS pelos componentes da atenção básica e psicossocial, urgência e emergência, além da atenção residencial de caráter transitório, hospitalar, estratégias de desinstitucionalização e de reabilitação psicossocial (BRASIL, 2011). Tal normativa, ainda, afirmou como um dos objetivos da RAPS a necessidade de promover a reabilitação e reinserção das pessoas com transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, na sociedade, por meio do acesso ao trabalho, renda e moradia solidária (BRASIL, 2011, 2017). Para tanto, seu componente de reabilitação psicossocial destaca a importância do desenvolvimento de iniciativas de geração de trabalho e renda, empreendimentos solidários e cooperativas sociais, articulando redes territoriais com o objetivo de garantir melhoria das condições de vida e ampliar autonomia, contratualidade e inclusão social dos usuários.

Paralelamente, a Economia Solidária (ECOSOL), impulsionada pelas crises econômicas vivenciadas a partir da década de 1970, tomou corpo em contexto brasileiro, propondo uma resposta organizada daqueles que não querem uma sociedade movida pela competição, a partir da qual incessantemente são excluídos diferentes segmentos da população. A ECOSOL, logo, apresenta-se como uma forma de organização societária do trabalho pautada na solidariedade, igualdade, gestão democrática, cooperação, preocupação com a comunidade, estruturada por meio de cooperativas, associações, grupos informais, redes colaborativas, bancos comunitários e outras formas de organização popular (SINGER, 2002; BRASIL, 2005)

Dada às dificuldades dos usuários dos serviços de saúde mental em responder às exigências próprias ao mercado capitalista, vêm se estabelecendo uma profícua parceria entre os campos da Economia Solidária e da Saúde Mental, possibilitando propostas concretas de inclusão social pelo trabalho. Desta forma, iniciativas de geração de renda e trabalho construídas nesta interface vêm se constituindo como estratégia para garantir a ampliação da contratualidade, e da autonomia e a construção

de projetos de vida para pessoas em sofrimento mental (ANDRADE, et al., 2013; BARRETO, et al., 2014; MORATO & LUSSI, 2015).

No entanto, os empreendimentos solidários no campo da saúde mental encontram uma série de dificuldades, tais como: a falta de profissionais sensibilizados e capacitados sobre a temática da Economia Solidária e seus princípios; a incipiência e fragilidade de fomentos para proporcionar estrutura e apoio adequados para aos empreendimentos solidários; o enfrentamento da desigual competição com os empreendimentos capitalistas, entre outros (ARAÚJO & CASTRO, 2016; BARRETO, et al., 2014; CESAR, et al., 2016). Neste panorama, uma das possibilidades de superação de tais dificuldades é a organização de redes de Economia Solidária (PEDRINI & OLIVEIRA, 2007; CRUZ, 2009; MANCE, 2005).

As redes de economia solidária permitem integrar ações de cooperativas, grupos de produtores, consumidores e também de associações, instituições de apoio, movimentos populares e outras organizações sociais (MANCE, 2005; MANCE, 2000). As redes promovem, dessa forma, ações compartilhadas que possibilitam ampliar a capacidade produtiva dos empreendimentos, promover a troca de experiência entre os participantes, além de produzir conhecimento, estabelecer relações de trocas comerciais e até organizar cadeias produtivas (SILVA, 2011), podendo funcionar como articuladores, seja no cenário local, regional, nacional ou até internacional (ALVES e BURSZTYN, 2009).

As redes têm papel fundamental também na articulação e mobilização comunitária para a execução das políticas públicas, além da proliferação e fortalecimento dos empreendimentos solidários. Ferro et al. (2020) destacam que a congregação de diferentes empreendimentos solidários, instituições de apoio e forças comunitárias diversas podem, ainda, proporcionar maior incidência política para a elaboração e cobrança da execução de legislações específicas, além de possibilitar a ampliação de recursos, humanos ou financeiro, para apoiar aos empreendimentos e grupos solidários.

Neste contexto, a Rede de Saúde Mental e Economia Solidária de Curitiba e Região Metropolitana (LIBERSOL) foi criada em 2017, com o objetivo de fortalecer os princípios da Reforma Psiquiátrica e da Economia Solidária. Em seus eixos de trabalho, a LIBERSOL investe seus esforços para organizar espaços de comercialização, para promover formações e ações de construção de conhecimento diversificadas, além de desenvolver ações de incidência política em variados formatos, todas voltadas a fortalecer a interface entre os campos da Saúde Mental e ECOSOL e, com ela, possibilidades de inclusão social pelo trabalho.

Este trabalho tem como objetivo analisar potencialidades, barreiras e estratégias promovidas pela rede LIBERSOL para mobilizar empreendimentos e ações de geração de trabalho e renda em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

Método

Para alcançar os objetivos pretendidos, este estudo apresenta abordagem qualitativa. Para Minayo (2002), a abordagem qualitativa trabalha com o universo dos significados, motivos, crenças, valores e relações humanas.

Enquanto método, a pesquisa foi estruturada pela pesquisa-ação, a qual propõe a integração do pesquisador ao fenômeno pesquisado, implicando-o como um dos agentes transformadores de uma determinada realidade. Este método de pesquisa é um subtipo de investigação-ação, termo utilizado para definir processos que seguem ciclos de aprimoramento da prática pela análise entre o agir e a investigação.

A pesquisa-ação supõe um conjunto de procedimentos técnicos e operativos para conhecimento da realidade ou um aspecto dela e tem como objetivo transformá-la pela ação coletiva. Segundo Baldissera (2001), a pesquisa-ação não distancia o conhecer do agir, em uma relação dialética sobre o fenômeno social foco do estudo.

Ferro, Franzoloso e Burnagui (2020) ainda sustentam a indissociabilidade entre o objeto de pesquisa e sua situação histórico-social, ressaltando a importância do método para compreender tanto o fenômeno, como para o estudo de ações e suas repercussões (FERRO, FRANZOLOSO E BURNAGUI, 2020). Desta forma, a pesquisa-

ação implica no planejamento e implementação coletiva de ações, análise do fenômeno estudado e avaliação das mudanças ocorridas no decorrer do processo (TRIPP, 2005).

Na pesquisa em tela, os dados foram coletados e sistematizados a partir de um diário de campo, o qual congregou informações objetivas, percepções e reflexões dos pesquisadores advindas de sua participação nas reuniões da rede LIBERSOL, assim como no desenvolvimento de ações e estratégias elaboradas pela rede para enfrentar as problemáticas encontradas e suas repercussões.

O foco do manuscrito em tela se dará na análise das potencialidades, limitações e estratégias planejadas pela LIBERSOL para mobilizar empreendimentos solidários vinculados ao campo da Saúde Mental em um dos municípios abrangidos pela rede. O diário de campo foi elaborado no período de 22 de abril de 2021 a 06 de dezembro de 2021.

Para análise do material obtido, foi utilizada a matriz estrutural própria à análise hermenêutico-dialética. Como destaca Campos, Rodrigues e Moretti-Pires (2012), a análise hermenêutico-dialético apresenta potencial inequívoco para pesquisas em saúde coletiva, uma vez que o processo de saúde-doença e seus desdobramentos na vida dos seres humanos deve ser compreendido como fenômeno de caráter complexo. Essa metodologia procura compreender os sentidos estabelecidos na comunicação entre os seres humanos, considerando que para assimilar a linguagem é necessário também entender o contexto histórico-social do sujeito e de suas relações.

A articulação da hermenêutica com a dialética é, portanto, um importante caminho para fundamentar pesquisas qualitativas, na medida em que é possível valorizar as complementaridades e divergências entre elas, dentre as quais podem-se destacar que: ambas trazem a ideia do condicionamento histórico da linguagem, das relações e das práticas; ambas partem do pressuposto de que não há observador imparcial; ambas questionam o tecnicismo em favor do intersubjetivismo da compreensão e da crítica; ambas estão referidas à prática estruturada pela tradição, pela linguagem, pelo poder e pelo trabalho; ambas reúnem o poder para “aproximação da verdade” investigada. No entanto, enquanto a hermenêutica enfatiza o consenso, a mediação e o acordo, a dialética se orienta para a diferença, o contraste, o dissenso e a crítica (ALENCAR, NASCIMENTO e ALENCAR, 2011, p. 245)

Sob os aspectos éticos, este artigo é vinculado ao projeto de pesquisa “Redes de Economia Solidária: potencialidades, barreiras e estratégias”, aprovado pelo comitê de ética do setor de ciências da saúde da Universidade Federal do Paraná sob o parecer de número 3.175.339.

Resultados e Discussão

Para responder ao objetivo de reabilitação psicossocial da Rede de Atenção Psicossocial (BRASIL, 2011, 2017), a Economia Solidária tem se apresentado como uma possibilidade de inclusão social das pessoas em sofrimento psíquico no âmbito do trabalho (LUSSI e PEREIRA, 2011; TAGLIAFERRO, 2011). As iniciativas de geração de renda e trabalho baseadas na ECOSOL proporcionam, segundo a literatura, a ampliação da contratualidade e da autonomia, assim como a construção de projetos de vida (ANDRADE, et al., 2013; BARRETO, et al., 2014; CARRICIO, 2019; MORATO & LUSSI, 2015).

No entanto, dentre as diferentes dificuldades para implementar tais atividades na Rede de Atenção Psicossocial, alguns autores destacam a falta de profissionais sensibilizados e capacitados na temática da Economia Solidária e seus princípios, a falta de fomento que garanta estrutura para a consolidação dos empreendimentos solidários, além do desafio de enfrentar a desigual competição com os empreendimentos capitalistas (ARAÚJO & CASTRO, 2016; BARRETO, et al., 2014; CESAR, et al., 2016).

Neste sentido, como destacado acima, uma das principais estratégias de fortalecimento da economia solidária é a organização de redes de Economia Solidária (CRUZ, 2009; MANCE, 2005; PEDRINI e OLIVEIRA, 2007). A Rede de Saúde Mental e Economia Solidária de Curitiba e Região Metropolitana (LIBERSOL) foi criada em 2017 após a realização da oficina “Economia Solidária e Saúde Mental: Inclusão pelo trabalho” promovida pela Incubadora Social Marista - Trilhas, o curso de terapia ocupacional da Universidade Federal do Paraná e a diretoria de Saúde Mental da Secretaria de Saúde do município de Curitiba que aconteceu no final do ano de 2016. A

oficina proporcionou o encontro de diferentes atores e instituições que deliberaram sobre a importância de construir uma rede regional que promovesse ações para o fortalecimento dos campos da Saúde Mental e da Economia Solidária.

A LIBERSOL busca promover a articulação entre diferentes pessoas e instituições com objetivo de fortalecer os princípios da Reforma Psiquiátrica e da Economia Solidária a fim de contribuir para os empreendimentos solidários da região. Atualmente compõem LIBERSOL diversos trabalhadores de empreendimentos solidários, usuários e trabalhadores dos serviços de saúde mental, membros da comunidade acadêmica da Universidade Federal do Paraná, membros da Associação Arnaldo Gilberti, Residentes da Escola de Saúde Pública do Paraná, apoiadores da temática, entre outros.

As ações da rede LIBERSOL estão pautadas em três eixos: apoio aos empreendimentos solidários, com foco em empreendimentos que incluam pessoas em sofrimento mental; construção de conhecimento; e incidência política, ao apoiar o desenvolvimento de políticas públicas sensíveis às demandas da população e que promovam a Economia Solidária e a Saúde Mental. Em sua missão, a LIBERSOL trabalha para ser referência nacional para inclusão pelo trabalho solidário e sustentável de pessoas em sofrimento mental.

O presente artigo, pretendeu analisar as ações realizadas pela rede LIBERSOL para mobilizar ações de economia solidária em um dos municípios de abrangência da rede.

Economia Solidária e Saúde Mental: Construção de conhecimento para a inclusão social pelo trabalho

Na empreitada mobilizada pela rede LIBERSOL para fortalecer empreendimentos solidários na interface com a Saúde Mental em um dos municípios de abrangência da rede, diferentes dificuldades foram vivenciadas. A primeira dificuldade

diz respeito à formação dos profissionais para a estruturação de projetos de geração de trabalho e renda.

A literatura aponta que para o desenvolvimento de práticas pautadas na Economia Solidária é necessário construir parcerias de rede entre equipe, gestão dos serviços, e desenvolver ações para a sensibilização e educação em saúde (SAMPAIO e FERRO, 2021). Santiago e Yasui (2015) ainda sublinham que uma das dificuldades para o desenvolvimento de ações de inclusão pelo trabalho, organizadas por meio de empreendimentos solidários no campo da saúde mental, é a falta de sustentação teórico-técnica dos profissionais da Saúde.

Na pesquisa em tela, a falta de conhecimento na temática da Economia Solidária foi apontada pelos profissionais como um dos fatores que dificultava o engajamento dos mesmos em projetos de geração de renda.

Questionados sobre o tema em reunião de apresentação do projeto e da LIBERSOL, profissionais da equipe levantaram a falta de conhecimento da própria temática da Economia Solidária e seus princípios, além do interesse em conhecer mais sobre o cooperativismo, legislações para implementar o serviço em um CAPS II e em conhecer projetos exitosos, de empreendimentos da região (DIÁRIO DE CAMPO, JUNHO DE 2021).

Para enfrentar a problemática da falta de capacitação, procurando dar suporte ao interesse em uma formação sobre o tema, a pauta foi conduzida a uma das reuniões da rede LIBERSOL.

Em reunião da rede LIBERSOL foi levantada a possibilidade de promover encontros entre os CAPS de Curitiba e região metropolitana para incentivar o retorno das atividades de geração de trabalho e renda que haviam parado no decorrer da pandemia. Tais encontros tinham como foco facilitar a formação de empreendimentos solidários em CAPS com dificuldades na articulação de novos grupos, promovendo uma troca de informações e experiências a partir dos empreendimentos que já fazem parte da rede. Tal ação, ainda, possibilitaria fortalecer a retomada das ações de construção de conhecimento que sempre fizeram parte da rede (DIÁRIO DE CAMPO, JUNHO DE 2021).

A partir das discussões entre os membros LIBERSOL, foi proposta uma intervenção de sensibilização e capacitação da equipe técnica do Centro de Atenção Psicossocial, foco deste estudo, como primeira atividade para mobilizar um

empreendimento solidário no serviço. Como passo inicial, foi proposta a condução do tema da ECOSOL em sua interface com a Saúde Mental em um dos encontros do grupo de estudos da equipe técnica do serviço. O grupo de estudos era uma prática já institucionalizada dentro do CAPS, por meio da qual alguns temas eram periodicamente elencados para serem debatidos com a mediação de filmes e textos da área.

Para este encontro, foi escolhido o filme italiano “Si Può Fare (Tradução: Dá Pra Fazer)”, de 2008, dirigido por Giulio Manfredonia. O encontro teve como objetivo discutir os temas da Reforma Psiquiátrica e da Economia Solidária como estratégia para concretização da reabilitação psicossocial. (DIÁRIO DE CAMPO, 2021). O filme conta a história de uma cooperativa que surgiu após o movimento antimanicomial iniciado por Franco Basaglia na Itália e discute a temática da importância dos programas de geração de renda, enquanto promotor de autonomia e cidadania. A partir da exposição do filme, foi possível construir um debate com a equipe técnica sobre a Reforma Psiquiátrica, reabilitação psicossocial e a implicação do trabalho de todos os profissionais dos CAPS para a produção de autonomia (DIÁRIO DE CAMPO, JULHO DE 2021)

O movimento da Reforma Psiquiátrica questionou e propôs novas estratégias para a transformação do modelo biomédico e do paradigma da psiquiatria (AMARANTE, 2007). No Brasil, a reforma advogou pelo estabelecimento de uma nova orientação no cuidado às pessoas em sofrimento psíquico, propondo a indissociação entre cuidado clínico, inclusão social e promoção da cidadania. (PITTA, 2016). Procurando construir subsídios para a reestruturação da atenção à Saúde Mental, Saraceno (1999) apresenta algumas das bases do modelo da Reabilitação Psicossocial. Segundo o autor, concepções e práticas devem ser alinhadas para compreender e intervir nas relações e vivências concretas e cotidianas experienciadas pelas pessoas em sofrimento mental. Neste sentido, o autor propõe que o modelo da reabilitação psicossocial garanta foco em três âmbitos, quais sejam: habitat, redes sociais e trabalho com valor social. Contudo, na realidade dos serviços de cuidado à saúde mental no Brasil ainda são encontradas diversas dificuldades para a pragmatização destes direcionamentos.

Com o filme contando a história de uma cooperativa que se formou após o fechamento de um importante hospital psiquiátrico da região, o primeiro tema levantado para discussão entre a equipe foi a reforma psiquiátrica. Foi debatido entre a equipe que a Reforma Psiquiátrica, quando associada apenas ao fechamento dos hospitais, pode ser reducionista e não representa todo caminho percorrido até hoje na construção da Política Nacional de Saúde Mental. Deste modo, foi levantado o debate de como serviços de base comunitária e territorial também são passíveis de reprodução de práticas manicomiais, sendo necessário rever cotidianamente práticas e posturas profissionais (DIÁRIO DE CAMPO, JULHO, 2021).

No encontro foram debatidas com os profissionais, ainda, algumas das dificuldades da Rede de Atenção Psicossocial do município, como a fragilidade de Centros de Cultura e espaços sociais diversificados que garantam acesso à educação, lazer, esporte e cultura, bem como a inexistência de Centros de Convivência e Cooperativa (CECCO), Unidades de Acolhimento (UA) e Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), conforme previstos pela portaria 3.088 de 2011 que institui a RAPS. Para alguns profissionais, a proposta das cooperativas para geração de trabalho e renda poderia ser interessante fora do serviço CAPS, articuladas em outros pontos da rede (DIÁRIO DE CAMPO, JULHO DE 2021).

O modelo de Reabilitação Psicossocial exige dos profissionais da Saúde o desafio diário de não repetir práticas de controle ou centradas na doença, procurando o desenvolvimento de intervenções que promovam a autonomia, o protagonismo, a contratualidade e a valorização do ser humano em sua relação com o corpo social.

Nesse contexto, a Economia Solidária (ECOSOL) se apresenta como uma possibilidade de inserção das pessoas com transtorno mental no trabalho (TAGLIAFERRO, 2011) e para a promoção da reabilitação psicossocial, possibilitando concretamente o apoio entre pares, a gestão participativa, o desenvolvimento de estratégias compartilhadas e a organização democrática de coletivos de trabalhadores (CARRICIO, 2019).

Durante o grupo de estudos também foi possível apresentar os princípios da Economia Solidária e sua estrutura e questionamentos sobre sua interface com a Saúde Mental. Neste sentido, foram discutidos a autogestão, o respeito às necessidades individuais, a importância do apoio dos técnicos no processo de formação da cooperativa ou do grupo de geração de renda, etc. Para Singer (2002), a solidariedade é o princípio básico da Economia Solidária, a qual se concretiza por meio da organização igualitária entre os associados e pela cooperação entre os mesmos.

Ao apresentar os princípios foi possível ressaltar com a equipe a importância da ECOSOL como uma possibilidade de inserção de pessoas com transtorno mental no trabalho, uma vez que respeita as particularidades, potencialidades e limitações de cada um, com o objetivo de construir uma sociedade mais justa e inclusiva. O filme sensibilizou os profissionais e abriu o debate da Economia Solidária como proposta dentro do serviço, mas também levantou questionamentos sobre a implementação dos empreendimentos nos dias de hoje e a distância entre a perspectiva cinematográfica e a realidade da prática dos empreendimentos, devido à dificuldade que os usuários apresentam.

As principais dúvidas que os profissionais levantaram foram sobre as formas possíveis de obter apoio financeiro e quais as possibilidades para captação de recursos, além de como engajar os usuários e familiares na proposta e como superar as dificuldades vivenciadas por usuários que apresentam diversas limitações cognitivas, motoras, sociais entre outras. (DIÁRIO DE CAMPO, JULHO DE 2021).

A literatura aponta que uma das dificuldades para a concretização do processo de cuidado e inclusão social dos usuários de serviços de saúde mental consiste no estigma social atribuído ao louco ou ao usuário de drogas (SANCHES e VECCIA, 2018). A ideia de que a pessoa em sofrimento psíquico é um sujeito incapaz, tanto de governar sua vida como de trabalhar ainda permeia a população em geral e também em diversas categorias profissionais.

Parte da equipe do CAPS compreendia os usuários como muito fragilizados, com poucas capacidades cognitivas e habilidades sociais para participar de um grupo de

geração de trabalho e renda (DIÁRIO DE CAMPO, ABRIL DE 2021) ou ainda que não seriam capazes de produzir materiais vendáveis devido a seu comprometimento motor, e demais dificuldades (DIÁRIO DE CAMPO, AGOSTO DE 2021). Logo, puderam ser evidenciadas diferentes percepções que carregavam uma conotação de incapacidade e de estigma dos usuários do serviço, o que afastava, logo, destes sujeitos a possibilidade de construir novas formas de gerar renda, de inclusão social ou de contratualidade. Neste sentido, sublinha-se aqui a importância da construção de ferramentas e instrumentais, próprios ao campo da saúde, que possibilitem a adaptação das atividades de trabalho e a consequente inclusão dos usuários.

A sensibilização da temática e abertura para o debate da Reforma Psiquiátrica e da Economia Solidária mobilizou entre os profissionais a necessidade de conhecer empreendimentos exitosos para trocar experiências e esclarecer algumas dúvidas. Tais demandas foram conduzidas como pautas a uma das reuniões da LIBERSOL. Durante a reunião, foi articulado um encontro com os profissionais de saúde de um dos CAPS de um município vizinho, os quais assessoram um empreendimento solidário.

Na reunião do mês de agosto da LIBERSOL foi apresentada a experiência do primeiro encontro para formação sobre Economia Solidária no CAPS II. Foram apresentadas as principais demandas levantadas no momento, que incluem a necessidade de conhecer e se articular com empreendimentos solidários que também atendam a população de pessoas com transtornos mentais graves e persistentes. A assistente social de um dos CAPS participantes da LIBERSOL, colocou-se à disposição para um encontro para apresentar o projeto de Economia Solidária desenvolvido em seu município (DIÁRIO DE CAMPO, AGOSTO DE 2021).

No mês de novembro foi possível viabilizar esse encontro que contou com equipe técnica do CAPS, a gestora de saúde mental do município, a assistente social do empreendimento visitante e a coordenadora do CAPS no qual o empreendimento está vinculado. As profissionais visitantes contaram sobre o caminho de implementação do grupo, que iniciou como um grupo terapêutico de crochê para mulheres e, a partir da necessidade das próprias usuárias e da articulação das profissionais, ganhou força para se transformar em um empreendimento solidário. Depois, para a consolidação da proposta, foi submetido um projeto à Secretaria Municipal de Saúde do município. Com este projeto foram adquiridos recursos específicos para o desenvolvimento de oficinas para os usuários. O projeto ganhou

nome, cor, mais usuários participantes e também o engajamento de demais profissionais do serviço, além de visibilidade dentro da cidade.

O encontro entre os dois CAPS foi marcado pelo diálogo e trocas de experiências, ressaltando diferentes potências e ideias sobre a interface Saúde Mental e Economia Solidária. Os profissionais presentes puderam discutir sobre questionamentos levantados anteriormente e construir conhecimento sobre diferentes pontos, inclusive sobre possibilidades de captação de recursos humanos e financeiros.

As profissionais visitantes destacaram a importância da institucionalização do projeto no âmbito do CAPS, assim como do apoio da Universidade Federal do Paraná e da rede LIBERSOL, o que gerou visibilidade para as ações (DIÁRIO DE CAMPO, NOVEMBRO DE 2021). Além disso, o encontro contou com a presença da gestão do município, a qual pôde participar das discussões junto à equipe e visitantes, tomando propriedade a respeito dos principais empecilhos e necessidades de apoio para a composição de ações de geração de trabalho e renda (DIÁRIO DE CAMPO, NOVEMBRO DE 2021).

A articulação entre os dois serviços CAPS, mobilizados pela rede LIBERSOL permitiu duas facetas importantes para implementação de um empreendimento de geração de trabalho e renda, a construção coletiva de conhecimento e o assessoramento a esses empreendimentos. O encontro possibilitou apresentar experiências exitosas para os Centros de Atenção Psicossocial, no que tange a estruturação de projetos de inclusão pelo trabalho pautados na Economia Solidária.

Trabalho em rede e a intersetorialidade

Devido à complexidade do tema geração de trabalho e renda no campo da Saúde Mental, diferentes parcerias intersetoriais são fundamentais (MUNIZ, et al., 2017; MORATO e LUSSI, 2015). Para Muniz et al. (2017), às demandas do campo da atenção psicossocial apontam para a necessidade de articulação.

Desinstitucionalizar é ultrapassar fronteiras sanitárias; é enfrentar o desafio da

intersetorialidade e do trabalho em rede, o que implica na adoção de modelos de atenção integral de base territorial (LIBERATO, p. 9, 2009).

Morato e Lussi (2015), em uma pesquisa que buscou identificar e caracterizar as iniciativas de geração de trabalho e renda de usuários de serviços de saúde mental vinculadas ao movimento da Economia Solidária, identificaram que a maioria das iniciativas estabelecem parcerias, seja com secretarias de saúde, do trabalho e renda, com Fóruns de Economia Solidária, com o Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas (SEBRAE), com o Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial (SENAC), entre outras. Essas diferentes articulações geram apoio de diversos tipos, desde concessão de espaço físico, recursos materiais, orientações técnicas, viabilização de recursos financeiros por meio de participação em editais e eventos em parceria, por exemplo. Os autores ressaltam que a articulação do campo da Saúde Mental com outros espaços viabiliza também a ampliação do campo de troca de saberes e a construção de uma nova representação social dos usuários dos serviços de saúde mental (MORATO e LUSSI, 2015).

Na realidade do projeto, grande força foi mobilizada pelo setor da Assistência Social para a criação de oficinas de geração de trabalho e renda, principalmente para a população em situação de rua do município. Dada essa necessidade, profissionais da Secretaria da Assistência Social buscaram na rede LIBERSOL orientação e suporte para alavancar a proposta da criação de grupos de geração de renda pautados na ECOSOL.

Logo, foi realizada uma reunião para planejamento de ações de geração de trabalho e renda entre representantes da LIBERSOL e da Secretaria Municipal de Assistência Social do município (DIÁRIO DE CAMPO NOVEMBRO DE 2021). Esse encontro destacou a intersetorialidade da pauta de organizar ações de geração de trabalho e renda. Neste sentido, foram repensadas formas de fomentar empreendimentos solidários, de maneira a fortalecer a ECOSOL e a inclusão social pelo trabalho dentro de um mesmo território, abordando, enquanto estratégias o apoio a setores mais mobilizados.

Neste encontro foi levantada algumas dificuldades do município, como por

exemplo a ausência de legislação específica que garanta a promoção da Economia Solidária (DIÁRIO DE CAMPO, NOVEMBRO DE 2021). O levantamento dessa demanda passou a ser discutido enquanto uma das metas da LIBERSOL no que compete ao seu eixo de trabalho “incidência política”, ressaltando que as redes de Economia Solidária têm papel fundamental na articulação e mobilização comunitária para a elaboração, aprovação e execução de políticas públicas.

Haja vista a pluralidade das instituições participantes da rede LIBERSOL, diferentes possibilidades para mobilizar ações de incidência política podem ser desenvolvidas. Neste sentido, as variadas instituições podem se articular de maneira orgânica e sistemática, seja por meio de associações de defesa dos direitos humanos, Universidades, empreendimentos, etc. Para acionar casas legislativas e/ou diferentes órgãos fiscalizatórios, procurando garantir o cumprimento normativo das políticas públicas que apoiem a Economia Solidária. Ainda, tal mobilização possibilita também a edificação de substratos legislativos para apoiar a ECOSOL.

Ferro et al. (2020) destacam que a articulação de diferentes empreendimentos solidários mobiliza força e impacto na comunidade proporcionando maior incidência política que pode ser vivenciada a partir do apoio na composição de legislações específicas e auxílio financeiro aos empreendimentos e grupos.

Por meio da articulação da rede LIBERSOL, que congrega diversos empreendimentos solidários vinculados a serviços da rede de atenção psicossocial, foi possível realizar o encontro entre os dois CAPS Ilocorregionais e, para além da articulação entre serviços vizinhos, a LIBERSOL pôde discutir e articular estratégias de articulação intersetorial. A literatura, do mesmo modo, afirma como fundamental a promoção da intersetorialidade por meio das diferentes secretarias: de saúde, da assistência social, de educação, trabalho e outras (ANDRADE, et al., 2013).

Controle Social e Previsões legislativas: organização popular em discussão

Antes de aprofundar nas estratégias desenvolvidas pela rede LIBERSOL no que tange às ações de incidência política, é necessário compreender uma das contemporâneas ferramentas democráticas do campo da Saúde.

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem como importante pilar a garantia da participação popular no controle das ações e políticas (BRASIL, 1990). Neste sentido, procurando pragmatizar a democracia, foi estruturado o controle social no campo da Saúde.

Enquanto estrutura, o controle social foi configurado pela lei 8.142/90, a qual previu a existência de duas instâncias colegiadas, os Conselhos e as Conferências de Saúde, ambos presentes nas diferentes esferas de governo, federal, estadual e municipal (BRASIL, 1990). Estes espaços ampliam a descentralização das decisões públicas e envolvem diferentes segmentos da população, gestores, prestadores de serviços, trabalhadores da saúde e usuários, garantindo o acompanhamento, a avaliação e a indicação de prioridades para a formulação e execução das políticas públicas no campo da Saúde (GUIZARDI et al., 2015; SORATTO, et al., 2010).

As Conferências de Saúde ocorrem a cada quatro anos e têm como objetivo avaliar a condição da saúde, propondo diretrizes para subsidiar a elaboração de políticas de saúde em cada uma das esferas de governo (BRASIL, 1990). A participação popular, tanto nas Conferências como em Conselhos de Saúde, deve ser paritária entre o segmento dos usuários e demais segmentos.

No ano de 2021, foi realizada a Conferência Municipal de Saúde no município de foco deste estudo. Logo, na realidade vivenciada pelo projeto, uma das articulações desenvolvidas pela rede LIBERSOL foi elaborar e encaminhar demandas para guiar políticas por meio da Conferência Municipal de Saúde.

Após dificuldades vivenciadas na implementação do grupo de geração de renda, foi proposto em reunião entre membros da LIBERSOL para levar o tema na Conferência Municipal de Saúde, explanando a necessidade da proposta e solicitando apoio para a execução dos grupos de geração de renda pela Rede de Atenção Psicossocial do Município (DIÁRIO DE CAMPO, SETEMBRO, 2021).

Portanto, como parte da intervenção que visou mobilizar empreendimentos e ações de geração de trabalho e renda nos serviços de saúde mental da cidade, a LIBERSOL submeteu à conferência municipal de saúde, propostas voltadas a garantir o fomento de iniciativas de geração de trabalho e renda pautadas na ECOSOL no campo da Saúde Mental. A proposta enviada contava com a sugestão de implementação de um Centro de Convivência e Cooperativa com funcionamento de acordo com a portaria 3.088/12 e 396/05. Além disso, foi solicitado garantia de financiamento intersetorial especificando a necessidade de recurso para infraestrutura, recursos humanos e materiais para possibilitar a estruturação de empreendimentos solidários.

Foi também salientado o objetivo da RAPS de promover a reabilitação e reinserção das pessoas com transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, na sociedade, por meio do acesso ao trabalho, renda e moradia solidária (BRASIL, 2012), bem como submetido a proposta de desenvolver ações de educação popular para o tema da Economia Solidária, além de solicitar fomento para a parceria com incubadoras de empreendimentos solidários e redes de Economia Solidária e Saúde Mental.

A submissão das propostas foi um passo importante para buscar fortalecer a Economia Solidária no município, mas também destacou a fragilidade do controle social no âmbito da saúde mental. De todos os equipamentos da RAPS, estavam presentes na Conferência Municipal de Saúde apenas poucos representantes dos trabalhadores do campo, e não houve a participação de nenhum usuário. (DIÁRIO DE CAMPO, OUTUBRO DE 2021).

Segundo a literatura, a participação no controle social dentro da singularidade do campo da saúde mental apresenta desafios diversos, tais como a necessidade de superação do estigma social e da tutela que incide sobre os usuários em sofrimento psíquico graves e persistentes (ARRAES, et al., 2012). Segundo os autores “o estigma, a tutela e a interdição social e jurídica que recaem sobre estes usuários contribuem para o não empoderamento e o não reconhecimento destes enquanto cidadãos e atores do processo participativo e do controle social”(ARRAES, et al., p.74). Para os mesmos, o exercício do controle social é uma importante estratégia de empoderamento

no campo da Saúde Mental, uma vez que possibilita o protagonismo e a defesa de direitos (ARRAES, 2012), no entanto, o fomento e apoio para tal participação ainda é bastante incipiente.

Com a ausência de usuários e a limitação no número de profissionais do campo, a discussão na Conferência ficou limitada e enfraquecida. Ainda, devido à organização da Conferência, ocorreu pouco espaço de fala e defesa das propostas, o que restringiu o diálogo entre os participantes da Conferência. Além disso, o tema da geração de renda, cooperativas sociais e o centro de convivência não foi compreendido como uma demanda da Secretaria de Saúde, ainda que tais dispositivos estejam devidamente descritos e apresentados em uma portaria do Ministério da Saúde e que sejam serviços integrantes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), uma das principais redes de atenção à saúde que organiza o SUS (BRASIL, 2012). Neste sentido, Ferro (2016) salienta a importância de estar teoricamente respaldado para argumentação e defesa de diferentes propostas em espaços de controle social (FERRO, 2016). Nesta Conferência o tema da geração de trabalho e renda não foi compreendido como pertinente à saúde e não houve espaço para argumentação e sustentação da proposta.

A partir dessa experiência, destaca-se que o fortalecimento do controle social no campo da Saúde Mental já é necessidade pautada pela literatura (FERRO, 2016). A baixa e incipiente participação de diferentes segmentos, assim como a falta de preparo para argumentação já foi identificada por Ferro (2016), o qual destaca a importância de fortalecer ações que impulsionem o Controle Social, desenvolvidas por serviços de Saúde Mental, principalmente focando na ampliação do empoderamento comunitário de profissionais, usuários dos serviços e seus familiares.

“Dá para fazer”: pandemia da covid-19, distanciamento e novas formas de recomeçar na economia solidária

Outra importante barreira para a mobilização e consolidação de empreendimentos solidários, na realidade do projeto em tela, foi a questão da pandemia da COVID-19. A Organização Mundial da Saúde (OMS) decretou em 11 de

março de 2020 a pandemia ocasionada pela COVID-19 devido à altíssima taxa de transmissão da doença e sua propagação em nível mundial. A pandemia culminou em uma necessidade de reorganização da atenção à saúde, inclusive da saúde mental. Os serviços CAPS mantiveram as portas abertas e adotaram medidas para reduzir a circulação de pessoas do grupo de risco, evitar aglomerações em atividades terapêuticas, sendo priorizado atendimentos individuais e preferencialmente à distância, com a utilização de comunicação por meios eletrônicos (FIGEL, et al., 2020).

No decorrer dos anos de 2020 e 2021, devido a pandemia e a necessidade das medidas sanitárias para impedir o avanço da contaminação, as atividades coletivas foram suspensas. Decretos estaduais e municipais proibiram a realização de grupos e foi dada prioridade aos atendimentos individuais e diversos deles, na modalidade online. Essas mudanças no serviço, necessárias para garantir a segurança dos usuários e dos profissionais a respeito da contaminação por SARS-COV-2, adiou em um primeiro momento as possibilidades de mobilização do grupo de geração de renda no CAPS, demanda que procurou ser atendida de forma individual com os usuários (DIÁRIO DE CAMPO, MAIO, JUNHO DE 2021).

Devido a seu caráter eminentemente coletivo (FRANÇA FILHO; LAVILLE, 2004, p. 109 em: ALVEZ e BURSZTYN, 2009), a mobilização de empreendimentos solidários se torna difícil de ser realizada de maneira individual, ainda que os diversos empreendimentos solidários no Brasil tenham buscado na tecnologia e nas ferramentas digitais a proximidade para a garantia da continuidade dos empreendimentos (BEATRIZ, et al., 2021; MARINS, et al., 2021).

As medidas restritivas afetaram não apenas a concretização dos grupos de geração de renda, mas todo funcionamento do CAPS, acesso aos serviços de urgência e emergência no caso de crises, continuidade dos tratamentos na atenção básica, ainda pôde ser evidenciado um aumento significativo das internações psiquiátricas. O número de usuários encaminhados para internamento em hospitais psiquiátricos no ano de 2021 foi duas vezes maior do que no ano de 2019 (DIÁRIO DE CAMPO, NOVEMBRO DE 2021, CONTROLE DE FLUXOS CAPS, 2019, 2021).

Apesar do período e das dificuldades, algumas estratégias foram elaboradas nacionalmente para enfrentar as adversidades dentro dos empreendimentos solidários. O trabalho de Molina et al. (2020) tratou sobre a trajetória da Economia Solidária frente aos desafios impostos pela crise econômica e sanitária decorrente da pandemia da COVID-19 no Brasil. Os autores salientaram que a suspensão de feiras que possibilitavam a comercialização de produtos e serviços afetou diretamente a geração de renda de muitos empreendimentos, e que uma das principais estratégias adotadas foi a divulgação por meio de redes sociais e campanhas de vendas online com entregas a domicílio, contando com apoio de fóruns, redes, entidades e incubadoras tecnológicas (MOLINA, et al., 2020).

A LIBERSOL também desenvolveu parceria com instituições como a Escola de Saúde Pública do Estado do Paraná, a Universidade Federal do Paraná e outras instituições para a realização de eventos científicos alusivos ao dia nacional da Luta Antimanicomial, os quais contaram com a realização de feiras virtuais durante o evento (DIÁRIO DE CAMPO, MAIO, 2021). Ainda, a LIBERSOL, contando com apoio da Escola de Saúde Pública, mais especificamente o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental, pôde proporcionar por meio do projeto de intervenção de trabalho de conclusão da residência, uma pequena experiência concreta de geração de trabalho e renda dentro do CAPS.

Com o avanço da vacinação no país, e ainda respeitando as medidas de segurança como uso obrigatório de máscaras, distanciamento e demais cuidados sanitários. O serviço pode organizar o retorno das oficinas por meio da distribuição dos usuários em pequenos grupos, de até três participantes, priorizando a realização destes em locais abertos e arejados. O retorno dessas atividades possibilitou o aumento das trocas sociais dos usuários e o resgate das atividades que já eram desenvolvidas pelos usuários no CAPS (DIÁRIO DE CAMPO, NOVEMBRO DE 2021).

Além disso, no contexto da pandemia, a oficina de horta do CAPS ganhou força, por ser a realizada em ambiente externo, foi a primeira oficina a ser restabelecida e contava com a participação de dois ou até três usuários no mesmo período. Com o grupo de usuários que frequentavam a oficina de horta foi levantada a necessidade de

geração de renda e trabalho em seus projetos terapêuticos singulares. Logo, foi retomada a organização do plantio, colheita, e venda de alguns temperos, chás e hortaliças. O retorno das atividades de artesanato também passaram a ocorrer de maneira individualizada ou em grupos de até três usuários, alguns deles já vinham desenvolvendo habilidades manuais na oficina para aprender artesanatos e realizar a venda dos mesmos de forma individual para gerar trabalho e renda.

Logo, fruto de todas as ações mobilizadas de sensibilização, formação da equipe, de articulação em rede, da participação em eventos com feiras de Economia Solidária, foi levantada a ideia de organização do Bazar do CAPS. O Bazar possibilitou a comercialização de artesanatos e produtos da horta, foi organizado pelos usuários do serviço e mediados pela residente de saúde mental. No total, dez usuários participaram do bazar, e colaboraram para a realização do mesmo por meio das atividades nas oficinas de horta, de artesanato, na organização, precificação, divulgação e venda no Bazar. Nesse primeiro momento, foi decidido coletivamente que o dinheiro arrecadado com as vendas deste bazar seria destinado para a compra de mais materiais para a produção de artesanato e mudas de novas plantas para horta a fim de proporcionar a continuidade do projeto (DIÁRIO DE CAMPO, NOVEMBRO DE 2021, DEZEMBRO DE 2021).

A concretização do bazar foi possível depois de toda capacitação e mobilização da equipe sobre a temática, articulação com a rede LIBERSOL, o que movimentou também o interesse dos usuários na continuidade do projeto e no fortalecimento das estratégias de geração de renda apoiadas pelo Centro de Atenção Psicossocial.

Considerações Finais

Os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) são dispositivos que, articulados na rede de saúde, fazem frente à complexidade das demandas de inclusão das pessoas com transtorno mental e trabalham na promoção da vida comunitária e da autonomia dos usuários (BRASIL, 2004). Em uma de suas vertentes, a inclusão social no âmbito do trabalho vem ocorrendo por meio do vínculo do campo da Saúde Mental

com a Economia Solidária. Pautada no cooperativismo, solidariedade, autogestão e respeito à singularidade dos sujeitos, a Economia Solidária emerge como proposta alternativa à precarização da vida (BRASIL, 2005).

Este artigo teve como objetivo analisar as potencialidades, barreiras e estratégias elaboradas por uma rede locorregional de Economia Solidária e Saúde Mental para a mobilização da constituição de empreendimentos solidários em um CAPS. Os principais desafios enfrentados foram a falta de sensibilização e capacitação da equipe, a necessidade de articulação em rede e do trabalho intersetorial, as dificuldades devido às restrições pela pandemia do Coronavírus, dificuldades burocráticas, falta de apoio intersetorial, ausência de apoio em demais serviços da RAPS e falta de apoio legislativo no município que respaldasse tais iniciativas.

Para superar as adversidades descritas foi traçada uma estratégia que envolveu a educação permanente da equipe com objetivo de sensibilização e formação na temática, fortalecimento de apoio com a rede de Economia Solidária da região e da rede intersetorial do município, além do uso do controle social como forma de formalizar a necessidade de impulsionar as iniciativas de geração de trabalho e renda.

Este trabalho teve como importante pilar importante o resgate da necessidade da reabilitação psicossocial como força que rompe com a realidade asilar e oferece visibilidade aos sujeitos em seus processos de inclusão social. Compreende-se, desta forma, que somente construir uma infraestrutura diferente da lógica biomédica, sem operar mudanças na atuação e na prática, não é suficiente para a superação de tal modelo.

Azevedo e Miranda (2011) ressaltam que é necessário investir na formação dos profissionais de saúde para mudar a forma de cuidado. A estratégia da formação profissional foi desenvolvida em diferentes formatos. Para além das ações formativas junto ao grupo de estudos dos técnicos do serviço e com o intercâmbio com outro CAPS locorregional, a LIBERSOL contou com um grande apoio da residência multiprofissional em Saúde Mental. Por meio desta parceria, foi possibilitado, por meio do desenvolvimento do projeto de intervenção como trabalho de conclusão da

residência, um espaço para articular mais de perto e desenvolver ações de geração de renda no CAPS de foco deste estudo.

A experiência da residência permitiu também um espaço de Educação Permanente. A estratégia da Educação Permanente em Saúde propõe uma configuração para que os profissionais de saúde produzam conhecimento a partir da problematização do cotidiano. Logo, as Residências Multiprofissionais contribuem para a formação e transformação de processos de trabalho dos serviços de saúde no qual se instalam, pois carregam a perspectiva de construção interdisciplinar e experimentação de trabalho (LOBATO, 2010; OLIVEIRA, et al., 2016).

A Educação Permanente se baseia na aprendizagem reflexiva e na problematização da realidade para construir conhecimento, caminho percorrido durante o projeto que sensibilizou a equipe sobre a temática e pode abrir caminho para a Economia Solidária como proposta de cuidado comunitário, inclusão social e geração de trabalho e renda dentro do CAPS.

Por fim, salienta-se a necessidade de novas pesquisas direcionadas à análise e avaliação das ações das redes de economia solidária no campo da saúde mental, a fim de investigar as melhores estratégias para o fomento das iniciativas de geração de renda e trabalho por meio da economia solidária na atenção psicossocial.

Referências Bibliográficas

ALENCAR, T. O. S; NASCIMENTO, M. A. A.; ALENCAR, B.R. Hermenêutica Dialética: uma experiência enquanto método de análise na pesquisa sobre o acesso do usuário à assistência farmacêutica. **Revista Brasileira de Promoção da Saúde**, [s. l.], v. 25, n. 2, p. 243-250, 2012. <https://doi.org/10.5020/18061230.2012>

ALVES, M. O., BURSZTYN, Marcel. Raízes e prática de economia solidária: articulando economia plural e dádiva numa experiência do Ceará. **Revista Econômica do Nordeste**, Fortaleza, v. 40, n. 3, p. 587–603, 2009,

ANDRADE, M. C., BURALI, M. A. de M., VIDA, A., FRANSOZIO, M. B. B., & SANTOS, R. Z. Loucura e trabalho no encontro entre Saúde Mental e Economia Solidária. **Psicologia: Ciência e Profissão**, 33(1), 174 –191. 2013. <https://doi.org/10.1590/s1414-9893201300010001>

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2007.

AMARANTE, P.; NUNES, Mônica de Oliveira. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 23, n. 6, p. 2067-2074, 2018 <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.07082018>.

AMARANTE, P. (coord.). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995

ARAÚJO, C. M., CASTRO, J. G. S., Desafios Enfrentados pelos Empreendedores Sociais da Incubadora Pública de Empreendimentos Populares e Solidários de Osasco (IPEPS) para Consolidar seus Empreendimentos. **Administração e diálogo**, São Paulo, v. 18 n. 2 . 2016 <http://dx.doi.org/10.20946/rad.v18i2.25346>

ARRAES, A. M et al . Empoderamento e controle social: uma análise da participação de usuários na IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersectorial em Natal (RN). **Rev. psicol. polít.**, São Paulo , v. 12, n. 23, p. 71-85, jan. 2012.

AZEVEDO, D. M., MIRANDA, NUNES, F. A., Oficinas terapêuticas como instrumento de reabilitação psicossocial: percepção de familiares. **Escola Anna Nery [online]**. 2011, v. 15, n. 2 [Acessado 2 Dezembro 2021] , pp. 339-345. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1414-81452011000200017>>.

BALDISSERA, A. Pesquisa-ação: uma metodologia do “conhecer” e do “agir” coletivo **Sociedade Em Debate**, 7(2), 5-25. 2012

BARRETO, R. O.; LOPES, F. T.; PAULA, A.P.P. A economia solidária na inclusão social de usuários de álcool e outras drogas: reflexões a partir da análise de experiências em Minas Gerais e São Paulo. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho** ,São Paulo, v.16, n. 1,2014

BEATRIZ, M. Z., CARVALHO, M. L., TREVISAN L., PEREIRA, C. G. R. F., SANTOS, F. O., BORGES, R. C., Tecnologia, Economia Solidária e o contexto da pandemia covid-19: Reflexões a partir de uma formação para trabalhadores/as de empreendimentos econômicos solidários da rede mandala In: **CONGRESSO DE PESQUISADORES DE ECONOMIA SOLIDÁRIA**, 3. 2021. Online. Anais.

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

BRASIL, **Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990**, Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm

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. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm

BRASIL **Saúde Mental e Economia Solidária: inclusão social pelo trabalho**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <http://www.ee.usp.br/departamento/nucleo/CComs/doc/Sm%20e%20economia%20solid%20ria.pdf..>

BRASIL. **Portaria no 3.088, de 23 de dezembro de 2011**, 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011

BRASIL. **Portaria de Consolidação nº 3, de 03 de outubro de 2017**. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html.

CAMPOS, D. A.; RODRIGUES, J.; MORETTI-PIRES. R. O., Pesquisa em Saúde Coletiva como instrumento de transformação social: uma proposta fundamentada no pensamento hermenêutico-dialético **Saúde e Transformação Social**, Florianópolis, v. 3, n. 4, p. 14-24, 2012

CARRICIO, M. V. M. Da reabilitação psicossocial à cidadania: mapeando percursos e experimentações de uma oficina de geração de trabalho e renda em um Centro de Atenção Psicossocial II. TCC de especialização (Residência Multiprofissional em Saúde Mental no Sistema Público de Saúde) Universidade Federal de Santa Maria. 2019

CESAR, L. C., OLIVEIRA, M. P. V; FRANCO, J. M. C Falta normalidade na Economia Solidária! Investigação sobre as dificuldades dos empreendimentos econômicos solidários a partir de uma análise discriminante. **IV Congresso Brasileiro de Estudos Organizacionais**. 2016.

CRUZ, A., Redes de economia solidária – papéis e limites de atores envolvidos: trabalhadores, universidades e Estado. In: **Seminário Internacional "La construcción de conocimientos y prácticas sobre la economía social y solidaria en América Latina y Canadá"**, 2009. Buenos Aires: CESOT/FCE/UBA, 2009. Mídia digital.

FERRO, L. F.; FRANZOLOSO, C. L. S.; BURNAGUI, J. G. Redes de economia solidária: estratégias para a captação de recursos. **Revista de Estudos Universitários - REU**, [S. l.], v. 46, n. 2, p. 469–495, 2020. DOI: 10.22484/2177-5788.2020v46n2p469-495.

FERRO, L. F. Fortalecimento do Controle Social em Saúde Mental: estratégias e possibilidades. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, v. 24, p. 601-610, 2016.

FIGEL, F. C. SOUZA, M. C., YAMAGUCHI, L. S., GONÇADO, S. L., MURTA, J. E., ALVES, A. C., Reorganização da atenção à saúde mental na pandemia de Covid-19. **Rev. Saúde Pública Paraná (Online)**; 3(supl. 1): 118-128, dez. 11, 2020.

FRANZOLOSO, C. L. S., FERRO, L. F., BURNAGUI, J. G. Economia Solidária, Saúde Mental e Incidência Política: A experiência da LIBERSOL. In: , **II Congresso de Saúde Coletiva da UFPR. 2020. Biblioteca Digital de Eventos Científicos da UFPR**, II Congresso de Saúde Coletiva da UFPR

GUIZARDI, F. L. A autocrítica necessária: notas sobre os desafios do controle social na saúde. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde.** 9(3):1-7, 2015.

LUSSI, I. A. O., & PEREIRA, M. A. O (2011) Empresa social e economia solidária: perspectivas no campo da inserção laboral de portadores de transtorno mental. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, 45 (2), 515-521.

LOBATO, C, F.,(2010) **Formação dos trabalhadores de Saúde na Residência Multiprofissional em Saúde da Família: uma cartografia da dimensão política.** Londrina. Dissertação [Mestrado em Saúde Coletiva] – Universidade Estadual de Londrina;

MANCE, E. A., A revolução das redes de colaboração solidária IN: **Encontro Internacional de Ecônomas Salesianas**, Sevilha, Disponível em : http://www.solidarius.com.br/mance/biblioteca/A_Revolucao_das_Red_de_Colaboracao_Solidaria.pdf 2005

MANCE, Euclides, Andre (2000) Redes de Colaboração Solidária – Construindo uma nova sociedade, Ifil, Curitiba, março 2000. Disponível em <http://euclidesmance.net/docs/redes1.htm>. Acesso em 17/08/2021.

MARINS, L. M., SOUVERAL, J. C., BITTENCOURT, I., JAQUES, C. G., ESTEVAM, D, O.,A Feira de Economia Solidária da UNESC em tempos de pandemia do covid-19. Reflexões sobre a virtualidade. In: In: **CONGRESSO DE PESQUISADORES DE ECONOMIA SOLIDÁRIA**, 3. 2021. Online. Anai

MINAYO, M. C. S. (org). **Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade.** Petrópolis: Vozes, 2002.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** São Paulo: Hucitec, 2004.

MOLINA, W. S. L., SANTOS, A. M., CARVALHO, A. M. R., ALMEIDA, N. M. C., SHIOCHET, V., A Economia Solidária no Brasil frente ao contexto de crise COVID-19: trajetória, crise e resistência nos territórios. **Otra Economía**, vol. 13, n. 24:170-189, julio-diciembre 2020.ISSN 1851-4715

MORATO, G. G., & LUSI, I. A. de O. (2015). Iniciativas de geração de trabalho e renda, economia solidária e terapia ocupacional: aproximações possíveis e reconstruções necessárias. **Cadernos de Terapia Ocupacional Da UFSCar**23(4), 733–745. <https://doi.org/10.4322/0104-4931.ctoao0737>

MUNIZ, M. P., ABRAHÃO, A. L., TAVARES, C. M. M., (2017) O controle da Sereia:

trabalho e geração de renda em Saúde Mental. Revista Pró-UniverSUS v. 8. n. 2 51-57.

OLIVEIRA, J. F. M., LIMA, L. S., CRONEMBERGER, I. H. G. M., SILVA, S, L, C., VIEIRA, N. H., (2016) Educação Permanente em Saúde como estratégia balizadora do processo de formação em saúde: a experiência da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade da UESPI. **Tempus, actas de saúde colet, Brasília**, 10(4), 171-186 DOI: <http://dx.doi.org/10.18569/tempus.v11i1.2009>

PITTA, A. **Reabilitação Psicossocial no Brasil**, 4ª edição, São Paulo, Hucitec, 2016.

PEDRINI, D. M., & OLIVEIRA A. L. A Economia Solidária como estratégia de desenvolvimento **Emancipação**, 7(1), 2007

SAMPAIO, F. R. R., FERRO, L. F., Economia solidária e saúde mental: um relato sobre práticas de inclusão pelo trabalho. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 10, e588101019324, 2021 (CC BY 4.0) | ISSN 2525-3409 | DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i10.19324>

SANTIAGO, E. YASUI, S. Saúde Mental e Economia Solidária: Cartografia do seu discurso político. **Psicologia & Sociedade [online]**.v. 27, n. 03 pp. 700-711. 2015 Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1807-03102015v27n3p700>>.

SARACENO, B, **Reabilitação Psicossocial: Uma estratégia para a passagem do milênio** em. PITTA, A, **Reabilitação Psicossocial no Brasil**, 4ª edição, São Paulo, Hucitec, 2016.

SANCHES, L. R., VECCHIA, M. D., Reabilitação Psicossocial e reinserção social de usuários de drogas: uma revisão de literatura. **Psicologia & Sociedade [online]**. 2018, v. 30 <https://doi.org/10.1590/1807-0310/2018v30178335>>. Epub 14 Nov 2018. ISSN 1807-0310. <https://doi.org/10.1590/1807-0310/2018v30178335>.

SILVA, D. R., **Redes de economia solidária e comércio justo: o caso da Cooperativa Agropecuária Familiar, Uauá e Curaça (COOPERCUC) no semi árido baiano**. Dissertação. Universidade Federal da Bahia, Escola de Administração, Salvador, 2011.

SINGER, P. **Introdução à Economia Solidária**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2002.

SORATTO, J, WITT, R, R., FARIA, E. M. Participação popular e controle social em saúde: desafios da Estratégia Saúde da Família. **Physis: Revista de Saúde Coletiva [online]**. 2010, pp. 1227-1243. v. 20, n. 4 2010, disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-73312010000400009>>.

TAGLIAFERRO, **Enfrentando desafios e construindo possibilidades - a experiência da equipe no processo de incubação de um empreendimento solidário formado por usuários de um CAPS**. Dissertação (mestrado). Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2011

TENORIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro , v. 9, n. 1, p. 25-59, 2002 <https://doi.org/10.1590/S0104-59702002000100003>.

TRIPP, David. Pesquisa-ação: uma introdução metodológica. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 31, n. 3, 2005, p. 443–466.

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

RODOLFO EGGERS PORTELLA

**INSTRUMENTOS TÉCNICOS DE INTERVENÇÃO PARA AS EQUIPES DE SAÚDE
QUE ATUAM COM PESSOAS EM SITUAÇÃO DE ACUMULAÇÃO**

CURITIBA

2021

RODOLFO EGGERS PORTELLA

**INSTRUMENTOS TÉCNICOS DE INTERVENÇÃO PARA AS EQUIPES DE SAÚDE
QUE ATUAM COM PESSOAS EM SITUAÇÃO DE ACUMULAÇÃO**

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.

Orientadora: Prof.^a Dra. Giseli Cipriano Rodacoski.

CURITIBA

2021

FOLHA DE APROVAÇÃO

CURITIBA, ____ DE _____ DE _____

O trabalho intitulado **INSTRUMENTOS TÉCNICOS DE INTERVENÇÃO PARA AS EQUIPES DE SAÚDE QUE ATUAM COM PESSOAS EM SITUAÇÃO DE ACUMULAÇÃO**, de autoria do aluno **Rodolfo Eggers Portella**, foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental.

Profª. Dra. Giseli Cipriano Rodacoski
Orientador do TCR/PI

Profª. Dra. Lygia Maria Portugal de Oliveira - Psicóloga
Avaliador da Instituição

Ivanilde Gonçalves do Nascimento - Enfermeira
Avaliador Externo

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	5
2 OBJETIVO GERAL	8
2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	8
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	9
3.1 O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA E O IMPACTO DA QUESTÃO SOCIAL NA SAÚDE DOS INDIVÍDUOS.....	9
3.2 CARACTERÍSTICAS DO TRANSTORNO DE ACUMULAÇÃO.....	11
3.3 CONSEQUÊNCIAS DE QUEM VIVE EM SITUAÇÃO DE ACUMULAÇÃO	14
3.4 DADOS EPIDEMIOLÓGICOS DO TRANSTORNO DE ACUMULAÇÃO...	15
4 ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS	16
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	22
5.1 REVISÃO DE PRONTUÁRIOS.....	22
5.2 RECOMENDAÇÕES PARA ABORDAGEM INICIAL.....	24
5.3 ESTRATÉGIAS TERAPÊUTICAS.....	26
5.4 CLASSIFICAÇÃO DE RISCO PARA A SITUAÇÃO DE ACUMULAÇÃO...	30
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	33
REFERÊNCIAS	36

RESUMO

Este estudo trata da questão do Transtorno de Acumulação e dos riscos que a situação de acumulação pode trazer para a vida da pessoa com TA. As principais características desse transtorno expressa-se no sofrimento psíquico em descartar objetos, acumulação e aquisição obsessiva. Devido a esta condição, as pessoas com TA podem sofrer sérios prejuízos sociais, ocupacionais e funcionais. Haja visto a dificuldade que as equipes de saúde possuem na identificação, classificação de risco e atuação das pessoas em situação de acumulação, objetivou-se neste trabalho desenvolver instrumentos técnicos de intervenção que possibilitem ações específicas para essa população. Este trabalho consiste em uma pesquisa documental e bibliográfica, consultada em prontuários de saúde e em pesquisas nacionais e internacionais. Estudos indicam que o transtorno de acumulação prevalece entre 1,5% e 2,1% na população em geral, podendo chegar a 6% ou mais na população idosa. Com a classificação de risco para a situação de acumulação, as equipes de saúde podem compreender melhor o nível de gravidade do acúmulo, intervenções enquanto a pessoa estiver apresentando poucos riscos e prejuízos podem promover saúde e prevenir o agravamento da sua condição. O desenvolvimento de protocolo de tratamento específico para a TA possibilitaria melhores resultados e também diminuiria a probabilidade de abandono do mesmo. Por se tratar de uma questão de saúde pública, é necessário haver mais pesquisas nacionais, criar estratégias tanto setoriais quanto intersetoriais de intervenção visando sempre uma melhor qualidade de vida, bem-estar e reinserção social da pessoa em situação de acumulação.

Palavras-chave: Transtorno de Acumulação, Pessoa em Situação de Acumulação, Saúde Única.

INTRODUÇÃO

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5, 2014, p. 247), o Transtorno de Acumulação é definido como aquisição excessiva acompanhada pela dificuldade de descartar os pertences.

Assim, o transtorno de acumulação é caracterizado pela necessidade de coletar e acumular intencionalmente objetos e/ou animais, dificuldade e sofrimento de desfazer-se desses pertences pela forte percepção da necessidade de conservá-los, mesmo que estes não apresentem utilidade, e, conseqüentemente, por gerar problemas relacionados à organização e higiene do ambiente de convívio e moradia. Existe uma tendência nas pessoas com transtorno de acumulação em guardar e armazenar objetos aleatórios, acreditando que esses itens poderão ter utilidade e valor financeiro ou afetivo futuramente, sentindo-se seguros em protegê-los e guardá-los.

A acumulação traz implicações funcionais da vida cotidiana e risco à saúde, tanto para a própria pessoa que acumula, quanto para sua família e vizinhos, pois relaciona-se a condições sanitárias em ambientes com entulho, que geram odores muitas vezes insuportáveis e impossibilitam o desempenho de atividades básicas como transitar e limpar a casa, fazer a higiene pessoal, dormir, se alimentar (SCHMIDT et al, 2014; GARGIULO et al, 2017).

Estudos indicam que o transtorno de acumulação prevalece entre 1,5% e 2,1% na população em geral, podendo chegar a 6% ou mais na população idosa (STUMPF et al, 2018).

Considerando esta prevalência, o Paraná poderá ter por volta de 230 mil pessoas adultas convivendo com o transtorno. De acordo com os dados censitários, a população estimada do Paraná era de 11.516.840 no ano de 2020 (IBGE, 2021). A Secretaria da Saúde do Paraná (SESA) subdivide o território estadual em 22 regionais de saúde. O território sede deste estudo é o município de Pinhais, que está situado na 2ª regional e na macrorregional Leste, fazendo parte da Região Metropolitana de

Curitiba. Estimativas de 2020 do IBGE apontam que a cidade de Pinhais possui uma população de 133.490 habitantes.

O município possui serviços de atenção primária, urgência e emergência e atenção psicossocial em seu território.

No Brasil, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) foi instituída no Brasil por meio da Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011, e o município de Pinhais possui em seu território, todos os pontos de atenção estabelecidos pela Portaria Ministerial para atenção à saúde de pessoas com sofrimento psíquico ou transtorno mental e pessoas em uso abusivo e/ou dependência de álcool e/ou outras drogas.

A RAPS de Pinhais é constituída por um CAPS II, que atende pessoas a partir de 18 anos em intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes; um CAPSAD, que atende pessoas a partir de 12 anos que apresentam intenso sofrimento psíquico decorrente do uso abusivo do álcool e/ou outras drogas; um CAPSI, localizado em Curitiba, o qual atende crianças e adolescentes de 0 a 18 anos com transtornos emocionais graves e/ou transtornos decorrentes do uso de álcool e/ou outras drogas; 11 unidades de Saúde da Família; uma Unidade de Pronto Atendimento - UPA 24h; um Hospital Municipal. Segundo dados epidemiológicos do município, cerca de 12% da população sofre com algum transtorno mental e 6% sofre com uso abusivo e/ou dependência de álcool e/ou outras drogas (PINHAIS, 2017).

A escolha do tema deste TCR se deu pela percepção durante o Programa de Residência, que no município encontram-se Pessoas em Situação de Acumulação (PSA), tanto de objetos e entulhos, como de animais. O Departamento de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA) iniciou um processo de capacitação para as equipes de saúde que atuam com acumuladores operacionalizarem o sistema eletrônico SE SUITE, da Prefeitura de Pinhais, de modo que, quando identificada, a pessoa em situação de acumulação é registrada no sistema, que tem como intuito acompanhar as ações intersetoriais da Prefeitura e, com atribuição das equipes de saúde, desenvolver um Plano de Ação Multiprofissional para avaliar, reabilitar e habilitar as pessoas em situação de acumulação no desenvolvimento de sua capacidade

funcional, objetivando também a redução ou descarte total dos objetos e entulhos acumulados.

Foi percebido que existe dificuldade entre as equipes de saúde para identificação das pessoas em situação de acumulação e em distinguir acumulação de coleta para reciclagem e de coleção. Ainda, observou-se que, durante o registro das PSA no sistema eletrônico SE SUITE, as equipes de saúde devem indicar um nível de gravidade da situação de acumulação, entre leve, moderado e grave, porém, não há critério estabelecido para servir de base para tal indicação, o que faz com que exista o risco das equipes de saúde não darem prioridade aos casos mais graves, isto é, às situações de acumulação em que necessita-se de uma intervenção em saúde e/ou intersetorial quase que imediata. Também, tendo em vista que a pessoa com transtorno de acumulação dificilmente reconhece sua situação como uma acumulação sem o auxílio e orientação de profissionais, é importante que exista um direcionamento técnico nos procedimentos que circundam o manejo terapêutico com a PSA, como a identificação, acolhimento, avaliação, matriciamento, visando evitar a ruptura de vínculo entre PSA e equipes de saúde.

Portanto, considerando o envolvimento atual da gestão de saúde mental do município com as PSA e as dificuldades observadas pelas equipes de saúde, apresento a seguinte inquietação: De que maneira é possível subsidiar as intervenções das equipes de Saúde que atuam com Pessoas em Situação de Acumulação?

2 OBJETIVO GERAL

Desenvolver instrumentos técnicos de intervenção para as equipes de Saúde que atuam com Pessoas em Situação de Acumulação.

2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Revisar prontuário das pessoas em situação de acumulação em Pinhais;
- Pesquisar na literatura científica as perspectivas de tratamentos eficazes das pessoas em situação de acumulação;
- Produzir instrumento de avaliação de risco da acumulação para os profissionais que atuam com as pessoas em situação de acumulação e operacionalizam sistemas eletrônicos que registram os casos de acumulação;
- Gerar recomendações para abordagem inicial direcionadas às equipes que atuam com as Pessoas em Situação de Acumulação.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA E O IMPACTO DA QUESTÃO SOCIAL NA SAÚDE DOS INDIVÍDUOS

Para compreender o processo saúde-doença, precisamos primeiramente entender o conceito de saúde, o qual é muito discutido por diversos autores em variadas abordagens. Como exemplo, para a Organização Mundial da Saúde (OMS), o conceito de saúde é definido desde 1947 como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”. Essa percepção produz críticas e reflexões de diversos setores da sociedade até os dias de hoje, por acreditarem ser não operacional e até inalcançável, tratando-se mais de uma declaração do que propriamente uma definição. A concepção que melhor se aplica na presente pesquisa é defendida por diversos autores e engloba três planos diferentes: Subindividual, Individual e Coletivo.

Conforme descreve Narval et al (2008 apud VIANNA, 2012, p. 5) o plano subindividual refere-se ao:

nível biológico e orgânico, fisiológico ou fisiopatológico. Nesse plano, o processo saúde-adoecimento seria definido pelo equilíbrio dinâmico entre a normalidade – anormalidade/funcionalidade – disfunções. Assim, quando a balança pender para o lado da anormalidade/disfunção, podem ocorrer basicamente duas situações: a enfermidade e a doença. A enfermidade seria a condição percebida pela pessoa ou paciente, caracterizando-a como queda de ânimo, algum sintoma físico, ou mesmo dor. A doença seria a condição detectada pelo profissional de saúde, com quadro clínico definido e enquadrada como uma entidade ou classificação nosológica.

Já o nível individual corresponde ao entendimento de que as anormalidades e disfunções ocorrem em indivíduos que também são seres sociais, ao mesmo tempo em que são seres biológicos. As alterações no processo saúde-doença são resultados também das condições gerais de existência e da classe social desses indivíduos. Portanto, esse nível possui dimensões individuais e coletivas, onde a condição de saúde varia entre o “mais perfeito bem-estar” até o extremo da “morte”, surgindo diversos processos e eventos que intermediam essa proporção (Narval et al, 2008 apud VIANNA, 2012, p. 5).

O plano coletivo é caracterizado pela compreensão de que o processo saúde-adoecimento é resultado de amplos fatores, englobando também as relações do indivíduo com a família, domicílio, microárea, bairro, município, região, país, continente, etc. Dessa forma, em nível coletivo, Minayo (1994 apud VIANNA 2012, p. 5) define a condição de saúde como “fenômeno clínico e sociológico vivido culturalmente”.

Assim, a partir das concepções apresentadas acima, compreendemos que os seres humanos estão sujeitos aos fatores externos que interferem no seu estado de saúde. O conceito de determinantes sociais da saúde surgiu para responder esses fenômenos no processo saúde-doença, visto que as condições socioeconômicas, culturais e ambientais gerais dos indivíduos e grupos sociais são intrínsecos à sua situação de saúde.

Desse modo, segundo Vianna (2012, pp. 6-7), a determinação social da saúde é compreendida como um conjunto de fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e os fatores de risco na população, estabelecendo uma hierarquia de determinações entre condições de vida e de trabalho, educação, desemprego, saneamento básico, habitação até o estilo de vida dos indivíduos, a idade, o sexo e fatores hereditários.

Para Carvalho (2013), os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) não são igualmente importantes, o autor destaca que os DSS que mais influenciam na saúde da população são os fatores que geram estratificação social, isto é, aqueles que refletem as condições de distribuição de riqueza, poder e prestígio nas sociedades, como

a estrutura de classes sociais, a distribuição de renda, o preconceito com base em fatores como o gênero, a etnia ou deficiências e estruturas políticas e de governança que alimentam, ao invés de reduzir, iniquidades relativas ao poder econômico. Entre os mecanismos que geram e mantêm essa estratificação estão as estruturas de propriedade dos meios de produção e a distribuição de poder entre as classes sociais, e as correspondentes instituições de governança formais e informais; sistemas de educação, estruturas de mercado ligadas ao trabalho e aos produtos; sistemas financeiros, o nível de atenção dado a considerações distributivas no processo de formulação de políticas; e a extensão e a natureza de políticas redistributivas, de seguridade social e de proteção social (pp. 3-4).

Esses fatores, segundo o autor, são os que alteram o posicionamento social dos indivíduos, causando a mais profunda das iniquidades em saúde.

Não obstante, para Souza et al (2013), a divergência que se tem hoje em torno dos determinantes sociais da saúde é que se tratam os problemas sociais como se fossem fragmentos da realidade que ganham autonomia, quando deveria-se considerar que os determinantes sociais da saúde constituem-se como uma questão única – a *questão social* – a qual leva em consideração que o modo de produção capitalista determina uma estrutura societária composta por duas classes antagônicas – burguesia e proletariado – em que o trabalho é realizado com base na exploração de uma classe sobre a outra, tornando-se o motivo da riqueza de uns e da pobreza de muitos. Desse modo, a questão social se expressa através de desigualdades, desemprego, miséria, violência, fazendo com que a falta de saúde se configure também em uma condição socialmente imposta pelo modo de produção capitalista. Os autores afirmam que “enquanto existir a lei geral da acumulação capitalista existirá a “questão social” e seus desdobramentos para saúde” (SOUZA et al, 2013, p. 13). Complementam ainda que “apenas com a reflexão crítica sobre a ordem societária em que vivemos é que se construirá a base para uma sociedade emancipada do caráter destrutivo do capital – e de seus desdobramentos para a saúde” (SOUZA et al, 2013, p. 3).

Por isso, é necessário também abranger os desdobramentos da questão social para compreender a realidade em que a pessoa em situação de acumulação vivencia ou vivenciou, já que é comumente apontado pelos pesquisadores da área que as pessoas com transtorno de acumulação muitas vezes passaram por experiências de privação material em algum momento de suas vidas (SCHMIDT et al, 2014).

3.2 CARACTERÍSTICAS DO TRANSTORNO DE ACUMULAÇÃO

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5, 2014, p. 247) define o Transtorno de Acumulação (TA) como aquisição excessiva acompanhada pela dificuldade de descartar os pertences. Entre os principais critérios para o

diagnóstico está a dificuldade persistente de descartar ou de se desfazer de pertences, independentemente do seu valor real, que se deve a uma necessidade de guardar os itens e ao sofrimento associado ao seu descarte, resultando na acumulação de itens que congestionam e obstruem as áreas em uso e comprometem substancialmente o uso pretendido. Quando as áreas de estar não estão obstruídas é somente devido a intervenções de outras pessoas, como membros da família, funcionários de limpeza e autoridades. Além disso, a acumulação também causa sofrimento significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo, incluindo a manutenção de um ambiente seguro para si e para os outros. O DSM-5 considera também que o TA não decorre de outra condição médica, como lesão cerebral e doenças cerebrovasculares.

O manual classifica em três níveis de *insight* que as pessoas com TA podem apresentar, são eles: *insight* bom ou razoável, quando o indivíduo reconhece que as crenças e os comportamentos relacionados à acumulação são prejudiciais, *insight* pobre, quando o indivíduo acredita que as crenças e os comportamentos relacionados à acumulação não são prejudiciais, apesar das evidências indicando o contrário, e *insight* ausente/crenças delirantes, quando o indivíduo está completamente convencido de que as crenças e os comportamentos relacionados à acumulação não são prejudiciais, apesar das evidências indicando o contrário.

Ainda, o DSM-5 aborda a questão da aquisição excessiva, presente em aproximadamente 80 a 90% dos indivíduos com transtorno de acumulação, que consiste na obtenção excessiva de itens que não são necessários ou para os quais não existe mais espaço disponível.

Até pouco tempo atrás, especialistas e pesquisadores consideravam a acumulação como um sintoma do Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC), porém, no DSM-5, há a classificação do TA como um transtorno independente do TOC. Embora o TOC apresente semelhanças com o TA, a sintomatologia do TA distingue-se do TOC em determinados aspectos. Uma das principais diferenças é que os sujeitos que acumulam não apresentam pensamentos intrusivos, rituais ou sentimentos de

ansiedade ao se desfazerem dos objetos que possuem, pelo contrário, eles sentem raiva, sintoma que não seria condizente com as obsessões definidas pelo DSM-5. As pessoas que acumulam, normalmente, não realizam a distinção entre a necessidade dos objetos que acumulam e o motivo pelo qual fazem isso. Contudo, o TA pode ocorrer concomitantemente a outros transtornos mentais, como TOC, Transtorno de Personalidade, Transtorno de Ansiedade Generalizada, Depressão, Demência, Esquizofrenia, Transtorno do Humor Bipolar, Fobia Social, entre outros (SCHMIDT et al, 2014; GARGIULO et al, 2017, STUMPF et al, 2018).

Pesquisas indicam que o TA possui curso crônico e progressivo. Pode se iniciar na infância e adolescência, embora não apresente sofrimento psíquico e prejuízos sociais no início, estes se intensificam por volta dos 40 ou 50 anos de vida da pessoa. Se diagnosticado em fases tardias, tende a ser mais grave (STUMPF et al, 2018).

É importante que seja diferenciado a acumulação de colecionismo: enquanto a pessoa que acumula adquire diferentes objetos e em grandes quantidades, costuma armazená-los de forma desorganizada e não permite que ninguém tenha acesso a eles, o colecionador adquire um tipo de bem específico (como selos, moedas e objetos de arte), geralmente são pessoas metódicas que limpam e catalogam seus itens, os mantêm organizados e sentem prazer em mostrar sua coleção para outras pessoas (HENRIQUES et al, 2019; STUMPF et al, 2018).

Também existem as pessoas que acumulam animais, mantendo-os em casa sob péssimas condições de higiene e limpeza. O que distingue um cuidador de animais de um acumulador de animais está na quantidade, finalidade e qualidade de vida dos animais. O cuidador tem um espaço próprio para eles, além de garantir condições de higiene e alimentação adequadas. Já a pessoa que acumula animais os têm como parte de sua vida, vivendo em condições insalubres, com cômodos da casa que não podem mais ser utilizados pelo excesso de animais espalhados. A cozinha ou o quarto, por exemplo, estão ocupados por animais em toda a parte, os quais recebem cuidados insatisfatórios de higiene e alimentação, possibilitando a proliferação de doenças por falta de assistência veterinária (ARAÚJO & SANTOS, 2015).

3.3 CONSEQUÊNCIAS DE QUEM VIVE EM SITUAÇÃO DE ACUMULAÇÃO

Ao se tratar das consequências provocadas pela situação de acumulação, um dos fatores que pode ser apresentado é o isolamento social, pois o comportamento da pessoa com TA costuma ser angustiante para outras pessoas, tais como familiares, vizinhos e amigos. Frequentemente, pessoas com TA acabam envolvidas em medidas judiciais para que as autoridades revertam o quadro instalado pelo acúmulo de coisas no local onde vivem, e, em muitos casos, elas podem ser ameaçadas de despejo ou ainda serem legalmente impedidas de cuidar de seus filhos. A dificuldade em organizar a casa, a vergonha diante da desordem, as críticas e agressões verbais por parte de terceiros fazem com que os acumuladores comumente sejam isolados do convívio social, facilitando o agravamento da acumulação.

Outro fator decorrente da situação de acumulação são os prejuízos ocupacionais, pois esta provoca diminuição da mobilidade e interferência nas atividades da vida diária. Muitas vezes, os acumuladores vivem em ambientes entulhados e com odores insuportáveis, que comprometem o trânsito e o uso da moradia, impedindo o desempenho de atividades básicas relacionadas à alimentação, ao sono e à higiene pessoal. No que se refere à moradia, há ainda o risco de soterramentos sob avalanches de objetos e de incêndio, podendo causar ferimentos graves e morte. Especialmente em idosos, existe também o risco de quedas. As pessoas com transtorno de acumulação que não são aposentadas comumente se encontram em situação de desemprego (SCHMIDT et al, 2014; ARAÚJO & SANTOS, 2015; STUMPF et al, 2018).

Além disso, há o risco de disseminação de doenças infecciosas devido à acumulação de objetos e animais. De acordo com Henriques et al (2019, pp. 127-130), devido a área apresentar condições insalubres, os problemas causados pelo acúmulo se estendem não só para quem acumula e sua família, mas também para os vizinhos e a comunidade em seu entorno, pois o acúmulo de materiais e objetos incide diretamente na proliferação de insetos e infestação de baratas, sendo estes fontes de

alimento a outros animais como escorpiões e roedores. As residências de acumuladores, além de serem vetores das arboviroses urbanas e demais insetos e animais de importância médica, também propiciam condições de transmissão de zoonoses como a leishmaniose visceral e a febre maculosa brasileira, além do odor fétido que pode ser tóxico quando inalado, refletindo em um risco sanitário para a comunidade.

Quando há o acúmulo de animais, muitos ficam doentes e chegam ao óbito pelas condições a que são submetidos. Vivem em ambientes acumulados de detritos infectados, fezes e urina, de modo que a casa pode se tornar um criadouro de germes e bactérias nocivas à saúde de humanos e de animais (ARAÚJO & SANTOS, 2015).

3.4 DADOS EPIDEMIOLÓGICOS DO TRANSTORNO DE ACUMULAÇÃO

De acordo com Stumpf et al (2018, pp. 55-58), estudos apontam que o Transtorno de Acumulação prevalece entre 1,5% e 2,1% na população em geral, podendo chegar a 6% ou mais em idosos, constituindo uma população de alta vulnerabilidade, com taxa de mortalidade de aproximadamente 50% em 5 anos de seguimento. Os autores também sugerem que o TA pode decorrer de fatores genéticos, familiares, cognitivos e de experiências traumáticas. Já segundo Araújo e Santos (2015, p. 89), em cerca de 5% dos casos, o TA compulsivo se torna incapacitante. Gargiulo et al (2017, p. 5031), por sua vez, cita estudos que apontaram piora progressiva do transtorno de acumulação com o passar do tempo e da idade. Tipicamente, a desabilidade funcional aumenta na quarta ou quinta década de vida, ficando mais acentuada entre os idosos. Geralmente, em 60% a 80% dos casos, o TA ocorre independentemente do TOC. Conforme relata Schmidt et al (2014, p. 30), mais de 80% dos sujeitos que acumulam referem presença do transtorno de acumulação no histórico familiar.

4 ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS

Trata-se de um projeto de intervenção baseado em pesquisa bibliográfica e documental de abordagem qualitativa.

Inicialmente foi feita pesquisa bibliográfica sobre o tema e logo a seguir foi feita revisão de prontuários para identificar a ocorrência de casos no território de abrangência de um CAPS II no município de Pinhais. Foram encontrados quatro prontuários de pessoas com Transtorno de Acumulação.

A seguir, foram planejadas intervenções e desenvolvidos instrumentos técnicos para avaliação de risco das Pessoas em Situação de Acumulação para gerar recomendações de abordagem inicial direcionadas às equipes de Saúde Mental.

A operacionalização deste projeto se dará de acordo com o descrito no “Termo de solicitação de autorização” devidamente autorizado pela gerência de Saúde Mental.

Para o desenvolvimento das ações da pesquisa foi utilizado a metodologia 5W2H, composta por um conjunto de questões usufruídas para compor planos de ação de modo eficiente, visando a definição de ações e seu acompanhamento. Os 5W correspondem às seguintes palavras do inglês: What (o que); Who (quem); Where (onde); When (quando) e Why (por que). Já os 2H são: How (como) e How Much (quanto custa) (FIA, 2020), como podemos ver na tabela abaixo com as respectivas ações desta pesquisa:

QUADRO 1 – PROPOSTA DE AÇÃO 1 DO OBJETIVO 1

<p>Objetivo Geral: Desenvolver instrumentos técnicos de intervenção para as equipes de Saúde que atuam com Pessoas em Situação de Acumulação.</p>
<p>Objetivo Específico 1: Revisar quatro prontuários de saúde das pessoas em situação de acumulação de Pinhais.</p>

O que fazer?	Examinar histórico de prontuário das pessoas com transtorno de acumulação que foram atendidas no Sistema Único de Saúde.
Por que fazer?	<ul style="list-style-type: none"> - Para coletar informações epidemiológicas dos casos de acumulação no município; - Para coletar informações acerca de como foram identificados os usuários em situação de acumulação, identificar qual conduta foi tomada pelos profissionais, se houve e/ou como foi conduzido o tratamento em saúde mental do usuário.
Onde fazer?	Escola de Saúde Pública do Paraná, CAPS II Pinhais.
Quando fazer?	De Setembro de 2021 a Janeiro de 2022.
Quem fará?	Autor da pesquisa (Profissional de Serviço Social Residente)
Como será feito?	Leitura do prontuário eletrônico do Sistema Único de Saúde de Pinhais, investigação e descrição da trajetória do tratamento.
Quanto custará?	Sem ônus para a instituição.

FONTE: O autor (2021).

QUADRO 2 – PROPOSTA DE AÇÃO 1 DO OBJETIVO 2

Objetivo Geral: Desenvolver instrumentos técnicos de intervenção para as equipes de Saúde que atuam com Pessoas em Situação de Acumulação.	
Objetivo Específico 2: Pesquisar na literatura científica as perspectivas de tratamentos eficazes das pessoas em situação de acumulação.	
O que fazer?	Investigar na literatura os modelos de tratamentos para pessoas em situação de acumulação de casos considerados exitosos.
Por que fazer?	Para coletar informações acerca dos modelos de tratamentos e cuidados em Saúde Mental que obtiveram sucesso com as pessoas em situação de acumulação, visando subsidiar o desenvolvimento de instrumentos técnicos de intervenção.
Onde fazer?	Escola de Saúde Pública do Paraná, CAPS II Pinhais.
Quando fazer?	De Setembro de 2021 a Janeiro de 2022.
Quem fará?	Autor da pesquisa (Profissional de Serviço Social Residente)
Como será feito?	A partir do estudo de artigos científicos nacionais e internacionais pesquisados em bases de dados como Scielo, LILACS e ScienceDirect mediante os descritores Transtorno de Acumulação, Pessoas em Situação de Acumulação, Acumulação Compulsiva.

Quanto custará?	Sem ônus para a instituição.
------------------------	------------------------------

FONTE: O autor (2021).

QUADRO 3 – PROPOSTA DE AÇÃO 1 DO OBJETIVO 3

Objetivo Geral: Desenvolver instrumentos técnicos de intervenção para as equipes de Saúde que atuam com Pessoas em Situação de Acumulação.	
Objetivo Específico 4: Produzir instrumento de avaliação de risco da acumulação para os profissionais que atuam com as pessoas em situação de acumulação e operacionalizam sistemas eletrônicos que registram os casos de acumulação.	
O que fazer?	- Padronizar instrumento de avaliação dos aspectos de risco da acumulação compulsiva;
Por que fazer?	- Para permitir ações organizadas das equipes de saúde que assistem as pessoas em situação de acumulação conforme seu nível de complexidade; - Em sistemas eletrônicos, o preenchimento da avaliação de risco possibilita maior qualidade da vigilância em saúde.
Onde fazer?	Escola de Saúde Pública do Paraná, CAPS II Pinhais.
Quando fazer?	De Setembro de 2021 a Janeiro de 2022.

Quem fará?	Autor da pesquisa (Profissional de Serviço Social Residente).
Como será feito?	Será categorizado e elencado indicadores de risco da situação de acumulação baseado em materiais científicos e adaptado para a classificação de risco em três níveis: baixo risco, médio risco, alto risco.
Quanto custará?	Sem ônus para a instituição.

FONTE: O autor (2021).

QUADRO 4 – PROPOSTA DE AÇÃO 1 DO OBJETIVO 4

Objetivo Geral: Desenvolver instrumentos técnicos de intervenção para as equipes de Saúde que atuam com Pessoas em Situação de Acumulação.	
Objetivo Específico 4: Gerar recomendações para abordagem inicial direcionadas às equipes que atuam com as Pessoas em Situação de Acumulação.	
O que fazer?	Desenvolver recomendações para abordagem inicial das equipes de saúde para as pessoas com indicativos de transtorno de acumulação.
Por que fazer?	- É comum que as pessoas em situação de acumulação não reconheçam que sua condição pode trazer consequências graves para si próprio, sua família e a comunidade em que vive, também é frequente que elas resistam a qualquer tipo de tratamento em Saúde Mental,

	por isso, é de suma importância que, ao acolhê-las, o profissional tenha cautela e siga recomendações com base científica e jurídica para evitar prejudicar ou romper o vínculo criado com o usuário.
Onde fazer?	Escola de Saúde Pública do Paraná, CAPS II Pinhais.
Quando fazer?	De Setembro de 2021 a Janeiro de 2022.
Quem fará?	Autor da pesquisa (Profissional de Serviço Social Residente).
Como será feito?	Com base em preceitos básicos sobre os direitos e proteção da pessoa com transtorno mental e artigos relacionados, serão realizadas recomendações de postura e conduta profissional para abordagem inicial das pessoas com indicativos de transtorno de acumulação.
Quanto custará?	Sem ônus para a instituição.

FONTE: O autor (2021).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 REVISÃO DE PRONTUÁRIOS

Foram revisados quatro prontuários de usuários em situação de acumulação do Sistema Único de Saúde, os quais serão representados por meio de nomes fictícios. Duas dessas pessoas, Marina, a mãe, e Mariana, a filha, residiam na mesma casa e ambas acumulavam resíduos. Mariana aceitou tratamento de saúde mental devido aos sintomas de depressão que havia apresentado e foi acompanhada pelo CAPS II, Marina era acompanhada pela Unidade de Saúde da Família, não devido à situação de acumulação, mas para consultas de rotina, negava que contribuía para a acumulação de resíduos em casa, dizendo que quem acumulava era a filha, enquanto Mariana alegava que quem acumulava era Marina. Mãe e filha apresentavam pouca evolução positiva e crítica em relação à acumulação. Mariana, inserida no CAPS II, não aderiu completamente ao tratamento, até que a mãe descobriu que estava grávida. Durante a gestação, foi realizado o pré-natal e em algumas oportunidades foi abordada a questão da acumulação; concomitantemente, os profissionais do CAPS II também abordaram assuntos relativos à acumulação, tendo em vista que um ambiente com resíduos e lixos acumulados pode trazer maiores consequências na saúde de um recém nascido. A partir das visitas domiciliares realizadas pela equipe do CAPS II, constatou-se que o local onde residiam apresentava acúmulo de resíduos, dentro da casa observou-se lixo, fezes de animais de estimação, restos de comida em decomposição junto com larvas e possivelmente havia ratos.

Ao longo da gestação, Marina e Mariana demonstraram progresso em sua condição, ao evitar coletar coisas e descartar acúmulos em casa. Próximo ao nascimento do bebê, Marina repousou na casa do namorado e a família se esforçou para higienizar a casa onde viviam. Mariana abandonou o tratamento no CAPS II, mas durante visitas domiciliares, realizadas pelos profissionais da Unidade de Saúde da Família (USF) no período pós-parto de Marina, foi observado que não havia ou havia pouco acúmulo, a casa se manteve higienizada e já não estava mais insalubre.

O outro prontuário revisado é de Jacir, uma pessoa idosa em situação de acumulação que nunca aceitou qualquer tipo de tratamento em saúde mental, não possuindo percepção crítica a respeito do ambiente insalubre em que vive. Há alguns anos, a prefeitura do município realizou a limpeza de sua residência após receber muitas denúncias por parte da comunidade, que estava sendo atingida devido ao alto volume de acúmulo de resíduos, o que, por consequência, acaba atraindo ratos e outros animais que podem trazer risco de vida para as pessoas. Na ocasião, Jacir tentou agredir alguns funcionários e foram necessários diversos caminhões para retirar os objetos.

Em pouco tempo, Jacir voltou a acumular grandes volumes de resíduos, sua esposa e seu filho abandonaram a casa em razão da situação de acumulação, o idoso começou a apresentar diversos problemas de saúde, a comunidade voltou a denunciar e pressionar a prefeitura e houve diversas tentativas de sensibilização para Jacir perceber a situação em que vive e fazer tratamento de saúde mental. Foram pensadas algumas estratégias junto às demais secretarias como a da Assistência Social, Ministério Público e Defesa Civil, realizado matriciamento entre profissionais do CAPS II e USF e feitos exames na Unidade de Pronto Atendimento com o intuito de realizar internamento involuntário e limpeza da residência, mas essas tentativas não deram certo e, por hora, Jacir vive sozinho em meio a um alto volume de acumulação e diversos problemas de saúde.

O último prontuário revisado foi o de Antônio, uma pessoa idosa em situação de acumulação que buscou atendimento no CAPS II por espontânea vontade. Antônio demonstrou possuir autocrítica em relação à situação de acumulação, queixou-se do desejo involuntário de coletar objetos e pediu esclarecimentos sobre o sofrimento que o atinge, relatando ainda que, quando a neta descobriu a gravidez, ele e a família preocuparam-se com as consequências que a acumulação poderia trazer para a bisneta, o que o levou a iniciar o descarte parcial dos objetos acumulados, causando-lhe sofrimento psíquico. Foi realizado matriciamento entre as equipes do CAPS II e da USF por meio de visita domiciliar, na qual foi constatado pouco volume de

acúmulo, porém, o local onde estavam os objetos poderia tornar a acumulação perigosa, pois se encontravam no forro do teto da casa. Antônio passou por alguns atendimentos no CAPS II e foi encaminhado ao Ambulatório de Saúde Mental por não apresentar gravidade em sua condição. No ambulatório, inicialmente foi orientado por um Assistente Social a praticar a redução de danos, na tentativa de diminuir gradativamente o volume da acumulação para não provocar sofrimento psíquico intenso e diminuir o risco de queda do forro. Até o término da revisão de prontuário, Antônio iria ser acompanhado por profissionais da Psicologia e Psiquiatria.

Assim, pode-se perceber que para Marina, Mariana e Antônio, a motivação para diminuir e/ou eliminar a acumulação surgiu da responsabilidade do vínculo afetivo com o bebê que vive com eles. Os três demonstraram sofrimento em descartar objetos e o impulso para acumular, mas foram capazes de controlar a compulsão. Antônio possuía discernimento sobre as consequências da acumulação, Marina e Mariana adquiriram esse discernimento quando estavam em acompanhamento com as equipes de saúde. Eles também dispõem de apoio familiar. Antônio foi o único dos casos citados que procurou atendimento em saúde mental por livre e espontânea vontade. Em contraponto, Jacir rejeitou qualquer tipo de intervenção, não possui crítica sobre sua situação e não recebe apoio da família, apresentando evidentemente um grave prejuízo cognitivo, funcional e social.

Em relação aos prontuários, realizados por diferentes profissionais de equipamentos da saúde como USF, CAPS II e UPA, foi observada a não uniformidade na transcrição dos relatos e a ausência de uma padronização, poucas informações a respeito da gravidade dos casos foram sinalizadas, sendo feitos de acordo com cada profissional. Também não foram encontrados indícios de como foi feita a identificação da pessoa com transtorno de acumulação, se foi usado algum tipo de *checklist*.

5.2 RECOMENDAÇÕES PARA ABORDAGEM INICIAL

A abordagem inicial são os primeiros contatos dos profissionais de saúde com a pessoa com TA, ocorre quando o usuário chega aos serviços de saúde ou quando as equipes de saúde procuram por ele (no caso de visitas domiciliares), pois geralmente essas pessoas são trazidas por familiares ou outros órgãos governamentais que identificaram o problema, sendo rara a procura espontânea. Conforme mencionado no item 3.2 desta pesquisa, as pessoas com TA possuem diferentes níveis de *insight*, de modo que o relato espontâneo pode não acontecer pois a pessoa não reconhece a condição em que vive.

Quando se trata do atendimento às pessoas com TA, não se pode deixar de mencionar os preceitos básicos dos direitos e proteção da pessoa com transtorno mental, conforme Art. 2º da Lei nº 10.2016 de 2001:

- 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 livre 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, 2001).

Tendo isso em vista, o objetivo principal da abordagem inicial consiste na criação de vínculo, cabendo aos profissionais nesta etapa promover um espaço seguro e confortável de diálogo para conquistar a confiança do usuário, esclarecer os motivos desse contato e sensibilizá-lo a respeito da saúde mental e seus desdobramentos. Realiza-se a escuta das queixas da pessoa (se ela decidir expor) e o profissional pode identificar as demandas iniciais, explicar o suporte que pode ser dado por meio dos serviços de saúde mental e combinar próximos contatos para solidificar a criação do vínculo. A todo momento deve ser praticada a empatia e levado em consideração a vulnerabilidade do estado de saúde mental e social da pessoa com TA.

Sugere-se que a coleta de informações para identificação correta do TA seja ação subsequente à criação de vínculo, pois, conforme citado no item 3.3 deste trabalho, a pessoa com TA pode sentir vergonha da condição que vive e provavelmente já sofreu diversas críticas e agressões verbais devido a isso.

Algumas posturas profissionais que vão em desacordo com os preceitos citados acima e que poderiam acarretar uma postura antiética e rompimento do vínculo com o usuário são: discurso autoritário, zombar ou insultar a pessoa com TA, descarte de objetos pelo próprio profissional ou imposição do descarte para a pessoa com TA, ignorar a situação de saúde e de vida da pessoa com TA, omitir informações referentes à finalidade das abordagens e funcionamento dos serviços de saúde.

5.3 ESTRATÉGIAS TERAPÊUTICAS

A literatura científica que discute o transtorno de acumulação ainda é escassa e bastante recente no Brasil, havendo, portanto, mais pesquisas internacionais sobre o tema.

Anteriormente, eram utilizados tratamentos padronizados para o TOC em pessoas com TA, mas devido aos resultados insatisfatórios, se fez necessário o desenvolvimento de abordagens mais específicas para o TA (STUMPF et al, 2018).

Dentre os artigos estudados, quando se trata de abordagens e tratamentos para o transtorno de acumulação, muitos utilizam como base de discussão pesquisas *in loco* realizadas em outros países.

É necessário destacar nesta pesquisa a importância da equipe multiprofissional no tratamento à PSA, pois ela possibilita maiores abordagens terapêuticas, bem como atuações conjuntas e integradas para atender às necessidades psicossociais, biológicas e subjetivas que a pessoa com TA demanda.

5.3.1 CRIAÇÃO DE VÍNCULO

Conforme a Política Nacional de Atenção Básica - PNAB (p. 21), a criação de vínculo consiste na:

construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde, permitindo o aprofundamento do processo de corresponsabilização pela saúde, construído ao longo do tempo, além de carregar, em si, um potencial terapêutico. A longitudinalidade do cuidado pressupõe a continuidade da relação clínica, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente, acompanhando os efeitos das intervenções em saúde.

Dessa forma, o estabelecimento do vínculo entre os profissionais de saúde e a pessoa com TA é primordial para a condução do tratamento, tendo como objetivo conquistar a confiança da mesma, pois, como indica Coradassi et al (2019, p. 30146), os laços de confiança possibilitam que, gradativamente, ela permita novas abordagens e o acesso de outros profissionais, viabilizando assim a realização de ofertas de cuidado por parte da equipe multiprofissional.

5.3.2 IDENTIFICAÇÃO

Ressalta-se como a primeira ação que deve ser realizada pelas equipes de saúde a correta identificação da pessoa em situação de acumulação, pois ela irá desencadear as ações subseqüentes. Tendo como base as características citadas no item 3.2 desta pesquisa, a identificação pode ocorrer por meio de relato da própria pessoa com TA, mas, caso ela tenha *insight* pobre ou ausente, o indicado é entrevistar informantes confiáveis (como familiares e/ou vizinhos). O mais importante, contudo, é que se realize a visita domiciliar, pois, segundo Stumpf et al (2018, p. 62), ela permite que a equipe avalie de forma objetiva a proporção da acumulação, averigue a extensão da obstrução da mobilidade na moradia e os prejuízos resultantes da situação de acumulação e determine a presença de riscos para a saúde e a segurança das pessoas que habitam a residência e a comunidade em seu entorno.

Considerando que é incomum que as pessoas que acumulam procurem ajuda decorrente de sua condição, Coradassi et al (2019, p. 30145) afirma que a atenção primária possui papel fundamental na identificação das PSA, tendo em vista que os

Agentes Comunitários de Saúde (ACS) devem fazer visitas semanais em sua micro-área, facilitando o reconhecimento no processo de identificação.

5.3.3 REDUÇÃO DE DANOS

Uma das abordagens mais citadas nos artigos revisados é a prática da redução de danos, que consiste no descarte gradativo dos objetos acumulados, diminuindo o volume do acúmulo e o risco de sofrimento intenso para a pessoa com TA e melhorando a organização do ambiente.

Para Gargiulo et al (2017, p. 5034), a prática da redução de danos tem como foco atingir as distorções cognitivas relacionadas ao medo do descarte e à forte vontade em adquirir objetos, torna possível a redução da desabilidade causada pelos sintomas e promove a melhora na qualidade de vida. Já os autores Araújo & Santos (2015, p. 92) ponderam que este tipo de abordagem pode demorar, ao longo do processo, de meses a anos para ter eficácia no tratamento. Stumpf et al (2018, p. 62), por sua vez, sugere que a abordagem da redução de danos seja proposta para indivíduos que não estejam motivados a modificar seu comportamento acumulador.

5.3.4 TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

É unânime entre os pesquisadores que a abordagem com a maior probabilidade de eficácia para o tratamento de pessoas com transtorno de acumulação é a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), uma das abordagens da psicoterapia que, segundo os autores Schmidt et al (2014, p. 33), Araújo & Santos (2015, p. 92) e Stumpf et al (2018, p. 62), corresponde a um método focado, em que localizam-se as causas da acumulação, que são as raízes da ansiedade, atuando sobretudo na diminuição do sofrimento apresentado pelo indivíduo ao descartar as coisas que acumula, na reestruturação cognitiva de crenças irracionais associadas à acumulação, auxiliando-o

na tomada de decisão e categorização sobre o descarte dos objetos e no desenvolvimento de estratégias para diminuir a frequência dos hábitos de coleta.

Os autores citam estudos que apontam redução significativa na gravidade da acumulação após intervenções de TCC específicas para o TA. Schmidt et al (2014, p. 37) menciona pesquisas realizadas nos Estados Unidos que demonstraram que, após 26 sessões, aproximadamente 70% dos 40 pacientes submetidos à psicoterapia apresentaram melhoras significativas dos seus sintomas de acumulação e desorganização. Não obstante, Stumpf et al (2018, p. 62) enfatiza que os efeitos mais expressivos foram vistos na dificuldade em descartar, seguida por entulhamento e aquisição. No entanto, as taxas de melhora no prejuízo funcional foram baixas (24%-43%). A combinação de TCC com remediação cognitiva (direcionada aos déficits neurocognitivos), ainda que pouco estudada, indicou redução de sintomas do TA em até 40%. As pesquisas sobre o uso da TCC na acumulação tardia se limitam a relatos de casos e estudos abertos.

5.3.5 DEMAIS ABORDAGENS ASSOCIADAS

As intervenções ressaltadas pelos autores que podem ser associadas com a TCC incluem a Redução de Danos e a Terapia de Remediação Cognitiva, conforme citado anteriormente, além do tratamento medicamentoso, conforme citado por Gargiulo et al (2017, p. 5034), que pode produzir melhoras significativas se focado nos inibidores seletivos de recaptção de Serotonina, Benzodiazepínicos e Antidepressivos atípicos. Salienta-se também a importância das visitas domiciliares periódicas e das intervenções baseadas nas famílias, com o objetivo de aumentar a motivação da pessoa com TA para seu tratamento e o apoio às necessidades dos familiares. Tais abordagens associadas possibilitam a manutenção dos ganhos obtidos com a psicoterapia.

Desse modo, o objetivo do tratamento para as pessoas com TA é melhorar a apresentação sintomática e a situação de acumulação, sem precisar retirar essa pessoa

do meio em que vive para interná-la em hospital psiquiátrico, exceto em condições de extremo risco de vida. A desmotivação da pessoa com TA para o tratamento e a baixa capacidade de *insight* impacta diretamente nos resultados insatisfatórios de tratamento.

O período de tratamento é variado, pode durar de meses a anos, dependendo do caso, e exige dedicação e motivação da pessoa com TA, mas permite que ela retome hábitos para uma vida mais saudável.

Os autores concluíram que não existe técnica psicossocial superior para o TA, embora a evidência mais confiável até o momento seja a TCC individual ou em grupo que siga protocolo específico para TA.

5.4 CLASSIFICAÇÃO DE RISCO PARA A SITUAÇÃO DE ACUMULAÇÃO

Este instrumento de classificação de risco para a situação de acumulação foi produzido com o intuito de subsidiar a atuação dos profissionais de saúde que lidam com as pessoas em situação de acumulação e auxiliar no entendimento da gravidade do acúmulo. Se analisado juntamente a uma avaliação clínica, têm o potencial de proporcionar uma maior compreensão do estado de saúde mental da pessoa com TA e das condições de moradia em que ela está vivendo, facilitando também discernir as intervenções que precisam ser feitas, com emergência ou não.

A classificação de risco para a situação de acumulação produzida nesta pesquisa baseou-se na Escala de Desordem-Qualidade de Vida estadunidense da Institute for Challenging Disorganization e nos demais artigos revisados. Procurou-se adaptar a escala para a realidade brasileira com subsídio dos indicadores dos artigos nacionais revisados. A classificação de risco em saúde no Brasil estratifica os indicadores em três níveis: baixo risco, médio risco e alto risco, bem como em sistemas eletrônicos de acompanhamento das ações com acumuladores, conforme citado na introdução da pesquisa.

Dessa forma, foram descritos 18 indicadores para a classificação de acumulação, sendo 4 indicadores de baixo risco, 9 indicadores de médio risco e 9

indicadores de alto risco. Alguns indicadores podem aparecer em dois níveis diferentes pela possibilidade de serem encontrados concomitantemente na avaliação do local. Para se definir a classificação, considera-se a presença da maioria dos indicadores em determinado nível no local (por exemplo, se os profissionais de saúde identificarem 5 indicadores de médio risco e 2 deles estão em concomitância com alto risco, considera-se a situação de acumulação como de médio risco devido a maioria dos indicadores serem de médio risco). É importante ressaltar que nesse caso a situação pode estar se agravando, haja vista a presença de indicadores do nível superior.

Tabela 1: Classificação de risco da situação de acumulação

Indicadores	Baixo risco	Médio risco	Alto risco
Pequenas quantidades de objetos e resíduos acumulados, dentro e/ou fora de casa	X		
Todas as portas e escadas (quando houver) estão acessíveis para transitar, janelas acessíveis para abrir/fechar	X		
Superfícies (pias, mesas) com restos de comida em panelas e pratos	X	X	
Fezes e urinas de animais de estimação no chão	X	X	
Latas de lixo transbordando		X	
Indícios da existência de ratos e insetos		X	
Objetos e resíduos acumulados começam a bloquear portas, escadas, janelas, necessitando desviar dos objetos para transitar		X	
Objetos e resíduos acumulados que ocupam grande parte do lado de fora da casa, mas é possível transitar entre os espaços		X	
Odor perceptível		X	
Inexistência de pratos e utensílios de cozinha limpos		X	X
Pelo menos 1 cômodo da casa inutilizável e/ou uma saída		X	X

bloqueada devido acúmulo de objetos e resíduos			
Objetos e resíduos acumulados que ocupam toda a parte do lado de dentro e fora da casa, impossibilidade ou grande dificuldade de transitar entre os espaços			X
Evidência de infestação de ratos, insetos (baratas, aranhas), larvas			X
Odor intenso			X
Grandes quantidades de animais de estimação amontoados em um espaço que dificulta transitar (tanto para os animais quanto para pessoas) sob condições precárias de higiene e alimentação, fezes e urinas em grandes quantidades pelo chão			X
Evidência de fezes humanas			X
Comida em decomposição em superfícies e/ou dentro de geladeira que não funciona			X
Presença de objetos com substâncias inflamáveis acumulados (álcool, querosene, óleo de cozinha, tintas)			X

FONTE: Adaptado de Institute for Challenging Disorganization (2011-2020).

Em suma, haja vista que o TA possui curso crônico e gradativo, conforme citado no item 3.2 desta pesquisa, isto é, com o passar do tempo, sem tratamento, a tendência é agravar tanto a sintomatologia do TA quanto a situação de acumulação, as tentativas de intervenção enquanto a pessoa estiver apresentando poucos riscos e prejuízos podem promover saúde e prevenir o agravamento da sua condição. Os casos de maior complexidade acabam por exigir serviços de saúde com maior especialização e ações intersetoriais.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Procurou-se, neste trabalho, aproximar-se da questão do Transtorno de Acumulação (TA) e da situação em que essas pessoas vivem, tendo em vista a dificuldade que as equipes de saúde têm em atuar com as pessoas com TA devido a alta complexidade dos casos. Essa população pode apresentar intenso sofrimento psíquico e chegar a situações desumanas, que reverberam na sua qualidade e modo de vida e nas suas relações sociais, necessitando de assistência profissional. As pessoas com TA precisam de motivação para tratar sua condição, entretanto, vivenciam violências e exclusão social; por isso, se faz necessário a compreensão desta condição por parte da comunidade, dos profissionais de saúde e de outros setores, para que essa população não se sinta julgada e condenada quando for tentado contato ou quando ela chega até os serviços de saúde (por busca espontânea ou não). O TA pode surgir em razão de uma história de vida de dificuldades, com episódios traumáticos, violências, situações de privação material e histórico familiar, adquirido geneticamente.

Os prontuários revisados mostram as nuances do TA no que se refere ao *insight*, apresentando a possibilidade de haver pessoas que procuram os serviços de saúde espontaneamente, outras são procuradas e aceitam tratamento, enquanto outras recusam qualquer tipo de abordagem, refletindo na gravidade da sintomatologia e situação de acumulação.

Considera-se que o tratamento com maior êxito até o momento foi o da Terapia Cognitivo-Comportamental, associado com outras abordagens, como Terapia de Remediação Cognitiva e Redução de Danos, destacando-se também as visitas domiciliares para manter a compreensão do meio social onde a pessoa vive.

Pensando deste modo, a eficácia no tratamento não significa que a pessoa interrompeu o acúmulo abruptamente, descartou todos os objetos sem sofrer e “curou” os pensamentos compulsórios do TA, mas sim que obteve minimamente redução nas manifestações sintomáticas e no acúmulo, ou seja, o tratamento é eficaz quando a pessoa atinge a capacidade de lidar com o TA de forma saudável e sem maiores

consequências, ocasionando numa melhor qualidade de vida e bem-estar. Assim, o tratamento pode durar meses ou anos, respeitando o tempo e o processo de cada pessoa.

Mensurar o risco da situação de acumulação é fundamental para criar estratégias de intervenção, seja na Atenção Básica ou em serviços especializados como Ambulatório ou CAPS, pois esse risco determinará o grau de complexidade de cada caso. Os casos de maior complexidade exigem serviços de saúde especializados, a equipe multiprofissional se torna fundamental para atender às necessidades psicossociais, biológicas e subjetivas da pessoa com TA, bem como as ações intersetoriais sincronizadas.

Compreender o risco da situação de acumulação também é uma forma de indicar os prejuízos cognitivos, funcionais e sociais da pessoa com TA, que são refletidos diretamente na gravidade da sintomatologia. Se houver identificação precoce do transtorno, pode-se prevenir que a condição se agrave.

Consideram-se como elementos principais para identificação do transtorno de acumulação o sofrimento associado ao descarte dos objetos de posse, devido ao valor afetivo depositado neles, seguido por acumulação e aquisição obsessiva. As demais características são importantes para distingui-lo de outros transtornos semelhantes: diferentemente do Transtorno Obsessivo Compulsivo, o TA não possui pensamentos intrusivos ou conjunto de rituais, mas pode haver o TOC ou outros transtornos concomitantes ao TA.

As pesquisas nacionais que abordam o transtorno de acumulação ainda são escassas, a maioria delas começaram a aparecer apenas na última década. Por se tratar de uma questão de saúde pública, principalmente no Brasil, país com alto índice de desigualdade social e violência, a produção científica nacional tem fundamental importância, em razão da realidade brasileira apresentar expressões da questão social de formas diferentes dos demais países desenvolvidos que são autores das principais pesquisas sobre o tema.

Por isso, entende-se como desafio no cuidado às pessoas em situação de acumulação a busca por estratégias específicas para motivação e adesão à tratamentos de saúde mental dessa população, que incluam também a participação familiar em todo processo, bem como a sensibilização por parte da comunidade. As capacitações periódicas dos profissionais e grupos de trabalho poderiam ser um caminho para enfrentar esses desafios com melhor direcionamento.

Acredita-se que um protocolo de tratamento específico para a TA possibilitaria melhores resultados e também diminuiria a probabilidade de abandono do mesmo.

Portanto, pode não ser suficiente apenas a detecção e identificação dessa população, é preciso criar estratégias tanto setoriais quanto intersetoriais de intervenção, que atendam à abrangência das necessidades, visando sempre uma melhor qualidade de vida, bem-estar e reinserção social da pessoa em situação de acumulação.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Eliana Novaes Procopio de; SANTOS, Vandymeire Gonçalves. **Transtorno de acumulação compulsiva de idosos: Possibilidades de cuidados e questões de saúde pública**. Revista Kairós Gerontologia, 18(4), pp. 81-100. São Paulo (SP), Brasil. Disponível em <<https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/26957/19127>> Acesso em: 23 out. 2021

ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5** / [American Psychiatric Association ; tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento ... et al.] ; revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli ... [et al.]. – 5. ed. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre : Artmed, 2014. Disponível em: <<http://www.niip.com.br/wp-content/uploads/2018/06/Manual-Diagnostico-e-Estatistico-d-e-Transtornos-Mentais-DSM-5-1-pdf.pdf>>. Acesso em: 17 ago. 2021

BRASIL. Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001. **Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental**. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 09 abr. 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm> Acesso em 28 nov. 2021

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>> Acesso em 23 nov. 2021

CARVALHO, Antonio Ivo. **Determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde**. FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: população e perfil sanitário [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. Vol. 2. pp. 19-38. Disponível em: <<https://saudeamanha.fiocruz.br/wp-content/uploads/2016/07/11.pdf>> Acesso em: 20 out. 2021

CORADASSI, Carlos Eduardo; CUNHA, Graziela Ribeiro Da; ROCHA, Suzana Maria; SILVA, Evelyn Cristine; MALISKI, Telise Roberta da Silva; JARSKIAND, Willian; BIONDO, Alexander Welker. **Saúde mental de grupos vulneráveis: construção de uma linha de cuidado para indivíduos com comportamento de acumulação compulsiva**. International Journal of Development Research Vol. 09, Issue, 09, pp. 30144-30147, September, 2019. Disponível em: <<http://www.journalijdr.com/sites/default/files/issue-pdf/16923.pdf>>. Acesso em: 07 nov. 2021

FIA (Fundação Instituto de Administração. **5W2H: o que é, como funciona e por que você deveria usar?** 2020. Disponível em: <<https://fia.com.br/blog/5w2h/>>. Acesso em: 18 ago.2021.

GARGIULO, Mariangelli Souza; CIOLELLA, Dayane de Aguiar; NORMANN, Karina Amadori Stroschein; GARCIA, Ana Paula Hössel. **Identificação e cuidados no transtorno de acumulação.** 2017. *Rev. enferm. UFPE on line* ; 11(12): 5028-5036, dez.2017. *ilus, tab.* Disponível em:<<https://pesquisa.bvsalud.org/porta1/resource/pt/bde-33760>>. Acesso em: 18 ago. 2021.

HENRIQUES, Lucia de Fátima; COSTA, Marli Mendes da; SABBO, Cristina; BERSUSA, Ana Aparecida Sanches. **Acumuladores: uma revisão integrativa do potencial risco de disseminação de doenças transmitidas por vetores e outros animais nocivos à saúde.** *BIS, Bol. Inst. Saúde (Impr.)* ; 20(2): 125-138, Dez. 2019. Disponível em:<<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/10/1022596/bis-v20n2-sintese-de-evidencias-qualitativas-125-138.pdf>> Acesso em 27 out. 2021

IBGE. **Cidades e Estados.** Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pr.html> >. Acesso em: 18 ago.2021.

IBGE. **Cidades e Estados.** Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pr/pinhais.html> >. Acesso em: 18 ago.2021.

INSTITUTE FOR CHALLENGING DISORGANIZATION. **Clutter-Hoarding disorganization: A Residential Observational Tool.** 2011-2020 ICD. Disponível em: <<https://www.challengingdisorganization.org/assets/ICDPublications/C-HS/ICD%C2%AE%20C-HS%C2%AE%202021%20Full%20Version.pdf>> Acesso em 30 nov. 2021

PINHAIAS. **Secretaria Municipal de Saúde.** Plano Municipal de Saúde 2018-2021 – Pinhais: SEMSA, 2017. Disponível em: <<https://pinhais.atende.net/subportal/saude/pagina/plano-municipal-de-saude-pms>>. Acesso em: 18 ago.2021.

SCHMIDT, Diego Rafael; DELLA MEA, Cristina Pilla and FORTES WAGNER, Marcia. **Transtorno da Acumulação: características clínicas e epidemiológicas.** *CES Psicol [online]*. 2014, vol.7, n.2, pp.27-43. ISSN 2011-3080. Disponível em:<http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S2011-30802014000200004&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 18 ago.2021.

SOUSA, Diego de Oliveira, SILVA, Sóstenes Ericson Vicente da, SILVA, Neuzianne de Oliveira. **Determinantes Sociais da Saúde: reflexões a partir das raízes da “questão social”.** *Saúde e Sociedade*. 2013, 22(1), 44-56. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/YJcDtBH4hX3prjZDtXCSPk/?lang=pt#>>. Acesso em: 20 out. 2021

STUMPF, Bárbara Perdigão; HARA, Cláudia; ROCHA, Fábio Lopes. **Transtorno de Acumulação: uma revisão.** Geriatr Gerontol Aging. 2018;12:54-64 [online]. Disponível em: <<http://www.ggaging.com/details/449/pt-BR/transtorno-de-acumulacao--uma-revisao>>. Acesso em: 06 out.2021.

VIANNA, Lucila Amaral Carneiro. **Especialização em Saúde da Família – Profissionais da Atenção Básica.** Unidade 5 – Determinantes sociais de saúde: processo saúde doença. São Paulo: UNIFESP, 2015. Disponível em: <https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/pab/7/unidades_conteudos/unidade05/unidade05.pdf> Acesso em: 12 ago.2021.

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

BRUNA MARIA STOSKI

**“OS ADOLESCENTES NÃO ADEREM”: ENCONTROS E DESENCONTROS DE
CUIDADOS EM SAÚDE MENTAL PARA ADOLESCENTES NO CAPS AD.**

**CURITIBA
2021**

BRUNA MARIA STOSKI

**“OS ADOLESCENTES NÃO ADEREM”: ENCONTROS E DESENCONTROS DE
CUIDADOS EM SAÚDE MENTAL PARA ADOLESCENTES NO CAPS AD**

Trabalho de Conclusão de Residência,
apresentado ao Programa de Residência
Multiprofissional em Saúde Mental da Escola de
Saúde Pública do PR/SESA como requisito
parcial para obtenção do título de Especialista.

**Prof^a Orientadora: Ana Paula Müller de
Andrade**

CURITIBA
2021

FOLHA DE APROVAÇÃO

CURITIBA, ____ DE _____ DE _____

O trabalho intitulado “**OS ADOLESCENTES NÃO ADEREM**”: **ENCONTROS E DESENCONTROS DE CUIDADOS EM SAÚDE MENTAL PARA ADOLESCENTES NO CAPS AD** de autoria da aluna **BRUNA MARIA STOSKI** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado ____ **PROVADO** no Programa de Residência em Saúde Mental.

Profª. Dra. Ana Paula Müller de Andrade
Orientadora do TCR/PI

Prof. Dr./Msc Nome
Avaliador da Instituição

Profª. Dra./Msc Nome
Avaliadora Externa

DEDICATÓRIA

Dedico aos tantos que me construíram, desconstruíram e reconstruíram ao longo dessa jornada.

Em especial aos adolescentes que participaram da pesquisa e me mostraram o quão distante eu estava deles, mas o quão perto eu consegui chegar. Dedico também àqueles que por diversas razões não participaram, em especial ao adolescente do primeiro acolhimento que realizei no CAPS AD, que me impulsionou ainda mais a pensar em uma intervenção para adolescentes.

Dedico à juventude com quem trabalhei em grande parte do meu percurso nesta residência e principalmente àqueles jovens que no Brasil não são levados a sério (parafraseando Chorão).

Dedico este trabalho àqueles que assim como eu são contrários à afirmação de que não há o que fazer, mas sim acreditam que sempre há algo para ser feito por aqueles que sofrem.

Dedico aos que acreditam na atenção psicossocial, que entendem que é possível oferecer escuta e cuidado em um banco ao ar livre, que é possível oferecer um tanque para alguém lavar roupas. Àqueles que oferecem um cuidado mesmo após tantas recusas, que insistem e que enxergam cada usuário de saúde mental.

Dedico aos que se dedicam a esse campo da saúde mental, campo de disputas e de luta constante. Aos que defendem o cuidado em serviço aberto, em liberdade e se posicionam incansavelmente contrários a todo tipo de crueldade, discriminação e políticas que cerceiam a liberdade e autonomia dos sujeitos.

Dedico aos que defendem o SUS.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais que me ensinaram a sonhar e a correr atrás do que desejo, que plantaram firmes as minhas raízes para que eu me tornasse o que sou hoje, mesmo na ausência deles.

À minha irmã Eliara, por me ensinar todos os dias sobre amor e me mostrar que sempre terei com quem contar. À minha sobrinha Lorena que chegou no meio desse percurso e me trouxe mais motivos para viver.

À Lanna por me dar leveza aos dias mais pesados e diminuir a dureza da vida. Por me esperar com amor e me receber com festa.

À minha orientadora Ana Paula Müller de Andrade, por embarcar comigo nessa aventura e que mesmo quando tudo pareceu difícil acreditou em mim e disse que iríamos conseguir. Obrigada por me acolher nos momentos em que estive “por um fio” e principalmente por me olhar com afeto. Uma das melhores surpresas da residência foi te reencontrar e construir com você esse trabalho.

Aos meus colegas de residência, pelas trocas diversas. Em especial à Mylena e Ida por todas as vezes que me acolheram e me ouviram.

Ao CAPS AD por me permitir tantas experiências e por expandir meu potencial criativo. À toda a equipe, obrigada por me receberem, me acolherem como parte da equipe e me ajudarem nessa jornada. Cada um me marca de uma forma bonita. A Dani por me mostrar todo entusiasmo e alegria daquela que faz o que gosta. A Simone e o Anderson pelas conversas e risadas diárias, pelo nosso “bom trânsito”. A Mariclei pelo carinho e cuidado. Fabiana pelas diversas trocas. Maria pelo cuidado que tem com todos. A Jennifer e a Simone pelos momentos divertidos e também pelas tantas vezes que me ajudaram.

Em especial agradeço a Leni, por me acolher desde o início, abrir as portas do serviço e acreditar em mim. Pelo cuidado e carinho de todos os dias. À Alessandra por me receber no primeiro dia no CAPS e por estar por perto em todos os outros dias. À Lizelma, por fazer tudo com amor, pelo afeto e carinho que sempre me ofereceu, pelo café e pelas palavras amorosas que levo no coração.

Ao Tiago, meu preceptor, com quem aprendi tanto. Obrigada por embarcar comigo em tantos projetos. Admiro o seu jeito de olhar para tudo com aquele entusiasmo de quem olha pela primeira vez, apesar de toda experiência que tem.

À Vanessa, por dividir comigo suas experiências e suas histórias. Pelas caronas, por me acolher nos momentos de choro e em meus exageros. Por acreditar em minha capacidade.

À Escola de Saúde Pública do Paraná, em especial a Denise e a Flávia pelas diversas contribuições para minha formação.

À todos os bons encontros que tive ao longo dessa jornada que aumentaram minha potência.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	9
2. OBJETIVO GERAL E ESPECÍFICOS.....	14
3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	15
4. ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS.....	21
5. RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	25
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	43
REFERÊNCIAS.....	47
APÊNDICES E ANEXOS.....	53

RESUMO

A adesão de adolescentes aos cuidados ofertados nos serviços de saúde mental tem se apresentado como um desafio na realidade brasileira. Somado às questões socioculturais, econômicas, políticas e aos determinantes sociais da saúde, este desafio se incrementa e produz muitas inquietações. Ante este desafio e inquietações, esta pesquisa com adolescentes teve como objetivo compreender as possíveis dificuldades de adesão ao tratamento ofertado nos serviços de saúde mental. A metodologia utilizada foi a pesquisa - intervenção, com a utilização da observação participante e do diário de campo. Os participantes foram três adolescentes que acessaram o serviço no ano de 2021. A partir de cinco encontros registrados no diário de campo, foram produzidos quatro analisadores. O primeiro analisador foi denominado “Adolescências: processos complexos e diversos”, onde abordou-se as diferentes formas de ser adolescente no contexto brasileiro, o perfil e aspectos como escolarização, trabalho, direitos e classe social dos adolescentes participantes. O segundo, denominado “CAPS Ad: que lugar é esse?”, discute o estranhamento dos adolescentes com relação à proposta do serviço e a relação desse estranhamento com a forma como o serviço se apresenta neste momento de pandemia de COVID19 bem como com a necessidade de adequação de um espaço destinado a esse público. O terceiro analisador “Itinerários de cuidado: (im)possibilidades”, apresenta os caminhos de cuidado dos adolescentes, incluindo os modos de acesso ao serviço e a internação psiquiátrica como um dos recursos utilizados. O último analisador “Possíveis caminhos: território e intersetorialidade” propõe pensar estratégias que possibilitem o cuidado destes adolescentes, a partir da potência do território e de ações intersetoriais. Por fim, considerou-se que a intersetorialidade e o território são caminhos possíveis para promover cuidado em saúde mental para os/as adolescentes. Além disso, a promoção de saúde e a redução de danos são elementos transversais para o cuidado de adolescentes usuários de drogas. Destaca-se, ainda, a importância de produzir intervenções participativas com os adolescentes, no sentido de promover o protagonismo juvenil.

1. INTRODUÇÃO

“Os/as adolescentes não aderem”, foi uma frase que ouvi de diferentes profissionais e em diferentes contextos. Ela se somou às minhas inquietações com relação aos modos de cuidado ofertados a este público no campo da saúde mental. Desde o início de minha inserção nos serviços de saúde mental durante a residência, tive contato com adolescentes nos atendimentos individuais e em pequenos grupos. Me indaguei se neste momento de pandemia de COVID-19 os jovens estavam adoecendo mais, pois percebia que a procura desse público por atendimentos era cada vez maior.

Como parte de minhas atividades na residência pude atuar e conhecer o serviço do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas - CAPS AD, saber mais sobre a perspectiva da redução de danos e propor a pesquisa-intervenção com os adolescentes, aqui apresentada e discutida.

A psicologia nesse contexto pode contribuir ao olhar para o sujeito e sua subjetividade, de forma que os diferentes aspectos da sua vida sejam considerados. Ainda em uma prática implicada, no encontro com adolescentes, pode-se promover espaços que atendam as necessidades dos sujeitos para que esses possam se expressar e ressignificar suas experiências.

No decorrer de minha atuação como psicóloga residente do CAPS AD, de junho/2021 à fevereiro/2022, outros adolescentes, além dos participantes da pesquisa, passaram pelo serviço. Um deles estava inserido quando do meu ingresso, mas abandonou o tratamento. Tempo depois viemos a saber que ele havia saído da casa do pai e estava em situação de rua. Não conseguimos mais contato com ele. Outro adolescente teve alta do serviço, pois estava faltando nas avaliações/atendimentos. Uma adolescente chegou no serviço em estado grave de saúde, passou pela avaliação médica e, sendo aceita na central de leitos, foi encaminhada para internação em hospital psiquiátrico e não retornou ao serviço. Outro adolescente também foi encaminhado para tratamento em hospital psiquiátrico. Ademais, pude constatar que o serviço não estava recebendo muitos adolescentes, o que me instigou a perguntar quais seriam as possíveis razões para isso. Início contando esses percursos, buscando dar contornos a esta experiência

com adolescentes no CAPS Ad e destacando os encontros e desencontros dos cuidados em saúde mental desse público.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2014), o período da adolescência está localizado dos 10 aos 19 anos de idade, sendo subdividido em fase inicial (dos 10 aos 14 anos) e fase final (dos 15 aos 19 anos). Já o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA, 1990), define este período entre 12 e 18 anos. Neste trabalho adotou-se a idade definida pelo ECA, em consonância com as diretrizes do serviço no qual a intervenção foi desenvolvida.

A adolescência é uma época de grandes transformações, as quais repercutem não só no indivíduo, mas em sua família e comunidade (SCHOEN-FERREIRA et al, 2010). Ao mesmo tempo em que é proposta a universalidade da fase da adolescência no âmbito das políticas públicas, observa-se que ela está condicionada a inserção histórica e cultural que determina, portanto, diferentes formas de viver a adolescência, de acordo com o gênero, o grupo social, a raça e a geração (MARTINS et al., 2003).

O processo complexo de adolecer é compreendido como um período vulnerável para o desenvolvimento de problemas relacionados à saúde mental (AVANCI, et al, 2007). Segundo dados da UNICEF (2011) cerca de 50% dos transtornos mentais têm início antes dos 14 anos, e 70% deles antes dos 24 anos de idade. A UNICEF alerta que a prevalência de transtornos mentais entre adolescentes vem aumentando nos últimos 20/30 anos e tem relação com rompimentos familiares, desemprego crescente e aspirações profissionais irrealizáveis das famílias em relação a seus filhos. Dentre as situações de saúde mental mais prevalentes na adolescência está o abuso de substâncias psicoativas (THIENGO et al, 2014).

De acordo com o VI Levantamento Nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio das redes pública e privada de ensino nas capitais brasileiras, os estudantes apontaram o uso de bebida alcoólica (42,4%), tabaco (9,6%), inalantes (5,2%), maconha (3,7%), ansiolíticos (2,6%), cocaína (1,8%) e anfetamínicos (1,7%) (CARLINI, et al, 2010).

Ante estes dados, no âmbito da assistência psiquiátrica, é necessário um olhar ampliado para crianças e adolescentes usuários de substâncias psicoativas,

entre outros motivos, em função da fase peculiar de desenvolvimento em que se encontram. É importante ofertar possibilidades de acolhimento, escuta e vinculação para a elaboração de projetos terapêuticos singulares mais adequados às suas situações de vida (BRASIL, 2014).

No tocante ao atendimento às crianças e adolescentes, durante muito tempo as políticas públicas apresentaram um caráter higienista, com inúmeros casos de institucionalização do cuidado e da atenção à saúde mental amparados no modelo manicomial (PAIM, 2017). Entretanto, a partir da instituição do Estatuto da Criança e do Adolescente em 1990 e da Lei 10216 em 2001, diversas ações começaram a ser desenvolvidas buscando contribuir com a mudança deste modelo de atenção.

Em 2004, as bases e diretrizes para uma política pública voltada à atenção em saúde mental infanto-juvenil foram propostas pelo Fórum Nacional de Saúde Mental de Crianças e Adolescentes. Já em 2005, foram indicadas diretrizes para uma política de atenção à criança e ao adolescente com problemas de saúde mental, que recomendava um modelo não institucionalizante e que considerasse as peculiaridades e as necessidades dessa população (BRASIL, 2005).

Em relação aos serviços destinados à população infanto-juvenil com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, existem os Centros de Atenção Psicossocial Infanto-juvenis (CAPSi) e os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPSad), os quais oferecem atendimento à adolescentes com necessidades decorrentes do uso de drogas (GALHARDI; MATSUKURA, 2018). Segundo a Portaria nº 3.088 de 2011, que estabelece a Rede de Atenção Psicossocial - RAPS, qualquer modalidade de CAPS pode acolher e realizar ações de cuidado às pessoas que necessitam de auxílio decorrente do uso abusivo de drogas, incluindo crianças e adolescentes, a depender da disponibilidade dos serviços no município e da dinâmica de atendimentos no mesmo.

Considerando a particularidade do atendimento ao público adolescente e, ao mesmo tempo, a necessária inserção em serviços com públicos diversos, podemos reconhecer que a adesão de adolescentes às terapêuticas ofertadas nestes serviços é um desafio. Tal desafio tem sido apontado na literatura (SCADUTO; BARBIERI, 2009, VASTERS; PILLON, 2011) como uma dificuldade da realidade

brasileira e tem estado presente no contexto dos serviços de saúde mental que atendem o público infanto-juvenil o que, por si, justifica a relevância da pesquisa desenvolvida.

O termo “adesão”, neste trabalho, se refere a decisão daqueles que procuram um tratamento de saúde em segui-lo, envolvendo uma relação entre usuários/as e profissionais, como proposto por Scaduto e Barbieri (2009). Entendemos que a adesão a um tratamento envolve o estabelecimento de vínculo entre usuários/as dos serviços e equipes de saúde, de forma que haja a produção de um compromisso mútuo nas atividades integradas ao tratamento e, decorrente disso, o favorecimento de mudanças no comportamento em relação ao uso da droga (VASTERS; PILLON, 2011)

A adesão a tratamentos para dependência/uso abusivo de substâncias psicoativas permanece um desafio, o que tem se mostrado ainda maior entre os adolescentes. O que pôde ser observado na prática institucional do CAPS ad onde a pesquisa intervenção foi desenvolvida e corroborado pela literatura (VASTERS; PILLON, 2011) é que os jovens dificilmente buscam algum tipo de tratamento para a dependência de substâncias psicoativas e, quando o fazem, muitas vezes, o abandonam rapidamente, antes desse proporcionar mudanças efetivas.

Outrossim, a literatura sobre o consumo de substâncias psicoativas na infância e adolescência centra-se na análise das consequências nocivas à saúde, sendo escassa a produção de estudos que permitam uma compreensão ampliada de outros fatores que constituem esse fenômeno e que abordam especificamente a assistência em saúde mental. Assim, mostram-se necessárias abordagens centradas no reconhecimento das especificidades desse período da vida e nas possibilidades de acolhimento, vinculação e escuta, à altura da relevância do tema nos cenários nacional e internacional (CONCEIÇÃO et al, 2018).

Ante o exposto, destacamos a relevância do desenvolvimento de pesquisas com adolescentes, tal como a realizada, a fim de produzir pistas sobre as possíveis razões da adesão ou não à assistência ofertada para os casos de dependência/uso abusivo de álcool e outras drogas por este público. No encontro com os adolescentes, foi possível refletir sobre algumas questões que guiaram a pesquisa,

tais como: Quais locais são acessados por adolescentes em seus territórios de vida? O que poderia contribuir para a adesão aos CAPS ad? O que seria um ambiente atrativo ao público adolescente? Como fomentar ações intersetoriais que contribuíssem para o tratamento de adolescentes?

Estas e outras questões auxiliaram na produção deste trabalho de conclusão de residência que, como será apresentado a seguir, permitiu refletir sobre as diferentes adolescências produzidas pelos sujeitos, os modos como o CAPSad é interpretado por adolescentes, as (im)possibilidades do cuidado ofertado e a internação em hospital psiquiátrico como um destino para muitas/os bem como algumas possibilidades que poderiam dar conta da integralidade do cuidado ofertado à adolescentes. Permitiu considerar, por fim, a importância de um trabalho intersetorial, que garanta os direitos deste público e atenda aos princípios do ECA, do SUS e da Lei 10216/2001 para que o desafio da adesão de adolescentes aos serviços de saúde mental possa ser minimamente superado.

2. OBJETIVOS

2.1 GERAL: Compreender as possíveis dificuldades de adesão ao tratamento ofertado nos serviços de saúde mental a partir de uma intervenção com adolescentes.

2.2 ESPECÍFICOS

- Elencar as atividades desenvolvidas pela equipe do CAPS ad junto ao público adolescente do serviço;
- Mapear os serviços acionados pelo público adolescente no município de Pinhais, a partir de suas narrativas;
- Compreender os itinerários produzidos por adolescentes e suas famílias no acesso aos serviços de saúde e suas dificuldades, a partir de suas narrativas;
- Reconhecer possíveis motivos para a não adesão às ofertas terapêuticas dos serviços acessados;
- Identificar atividades com potencial de adesão a serem produzidas com o público adolescente do CAPS ad.

3- FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A Reforma Psiquiátrica buscou politizar a saúde mental, especialmente na luta contra as instituições psiquiátricas manicomiais. Nascida a partir da mobilização de trabalhadores da saúde no cotidiano de suas práticas bem como nas universidades, tornou-se um “processo social complexo, caracterizado por uma ruptura dos fundamentos epistemológicos do saber psiquiátrico” (YASUI, 2010, p. 27). Pela produção de saberes e fazeres deste processo, segundo o Yasui (2010), foram criadas experiências e estratégias de cuidado contra hegemônicas: novas instituições e modalidades de cuidado e atenção ao sofrimento psíquico, que buscam construir um novo lugar social para a loucura.

Segundo Baremlitt (1996, p.177) “as instituições são árvores de decisões lógicas que regulam as atividades humanas, indicando o que é proibido, o que é permitido e o que é indiferente”. Para o autor, as lógicas institucionais se apresentam de distintas maneiras, ora de maneira mais cristalizada, ora mais porosas às mudanças. A possibilidade de transformação das instituições, mesmo as mais cristalizadas, é uma ideia central, tanto para os analistas institucionais, como o autor, quanto para sanitaristas e intelectuais da reforma psiquiátrica antimanicomial. São estes autores/as que acompanharam e compuseram as reflexões neste trabalho.

No contexto da reforma psiquiátrica brasileira, destaca-se a importância dos CAPS, que se caracterizam como serviços de atendimento em saúde mental, com base territorial e comunitária, que visam a substituir a lógica asilar de atendimento hospitalocêntrico pela lógica psicossocial, garantindo aos usuários/as os cuidados necessários sem afastá-los/as da vida cotidiana, o que inclui a família, o trabalho, o lazer e o exercício de seus direitos (BRASIL, 2014).

Segundo Amarante (2007), os serviços substitutivos são aqueles que além de oferecer uma assistência integral e tratamento diferenciado à população que necessita de atendimento em saúde mental, é capaz de substituir em sua totalidade a lógica manicomial. Por se tratar de um serviço aberto, comunitário e de base territorial, vai ao encontro do que é preconizado para crianças e adolescentes.

O modelo de atenção psicossocial, como proposta paradigmática do processo da reforma psiquiátrica brasileira, aponta para uma importante ruptura

com o modo asilar de compreensão da experiência do sofrimento a partir da doença mental (AMARANTE et al, 2018). A proposição do modo psicossocial sugere que tal experiência faz parte da trajetória de muitos sujeitos e devem ser considerados como tal. Segundo Costa-Rosa (2000, p.155).

Há no modo psicossocial, quanto a este aspecto, um deslocamento fundamental das mudanças, do indivíduo para a instituição e o contexto. A loucura e o sofrimento psíquico não têm mais de ser removidos a qualquer custo, eles são reintegrados como partes da existência, como elementos componentes do patrimônio inalienável do sujeito. Os conflitos são considerados constitutivos e designam o posicionamento do sujeito e o lugar sociocultural do homem.

A atenção psicossocial ampara-se na proposta de Basaglia (2005) de que é preciso uma inversão, na qual se coloca a doença entre parênteses, para entrar em contato com a existência-sofrimento do sujeito. Segundo o autor, a psiquiatria clássica retirou o doente de seu contexto social, restringiu sua existência aos diagnósticos e colocou o sujeito entre parênteses para ocupar-se da doença.

Amarante (2007) propõe pensar o campo da saúde mental e da atenção psicossocial como um processo social e complexo. Segundo o autor: “Quando falamos em processo pensamos em movimento, em algo que caminha e se transforma permanentemente” (AMARANTE, 2007, p. 63). Neste caminho, surgem novas situações a serem enfrentadas. Por isso, os serviços de atenção psicossocial devem ter uma estrutura bastante flexível para que não se tornem espaços burocratizados, pois, se assim o fossem, estariam deixando de lidar com pessoas e passariam a lidar com doenças (AMARANTE, 2007).

Assim, os serviços que atuam amparados na atenção psicossocial se diferem dos hospitais psiquiátricos e das comunidades terapêuticas. A internação, ofertada nestes serviços é uma medida que afasta a criança e o/a adolescente de seu território e convívio familiar e acarreta em estigma (GOFFMAN, 1980) e preconceitos. Tal como apontado por Goffman (1980), o hospital psiquiátrico se construiu historicamente como espaço de depósito de pessoas que não se encaixavam na norma, sendo um símbolo importante de segregação social.

Recentemente foram realizadas duas inspeções nacionais: uma em hospitais

psiquiátricos (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2018) e outra em comunidades terapêuticas (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2017), cujos relatórios apontam para diferentes tipos de violações de direitos. Durante a inspeção em comunidades terapêuticas, por exemplo, percebeu-se que haviam diversos casos de internação de adolescentes por motivos que não estavam relacionados ao uso de álcool e outras drogas, de maneira que elas pareciam estar cumprindo o papel de isolamento do convívio social por motivações diversas e arbitrárias.

A internação de adolescentes em instituições de longa permanência ou em instituições com características asilares, além de ir contra os princípios do Estatuto da Criança e do Adolescente, é contrária aos princípios da Lei nº 10.216/2001, pois desconsidera a importância do cuidado no território e da convivência comunitária.

Como preconizado na Lei 10216/2001, a assistência à saúde mental de crianças e adolescentes deve ocorrer através de uma rede de base territorial, sensível às particularidades, em consonância com as prerrogativas do SUS (Brasil, 2002; Brasil, 2004). Dessa maneira, o CAPS é um serviço estratégico na oferta de cuidados à crianças e adolescentes, que auxilia na garantia de direitos e visa a preservar os vínculos familiares e comunitários.

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são serviços especializados e estratégicos para o acolhimento de pessoas com transtornos mentais e/ou necessidades relativas ao consumo de substâncias psicoativas. Entre os CAPS, destacam-se os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD), especializados no atendimento das pessoas com necessidades decorrentes do uso dessas substâncias, que se fundamentam na integralidade do cuidado, atuação territorial e redução de riscos e danos (CONCEIÇÃO et al, 2018).

Assim, ao pensar em intervenções com adolescentes ressalta-se a necessidade de estas estarem pautadas na perspectiva interdisciplinar, intersetorial e com profissionais qualificados, a fim de potencializar as ações de atenção à saúde para atender esse grupo populacional. No caso dos CAPS ad, uma perspectiva apontada na literatura é a da redução de danos.

A perspectiva da redução de danos se contrapõe a outro posicionamento político para o tratamento de questões relacionadas ao uso de drogas, a saber: o

proibicionismo - abstencionismo. Cada um desses posicionamentos parte de pressupostos ideológicos diferentes e, em consequência, produzem modelos de atenção também distintos (ABAL; GUGELMIN, 2018). A redução de danos parte do pressuposto de que os problemas provocados pelas condições em que as drogas são consumidas são maiores do que as consequências causadas por elas. As condições de ilegalidade, marginalidade, estigmatização, a falta de informação e a insalubridade não só agravam a realidade do consumo de drogas, mas também se constituem como o problema em si.

Desenvolver ações de redução de danos significa, assim, fomentar estratégias de abordagem dos problemas com as drogas que não partam do princípio que deve haver uma imediata e obrigatória extinção do uso mas, sim, uma postura flexível que, mesmo diante de um consumo dependente de drogas, contribua para diminuir as consequências mais danosas, minimizando os efeitos prejudiciais à saúde. As ações também envolvem a escuta, o acolhimento das singularidades e da subjetividade da pessoa que esteja com problemas em relação ao uso abusivo de drogas, o autocuidado, autoconhecimento e participação ativa do usuário em suas ações de cuidado (GALHARDI; MATSUKURA, 2018).

Para compreender as singularidades presentes nas experiências de adolescentes, optou-se por operar com a ideia dos itinerários terapêuticos, já que estes permitem investigar os caminhos percorridos pelos participantes na busca de alívio de seus sofrimentos e ajudam a entender possíveis dificuldades de adesão aos mesmos. Entendemos que ante os serviços terapêuticos ofertados, os indivíduos encontram diferentes maneiras de resolver os seus problemas de saúde e se deparam com distintas possibilidades de escolha.

Os estudos que utilizam como referência os itinerários terapêuticos tem como principal objetivo interpretar os processos pelos quais os indivíduos ou grupos sociais escolhem, avaliam e aderem (ou não) a determinadas formas de tratamento. No entanto, a análise do itinerário terapêutico não se limita a identificar a disponibilidade de serviços, os seus modelos explicativos e a utilização que as pessoas fazem das agências de cura. Torna-se importante levar em consideração que a escolha de tratamento é influenciada pelo contexto sociocultural em que ocorre. Assim, a análise dos itinerários terapêuticos envolve necessariamente a

ideia de que as distintas trajetórias individuais se viabilizam em um campo de possibilidades socioculturais (ALVES; SOUZA, 1990).

Outrossim, também consideramos necessário construir ambientes que auxiliem a continuidade do acompanhamento de adolescentes com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas. Além dos ambientes serem mais atrativos para esse público, de acordo com o modelo de atenção baseado na integralidade dos sujeitos é preciso que a atuação de profissionais tenha como preocupação não somente o/a usuário/a, mas também a organização do serviço que lhe é prestado (PAIM et al, 2017).

Uma das metodologias de trabalho possíveis na atenção psicossocial com adolescentes é o trabalho grupal. Os grupos, tal como sugere Benevides (2004), permitem reconhecer diferentes linhas de força, visibilidade e subjetivação que conformam as histórias e contextos de seus participantes. Para a autora, "o grupo é um dispositivo conectado não mais a unidades/totalidades, mas a processualidades." (BENEVIDES, 2004, p. 100). Tal como recomendado pelo Ministério da saúde, os grupos em CAPS constituem-se em:

ações desenvolvidas coletivamente, como recurso para promover sociabilidade, intermediar relações, manejar dificuldades relacionais, possibilitando experiência de construção compartilhada, vivência de pertencimento, troca de afetos, autoestima, autonomia e exercício de cidadania (BRASIL, 2015, p.11)

Tal metodologia atende a uma característica de adolescentes, que é a de procurar o convívio com seus pares, o que torna o atendimento grupal um ambiente privilegiado para que adolescentes possam expressar seus sentimentos e para promover a troca de informações e experiências. Ademais, o grupo é uma experiência potente para o desenvolvimento da autonomia, empoderamento e cidadania dos adolescentes, constituindo-se em uma ferramenta que pode dar visibilidade a essa parcela da população (ALMEIDA, 2014).

Amparada na análise institucional, entendo que os processos grupais podem se constituir como intervenções relevantes na atenção psicossocial de adolescentes

e que elas, tal como proposto na pesquisa, consistem em suscitar o aparecimento dos conflitos e contradições existentes no interior das instituições e dos grupos sociais, o que acontece mediante o questionamento das relações de poder e da consulta permanente sobre os caminhos que o grupo deseja percorrer (MANSANO, 2003).

Além disso, no processo grupal podem emergir analisadores, que são acontecimentos que indicam os de jogos de forças advindos de várias dimensões político-institucionais e ajudam a transformar a ação destas, transformando assim as instituições (BAREMBLITI, 1996). Nesse sentido, os analisadores "funcionam como catalisadores de sentido, desnaturalizando o existente e suas condições e realizando a análise." (ROCHA; AGUIAR, 2003, p.71).

Para esta pesquisa optamos pelos referenciais teóricos e metodológicos da pesquisa intervenção. Na pesquisa-intervenção, a relação pesquisadora/objeto pesquisado é dinâmica e determina os próprios caminhos da pesquisa, sendo uma produção do grupo envolvido, uma vez que todos são co-autores/as do processo de diagnóstico da situação-problema e da construção de vias que possam resolver as questões. Pesquisar é, assim, ação, construção, transformação coletiva, análise das forças sócio históricas e políticas que atuam nas situações e das próprias implicações, inclusive dos referenciais de análise (ROCHA, AGUIAR, 2003).

Por fim, outro recurso teórico metodológico utilizado, foi o de restituição. O conceito de restituição (LOURAU, 1993), tal como propõe a análise institucional, foi considerado como um contraponto com o conceito de devolução. Entendemos, assim, que atingir a meta de restituição dos resultados implica estabelecer parceria com os sujeitos participantes, familiares e equipe do serviço, no sentido de discutir esses resultados, vistos pela pesquisadora como dados passíveis de novas análises.

3. ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS

3.1 TIPO DE ESTUDO

Nesta pesquisa-intervenção realizou-se encontros grupais com adolescentes do CAPS AD, visando compreender as possíveis razões da não adesão desse público ao serviço. As técnicas utilizadas para a produção dos dados foram a observação participante e o registro em diário de campo. A observação participante é definida como “um processo pelo qual um observador se coloca como observador de uma situação social, com a finalidade de realizar uma investigação científica” (MINAYO, 2009, p. 70).

O instrumento de registro das observações foi o diário de campo, em que foram descritas as informações da intervenção, como sugere Minayo (2009). Ao longo dos contatos com os participantes e encontros grupais realizados, a pesquisadora registrou suas impressões e observações sobre os grupos em um diário de campo. O diário foi escrito com notas descritivas e notas intensivas, como sugerem Henz e Casetto (2013). Segundo os autores, as notas descritivas se referem à descrição das condições de cada encontro: características do local, o que foi observado no local, quem são as pessoas, características marcantes das pessoas, trechos de diálogos, relatos de acontecimentos singulares e hipóteses. Já as notas intensivas contam com as sensações, sentimentos e pensamentos provocados pelo encontro, além das dificuldades encontradas e especulações.

Foram realizados cinco encontros grupais, com frequência semanal, por aproximadamente 1 hora e meia cada, no período de outubro a dezembro de 2021. Foram respeitadas as normas de biossegurança indicadas pela OMS para o contexto da pandemia de Covid-19 e as exigências do CAPSad, ou seja, foram realizados em espaços amplos, com distanciamento de 2 metros entre cada participante, contando com álcool em gel 70 e uso individual e adequado de máscaras.

A participação nos encontros se deu da seguinte maneira: um encontro contou com a presença de três adolescentes, dois encontros com dois adolescentes e dois encontros com um participante apenas. Cada encontro abordou temáticas relacionadas aos conteúdos que os/a adolescentes sugeriram no primeiro encontro.

No primeiro encontro a pesquisadora levou uma pergunta disparadora, a

saber: "O que seria atrativo para o público adolescente neste serviço de saúde mental?" A partir das respostas dos/a adolescentes, foram pensados os demais encontros que giraram em torno das temáticas do trabalho, acesso à serviços e bens culturais, direitos bem como os locais que esses adolescentes acessam no território.

Durante os encontros buscou-se entender os itinerários terapêuticos percorridos, as estratégias que tivessem potencial de adesão e que dialogassem com a realidade dos/a participantes. A intenção foi também produzir um espaço de escuta e de diálogo entre eles/a e a pesquisadora. A avaliação dos encontros se deu no decorrer do processo e também ao final da intervenção.

A partir da análise da experiência nos encontros grupais e da leitura dos diários de campo, vimos emergir quatro analisadores. Como exposto, os analisadores buscaram ampliar a compreensão sobre a dificuldade de adesão às terapêuticas ofertadas nos serviços bem como outras questões produzidas pelo grupo.

A restituição aos adolescentes e familiares foi realizada no decorrer dos encontros e de modo singularizado ao final do processo, para aquele que compareceu ao último encontro.

3.2 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa - intervenção foi desenvolvida no CAPS AD do município de Pinhais -PR. O município de Pinhais está localizado na mesorregião metropolitana de Curitiba, tem 133.490 habitantes, segundo estimativas do IBGE para o ano de 2020 e conta com uma Rede de Atenção Psicossocial, da qual o CAPSad faz parte.

A equipe do serviço estava composta, à época, por: 2 Psicólogos, 1 enfermeira, 1 Assistente Social, 1 Terapeuta Ocupacional, 3 instrutores de Oficinas, 1 técnica de enfermagem, 1 técnica administrativa, 2 pessoas responsáveis pelos serviços gerais, 1 médica clínica, 2 residentes (enfermagem e psicologia) e a coordenadora. O serviço atendia pessoas a partir de 12 anos de idade.

Segundo informações da coordenadora do serviço, as atividades previstas para o funcionamento regular são grupos e oficinas terapêuticas, atendimentos

individuais, busca ativa, visita domiciliar, projetos de prevenção, reunião de família, assembleias e construção do projeto terapêutico singular. Contudo, devido a pandemia de Covid-19, à época da intervenção, o serviço não estava realizando atividades coletivas como grupos, assembleias, dentre outras. O serviço se mantinha acompanhando os usuários através de atendimentos individuais presenciais e por via telefônica. Algumas atividades coletivas eram realizadas em conformidade com as exigências sanitárias e, em geral, em espaços amplos e abertos e devidamente acordadas em equipe. Muitos usuários/as que frequentavam o serviço não o conheceram antes da pandemia.

Como forma de descrever o CAPS AD, onde passei nove meses de minha formação, segue uma cena emblemática da atenção psicossocial nele desenvolvida: “Certa vez, em uma reunião de equipe, um homem chega na recepção perguntando se poderia lavar suas roupas no CAPS, ainda que não fosse usuário do serviço. Uma das funcionárias administrativas vai até a reunião para informar que ele está na recepção perguntando se pode lavar roupa no serviço. A equipe ri, mas em unanimidade se entende que ninguém se opõe. Penso que essa equipe opera em uma lógica psicossocial e a partir daí entendo que esse serviço atende a demanda daquele que busca o serviço, seja essa demanda a fome, o trabalho, uma ajuda com o currículo, o curso profissionalizante, a escuta... seja lavar a roupa. Entendo que talvez ser um serviço porta-aberta seja isso, abrir a porta para alguém que demanda coisas da vida.”

Ainda sobre o CAPS AD, o serviço se localiza próximo a um cenário de uso. Dessa forma encontramos constantemente com nossos usuários, ou sabemos deles por vê-los circular no território. Alguns dos usuários se encontram em estado de vulnerabilidade social extrema e, muitas vezes, buscam o CAPS Ad para receber o lanche e muitos relatam que esta é a única refeição que fazem.

3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Participaram deste estudo três adolescentes que estavam em processo de avaliação no serviço ou já estavam inseridos no CAPS AD e que aceitaram participar da intervenção mediante assinatura do Termo de Assentimento (ANEXO

A), assinado por eles/a e do Termo de Consentimento (ANEXO B), assinado por um responsável.

O primeiro contato da pesquisadora com os adolescentes participantes se deu em atendimentos no serviço. No atendimento foi mencionado a possibilidade de realização de um grupo com adolescentes, ao que alguns demonstraram interesse em participar. Outros disseram que não sabiam, mas poderiam experimentar.

Após a aprovação do projeto no COMEP¹, realizei o contato com os/as adolescentes que estavam sendo atendidos pelo CAPS AD naquele momento, convidando-os/as para participar. Para esta intervenção foram convidados para participar do grupo quatro adolescentes. Para aqueles/as adolescentes que demonstraram interesse, realizei a apresentação da pesquisa e do Termo de Assentimento, que foi assinado por eles/as. Um deles não concordou em assinar o Termo de Assentimento e, por isso, não pôde participar. Além disso, a proposta também foi apresentada para os pais e/ou responsáveis que, estando de acordo, assinaram o Termo de Consentimento.

O grupo foi iniciado com 3 adolescentes: Isaac, Safira e Kevin². Todos chegaram até o serviço durante o período de pandemia de COVID 19 e, portanto, conheceram o serviço tal como ele se organizava à época, ou seja, sem as atividades coletivas. Destes adolescentes, apenas um havia participado de oficina no serviço, em momento anterior.

Vale dizer que antes da pandemia, o serviço havia desenvolvido grupos de adolescentes, alguns com mais adesão, outros com menos. Os profissionais do serviço comentaram que alguns grupos aconteciam com a participação em média de 3 a 5 adolescentes. Estes grupos aconteceram em diferentes formatos, com o rodízio de profissionais e/ou com um técnico responsável.

¹ Este projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética sob o parecer nº 5.038.121.

² Os nomes são fictícios.

Caracterização dos participantes:

Kevin, 15 anos, pardo, frequentava a escola e trabalhava fazendo bico em uma marcenaria à tarde. Praticava ciclismo. Começou a frequentar o serviço em maio de 2021.

Safira, 17 anos, parda. Chegou ao serviço em agosto de 2021, na época da intervenção residia com uma irmã. Tem um filho, não frequentava a escola, não possuía trabalho formal. Durante a intervenção alcançou a maioridade.

Isaac, 17 anos, branco, residia com a mãe, com a avó e com o primo, à época da pesquisa. Ingressou no serviço em setembro de 2021. Possuía trabalho informal de entregador. Não concluiu os estudos, parou de estudar no 1º ano do ensino médio. Gostava de andar de skate e bicicleta.

4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

A partir dos dados advindos da pesquisa intervenção, foram elencados quatro analisadores que emergiram dos encontros grupais. O primeiro analisador foi denominado **“Adolescências: processos complexos e diversos”**, onde abordou-se as diferentes formas de ser adolescente no contexto brasileiro, o perfil e aspectos como escolarização, trabalho, direitos e classe social dos adolescentes participantes. O segundo, denominado **“CAPS Ad: que lugar é esse?”**, discute o estranhamento dos adolescentes com relação à proposta do serviço e a relação desse estranhamento com a forma como o serviço se apresenta neste momento de pandemia bem como a necessidade de adequação de espaços destinados a esse público. O terceiro analisador **“Itinerários de cuidado: (im)possibilidades”**, apresenta os caminhos de cuidado dos adolescentes, incluindo os modos de acesso ao serviço e a internação psiquiátrica como um dos recursos utilizados. O último analisador, **“Possíveis caminhos: território e intersectorialidade”**, propõe pensar estratégias que possibilitem o cuidado destes adolescentes, a partir da potência do território e de ações intersectoriais.

ANALISADOR 1: Adolescências: processos complexos e diversos

Desde o início da pesquisa, pairava a pergunta sobre qual era o perfil dos/das adolescentes que buscavam o CAPS AD e como esta intervenção poderia fazer sentido para a vida deles.

A forma como a criança e o adolescente foram vistos socialmente mudou no decorrer da história. Portanto, para entender esse período é preciso compreender como o período da adolescência é reconhecido na sociedade atual. A maneira como a infância e a adolescência são compreendidas não se mantém constante ao longo do tempo. A compreensão das sociedades sobre potencialidades, limitações e necessidades típicas desses ciclos etários vai influenciar e oferecer parâmetros para as organizações sociais na regulação da vida cotidiana (BRASIL, 2014).

A história das políticas de defesa dos direitos de crianças e adolescentes tem como algumas de suas marcas o controle do Estado sobre esses indivíduos e a construção de um modelo de assistência centrado na institucionalização, com o objetivo de garantir a proteção social (BRASIL, 2014). Um exemplo desse controle pode ser reconhecido no Código de Menores de 1979, caracterizado pelo entendimento de que existiam situações de risco na realidade infantojuvenil que precisavam ser controladas com internações em massa. O Código de Menores era aplicado, em grande medida, a crianças e adolescentes em vulnerabilidade, em decorrência de abandono, carência, vitimização em crimes ou por desvio de conduta e/ou autoria de infração (BRASIL, 2014).

Entretanto, há uma mudança no olhar para a infância e adolescência a partir da Constituição Federal de 1988 e, a partir daí, os direitos de crianças e adolescentes são reafirmados no Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990), orientado pelo paradigma da proteção integral, que considera a criança e o/a adolescente como sujeitos de direitos e como pessoas em condição peculiar de desenvolvimento.

Ao longo da intervenção desenvolvida foram emergindo dados que indicavam que muitos direitos, que deveriam estar assegurados a todos os/as adolescentes, eram violados. Iniciamos uma conversa no grupo de adolescentes sobre a temática

dos direitos e chamou a atenção quando eles relataram que nunca haviam ouvido falar do ECA e não sabiam do que se tratava.

Enquanto discutíamos sobre alguns elementos do ECA, dois deles relataram que começaram a trabalhar cedo e nunca haviam feito um currículo. Além disso, não conheciam o Programa Jovem Aprendiz. Quando questionados sobre a idade em que haviam começado a trabalhar, responderam que havia sido um aos 12 e outro aos 14 anos. Vale dizer que à época da pesquisa estes adolescentes trabalhavam de modo informal – um como entregador e outro como auxiliar de marcenaria, o que indicou um aspecto importante na dinâmica da vida social desses adolescentes. O acesso à primeira experiência de trabalho, segundo eles, foi por intermédio de amigos ou conhecidos.

“As pessoas jogam na cara dela que ela não trabalha e ela não sabe o que quer fazer”, foi o modo como percebi a fala de Safira sobre suas experiências com as exigências sobre um possível trabalho. O argumento de Safira apareceu nas discussões como uma preocupação e também uma cobrança, entendida por ela e compartilhada pelos demais de que adolescentes devem trabalhar e ter responsabilidades relacionadas ao mesmo. Esse aspecto diz respeito às várias adolescências que são produzidas em contextos de desenvolvimento marcados por desigualdades sociais.

Quando discutimos o que seria a adolescência, vieram à tona diferentes concepções sobre ela. Alguns comentaram sobre as mudanças que aconteceram na vida deles relacionadas ao trabalho, às responsabilidades assumidas, das dificuldades de inserção no mundo do trabalho e, no caso de Safira, da vida com filhos, o que deixou antever diferentes adolescências presentes. Aquela preconizada nas normativas e aquela vivida pelos adolescentes. Como percebido, no caso destes jovens, alguns trabalham, mas aquele/a que não trabalha “tem que trabalhar”, como uma exigência social e moral, evidenciando uma juventude diferente daquela de jovens de classes mais favorecidas economicamente, que podem estudar, se formar em cursos médios, técnicos e superiores e ter tempo e acúmulo de capital cultural para conseguir um trabalho.

Em um dos encontros, onde a temática do trabalho foi central, cada um contou sobre suas experiências. Destaco aqui o trabalho de Isaac, uma vez que ele

é emblemático das condições de trabalho na atualidade. Isaac contou que trabalhava há oito meses como entregador de aplicativos, que se tratava de um trabalho informal que ele realizava utilizando sua bicicleta. Ao longo dos encontros grupais, Isaac foi trabalhar na praia durante um final de semana, em um trabalho de temporada. Quando retornou ao grupo, ao comentar sobre o trabalho, disse que o que lhe chamou a atenção foi a praia e complementou dizendo que o trabalho em Pinhais era muito difícil de ser conseguido, seja por ele ter 17 anos, seja pela falta de vagas e também porque "é difícil dar certo", como disse.

Alguns dias depois desse encontro com Isaac estive em conversa com profissionais da equipe da agência do trabalhador por conta da minha atuação no CAPS ad. Na ocasião, uma de nossas pautas era sobre possíveis vagas de trabalho para jovens, pelo Programa Jovem Aprendiz. Entretanto, fomos informados que naquele momento, infelizmente, não haviam vagas.

Esse e outros fatos envolvendo adolescentes apontam para reflexões importantes: A que tipo de trabalho jovens, que partilham da mesma classe social dos participantes, estão tendo acesso? A que tipo de trabalho eles estão se submetendo em razão da necessidade de obter recursos financeiros? O mercado formal não aceita, qual mercado está aceitando?

Tais questões apresentam uma interface importante com o campo da saúde e da saúde mental em especial. A noção de saúde adotada no SUS pressupõe que a produção de saúde não se dá somente com as ações deste núcleo, comumente relacionadas aquelas de prevenção de agravos e doenças e as de intervenções curativas, como os tratamentos restritos à prescrição de medicamentos e à realização de exames (BRASIL, 2014). Na concepção ampliada, entende-se que a saúde integral é composta e promovida por diversos elementos, tais como: o acesso à educação, ao lazer, ao esporte, à habitação, à cultura etc. Esses fatores são condicionantes para a estruturação de novos projetos de vida das pessoas, inclusive daquelas que necessitam de cuidados específicos em saúde. A autonomia, o estabelecimento de vínculos, o estímulo às relações interpessoais e o fortalecimento de redes de apoio às crianças, aos adolescentes e às suas famílias são fundamentais para a produção de saúde dessa população.

Riscos produzidos pelas desigualdades decorrentes de processos históricos de exclusão e discriminação podem influenciar o exercício dos direitos e as oportunidades de vida que adolescentes e jovens teriam (SANTAROSA et al., 2021). Quando não há intervenções do Estado e suporte às famílias, principalmente as que se encontram em vulnerabilidade e com os vínculos fragilizados desencadeia-se um ciclo de fragilidades que se repetem na vida das pessoas (FELÍCIO et al., 2021). Diante desse fato, é importante destacar que somente o sistema de saúde não dá conta de garantir o exercício de cidadania, sendo necessárias ações intersetoriais para o enfrentamento das desigualdades sociais (BRASIL, 2014).

Outro aspecto que se relaciona fortemente com uma concepção ampliada da saúde é a possibilidade de acesso e permanência de crianças e adolescentes na escola. Quando esta temática veio à tona no grupo, soubemos que dois adolescentes haviam interrompido os estudos. Isaac no 1º ano do ensino médio e Safira na 6ª série. Kevin estudava e trabalhava. A escolarização e o abandono dos estudos pelos participantes revelam um dado importante e corrobora com estudo de Vasters e Pillon (2011) que consideram que a necessidade de trabalho, geralmente mal remunerado e sem garantias de direitos, tende a substituir a conclusão dos estudos.

Esses aspectos, como comentado anteriormente, remonta a um recorte de classe importante, que se evidenciou com mais força quando conversamos no grupo sobre a prospecção de projetos futuros. Ante as possibilidades vislumbradas pelos participantes, alguns dos sonhos se referiam a ter um trabalho formal com carteira assinada.

Foi a partir destas discussões que surgiu a necessidade de realizar, em um dos encontros grupais, a construção de um currículo, visto que eles ainda não o tinham feito. Neste dia também conversamos sobre trabalho e sobre o Programa Jovem Aprendiz, que nenhum deles conhecia. Este programa foi criado há 21 anos, fruto de uma lei federal, como uma iniciativa que visa estimular empresas e órgãos públicos a contratar jovens de 14 a 24 anos de idade. O fato de os adolescentes desconhecerem o programa me levou a pensar que talvez estas informações não cheguem para todos os jovens, mesmo sendo do interesse deles e, assim, é

necessário buscar alternativas de transmitir tais informações que podem beneficiá-los.

Em outro encontro trabalhamos sobre projetos de vida. Como havia emergido esta questão, pareceu relevante possibilitar a estes adolescentes uma reflexão sobre o que desejavam para o futuro e também para autoconhecimento. A proposta dessa atividade foi iniciada com a pergunta de o que gostavam, uma vez que Isaac disse que não sabia do que gostava. Conversamos sobre o que poderia ser feito para alcançarmos nossas metas. No decorrer desse encontro percebi que Isaac não tinha muitos projetos. No meu diário de campo chamei-o de “um menino de poucos sonhos”, depois me perguntei se ele tinha poucos sonhos ou se nossa sociedade não tem achatado os sonhos de uma parcela da juventude e em que medida essa sociedade permite à juventude sonhar. Avelar (2008 apud FELÍCIO et al., 2021) destaca a importância do projeto de vida, pois a falta de um pode levar a perda da própria história, podendo levar o sujeito a perder sua identidade e perspectivas de futuro.

Nesse dia ao conversar sobre trabalho conversamos sobre as exigências do mercado de trabalho e a importância do estudo para ter algumas oportunidades de trabalho. Um dos adolescentes que havia interrompido os estudos disse que pretendia retomar os estudos no ano seguinte. Dias depois, um pouco antes de finalizarmos o grupo, a mãe desse adolescente contou que havia efetuado a matrícula do filho, o que indica que à revelia das imensas dificuldades enfrentadas, a escola ainda parece ser uma via possível.

Não se trata de individualizar e romantizar a evasão escolar, uma vez que, como apresentado, ela está relacionada a fatores socioculturais, econômicos e políticos que se interpõem como obstáculos para estes adolescentes. Nesse sentido, o serviço de saúde mental que atende crianças e adolescentes deveria manter como uma de suas premissas, o desenvolvimento de atividades voltadas com foco na integração da criança e do/a adolescente na família, na escola, na comunidade ou quaisquer outras formas de inserção social, através do desenvolvimento de ações intersetoriais, de preferência, nas áreas de assistência social, educação e justiça (RODRIGUES et al., 2020).

Na perspectiva da clínica ampliada, a vida é tomada como objeto de atenção em sua potência e não a doença/sintoma/condição de uma pessoa. Propõe-se a superação de intervenções fragmentadas e descontextualizadas dos processos de vida (TAÑO et al. 2021), constituindo uma clínica do território em que a subjetividade, a história, o contexto de vida, as potencialidades, desejos e necessidades das pessoas são considerados (DELGADO, 2013 apud TAÑO, 2021).

Devido à importância do contexto escolar para o desenvolvimento, a construção e aprimoramento de habilidades, para a formação da identidade, o aperfeiçoamento e elaboração de valores, e para a formação educacional e cidadã, aponta-se a necessidade da efetivação de ações intersetoriais que viabilizem a permanência e inserção desses adolescentes nesses espaços, nos quais já deveriam ser pertencentes (GALHARDI, MATSUKURA, 2018).

As adolescências, tal como as compreendemos no decorrer dos encontros grupais com os/a participantes, são produzidas a partir de diferentes contextos e faz pensar que a atuação dos serviços de saúde mental, à exemplo dos CAPS ad, extrapola os muros do próprio serviço e demandam uma ação mais ampliada no âmbito das políticas públicas, sejam elas de educação, assistência social, de trabalho e, sobretudo, de saúde na perspectiva do SUS.

ANALISADOR 2 - CAPS AD: que lugar é esse?

Duas situações causaram uma ruptura já no início do grupo com os adolescentes. Uma delas se referia a uma pergunta feita aos participantes pela pesquisadora sobre a participação deles em alguma oficina no CAPS ad. À época, as oficinas estavam acontecendo individualmente ou em duplas. As respostas foram entre sim e não, mas o que chamou atenção foi a resposta de Safira. Ao responder disse que sim, que tomava remédios e vinha às consultas. A surpresa ante esta resposta, que me pareceu inusitada, me fez refletir sobre várias possibilidades. Teria ela entendido a pergunta ou esse era o modo como ela entendia o serviço ou seja, “tomar o remédio e vir para as consultas”?

Neste mesmo encontro, Safira perguntou aos outros participantes se eles, assim como ela, também tomavam medicação. Tal pergunta, que pode estar

relacionada a uma ideia de que para frequentar o serviço é preciso tomar medicação, pode não ser incomum, principalmente se olharmos a quantidade de medicamentos que são prescritos em nossa sociedade.

A medicalização de crianças e adolescentes é um problema crescente no Brasil, vez que a prescrição é cada vez mais precoce. Essa medicalização atende principalmente a normatização das famílias e das crianças, imposta e construída pelas instituições e pelo discurso social (DIMOV, LAZZAROTTO, 2021). Será que não estamos nós, profissionais no campo da saúde mental, contribuindo para esse entendimento de que “todos tomam medicação”?

Entretanto, independentemente das razões para a resposta dada por Safira, percebi ali uma confusão em relação ao funcionamento do serviço. Ela entendia que participar da oficina seria comparecer aos atendimentos e tomar a medicação. Tal situação remeteu a um estranhamento com o serviço e ao modo como os usuários estariam entendendo o CAPS neste momento de pandemia, em que o serviço está organizado de forma diferente daquela que é a rotineira, o que poderia incrementar o caráter ambulatorial apontado na fala de Safira.

Ao perceber esse estranhamento propus que em outro encontro conhecêssemos o serviço. Ainda que neste encontro, somente Isaac tenha comparecido, mostrei cada dependência do serviço e contei o que era realizado em cada espaço antes e neste momento de pandemia. Iniciei pelo salão onde eram realizadas as assembleias e as integrações. Passando pela sala de computadores, falei de oficinas quando eles eram utilizados. Neste dia, realizamos o grupo nesta sala. Chegamos na sala de música e comunicação e expressão, falei das oficinas realizadas ali, mostrei os instrumentos musicais e os quadros expostos. Fomos à sala de artes, mostrei o que estava sendo confeccionado, falei das possibilidades dentro da oficina de artes e do grupo de geração de renda. Falei também que no momento as oficinas estavam acontecendo individualmente ou em duplas, mas que ouvi falar que antes eram cheias. Lhe digo que ouvi falar, pois também não conheci o serviço antes da pandemia. Apresentei cada uma das salas, chegando na sala de grupos. Em seguida fomos para a horta e passamos pela quadra. Ao ser questionado se sabia do que estava falando, o adolescente disse que não. Essa me pareceu uma dificuldade importante no contexto da pandemia de COVID 19, ou

seja, a atuação individualizada dificulta uma apropriação e produção de atividades de partilha e apropriação por parte dos/as adolescentes.

Chegar ao Centro de Atenção Psicossocial neste momento, em que o funcionamento do serviço é mais individual do que coletivo, caracterizando-se mais como um serviço ambulatorial, pode levar os/a usuários/as a uma compreensão de que as práticas do serviço são atendimentos, consultas e prescrição de medicamentos. Tal fato é um risco para a atenção psicossocial, pois as práticas diversas que fazem parte do serviço podem ser desconsideradas, como se não fizessem parte da atenção em saúde mental. Mais do que nunca é importante evidenciar o que acontece nesse serviço e como ele funciona, mantendo viva a atenção psicossocial.

Isaac, assim como muitos outros/as usuários/as, só conheceu o serviço neste momento de pandemia, o que pode levar a uma interpretação limitada de seu funcionamento, pois o serviço está organizado de forma diferente por conta do contexto pandêmico, como já apresentado. Entendo que essa nova forma de organização impacta o serviço de atenção psicossocial, vez que o CAPS é um serviço principalmente de práticas coletivas. Dentre outras situações: o distanciamento e o uso de máscaras em um serviço que tem como premissa o acolhimento são questões que podem impactar o vínculo a ser produzido entre os/as usuários/as, a equipe e o serviço. A pandemia mudou a forma de nos relacionar, nos trouxe medo e angústia, sendo assim, um serviço feito por pessoas não ficaria ileso. O serviço passou a funcionar de forma mais ambulatorial com as atividades individuais, inclusive as oficinas.

Com relação ao vínculo estabelecido pelos adolescentes com o CAPS ad, um argumento, também de Safira, se destacou, agora sobre a confiança. Segundo ela, “a confiança é construída e não se confia logo de início”. Somou-se a este argumento a negativa de um dos adolescentes convidados a participar da pesquisa que, mesmo após os esclarecimentos sobre a mesma, disse que não queria assinar o Termo de Assentimento. Para além das questões e dilemas que envolvem a produção do assentimento ou consentimento de participação em pesquisas, o que esses fatos dispararam foram reflexões sobre a construção de vínculos entre adolescentes e os serviços de saúde mental e uma possível desconfiança,

produzida, talvez, pelos modos como os/as adolescentes acessam os serviços de saúde mental.

Como apontado anteriormente, os adolescentes que chegam ao serviço, em geral, não vem por livre demanda e também não permanecem por livre e espontânea vontade. Como disse Kevin, em um dos encontros: “não tenho outra escolha”. Não tenho respostas, mas a partir dos encontros, me questionei sobre o que fazer para conquistar a confiança destes jovens, ou melhor, para “construir” essa confiança como dito por Safira.

A desconfiança também apareceu em outro momento, mas, então, relacionada ao uso de substâncias psicoativas e, tal como entendi, como uma repercussão da lógica proibicionista. Quando estávamos escrevendo sobre o que gostávamos de fazer, Isaac disse que fumava maconha em uma pista de skate com os amigos. Ao alegar que era algo que gostava de fazer, riu, como se tivesse que esconder isso de mim. Naquele momento, Ihe disse que não precisava esconder isso de mim, que eu não estava ali para julgar se ele fumava ou não. O fiz numa tentativa de construir uma certa confiança e uma relação mais coerente com o que entendo ser uma perspectiva de cuidado em saúde mental, ou seja, a perspectiva da redução de danos.

Entendo que quando adolescentes chegam no serviço, muitas vezes levados pelos familiares, com a demanda de cuidado para o uso de drogas, imaginam que neste serviço é preciso negar o uso, por entender, a partir de diferentes experiências sociais que já tiveram, que o único objetivo do tratamento é a abstinência. Além disso, parecem desconhecer a redução de danos e diante disso podem evitar falar do assunto bem como esconder o uso, entendendo, talvez, que esse serviço serve mais para vigiá-lo do que como um local de cuidado em saúde.

A falta de confiança, o lugar de vigilância em que não se pode contar que fuma, podem direcionar nos indicar pistas sobre as questões que envolvem as dificuldades de adesão dos adolescentes ao CAPS AD. Desde o início, o grupo foi pensado a partir da perspectiva da redução de danos e da promoção de saúde. Não se almejava focar na temática de drogas, mas sim escutar os conteúdos produzidos no encontro com os adolescentes. A promoção de saúde se difere da prevenção, ao

trilhar um caminho mais potente, por não generalizar, mas abrir discussão (SURJUS, et al 2021).

Segundo SURJUS (2021, p. 72) “trabalhar RD com adolescentes é remar contra a maré, é reconhecer que adolescentes fazem uso de drogas e que a proibição ao uso de substâncias não impede que essa relação aconteça”. A redução de danos não se fecha ao diálogo, pelo contrário, busca traçar caminhos para estratégias de autocuidado e prevenção de riscos e danos relacionados ao uso e a política de drogas atual (SURJUS, et al 2021).

O uso de drogas pode estar associado a diversas formas de vivenciar o processo de adolecer, a construção de uma identidade social que ocorre no processo de socialização fora da família e na busca de pertencer aos grupos de pares (SOUZA et al., 2015). “A questão do lugar das drogas na experiência humana nos convoca a um olhar atento e sensível à complexidade de tal fenômeno” (SURJUS, et al 2021, p. 74).

A experiência e o seu compartilhamento em atividades grupais requer também a disponibilidade física para tal. Enquanto comentávamos sobre o espaço do CAPS, eles, apesar de não conhecerem todas as dependências da casa, falaram sobre o espaço, sobre a quadra poliesportiva localizada no pátio e o fato de que ela não estava pintada e que, por isso, não era bonita. Nesse momento, alguns fizeram pedidos para usá-la e perguntaram se poderiam pintá-la. Havia, nessas demandas trazidas por eles, pistas sobre a importância do protagonismo e a participação ativa destes adolescentes na produção das atividades do CAPS ad.

Desde a minha inserção no CAPS ad, algumas perguntas ecoavam nas minhas reflexões: “o que seria atrativo ao público adolescente, para que este aderisse ao tratamento?” Como pensar sobre este serviço que acolhe adolescentes a partir de 12 anos de idade, mas é em sua essência e aparência um serviço direcionado ao público adulto?

Desde os primeiros contatos com o local da pesquisa me deparei com questionamentos sobre o local ser apropriado ou não para atender adolescentes. Em geral, ouvia questionamentos se o CAPSi seria mais adequado. No entanto, o município de Pinhais – PR não contava com população suficiente para implantação de tal serviço, visto que o parâmetro populacional para implantação de CAPSi é de

150 mil habitantes. Segundo Dimov e Lazzaroto (2021) há um número pequeno de serviços como este no país, em razão de exigências populacionais para a implantação.

Por outro lado, segundo a portaria 3.089/2011, na ausência de CAPSi, outras modalidades de CAPS devem atender crianças e adolescentes a depender da disponibilidade de cada município. Esse meu questionamento não é da ordem do certo ou errado, mas serve para pensar o local que estes sujeitos, crianças e adolescente ocupam na atenção e cuidado em saúde mental que, no mais das vezes, não é nem aqui, nem ali. Esse dilema não é incomum, já que são frequentes as discussões nos serviços de saúde mental sobre qual seria o espaço mais adequado para crianças e adolescentes com problemas relacionados ao uso de drogas (SANTAROSA, 2021).

Diante dessa problemática entendo que mais importante que a determinação se o público será atendido por um serviço ou por outro, é a forma como esse público será atendido, a vinculação com a equipe, se suas necessidades serão atendidas, se existe um espaço que promova bem estar e protagonismo para que esses sujeitos sejam ativos em seus projetos terapêuticos singulares, se há disponibilidade por parte dos profissionais para atendê-los. De acordo com Saraceno (2001) os principais recursos dos serviços de saúde mental são os recursos humanos e seus instrumentos não padronizados, como a escuta, o acolhimento, a afetividade e a negociação.

Ao pensar o espaço onde as atividades de atenção psicossocial serão desenvolvidas, é necessário que os/as usuários/as possam circular pelo espaço físico, possibilitando vivências prazerosas que promovam bem-estar (DIMOV, LAZZAROTTO, 2021). Ambientes confortáveis que promovem autonomia, liberdade e cidadania e investem na produção de subjetividade vão ao encontro da “ambiência” enquanto ferramenta potencializadora da reabilitação psicossocial (WILLRICH et al, 2013).

A forma como o serviço organiza seu ambiente físico deve promover possibilidade de vínculo e acolhimento (WILLRICH, et al, 2013). Um ambiente que não atende as necessidades ou não se mostra atrativo ao público que se propõe a

atender, pode ser uma das razões de não vinculação entre o serviço e seus/suas usuários/as.

ANALISADOR 3: Itinerários de cuidado: (im)possibilidades.

Durante os encontros se percebeu que os itinerários de cuidado dos adolescentes até o CAPS ad haviam sido breves. Quando questionados sobre como chegaram ao serviço, os dois adolescentes presentes contaram que procuraram o CAPS porque já sabiam do serviço. Um por indicação de um familiar e o outro porque residia no bairro em que o CAPS se localizava. Ambos apontaram como o primeiro serviço de saúde buscado e relataram que procuraram o serviço pela vontade de familiares.

Crianças e adolescentes que chegam ao serviço de saúde comumente têm suas demandas traduzidas por outros, como cuidadores e escola (BRASIL, 2005). Muitas vezes esses outros tomam o lugar de fala do adolescente, trazendo narrativas sobre eles, em que as necessidades refletem a percepção dos sujeitos que as formulam e não necessariamente dos adolescentes (BRASIL, 2005).

Corroborando com a literatura a chegada de adolescentes nos serviços de saúde mental muitas vezes não é por vontade própria, os adolescentes chegam ao serviço encaminhados por serviços da rede, por meios judiciais ou trazidos por algum familiar (ARAÚJO et al., 2012; GALHARDI, 2016). Tal fato nos provoca a pensar sobre como proporcionar um cuidado àquele/a que não buscou este cuidado por demanda espontânea.

Outro ponto do que consideramos um desencontro na busca por cuidado se refere a internação psiquiátrica. Durante o contato com adolescentes no serviço tive contato com quem chegava de uma internação e quem estava indo para este tipo de “tratamento”. Destacarei, aqui, um dos participantes: Kevin.

No decorrer dos encontros do grupo, Kevin foi encaminhado para tratamento em regime integral - internação em uma clínica particular sem relação com o SUS, por vontade da família. A família não via neste momento outra “solução”, após recaída do adolescente ao uso de substância psicoativa, apesar do adolescente trabalhar, estudar e praticar o esporte que gostava. Era o segundo encontro do

grupo quando Kevin chegou dizendo que só viria mais uma vez. Quando questionei a razão, ele respondeu que seria internado, que sua família havia conseguido, por intermédio de um pastor, uma vaga em uma clínica particular em outro estado e que ele não tinha outra opção a não ser ir. Disse que não tinha escolha, disse ele “é isso ou voltar com a minha família biológica”.

Kevin, sempre bastante participativo nas atividades propostas nos encontros, também fez sugestões para o grupo. Como havia participado da oficina de artes, deixou um desenho sem terminar quando foi internado e levou sua outra produção como um presente para a mãe. Soubemos pouco sobre o local em que Kevin foi internado, tivemos poucas informações após sua saída do grupo. Soubemos apenas que se localizava em outro estado. Nos pareceu que Kevin não estava em um momento de crise. Havia recaído, mas ainda mantinha suas atividades escolares, esportivas e de trabalho.

Vale lembrar que a consolidação da Reforma Psiquiátrica exige a desconstrução de instituições de caráter asilar, com a redução progressiva e programada dos leitos em Hospitais Psiquiátricos e a construção de serviços substitutivos, sendo os CAPS os dispositivos centrais nesses processos (BRAGA, D’OLIVEIRA, 2015). No entanto, a internação ainda é muito popular e comumente utilizada como única alternativa.

Apesar da preconização do SUS, que crianças e adolescentes sejam atendidos em serviços de base comunitária e territorial, alguns estudos (PEREIRA, 2013; BRAGA, D’OLIVEIRA, 2015) indicam a prevalência de internações como intervenção prioritária nesses contextos, bem como as dificuldades na implementação de alternativas à atenção hospitalar. Tal como percebido no serviço em que a pesquisa foi desenvolvida, muitas famílias e usuários/as buscam o CAPSad solicitando uma internação em instituições asilares, tais como os hospitais psiquiátricos ou as comunidades terapêuticas.

Braga e D’Oliveira (2015), concluem que as internações podem não estar relacionadas à atenção em um momento de crise, porque, além de o número de sujeitos com diagnósticos de deficiência mental e de transtorno de comportamento ser alto, é significativa a quantidade de internações por mandados judiciais. Os autores destacam a provável existência de outros motivos, tais como: fragilização de

vínculos sociais e familiares, baixa cobertura da rede de serviços de saúde em determinadas cidades, relações de violência no território, entre outros. O personagem das internações é velho e novo: é aquele que, de algum modo, rompe com a ordem pública, recebe um diagnóstico e/ou, por vezes, em virtude de uma relação com o sistema jurídico, é posto em reclusão (BRAGA, D'OLIVEIRA, 2015).

Importante destacar que a Lei 10.216/2001 prevê três modalidades de internação: voluntária (consentida pelo sujeito), involuntária (não consentida pelo sujeito e a pedido de terceiro) e compulsória (determinada pela justiça). Para qualquer modalidade, é vedada a internação em instituição de caráter asilar, e esta só pode ocorrer quando autorizada por um profissional médico. Contudo, como é possível reconhecer no cenário brasileiro, há uma disputa intensa entre os modelos de assistência psiquiátrica e as lógicas de cuidado relacionadas ao uso de substâncias psicoativas.

A partir deste analisador percebemos duas lógicas coexistindo: a da atenção psicossocial e a das instituições asilares ou totais como denominadas por Goffman (1974). COSTA-ROSA (2000) aborda sobre dois modos que se contrapõem no campo da saúde mental: o modo asilar e o modo psicossocial. Segundo o autor, na lógica asilar o indivíduo é visto como doente e as intervenções são centradas unicamente nele. Dessa visão decorre o isolamento familiar e social. A instituição típica desse modelo é o hospital psiquiátrico ou instituições que reproduzem a mesma lógica. No modo psicossocial considera-se o pertencimento de um indivíduo a um grupo familiar e social, entende-se que além do sujeito deve-se trabalhar família e grupo social como agentes de mudanças. Considera-se que o sofrimento não é um fenômeno exclusivamente individual, mas social (COSTA-ROSA, 2000).

Apesar de anos de reforma psiquiátrica, atualmente vemos muitos retrocessos na política de saúde mental. As internações ainda são utilizadas e as comunidades terapêuticas, de caráter asilar, tem ganhado força no Brasil nos últimos anos, principalmente a partir de documentos normativos, dentre eles, portarias, resoluções, decretos e editais, que vieram a formar a nota técnica nº 11/2019, chamada de “Nova Política Nacional de Saúde Mental”, a qual dá ênfase ao financiamento público de comunidades terapêuticas, dentre outros retrocessos para a saúde mental. A referida Nota já foi oficialmente retirada pelo Ministério da

Saúde por força das pressões sociais, mas fazemos referência a ela aqui, para dimensionar as disputas no âmbito jurídico-político.

Outro aspecto a ser considerado é o congelamento de gastos públicos pela PEC 241 (BRASIL, 2016) e a inserção de hospitais psiquiátricos na RAPS (BRASIL, 2017), além da aprovação em julho de 2020, pelo CONAD, da regulamentação sobre o acolhimento de jovens entre 12 e 18 anos incompletos em comunidades terapêuticas, que representam outras ameaças à Reforma Psiquiátrica brasileira e a consolidação de política de saúde mental antimanicomial.

De acordo com Pitta (2011) precisamos aprender a cuidar dos usuários crônicos em liberdade, oferecendo-lhes chances de vida digna nos diversos cenários em que a vida de todos os humanos se dá: moradia, locais de tratamento e reabilitação, trabalho, escola, renda, lazer, etc. A solução das “comunidades terapêuticas”, na sua maioria, oferece apenas o enclausuramento do problema, na ausência de uma ação mais efetiva e eficaz do Estado (PITTA, 2011).

A Reforma Psiquiátrica tenta dar ao problema uma resposta não asilo-confinante, reduzindo danos e desvantagens sociais que trazem o confinamento associado aos transtornos mentais e ao uso de substâncias psicoativas (PITTA, 2011). De acordo com a Lei nº 10.216/2001, a internação é o último recurso a ser acionado quando estiverem esgotadas as possibilidades de cuidado nos serviços comunitários de base territorial e, ainda assim, deveria ser feita nos hospitais gerais, em alas específicas.

Nesse sentido, é necessário ampliar as possibilidades de ofertar uma assistência psiquiátrica amparada no modo psicossocial e incluir aí outros setores da vida dos sujeitos, tais como cultura, lazer e esportes. Nos itinerários produzidos pelos adolescentes pudemos perceber algumas pistas neste sentido, como veremos no próximo analisador.

ANALISADOR 4: Sobre o território e a intersectorialidade: possíveis caminhos.

No início da pesquisa uma das propostas era entender quais os locais de acesso desses adolescentes, visto que se não chegassem até o CAPS, chegariam em outros locais. Algumas destas questões foram respondidas no decorrer da

pesquisa intervenção e uma das conclusões produzidas se refere a um território simbólico e concreto, acessado por eles para além do CAPSad.

Quando falamos do direito ao esporte, cultura e lazer, perguntei quais locais no município eles frequentavam para lazer, Isaac falou da pista de skate que tem no bairro dele e Kevin falou do espaço Centro de artes e esportes unificados - CEU e das pistas de ciclismo próximas ao município. Ambos citaram o parque das águas e bosques do município. Os dois conheciam e frequentavam estes locais. Podemos pensar que estes locais de esportes frequentados por eles: CEU, pista de skate e ciclismo, bosques e parques podem ser entendidos como locais possíveis de se produzirem como parte da rede de atenção psicossocial, na perspectiva da intersetorialidade.

Esse argumento se intensifica também ante outros atos que se produziram nos encontros do grupo como, por exemplo, quando pedi para que desenhassem algo que contribuía para a saúde mental deles. Kevin desenhou uma bicicleta e disse que era o meio em que praticava seu esporte favorito, o ciclismo e que, assim, também participava de competições. Podemos concluir que no cuidado de adolescentes é preciso levar em consideração os diversos dispositivos que podem promover a saúde e o bem estar, para além dos serviços de saúde.

Uma das propostas que emergiu dos encontros, foi que o grupo visitasse o Centro da Juventude - CJ, que ficava a 550 metros do CAPS. Apenas um adolescente conhecia o espaço e como Safira e Kevin disseram que não o conheciam, propus que fossemos lá conhecer. Entretanto, como Kevin foi para a internação e Safira e Isaac não compareceram, fui conhecer o espaço sozinha. O Centro da Juventude é um serviço existente no município, que atende jovens de 12 a 29 anos. Se localizava nas proximidades do CAPS ad e era um local que oferecia diversas oportunidades de protagonismo, profissionalização e lazer para a juventude.

O tempo todo, ao circular pelas diversas possibilidades para os jovens no local, meu pensamento circulava entre um adolescente e outro que conheci no CAPS ad e em outros locais durante minha trajetória na residência. Pensando nas oportunidades e no que chamaria a atenção de cada um, me vi afetada por cada um deles de alguma forma. Voltei ao CAPS pensando nas possíveis articulações CAPS

ad e CJ. Sei que essas aproximações já ocorreram antes, penso que é urgente retomá-las, para aproveitar as potencialidades deste território. Principalmente no trabalho com adolescentes, destaco a potência da articulação com esse território. Entendendo o território como espaço no qual se produzem modos de ser, de se relacionar, de amar, de consumir, alguns engajados na grande máquina capitalista, outros que resistem à sua captura (LIMA; YASUI, 2014).

Considero que é neste contexto - território que os CAPS aparecem como estratégia de organização da rede de cuidados, considerando que a realização de parcerias entre serviços de saúde e serviços com a comunidade é vital para operar os cuidados em saúde mental a partir do paradigma psicossocial, já que nenhum serviço poderia resolver isoladamente todas as necessidades de cuidado das pessoas de um determinado território (DELFINI et al., 2009). Organizar um serviço substitutivo que opere segundo a lógica do território é olhar e ouvir a vida que pulsa nesse lugar (LIMA; YASUI, 2014).

Outro aspecto relevante se refere a importância da intersetorialidade. O/a adolescente que é atendido no CAPS ad pode estar na escola (ou não), pertence a uma Unidade de Saúde da Família, frequenta espaços de lazer do território, pode estar vinculado ao serviço de convivência e fortalecimento de vínculos do Centro de Referência de Assistência Social, ou estar ligado ao Centro de Referência Especializado de Assistência Social em um dado momento. Portanto, esse jovem é intersetorial e, conseqüentemente, demanda ações intersetoriais.

Recordo aqui o argumento de Venturini, citado por Pereira (2013), de que as estratégias de saúde mental com crianças e adolescentes requerem um empreendimento que nem sempre é fácil, onde é preciso uma amarração firme, um trabalho intenso com familiares, com a escola, com diversos dispositivos comunitários. Venturini ainda destaca que as respostas não estão dadas a partir de um modelo pré-existente, mas é necessário pensar a realidade local, a história de cada adolescente e de sua família e seu contexto social.

Alguns adolescentes chegam ao CAPS ad em estado grave, o que faz pensar sobre a necessidade de ações antes da crise, ações de prevenção, ou melhor, de promoção de saúde, pautadas na redução de danos. Ressalta-se a importância de ações articuladas com a atenção básica.

A saúde mental visa um cuidado integral e essa integralidade só pode ser alcançada com a articulação das demais políticas para atender as demandas. Outrossim, é necessária a corresponsabilização dos diferentes setores para que a juventude tenha seus direitos garantidos e que seja garantido o cuidado integral. A corresponsabilização pelo cuidado entre profissionais de diferentes serviços podem ser vias potentes para a superação de desafios impostos à atenção psicossocial de adolescentes (DELGADO, COUTO, 2016 apud TEIXEIRA, et al 2021).

Para Delfini et al. (2016), as demandas de saúde mental abrangem complexidades que inviabilizam a prática de cuidado por somente um serviço. Assim, considerando os CAPS e a atenção básica de saúde como principais dispositivos do SUS, torna-se fundamental a sua articulação (MATSUKURA, 2018).

Portanto, para acessar estes jovens e produzir ações de cuidado para eles é preciso entender por onde circulam no território e, para isso, se torna importante a articulação com diferentes setores: atenção básica, escolas, centros de esporte, centro da juventude e outros locais de lazer. Talvez, explorar esse território, e estar em contato com esses jovens em “seus lugares”, seja um caminho possível.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse trabalho buscou identificar as possíveis razões da não adesão dos adolescentes ao serviço do CAPS ad, bem como entender quais locais estes jovens têm acessado no território. Após a intervenção realizada, chegamos a algumas conclusões que podem nos dar pistas sobre como promover cuidado em saúde mental para adolescentes que acessam o serviço do CAPS ad a partir do paradigma psicossocial e da redução de danos.

Primeiramente é necessário entender de que adolescência estamos falando, não a naturalizando e universalizando o ser adolescente. Os resultados indicaram que muitos direitos, que deveriam estar assegurados a todos os/as adolescentes, não estavam. O perfil dos participantes demonstra que são adolescentes que trabalham desde cedo de modo informal; que muitas vezes deixaram a escola; adolescentes que têm filhos; são adolescentes com responsabilidades e

oportunidades diferentes de jovens de classes economicamente mais favorecidas. Tal perfil demonstra a produção de várias adolescências no contexto investigado.

Identificamos um estranhamento em relação ao serviço. Nesse sentido, um ponto importante se refere ao modo como os adolescentes entendem o CAPS ad neste momento de pandemia, em que o serviço está organizado de forma diferente, com um caráter ambulatorial.

Há também uma desconfiança em relação ao serviço de saúde mental. Os adolescentes chegam no serviço, muitas vezes levados pelos familiares, com a demanda de cuidado para o uso de drogas, imaginam que neste serviço é preciso negar o uso, por entender que o único objetivo do tratamento é a abstinência. Muitos/as desconhecem a perspectiva da redução de danos e, diante disso, podem esconder o uso, entendendo, talvez, que o serviço serve mais para vigiá-los/as, do que como um local de cuidado em saúde.

Outro dado se refere à adequação do espaço e a importância do protagonismo e a participação ativa destes adolescentes na produção das atividades do CAPS ad. Um ambiente que não atende as necessidades ou não se mostra atrativo ao público que se propõe a atender, pode ser uma das razões de não vinculação entre o serviço e seus/suas usuários/as. É preciso questionar se o serviço que recebe adolescentes está atendendo as demandas apresentadas por eles, e se ele se adequa ao público atendido. Não no sentido de se acomodar, mas buscar no encontro com eles alternativas para promover cuidado.

Concluimos que apesar da preconização do SUS, de que crianças e adolescentes sejam atendidos em serviços de base comunitária e territorial, a internação ainda é muito popular e comumente utilizada como única alternativa. Percebemos duas lógicas coexistindo no serviço do CAPS ad: a da atenção psicossocial e a das instituições asilares. Nesse sentido, é necessário ampliar as possibilidades de ofertar uma assistência psiquiátrica amparada no modo psicossocial e incluir aí outros setores da vida dos sujeitos, tais como cultura, lazer e esportes. Torna-se urgente romper com as práticas que excluem, isolam ou estigmatizam adolescentes, que os afastam de seu território e familiares, buscando um cuidado que aumente a autonomia e protagonismo deles.

No cuidado de adolescentes é preciso levar em consideração os diversos dispositivos que podem promover a saúde e o bem estar, para além dos serviços de saúde. Para acessar estes jovens e produzir ações de cuidado para eles é preciso entender por onde circulam no território e, para isso, se torna importante a articulação com diferentes setores: atenção básica, escolas, centros de esporte, centro da juventude e outros locais de lazer. Os locais de acesso precisam ser identificados para intervenções, tendo em vista o território e a relação afetiva estabelecida pelos adolescentes com ele. Esse público demanda intervenções específicas, o que torna necessário construir espaço para que eles possam ser protagonistas na construção dessas intervenções.

A psicologia tem muito a contribuir na atuação no serviço e para esse público, com uma prática implicada que considere as diferentes adolescências, os diferentes modos de ser adolescente e ofereça espaços de escuta ampliada.

Destacamos a importância das políticas públicas para a juventude, tanto no que concerne a saúde, tendo o CAPS ad como dispositivo de cuidado, quanto aos equipamentos de outras políticas, como exemplo: o Centro da Juventude, os centros de esportes e o CEU (Centro de esportes e artes unificados) dentre outros locais de lazer.

Ressaltamos a importância de um trabalho intersetorial, que inclua a atenção básica, a educação e a rede de assistência, na ação e articulação de propostas que possibilitem promoção de saúde para adolescentes, de forma contextualizada e que faça sentido para eles, atentando-se aos diversos aspectos das vidas destes adolescentes. Apontamos, ainda, a luta pela garantia dos direitos desses adolescentes, rompendo de vez com a falta de crédito, criminalização e desconfiança em relação à juventude brasileira, principalmente, a juventude usuária de drogas e pertencentes às classes economicamente desfavorecidas.

Identificamos que a promoção de saúde e a redução de danos são perspectivas importantes na proposição de intervenções com os adolescentes, ao trilhar caminhos para o diálogo, considerando as singularidades desses jovens e evitando práticas prescritivas e reducionistas. Cabe aqui destacar o papel e a importância da RD enquanto ética do cuidado aos usuários de drogas.

Por fim, apontamos aqui uma das limitações deste estudo, relacionada à baixa quantidade de adolescentes que participaram da intervenção. Essa limitação foi reveladora das dificuldades enfrentadas também pelos serviços de saúde mental com relação à adesão e participação de adolescentes. Contudo, vale dizer, que com aqueles/a que participaram, conseguimos produzir muitas reflexões e contribuições para a superação dessa limitação.

A pesquisa intervenção terminou sem abordar tudo que gostaríamos. Fica o desejo de pisar nesse território e acessar os adolescentes onde eles desejam estar, fica um desejo de pisar na pista de skate onde Isaac vai e conversar com ele e os amigos sobre redução de danos, sobre saúde mental, sobre projetos de vida, mas principalmente sobre qualquer demanda traduzida por eles mesmos.

REFERÊNCIAS:

ABAL, Yamila Soledad; GUGELMIN, Silvia Angela. 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. 1, n. 1, p. 24-43, 2018.

ALMEIDA, Inez. Silva de; AMARAL, Juliete Santos; GOMES, Cristiane Santos; DIAS, Midian Oliveira; SILVA, Priscila Figueiredo Cezario. Grupo de adolescentes como estratégia de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos. **Adolescência e Saúde**, v. 11, n. 2, p. 87-91, 2014.

ALVES, Paulo Cesar. SOUZA, Iara Maria. Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In: RABELO, MCM., ALVES, PCB., e SOUZA, IMA. **Experiência de doença e narrativa [online]**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999. 264 p.

AMARANTE, Paulo. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

AMARANTE, Paulo. YASUI, Silvio, LUZIO, Cristina. Atenção Psicossocial e Atenção básica: a vida como ela é no território. **Rev. Polis e Psique**, v. 8, n. 1, p.173-190, 2018.

ARAÚJO, Naiara. Bueno.; et al. Perfil clínico e sociodemográfico de adolescentes que permaneceram e não permaneceram no tratamento em um CAPSad de Cuiabá/MT. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 61, n. 4, p.227-234, 2012.

Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/FNFrY6nMTzBnJTDGvcBc4Ns/?format=pdf&lang=pt>

Acesso em: 21/12/21

AVANCI, Joviana; ASSIS, Simone; OLIVEIRA, Raquel; FERREIRA, Renata; PESCE, Renata. Fatores associados aos problemas de saúde mental em adolescentes. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 23, n. 3, p.287-294, Jul-Set 2007.

BAREMBLITT, Gregório. **Compêndio de análise institucional e outras correntes**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1996.

BASAGLIA, Franco. **Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica**. Org. por Paulo Amarante. Rio de Janeiro, RJ: Garamond, 2005.

BENEVIDES, Regina. Dispositivos em ação: o grupo. In: A Silva & cols. (Orgs.), **Cadernos de Subjetividade**. São Paulo: Hucitec, 2004.

BRAGA, Claudia Pelegrini; D'OLIVEIRA, Ana Flavia Pires Lucas. A continuidade da internação psiquiátrica de crianças e adolescentes no cenário da reforma psiquiátrica brasileira. **Interface Comun Saúde Educ**, v. 19, s/n, p. 33-44, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/icse/2015.v19n52/33-44/pt>

BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. 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, 2004.

_____. Lei nº 10.216, de 06 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. 2001.

_____. Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990.

_____. Ministério da Saúde. Caminhos para uma Política de Saúde Mental Infanto-Juvenil. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2005.

_____. 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, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS : tecendo redes para garantir direitos / Ministério da Saúde, Conselho Nacional do Ministério Público. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014.

_____. Centro 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. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.588. Altera as portarias de consolidação nº 3 e nº 6 de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a rede de Atenção Psicossocial e dá outras providências. Brasília, 2017.

_____. Ministério da Saúde. Câmara dos deputados. Comissão especial do poder executivo. Proposta de Emenda à Constituição n. 241-A. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias para instituir o novo regime fiscal, 2016.

CARLINI, E. A. et al. VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio das Redes Pública e Privada de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas - CEBRID/UNIFESP, 2010.

CONCEIÇÃO, Débora Santos et al. Atendimento de crianças e adolescentes com transtornos por uso de substâncias psicoativas nos centros de atenção psicossocial no Brasil, 2008-2012. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 27, n.2, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/6wV5ht3WNJww8wkFtfbNXsJ/?lang=pt>

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas - 2017 / Conselho Federal de Psicologia; Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura; Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão / Ministério Público Federal; Brasília DF: CFP, 2017.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA; MECANISMO NACIONAL DE PREVENÇÃO E COMBATE À TORTURA; CONSELHO NACIONAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO; MINISTÉRIO PÚBLICO DO TRABALHO. Hospitais psiquiátricos no Brasil: Relatório de inspeção nacional. Brasil: 2018.

COSTA-ROSA, Abílio. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: P.D.C. Amarante (Org.). **Ensaio subjetividade, saúde mental, sociedade**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2000.

DELFINI, Patricia Santos de Souza, et al. Parceria entre CAPS e PSF: o desafio da construção de um novo saber. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n. 1, p.1483-1492, set./out. 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/KdfmHvqMtc37PcNHWMXL44z/?lang=pt>
Acesso em: 20/12/2021.

DIMOV, Tatiana; LAZZAROTTO, Paola. A função terapêutica do conviver e do brincar: o dispositivo da ambiência nos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis. In: **Saúde Mental de crianças e adolescentes e atenção psicossocial**. (ORG) FERNANDES, et al. 1ª ed. Santana de Parnaíba (SP):Manole, 2021, p. 141-154.

FELÍCIO, Thauana Letícia, et al. Medidas socioeducativas em meio aberto: diálogos possíveis e necessários. In: **Saúde Mental de crianças e adolescentes e atenção psicossocial**. (ORG) FERNANDES, et al. 1ª ed. Santana de Parnaíba (SP):Manole, 2021, p. 256-268.

GALHARDI, Carina Curti; MATSUKURA, Thelma Simões. O cotidiano de adolescentes em um Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas: realidades e desafios. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 3, 2018.

GALHARDI, Carina Curti. Adolescentes usuários de drogas em CAPSad e seus familiares : trajetórias, cotidianos e desafios. 2016. 181 p. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de São Carlos, 2016. Disponível em: <https://repositorio.ufscar.br/bitstream/handle/ufscar/7298/DissCCG.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

GOFFMAN, Erving. **Estigma**: Notas sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1980.

HENZ, Alexandre de Oliveira; CASETTO, Sidnei José. Orientações para o trabalho de campo. In: **Clínica comum**: itinerários de uma formação em saúde. São Paulo: Hucitec, 2013.

IBGE. Instituto Brasileira de Geografia e Estatística. Estimativas para a população de 2020. Disponível em:
https://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2020/estimativa_dou_2020.pdf

LIMA, Elizabeth Maria Freire de Araújo; YASUI, Silvio. Territórios e sentidos: espaço, cultura, subjetividade e cuidado na atenção psicossocial. **Saúde Debate**, v. 38, n. 102, p. 593-606, jul-set, 2014. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/QbbzS8wB6xFWrmKHPKCNRMb/?format=pdf&lang=pt>
‡ Acesso em: 20/12/2021

LOURAU, René. **Análise Institucional e Práticas de Pesquisa**. Rio de Janeiro: Eduerj, 1993.

MANSANO, Sonia Regina Vargas. Análise institucional: relato de experiência com jovens. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 10, n. 14, p. 155-160, dez. 2003.

MARTINS, Priscilla de Oliveira et al. O Ter e o Ser: Representações Sociais da Adolescência entre Adolescentes de Inserção Urbana e Rural. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 16, n. 3, p. 555-568, 2003. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/prc/a/YQ8v3FqPDqPykCXRm4XTR8N/?format=pdf&lang=pt>

MINAYO, Maria Cecília de Souza. (Org.) **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 28 ed. Petrópolis: Vozes, 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Saúde para os adolescentes do mundo: uma segunda chance na segunda década. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2014.

PAIM, Bruna Rios et al. Atendimento ao adolescente usuário de substâncias psicoativas: papel do Centro de Atenção Psicossocial. **Cogitare Enfermagem**, v. 22, n. 1, p. 01-07, 2017. Disponível em:
<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/48011/pdf>

PEREIRA, Melissa de Oliveira. Um olhar sobre a atenção psicossocial a partir do itinerário terapêutico de adolescentes em crise. 2013. 198 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2013.

PITTA, Ana Maria Fernandes. Um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Instituições, Atores e Políticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 12, p. 4579-4589, 2011. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/csc/a/JnBHtt8Q8NNHFHbVw5ww5mC/?format=pdf&lang=pt>

ROCHA, Marisa Lopes, AGUIAR, Katia Faria. Pesquisa-intervenção e a produção de novas análises. **Psicologia, Ciência e Profissão**, v.23, n.4, 2003.

RODRIGUES, Thayane Alves dos Santos, RODRIGUES, Lauane Perreira de Souza, CARDOSO, Angela Maria Rosas. Adolescentes usuários de serviço de saúde mental: avaliação da percepção de melhora com o tratamento. **J Bras Psiquiatr.** v. 69, n. 2, p. 103-110, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/gsfYQRMWSh5X3wkWh38FG3G/?format=pdf&lang=pt>

Acesso em: 20/12/2021

SANTAROSA, Camila Camargo, et al. A rede de cuidados de crianças e adolescentes que fazem uso problemático de álcool e outras drogas na Cracolândia - SP. In: **Saúde Mental de crianças e adolescentes e atenção psicossocial.** (ORG) FERNANDES, et al. 1ª ed. Santana de Parnaíba (SP):Manole, 2021, p. 242-255.

SARACENO, Benedetto. **Libertando identidades:** da reabilitação psicossocial à cidadania possível. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora Te Cora, 2001.

SCADUTO, Alessandro Antonio, BARBIERI Valéria. O discurso sobre a adesão de adolescentes ao tratamento da dependência química em uma instituição de saúde pública. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 14, n. 2, p.605-614, março-abril 2009.

SCHOEN-FERREIRA, Teresa Helena et al. Adolescência através dos Séculos, **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 26 n. 2, p. 227-234, Abr-Jun 2010. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/ptp/a/MxhVZGYbrsWtCsN55nSXszh/?format=pdf&lang=pt>

SOUZA, Maíra Ribeiro de, et al. Juventude e drogas: uma intervenção sob a perspectiva da Psicologia Social. **Pesqui. prá. psicossociais** [online]. v. 10, n.1, p. 66-78. 2015. Disponível em:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1809-89082015000100006

Acesso em: 20/12/2021.

SURJUS, Luciana Togni de Lima e Silva, et al. Adolescência e drogas: uma visada a partir da redução de danos. In: **Saúde Mental de crianças e adolescentes e atenção psicossocial.** (ORG) FERNANDES, et al. 1ª ed. Santana de Parnaíba (SP):Manole, 2021, p. 62-76.

TAÑO, Bruna Lidia; MATSUKURA, Thelma Simões; MINATEL, Martha Morais. Atenção Psicossocial e intersectorialidade: entre o lugar do saber e o saber do lugar. In: **Saúde Mental de crianças e adolescentes e atenção psicossocial.** (ORG) FERNANDES, et al. 1ª ed. Santana de Parnaíba (SP):Manole, 2021, p. 2-20.

TEIXEIRA, Melissa Ribeiro; FERREIRA, Amanda Oliveira; COUTO, Maria Cristina Ventura. Atenção psicossocial e promoção de saúde mental nas escolas. In: **Saúde Mental de crianças e adolescentes e atenção psicossocial.** (ORG) FERNANDES, et al. 1ª ed. Santana de Parnaíba (SP): Manole, 2021, p. 35-47.

THIENGO, Daianna Lima; CAVALCANTE, Maria Tavares; LOVISI, Giovanni Marcos. Prevalência de transtornos mentais entre crianças e adolescentes e fatores associados: uma revisão sistemática. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 63, n.4, 2014.

UNICEF. Situação mundial da infância 2011: Caderno Brasil. Brasília, DF: 2011
VASTERS Gabriela Pereira, PILLON Sandra Cristina. O uso de drogas por adolescentes e suas percepções sobre adesão e abandono de tratamento especializado. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 19, n. 2, p. 317-24, 2011.

WILLRICH, Janaina Quinzen, et al. Ambiência de um centro de atenção psicossocial: fator estruturante do processo terapêutico. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 3, n. 2, p. 248-258, mai-ago, 2013.

YASUI, Silvio. **Rupturas e Encontros**: desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010, 190p.

ANEXO A

TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto: Intervenção com adolescentes em um CAPS AD.

Pesquisadora Responsável: Bruna Maria Stoski

Local da Pesquisa: Centro de Atenção Psicossocial Álcool e drogas de Pinhais - PR.

O que significa assentimento?

Assentimento significa CONCORDAR. Assim, se você, adolescente, deseja fazer parte desta pesquisa, precisa ler este Termo de Assentimento e assinar sua concordância em participar do estudo. Você terá seus direitos respeitados e receberá todas as informações sobre o estudo, por mais simples que possam parecer.

Pode ser que este documento denominado TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO contenha palavras que você não entenda. Por favor, peça à responsável pela pesquisa ou membro de sua equipe de pesquisa para explicar qualquer palavra ou informação que você não entenda claramente.

Informações ao participante:

Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa, com o objetivo de compreender as possíveis dificuldades de adesão ao tratamento ofertado nos serviços de saúde mental a partir de um grupo com adolescentes.

Esta pesquisa é importante porque pode ajudar a compreender fatores que auxiliem em um tratamento de saúde mental para adolescentes, pois muitos adolescentes em sofrimento não procuram os serviços de saúde mental ou não mantêm o tratamento.

Rubricas: Participante da Pesquisa e /ou responsável legal

Pesquisador Responsável ou quem aplicou TCLE

Os benefícios da pesquisa são:

- Contribuir para o conhecimento da atenção à saúde mental do adolescente no CAPS AD, buscando reconhecer aspectos que podem ajudar no tratamento e adesão ao serviço.
- Refletir sobre quais foram os caminhos que o/a adolescente e sua família e/ou responsáveis percorreram na busca de um tratamento de saúde mental.
- Também pode ser um espaço de escuta e troca entre os/as participantes.

Os riscos e desconfortos:

A participação na pesquisa poderá trazer algum desconforto como vontade de chorar, tristeza e outros sentimentos desconfortáveis, mas os riscos são mínimos. Entretanto, se você precisar de algum tratamento, orientação, encaminhamento, por se sentir prejudicado por causa da pesquisa, ou sofrer algum dano decorrente da mesma, a pesquisadora lhe acolherá e, se for o caso, lhe encaminhará para atendimento com seu técnico de referência do CAPSad.

A pesquisa será desenvolvida no CAPS AD do município de Pinhais, durante 3 meses, por meio de um grupo realizado uma vez na semana, com total de 10 encontros. O grupo será no formato de roda de conversa, contando com recursos de mídia e outros materiais. Não terá gravação de vídeo ou imagem. A identidade dos adolescentes será resguardada no estudo, optando-se por nomes fictícios. Todo material coletado ficará sob responsabilidade das pesquisadoras.

O que devo fazer se eu concordar voluntariamente em participar da pesquisa?

Caso você aceite participar, será necessário participar de um grupo coordenado pela pesquisadora, que ocorrerá em 10 encontros, com frequência semanal, com duração de aproximadamente 1h e 30 minutos, no CAPS AD de Pinhais - PR. Neste grupo as temáticas trabalhadas serão construídas conjuntamente com os participantes.

A sua participação é voluntária. Caso você opte por não participar não terá nenhum prejuízo no seu tratamento no serviço.

Rubricas: Participante da Pesquisa e /ou responsável legal
Pesquisador Responsável ou quem aplicou TCLE

Contato para dúvidas

Se você ou os responsáveis por você tiverem dúvidas com relação ao estudo ou aos riscos relacionados a ele, você deve contatar a pesquisadora principal Bruna Maria Stoski - brunastoski@gmail.com ou membro de sua equipe Ana Paula Müller de Andrade, anamullerdeandrade@gmail.com ou pelo telefone: (41) 3912-5382, ou no endereço Rua Antônio de Andrade, 153, Maria Antonieta - Pinhais.

Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode contatar também o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEPSH) da SESA: (41) 3212-5829, das 08:00 horas às 15:00 horas de segunda a sexta-feira, ou pelo e mail: cepht@sesa.pr.gov.br.

DECLARAÇÃO DE ASSENTIMENTO DO PARTICIPANTE

Eu li e discuti com a pesquisadora responsável pelo presente estudo os detalhes descritos neste documento. Entendo que eu sou livre para aceitar ou recusar e que posso interromper a minha participação a qualquer momento sem dar uma razão. Eu concordo que os dados coletados para o estudo sejam usados para o propósito acima descrito.

Eu entendi a informação apresentada neste TERMO DE ASSENTIMENTO. Eu tive a oportunidade de fazer perguntas e todas as minhas perguntas foram respondidas.

Eu receberei uma cópia assinada e datada deste documento.

Assinatura do Adolescente

Assinatura do Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TALE

Pinhais, ____ de _____ de _____

ANEXO B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós, Bruna Maria Stoski e Ana Paula Müller de Andrade, pesquisadoras da Secretaria de Estado de Saúde do Paraná - Escola de Saúde Pública do Paraná, estamos convidando seu/sua filho(a) a participar de um estudo intitulado “Intervenção com adolescentes em um CAPS AD”.

O objetivo desta pesquisa é realizar uma intervenção com adolescentes no CAPS AD, com o objetivo de compreender as possíveis dificuldades de adesão ao tratamento ofertado nos serviços de saúde mental. Esta pesquisa é relevante tendo em vista que a não adesão de adolescentes aos serviços de saúde mental tem sido apontada pela literatura e este estudo busca investigar os possíveis motivos de não adesão e as estratégias para que o serviço de saúde mental seja mais atrativo ao público adolescente.

Caso o Senhor, a Senhora concorde em participar dessa pesquisa, será necessário que seu/sua filho(a) participe dos encontros semanais do grupo de adolescentes proposto. O grupo terá 10 encontros com duração de aproximadamente 1h e 30 minutos, no formato de roda de conversa. Para tanto seu/sua filho(a) deverá comparecer no CAPS ad do município de Pinhais - PR, Rua Antonio de Andrade, 153, bairro Maria Antonieta no dia e horário agendado, que será informado pela pesquisadora com antecedência.

A participação na pesquisa poderá trazer algum desconforto como vontade de chorar, tristeza e outros sentimentos desconfortáveis, mas os riscos são mínimos. Entretanto, se o participante precisar de algum tratamento, orientação, encaminhamento, por se sentir prejudicado por causa da pesquisa, ou sofrer algum dano decorrente da mesma, a pesquisadora se responsabiliza por prestar assistência integral, imediata e gratuita ou fornecer meios para fazê-lo junto a entidades ou órgãos competentes.

Rubricas: Participante da Pesquisa e /ou responsável legal
Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE

A pesquisa pode trazer benefícios, como espaço de fala e escuta dos adolescentes. Pretende contribuir para o conhecimento da atenção à saúde mental do adolescente no CAPS AD, buscando reconhecer aspectos que podem ajudar no tratamento deste público e adesão ao serviço. Além disso, pretende possibilitar que o participante possa refletir sobre seus itinerários terapêuticos e quais são os fatores frágeis e potenciais que contribuem para a adesão aos serviços ofertados.

As pesquisadoras Bruna Maria Stoski e Ana Paula Müller de Andrade, responsáveis por este estudo, poderão ser localizados para esclarecer eventuais dúvidas que o Senhor, a Senhora possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo no seguinte telefone: (41)3912-5382 ou pelos e-mails: bruna.stoski@pinhais.pr.gov.br e anamullerdeandrade@gmail.com. Em situações de emergência ou urgência, relacionadas à pesquisa, as mesmas poderão ser contatadas.

Se o(a) Senhor/Senhora tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, poderá contatar o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos – CEP SH/SESA/HT pelo Telefone 3212-5829 das 08:00 horas às 15:00 horas de segunda a sexta-feira, ou pelo e-mail: cepht@sesa.pr.gov.br. O CEP é um grupo de indivíduos com conhecimento científico e não científico que realizam a revisão ética inicial e continuada do estudo de pesquisa para mantê-lo seguro e proteger seus direitos.

A sua participação neste estudo é voluntária e se o(a) Senhor (a) ou seu/sua filho (a) não quiser mais fazer parte da pesquisa, poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado.

As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas, como a orientadora da pesquisadora. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, será feito sob forma codificada, para que a sua identidade seja preservada e seja mantida a confidencialidade.

Rubricas: Participante da Pesquisa e /ou responsável legal
Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE

O material obtido será utilizado unicamente para esta pesquisa e será destruído ou descartado ao término do estudo, dentro de 5 anos.

As despesas necessárias para a realização da pesquisa não são de sua responsabilidade; entretanto, o Senhor, a Senhora não receberá qualquer valor em dinheiro apenas pela sua participação. Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome ou nome de seu/sua filho(a), e sim um código.

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Eu _____, RG: _____,
RESPONSÁVEL pelo(a) adolescente _____,

li esse Termo de Consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei que meu filho/ filha participe. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios e também a assistência que será prestada em caso de desconfortos durante a pesquisa.

Eu entendi que sou livre para interromper minha participação e a participação de meu/minha filho/filha a qualquer momento sem justificar esta decisão e sem qualquer prejuízo para ele, nem para seu tratamento ou atendimento ordinários que recebe de forma rotineira na Instituição. Por fim, entendi que receberei uma via deste Termo de Consentimento assinada pela representante da equipe de pesquisa. Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Nome por extenso do Responsável Legal

Assinatura do Responsável Legal

Declaro que obtive, de forma apropriada e voluntária, o Consentimento Livre e Esclarecido do seu representante legal para a participação neste estudo.

Nome extenso do Pesquisador e/ou quem aplicou o TCLE

Assinatura do Pesquisador e/ou quem aplicou o TCLE

Curitiba,

____/____/____