

**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ
ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO PARANÁ
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL**

BRENDA PASSOS HLADKYI

**A SAÚDE MENTAL EM PAUTA NO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE
PINHAIS-PR**

CURITIBA

2023

BRENDA PASSOS HLADKYI

**A SAÚDE MENTAL EM PAUTA NO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE
PINHAIS-PR**

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

Prof. Orientador: Rafael Gomes Ditterich

**CURITIBA
2023**

RESUMO

O campo da saúde mental no Brasil tem como antecedentes históricos os movimentos políticos da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica Brasileira. A atenção psicossocial é um modelo conceitual e prático que propõe uma abordagem em contraposição ao paradigma biomédico-psiquiátrico, definido pela reivindicação por novas formas de convívio social e subjetivação para pessoas em sofrimento psíquico. É, portanto, atravessada pelo caráter político da busca por cidadania e da criação constante de espaços que sustentem um lugar social inédito para pessoas em sofrimento psíquico. A atenção psicossocial é organizada por meio da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), composta por serviços nos três níveis de atenção, além de estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial. Um dos eixos que sustentam o SUS desde sua concepção é a importância reservada à participação social, que pode ser efetivada por meio de instâncias colegiadas de controle social, os Conselhos e Conferências de Saúde referentes a cada esfera de governo. Por meio dos Conselhos e Conferências de Saúde os usuários, trabalhadores e gestores podem delinear propostas, fiscalizar e participar da gestão das Políticas Públicas de Saúde. Em se tratando de Saúde Mental, podemos considerar a participação no Controle Social profícua não apenas para o avanço da Política Nacional de Saúde Mental, mas também como forma de promoção de *empowerment* para os usuários dos serviços. A presente pesquisa teve como objetivo geral compreender quais as discussões ocorridas no Conselho Municipal de Saúde de Pinhais – Paraná (CMS) no intervalo entre janeiro de 2020 e janeiro de 2022 acerca da Saúde Mental. Os objetivos específicos foram categorizar e avaliar os temas debatidos no CMS e identificar nas discussões como a pauta da Saúde Mental avançou durante o período da pandemia de COVID-19. A pesquisa realizada foi do tipo documental, caracterizada como quantitativa e qualitativa, e seu objeto de estudo foram as atas do CMS. Após a análise das atas os conteúdos encontrados foram sintetizados e organizados e utilizou-se da Análise de Conteúdo para interpretação dos resultados. Os dados obtidos denotaram que as discussões ocorridas no CMS sobre a temática da Saúde Mental foram escassas, havendo apenas quatro tópicos debatidos dentro do tema nos dois anos. Desses tópicos, três se referiram ao componente Atenção Especializada da RAPS, e um deles à um projeto voltado aos servidores municipais. Foi constatada a baixa adesão dos usuários da rede municipal de modo geral, que as pautas sobre Saúde Mental vieram enquanto informes dos representantes da Gestão. Foi caracterizado que o espaço do CMS não tem sido profícuo na promoção de *empowerment* dos usuários da SM. Foram elencadas sugestões por parte de estudiosos da área para que haja maior participação dos usuários, como por meio de maior resolutividade e responsabilização dos conselheiros pelas deliberações, maior divulgação sobre as instâncias colegiadas, assim como ações com finalidade de promover o acesso da população como por meio de incentivo financeiro.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	5
2 OBJETIVOS	6
2.1 OBJETIVO GERAL	6
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	6
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	7
3.1 REFORMA PSIQUIÁTRICA	12
3.2 SAÚDE MENTAL E CONTROLE SOCIAL	16
3.3 O CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE PINHAIS	17
4 METODOLOGIA	28
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	22
5.1 O OLHAR DO CMS SOBRE A ORGANIZAÇÃO DOS DISPOSITIVOS DA RAPS NO MUNICÍPIO	22
5.2 A (FALTA DE) PARTICIPAÇÃO DOS USUÁRIOS NO CMS	25
5.3 SAÚDE MENTAL E CONTROLE SOCIAL EM PAUTA NO CMS	26
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	28
REFERÊNCIAS	29

1 INTRODUÇÃO

A presente pesquisa foi elaborada tendo como alicerce a prática enquanto Residente do Programa Multiprofissional de Residência em Saúde Mental da Escola de Saúde Pública do Paraná, cujo cenário de prática foram os serviços da Rede de Atenção Psicossocial do município de Pinhais-PR. Partindo das demandas concretas da RAPS municipal, constatou-se a necessidade de maior exploração de certos pontos críticos, que nesse presente momento demandam recursos ainda não disponíveis. Para a viabilização de formas de atender tais questões, investigações por meio da pesquisa científica são algumas das possibilidades mais reconhecidas como dotadas de capacidade de embasar em uma prática transformadora da realidade.

Entendendo a saúde enquanto processo complexo, produzido a nível cultural, socioeconômico e também subjetivo, atravessado por uma série de percalços, contradições e possibilidades, certos autores buscam entender como tais elementos são articulados na história de vida de cada sujeito. Tal perspectiva abarca os serviços do Sistema Único de Saúde, que em sua condição de instrumento para garantia do direito constitucional à saúde também é constituído por uma série de dimensões. É um campo de trabalho que suscita a emergência de constantes inovações técnicas, relacionais, gerenciais e administrativas para atender as necessidades da população de um país de proporções continentais, que passa por um momento histórico de retrocessos e perdas traduzidas em inúmeras dificuldades e deficiências (CRUZ, GONÇALVES E DELGADO, 2020).

A intensificação do sofrimento psíquico a nível subjetivo vivenciado é traduzido a nível epidemiológico nos índices em crescente exponencial de brasileiros acometidos por agravos de saúde mental. Um recorte fundamental a ser levado em consideração nesse momento de tentativa de enfrentamento da condição de saúde mental da população são aqueles pertencentes a grupos vulneráveis, que vão desde populações indígenas e negras, moradores de favelas, idosos, pessoas com deficiência, crianças e adolescentes.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar as discussões sobre o tema da Saúde Mental durante a pandemia de COVID-19 levantadas pelo Conselho Municipal de Saúde de Pinhais-PR, por meio das atas das reuniões do período entre janeiro de 2020 a janeiro de 2022

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

2.2.1 Categorizar e avaliar os temas debatidos no Conselho Municipal de Saúde de Pinhais-PR

2.2.2 Identificar nas discussões como a pauta da Saúde Mental avançou durante o período da pandemia de COVID-19

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

No Brasil, a questão da saúde e a organização do setor saúde passaram por transformações determinadas pelos momentos históricos e condições político-econômicas vigentes. A crise que culminou na construção do Sistema Único de Saúde tal como o conhecemos não se resumiu a um conflito entre modelos sanitários, e sim de um momento de profunda ebulição social frente ao regime autoritário, de forma que a luta por mudanças nas políticas de saúde é indissociável da luta por democracia, liberdades civis e diminuição das desigualdades sociais (ESCOREL, NASCIMENTO e EDLER, 2005).

O movimento da Reforma Sanitária Brasileira (RSB), iniciado nos anos 70, pautou-se na compreensão de que a saúde e a doença não se resumem à dimensão biológica, e sim, que são determinadas histórica e socialmente tal como demais processos de reprodução social. Intervir no processo saúde-doença presume conhecer as condições de vida de determinado grupo para então transformá-las (PAIM, 1997)

Para que seja garantido o direito à saúde é necessário alterar a organização socioeconômica que determina as condições de vida de um grupo, e por isso a RSB situa as políticas de saúde como eixo orientador das demais políticas sociais, em articulação com as políticas econômicas. Reconheceu-se que sim, o setor saúde demandava mudanças profundas, mas que para uma melhora nas condições de vida e de saúde da população seria preciso promover reconfigurações nos demais setores, na sociedade e suas instituições, e até mesmo no Estado (PAIM, 1986; 1997).

A perspectiva da coexistência do corpo biológico com o corpo produtivo, socialmente investido, permitiu que fossem articuladas a dimensão subjetiva, da experiência do sofrimento e das necessidades de vida singulares, com a dimensão pública do sujeito enquanto cidadão, dotado de direitos e deveres perante o Estado, capaz também de intervenção material nas lutas sociais que dizem respeito a ambas dimensões (FLEURY, 1997).

“Assumindo o caráter dual da saúde, como valor universal e núcleo subversivo de desmontagem da ordem social em direção à construção de uma nova correlação de forças, o movimento sanitário pretendeu ressignificar politicamente a noção de cidadania, dando a ela um caráter transformador.” (FLEURY, 1997, p. 28)

Os esforços dos atores sociais da RSB em busca das necessárias transformações na saúde convergiram na VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986. Nesse evento histórico foram consolidados os pilares do que é concretizado na Constituição Federal de 1988 e nos posteriores dispositivos legais acerca da saúde no país (PAIM, 2009).

O direito à saúde é então um direito da cidadania, cuja garantia cabe ao Estado. Por meio da transformação do aparelho institucional e das normas legais que objetivavam a manutenção da saúde dos cidadãos, a RSB promoveu um deslocamento do poder político para camadas sociais, materializado na garantia da saúde enquanto direito universal e na criação de um sistema capaz de responder por tal garantia. Pode-se considerar que mais do que uma reforma no setor da saúde, a RSB possibilitou uma nova configuração da relação Estado-sociedade (FLEURY, 1997).

Por meio dos esforços conjuntos destes atores, a Constituição de 1988 institui a obrigação do poder público em garantir o acesso universal e igualitário à saúde, uma conquista social e política sem precedentes. Posteriormente, a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90) operacionaliza o que vem a se tornar o SUS, sendo iniciada sua implementação no ano de 1990 (PAIM, 2009; PAIM et al., 2015).

Em suma, o SUS é o conjunto de ações e serviços públicos na área da saúde, organizados com base nos princípios da descentralização, participação da comunidade e integralidade, que compõem uma rede hierarquizada e regionalizada (PAIM, 2009). O SUS representa um compromisso do Estado com os cidadãos, sendo a política de maior inclusão social instituída no país (BRASIL, 2007b). Com a criação do sistema surge

“a oportunidade de efetivar um sistema integrado e gratuito que cuida da prevenção, promoção, cura e reabilitação do povo brasileiro, fortalecendo a cidadania quando afirma ser saúde direito de todos e dever do Estado.”
(BRASIL, 2007b, p. 14)

Uma das características que norteiam o projeto e concretização do SUS é a descentralização, acordo federativo que permitiu que os municípios tivessem maior autonomia, ao mesmo tempo que mais recursos e controles a nível federal foram instalados (PAIM et al, 2015). Por conseguinte, o papel dos estados e municípios no processo decisório e de gestão foi realocado, colocando-os em primeiro plano e democratizando o poder local (BRASIL, 2013).

A participação da comunidade nas políticas públicas criadas a partir da Constituição de 1988 inaugura a possibilidade do exercício da cidadania e da democracia no cotidiano da execução de tais políticas. A criação de novas instâncias participativas é elaborada com base em mecanismos da democracia representativa e da democracia participativa, sendo o papel dos espaços criados principalmente de promoção de autonomia por parte dos cidadãos (COSTA e VIEIRA, 2013).

O termo controle social é dotado de sentidos opostos em diferentes contextos. Para alguns autores, refere-se ao controle do estado sobre a sociedade ou os métodos e instituições utilizados pelo mesmo para alcançar tal controle (CORREIA, 2000). No Brasil que avançava em busca de democratização, o controle social passou a ter como significado a totalidade entre o processo e as ferramentas que a sociedade dispõe para influenciar o Estado. A noção utilizada nesta pesquisa remete à última concepção, dizendo acerca de uma relação entre o estado e sociedade com envolvimento da sociedade civil na gestão pública e fiscalização da execução das políticas públicas (CARVALHO, 1997; CORREIA, 2000).

Considerado que seria interessante para o Estado o reconhecimento da pluralidade de interesses sociais e das diversas formas de representação, as políticas públicas seriam produto do processo de disputa e pactuação entre grupos dentro do próprio Estado. Dessa forma, foram incorporadas ao arcabouço jurídico institucional estruturas através das quais a sociedade pudesse se representar diretamente (CARVALHO, 1997).

A democracia participativa enfatiza a capacidade dos sujeitos e das coletividades de se organizarem diante de seus interesses, discordâncias e consensos, e terem influência constitutiva no Estado. Assim, os representantes são capazes de levar ao interior dos fóruns dos quais fazem parte expressões acerca de seus contextos socioculturais e econômicos, de suas condições de vida, daquilo que há em comum com demais grupos e do que lhes é particular (COSTA e VIEIRA, 2013).

Com a instituição dos mecanismos de controle social são postas responsabilidades para as partes envolvidas: ao Estado cabe aceitar as demandas dos grupos sociais como legítimas, além de tentar articular suas políticas em função dessas demandas. À sociedade, cabe o esforço para elaborar demandas e organizá-las sob forma de pautas, levar tais propostas e entender a capacidade de acolhimento das mesmas pelo Estado (CARVALHO, 1997).

Costa e Vieira (2013) postulam que a participação social na saúde é um dos alicerces da RSB, vinculada ao ideal da democratização e compreendida como necessária no processo de produção de saúde. No modelo participativo do SUS, o papel dos cidadãos é crucial para o constante aprimoramento do sistema, seja na identificação de problemas, proposição de soluções, fiscalização e avaliação dos serviços e ações de saúde (PAIM, 2009).

A lei n. 8.142/90 complementa a LOAS ao dispor especificamente da participação social e do financiamento do SUS, regulando as transferências nas três esferas de governo por meio do Fundo Nacional de Saúde e criando condições para os repasses nas respectivas instâncias (PAIM, 2009).

São instituídas duas instâncias colegiadas com o objetivo de garantir a participação da comunidade na gestão do SUS em cada esfera de governo, a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde. As Conferências têm caráter propositivo, são espaços que ocorrem a cada quatro anos e nos quais são enumeradas diretrizes para a formulação de políticas de saúde nas respectivas esferas de governo. Também são avaliadas a situação de saúde e a implementação das políticas e diretrizes previamente elaboradas. (BRASIL, 1990, 2007).

Os Conselhos de Saúde são instâncias deliberativas, têm como atribuições essenciais a atuação no controle social da execução das políticas de saúde e na elaboração de estratégias para que tais políticas sejam operacionalizadas. São espaços de negociações entre os diferentes segmentos com seus interesses específicos, assim como de reivindicação de maior clareza com os gestores em suas esferas de atuação (BRASIL, 2007; PAIM, 2009).

A composição dos Conselhos de Saúde e Conferências têm paridade entre os usuários do SUS e representantes dos demais segmentos, que podem ser representantes do governo, prestadores de saúde e profissionais da saúde. O controle social se dá no âmbito da execução da política, incluindo aspectos econômicos e financeiros, sendo as decisões tomadas homologadas pelo chefe do poder referente à instância de governo. Cabe a cada Conselho e Conferência definir por meio de regimento próprio suas normas de funcionamento e organização (BRASIL, 1990).

O Fundo Nacional de Saúde (FNS) é uma unidade orçamentária, cuja função é gerir os recursos designado a serviços e ações públicas na saúde em âmbito federal. Cada fundo é gerido pelo ente federativo ao qual se refere, em

funcionamento de administração e gestão direta (BRASIL, 2013). Na lei nº 8.142/90 postula que os repasses automáticos e regulares para cobertura de ações e serviços nos municípios, estados e no Distrito Federal só serão realizados mediante a presença de alguns critérios. De acordo com o art. 4º, é necessário que sejam instituídos o Fundo de Saúde, o Conselho de Saúde, contrapartida de recursos para a saúde no orçamento do ente, comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários, e os instrumentos de gestão Plano de Saúde e Relatórios de Gestão. Na ausência de cumprimento destes requisitos, cabe aos Estados ou à União administrar os recursos (BRASIL, 1999).

Carvalho (1997) afirma que os Conselhos de Saúde são arranjos institucionais que criam a possibilidade de articulação política acerca de questões que anteriormente não seriam contempladas. Tratam-se de espaços que facilitam a divulgação da ação estatal, demarcando os temas de interesse público na agenda setorial, assim como atuam na demarcação de um território para “exercício ampliado da cidadania” (CARVALHO, 1997, p. 100).

O que se busca com o estabelecimento da participação social por meio da Lei n. 8.142/90 é a inserção de uma dinâmica inédita de democratização da esfera pública dentro do aparato do Estado, viabilizando mais e maiores atravessamentos da sociedade dentro do mesmo. À medida que tanto sociedade quanto Estado tem o condão de atuar nas políticas e nas decisões referentes à gestão, é sedimentada uma corresponsabilidade com o propósito de que o interesse público prevaleça (COSTA e VIEIRA, 2013).

Cabe ressaltar que os mecanismos de controle social não podem agir em descumprimento das prerrogativas do Poder Legislativo. Caso suas funções definidas legalmente sejam extrapoladas, votações sejam em câmaras de vereadores, assembleias legislativas ou mesmo do Congresso Nacional tendem a prevalecer (PAIM, 2009).

3.1 REFORMA PSIQUIÁTRICA

Ao mesmo passo em que transcorria a RSB, irrompe um outro movimento inerentemente político e social buscando alterar radicalmente a forma vigente pela qual se via o fenômeno do adoecimento, neste caso, especificamente o sofrimento psíquico. Desde sua inauguração, a psiquiatria transitou por uma série de

perspectivas sobre o fenômeno do adoecimento psíquico e do sofrimento humano (AMARANTE, 2007).

Para Garcia e Reis (2018), a crise do paradigma biomédico, nesse contexto, mais especificamente o psiquiátrico, surge quando se constata que o mesmo não consegue oferecer as respostas aos problemas que se apresentam. Pode-se depreender que justamente esse esgotamento de possibilidades foi um dos grandes disparadores para o processo das reformas no campo da saúde mental.

Os hospitais, agora não mais atuando sobre o princípio da assistência social e da filantropia, tornam-se instituições de tratamento médico, tratamento este que toma no alienismo pineliano seu ponto de partida no campo das aflições psíquicas. A loucura agora suscita o imperativo terapêutico da institucionalização, com o internamento em hospital psiquiátrico sendo considerado o melhor recurso disponível para tratamento (AMARANTE, 2007).

Philippe Pinel, considerado o pai da psiquiatria propõe um rompimento com a privação de liberdade da sociedade daqueles considerados “loucos”, O tratamento asilar, assim chamado, se faz necessário pois o saber então vigente localiza as causas da alienação mental no meio social. Por conseguinte, o isolamento é uma necessidade e o hospital é o local mais adequado para tal, sendo reduzido ao único espaço de circulação da loucura e dos ditos loucos. A institucionalização hospitalar e a delimitação de um único espaço de pertencimento aos loucos oferece uma série de ganhos, dentre os quais o exercício de controle constante e a possibilidade de vigiar continuamente os internados são os mais expressivos (GARCIA, REIS, 2018).

É inegável que o alienismo tinha como objetivo produzir um enfrentamento ao fenômeno da loucura, sendo o primeiro momento no qual a medicina se debruça sobre tais sujeitos. Contudo, como produto de seu momento histórico e social, suas consequências são nefastas. A disseminação do alienismo e do tratamento por internamento em hospital psiquiátrico acaba por provocar segregação, principalmente no que se refere a populações à margem da sociedade, a práticas desumanas e francamente cruéis. (AMARANTE, 1998, 2007; GARCIA, REIS, 2018).

O crescente descontentamento com tais práticas leva estudiosos e profissionais a buscarem novas elaborações que sustentem práticas terapêuticas inovadoras, que rompam com o modelo asilar. Surgem assim as primeiras “psiquiatrias reformadas”, que tem como intuito provocar mudanças mas ainda utilizando do referencial psiquiátrico centrado na doença. Alternativas ao tratamento

moral mais radicais se desenvolvem em diversos lugares do mundo, objetivando a desconstrução do aparato psiquiátrico desde as dimensões epistemológicas e fenomenológicas (AMARANTE, 1998).

Nasce na Inglaterra, nos anos 50, o movimento que viria a ser denominado Antipsiquiatria, trazendo críticas contundentes ao modelo até então predominante. A violência e opressão às quais as pessoas ditas loucas são submetidas sob o pretexto do tratamento são trazidas à tona, tal como o papel da família e da sociedade na perpetuação dessa violência. Para a Antipsiquiatria “o discurso dos loucos denunciava as tramas, os conflitos, enfim, as contradições existentes na família e na sociedade” (AMARANTE, 2007, p. 52).

A característica precursora deste movimento está na ruptura com o marco teórico-conceitual da psiquiatria, propondo um reajuste do foco para as relações estabelecidas entre o sujeito em sofrimento e a sociedade, e não na experiência dita patológica. A antipsiquiatria busca, então, permitir que a experiência do sofrimento seja vivenciada, por ser inerente à condição humana e não um mero indicativo de que há algo a ser curado. Assim, o sintoma traria à tona uma possibilidade inédita de reorganização ao sujeito (AMARANTE, 1998, 2007).

O desdobramento de maior importância para o contexto do campo da saúde coletiva brasileira, é, contudo, a Psiquiatria Democrática, oriunda da experiência de Franco Basaglia de reformar um hospital psiquiátrico numa cidade pequena na Itália. A superação do aparato manicomial é o mote do movimento da reforma italiana, considerando aqui não somente as instituições dos manicômios, mas o conjunto de saberes e práticas, científicas, sociais, legislativas e jurídicas, que fundamentam a existência de um lugar de isolamento e segregação e patologização da experiência humana (AMARANTE, 2007, p. 56).

A experiência italiana inaugura uma ruptura com a psiquiatria clássica ao calibrar o foco para o sujeito em sofrimento, e não mais às concepções inerentemente patologizantes oriundas da lógica biomédica. A totalidade do sujeito enquanto ator social, membro de uma comunidade, inserido em um cenário histórico, atravessado por uma série de relações e dotado de uma vivência subjetiva única é preconizada no lugar de uma doença ou transtorno. É conferida concretude histórico-social ao binômio saúde-doença, alicerçando-os na realidade política dos sujeitos sociais (AMARANTE, 2007, 1998).

O fechamento dos hospitais psiquiátricos era parte dos objetivos em prol dessa reconfiguração paradigmática sobre a loucura, complementar à oferta de outros serviços cuja finalidade não era de coexistir com os equipamentos da psiquiatria clássica, e sim, substituí-los. Amarante (2007) se refere a essa movimentação como colocar “a doença entre parênteses”, e não mais o sujeito, de modo que se abre a possibilidade de se debruçar sobre a experiência do sofrimento, e não sobre uma categoria nosológica abstrata e reducionista. Dessa forma, a instituição a ser desmantelada não é a do hospital psiquiátrico asilar em si, e sim, o conjunto de sentidos, saberes, discursos e práticas que permeavam a sociedade material e simbolicamente de modo a sustentar a manutenção dos manicômios. (AMARANTE, 2007, 1998).

No final dos anos 70, em meio ao cenário da redemocratização nacional, uma série de atores sociais dos mais diversos setores mobilizam sua insatisfação com a lógica perversa da manicomialização e a violência concreta e simbólica infligida sobre os sujeitos em sofrimento. O contato com a experiência italiana produz inspiração, levantando a possibilidade de uma produção inédita quanto ao lugar da loucura na sociedade brasileira. A organização de tais atores sociais se exprime pela criação do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que toma o lugar de vanguarda ao pautar os direitos das pessoas em sofrimento em âmbito nacional (AMARANTE, 1998; BRASIL, 2005).

Em 1987 transcorrem dois marcos históricos para a Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), o II Congresso Nacional do MTSM e a I Conferência Nacional de Saúde Mental. Dois anos depois, o hospital psiquiátrico Casa de Saúde Anchieta, em Santos, é alvo de uma intervenção que escancara nacionalmente as realidades às quais as pessoas consideradas loucas eram submetidas. A perplexidade causada por essa denúncia pública dá início ao processo pioneiro de implementação dos Núcleos de Atenção Psicossocial em regime 24 horas, associações, cooperativas e residências para egressos. A rede intersetorial municipal passa a ser um exemplo da possibilidade concreta de concretização de um projeto de mudança (BRASIL, 2005).

Ainda em 1989, as lutas da RPB tomam os campos normativo e legislativo. O deputado Paulo Delgado dá entrada no Congresso Nacional um Projeto de Lei cuja proposta é a regulamentação e reafirmação dos direitos das pessoas com transtornos mentais, concomitante ao progressivo fechamento dos manicômios em território nacional. Nos anos seguintes são aprovadas leis estaduais determinando a

implementação de uma rede de atenção à saúde mental, as políticas do Ministério da Saúde passam a ter maior definição e a Declaração de Caracas é assinada pelo país. São instituídas as primeiras normas para fiscalização dos hospitais psiquiátricos e para implantação de serviços substitutivos (BRASIL, 2005).

A Lei Federal nº 10.216, também conhecida como Lei Paulo Delgado, foi sancionada em 2001, tornando-se o marco legislativo da RPB. Nela estão elaborados os direitos das pessoas com transtornos mentais e a rede de atenção é redirecionada. A partir desse momento histórico, considera-se que a política nacional de saúde mental, traçada com base na RPB, começa a ser estruturada. O Ministério da Saúde cria linhas específicas de financiamento para a fiscalização e fechamento progressivo dos leitos psiquiátricos, concomitante à expansão dos serviços substitutivos de base comunitária, consolidando, de fato, a RPB como política oficial do governo federal (BRASIL, 2005).

O processo de desinstitucionalização é marcado por uma série de normatizações que instituem mecanismos para a diminuição do número de leitos psiquiátricos, como instrumentos avaliativos da qualidade da assistência provida por hospitais psiquiátricos públicos e conveniados. Os usuários egressos de internamento psiquiátrico de longa duração passam a dispor de ferramentas específicas para sua emancipação e reinserção social, como os Serviços Residenciais Terapêuticos e a criação do Programa de Volta para Casa (BRASIL, 2005).

A rede de serviços substitutivos conta com dispositivos estratégicos desde assembleias, espaços comunitários, mobilização dos atores sociais, cooperativas de trabalho, os chamados centros de saúde mental, todos articulados de modo a construir materialmente condições para que o modelo asilar fosse superado. A atuação no território inaugura a possibilidade de que sujeitos em sofrimento mental possam ter um lugar social no qual sejam vistos como cidadãos, respeitados em suas particularidades, que transitem pela cidade tal como os demais, façam trocas sociais e possam produzir novas formas de subjetividade (AMARANTE, 1998, 2007).

Dentre os produtos do complexo processo político-social da RPB, o protagonismo dos usuários é um dos mais importantes. Amarante (1998, p. 121) afirma que

“O louco/doente mental deixa de ser simples objeto da intervenção psiquiátrica, para tomar-se, de fato, agente de transformação da realidade,

construtor de outras possibilidades até então imprevistas no teclado psiquiátrico”

A consolidação da Luta Antimanicomial enquanto paradigma fundante da organização do cuidado em Saúde Mental no SUS não pode ser considerada um capítulo encerrado na história das políticas de saúde nacionais. Pelo contrário, é um movimento que precisa ser constantemente lembrado, reavivado e atualizado. Tais tarefas são fundamentais para que os retrocessos já em curso sejam revertidos e haja ainda mais avanços na agenda de Saúde Mental do SUS (GARCIA, REIS, 2018).

3.2 SAÚDE MENTAL E CONTROLE SOCIAL

Há um vínculo imanente entre os temas do controle social e da saúde mental por se tratar de um campo da saúde e, portanto, das políticas públicas de saúde, tal como por ambas terem como norte os processos da RSB e Psiquiátrica Brasileiras, influenciados pela Reforma Sanitária e Psiquiátrica Italianas (ROBAIMA, 2005). Vasconcelos (2000) propõe que os dispositivos assistenciais e terapêuticos inaugurados com a experiência italiana dão conta da complexidade inerente ao fenômeno do sofrimento psíquico e do campo da saúde mental.

A singularidade do processo de desconstrução da sociedade manicomial e invenção de novas formas de socialização da loucura do entendimento da questão da loucura se dá através de

“um processo de gestão da democracia e do cuidado social para toda a sociedade, e à interpelação de uma constante exigência ética aos profissionais de respeito à singularidade do louco, que funciona também como forma de propor à sociedade confrontar as diversas formas de exclusão subjetiva que realiza em todo o tecido social” (VASCONCELOS, 2000, p. 182).

Um conceito valioso para analisar e elaborar ações em se tratando da interlocução entre a área da saúde mental e os espaços de controle social é a noção de *empowerment*. Com origem no movimento de usuários com demandas de saúde mental na América do Norte e na Europa, foi assumida uma estratégia política e perfil com o propósito de produção de autonomia e de invenção de um novo lugar para os indivíduos em sofrimento na sociedade. A organização dos usuários em associações e grupos permitiu que a eles fosse reservado o protagonismo. A articulação dos mesmos com profissionais e familiares de usuários se pauta no

diálogo, sim, mas sem que o protagonismo deixe de ser centralizado nos usuários-atores políticos (VASCONCELOS, 2000).

A normalização da questão da loucura na sociedade e do *empowerment* tem como objetivo a criação de possibilidades de acesso à "vida comum" desfrutada pelos demais cidadãos, com oportunidades de trocas e estabelecimento de vínculos. Construir espaços para troca e suporte entre pares (e ímpares), apropriação de seus direitos e defesa desses e participação concreta (VASCONCELOS, 2000).

A participação nas instâncias colegiadas por parte de usuários dos serviços da RAPS pode ser entendida como um processo de inclusão social, conferindo-lhes o protagonismo do qual tem direito (FERRO, BURNAGUI e DITTERICH, 2019). Para que a Reforma Psiquiátrica continue a ser concretizada em meio a um cenário de inúmeras incertezas e retrocessos é necessário investir no controle social, partindo da compreensão que a produção de autonomia e a construção da cidadania são fundamentais dentro da perspectiva da atenção psicossocial (FERRO, SANTOS, 2021).

3.3 O CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE PINHAIS

O Conselho Municipal de Saúde de Pinhais-PR se constitui enquanto instância colegiada, de caráter deliberativo e permanente, fazendo parte da estrutura organizacional da Secretaria Municipal de Saúde do Município. O CMS foi criado pela Lei Municipal nº 10/1993, que passou por três revogações, de modo que a disposição da organização do CMS está definida no atual momento pela Lei Municipal nº 2034/2018. Nesse dispositivo legal é reforçado o papel do CMS na efetivação da participação da sociedade na administração do SUS por meio da elaboração de estratégias e do controle da execução das políticas públicas de saúde, englobando a dimensão econômica e financeira.

A Lei Municipal nº 2034/2018 determina que a composição do CMS seja de 16 membros, sendo metade dessas vagas reservadas a entidades e movimentos representativos dos usuários do sistema, 25% de representantes dos trabalhadores da área da saúde, e 25% representantes do governo e dos prestadores de serviço de saúde conveniados ou sem fins lucrativos. A eleição dos representantes titulares e suplentes de cada segmento se dá nas Conferências Municipais de Saúde. A última conferência ocorreu em 2021.

4 METODOLOGIA

A presente pesquisa é de modalidade documental. Foram analisados documentos de acesso público disponibilizados no site da Prefeitura de Pinhais. Foram coletados dados de natureza quanti-qualitativa das Atas das Reuniões do Conselho Municipal de Saúde de Pinhais ocorridas entre janeiro de 2020 e janeiro de 2022.

Para obtenção das Atas, foi acessado o site oficial da Prefeitura de Pinhais no endereço <https://pinhais.atende.net/>. Na página inicial havia um menu de tópicos, foi selecionado o tópico “Secretarias”, seguido por “Saúde”. Ao chegar na página “Saúde”, estavam dispostas oito seções, sendo a sexta “Conselhos de Saúde”. Clicando nessa seção foram exibidos os tópicos “Conselho Municipal de Saúde” e “Conselhos Locais de Saúde”. Ao selecionar “Conselho Municipal de Saúde” foi aberta outra página, na qual constava uma descrição do CMS, dados acerca da mesa diretora e endereços. Em uma barra estavam dispostos os seguintes tópicos, descritos aqui na mesma ordem: Atas, Calendário de Reuniões, Conferências de Saúde, Resolução, Legislação e Biblioteca Virtual. Ao selecionar “Atas”, encontrou-se uma lista de páginas com as atas divididas pelo ano das reuniões realizadas, constando atas de todos os anos no intervalo entre 2023 e 2006.

O enfoque no campo da Saúde Mental se deu por meio da análise quanti-qualitativa, cujo objetivo foi delimitar a incidência do tema da Saúde Mental na instância da CMS, os pontos que suscitaram debates e qual foi o conteúdo dessas discussões. Por fim, tais informações foram analisadas sob o viés do referencial teórico da Saúde Coletiva, com intuito de apreensão de como foi visto o campo da Saúde Mental na instância da CMS durante a pandemia de COVID-19.

A análise documental é definida enquanto um ou mais procedimentos que objetivam representar o conteúdo de certo documento de modo diferente do original, passando de um documento primário para um secundário, que o representa (BARDIN, 2016). Documentos fornecem informações de inegável importância, propiciando que o entendimento de determinado objeto seja ampliado, especialmente em se tratando de materiais que suscitam contextualização sociocultural e histórica para compreensão aprofundada. (SÁ-SILVA, ALMEIDA e GUINDANI, 2009).

Após a seleção e análise preliminar dos dados foi realizada uma análise em profundidade das atas das plenárias do CMS, com intuito de compreender os fenômenos por meio da interpretação, inferência e articulação teórica. Sá-Silva, Almeida e Guindani (2009) acreditam ser uma etapa necessária subsequente à exposição do material coletado, pois esse “constituem os objetos da pesquisa, mas, por si mesmos, não explicam nada” (p. 10).

Foram construídas categorias de análise para organização e síntese dos dados encontrados, a partir da identificação de temas recorrentes nas 31 atas, seguidas pela análise dos dados. Nesta etapa, utilizou-se de técnicas da Análise de Conteúdo de Bardin (2016), que propõe a interpretação do conteúdo de determinado texto por meio de identificação e categorização dos elementos da comunicação. Assim, os sentidos e significados do texto, sejam explícitos ou tácitos, são alcançados e trazem à tona a mensagem (BARDIN, 2016; SÁ-SILVA, ALMEIDA e GUINDANI, 2009).

Por meio da análise documental foi possível enfatizar a dimensão temporal dos fenômenos estudados, visto que o momento da pandemia de COVID-19 exigiu um dinamismo inédito do setor saúde para um enfrentamento efetivo, e que as Atas descreveram as ações tomadas dentro de intervalos pré-definidos de tempo.

As atas foram lidas na íntegra, e a partir delas foram dispostos os tópicos debatidos, que eram seccionados da seguinte forma em todas as atas: I. Aprovação da ata anterior, II. Ordem do dia, III. Assuntos Diversos e IV. Informes. O item I foi descartado após leitura visto que sua discussão se limitava à aprovação ou não da(s) ata(s) anteriores, sem acréscimos de debates acerca dos temas já tratados. Foi realizada análise estatística dos temas previamente acordados como pauta para discussão em reunião.

O Decreto Nº 30 de 2018 nomeou os membros que compuseram a CMS entre 2018 e 2021. Oito dos membros representavam o segmento dos usuários, cada um com um suplente. O segmento dos trabalhadores da área da saúde compôs quatro vagas titulares e quatro suplentes, sendo uma representante da Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME), duas de conselhos de categoria profissional e uma vaga de Representação Individual.

No segmento “Representantes do Governo e prestadores de serviços privados conveniados ou sem fins lucrativos”, a Secretaria Municipal de Saúde de Pinhais contou com dois membros titulares e dois suplentes, o Laboratório Central

de Pinhais Ltda (LABCEN) teve uma vaga para titular e uma para suplente, e a Prima Medicina, Radiologia e Diagnóstico por Imagem Ltda foi representada por um titular e um suplente.

O CMS foi composto neste período por dezesseis membros titulares e dezesseis suplentes. O segmento dos usuários foi majoritário em sua representação, contabilizando metade das vagas. Houve mudanças no quadro de conselheiros, de forma que foram feitas redações no texto do Decreto Nº 30 de 2018 ao longo da composição dessa gestão.

A partir das atas das reuniões do Conselho de Saúde, pode-se verificar o que se passa e como são as representações simbólicas que se destinam às representações sociais, percebidas como grupos de pensamentos de atos que anunciam a realidade, incluindo as angústias, os elogios e as críticas dos conselheiros durante as reuniões (SANTOS, SOUZA, 2008). Segundo Morita et al. (2006) as atas estão submetidas às regras da organização, vigentes em um grupo social determinado: o plano do texto está definido e o discurso, orientado para uma finalidade, isto é, registrar as informações do que vem sendo feito no município no campo da saúde.

Foram encontradas 30 atas referentes a Reuniões do CMS ocorridas no período entre janeiro/2020 e janeiro/2022, sendo seis dessas reuniões Extraordinárias, cuja execução não havia sido prevista no Calendário de Reuniões dos anos analisados. A 14ª Reunião Extraordinária, de 18 de fevereiro de 2020, foi cancelada devido à instabilidade na rede de internet. Outro cancelamento ocorreu na 42ª Reunião Ordinária, por motivo de falta de quorum. Restaram então 28 atas para análise.

Os temas debatidos foram encontrados dispostos em quatro itens: I. Aprovação da ata anterior, II. Ordem do dia (previamente definida), III. Assuntos Diversos e IV. Informes aos Conselheiros. Excluindo os tópicos I. e IV. por se tratarem exclusivamente de procedimentos formais, totalizou-se 122 subitens debatidos, sendo que apenas 4 se referiam a saúde mental e/ou atenção psicossocial no título do tema. A seguir, os itens conforme consta nas atas:

- I. Apresentação do Projeto Cuidando de Quem Cuida (30ª Reunião Ordinária, 2020)
- II. Ações e estratégias utilizadas para vincular os pacientes dos CAPS (30ª Reunião Ordinária, 2020)

- III. Novo processo de trabalho que foi implantado no Centro de Especialidades e acabou com a fila de espera para psicologia (33ª Reunião Ordinária, 2020)
- IV. Projeto da Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental (41ª Reunião Ordinária, 2021).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O número limitado de discussões direcionadas à temática da saúde mental em si é um achado de pesquisa importante, mas não pode ser considerado inesperado.

O uso das instâncias de controle social para mero repasse de informações no lugar de amplificar a voz dos usuários dos serviços e da comunidade esvazia tais espaços de seu motivo de ser, que vai muito além de divulgar aquilo entendido por determinado gestor como um ganho. Há muito se estuda as variadas barreiras para o exercício material da cidadania que se apresentam nos conselhos de saúde, e dentre algumas possíveis razões para tanto, Ferro e Santos (2021) apontam para a influência de direcionamentos gerenciais, que podem ser determinantes no processo de transformar participantes em ouvintes.

O primeiro item diz respeito a uma ação desenvolvida pelos residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental da turma 2020, o “Projeto Cuidando de Quem Cuida”. Frente ao início da pandemia, a rede de atenção municipal passou por uma reorganização dos serviços, crucial para contenção do crescente número de infectados. Foi sugerido que os residentes do PRMSM elaborassem e implementassem um projeto de acolhimento emocional para os servidores municipais, levando em consideração o quanto estavam sendo impactados pelo cenário vivido. Baseando-se na proposta dos primeiros socorros psicológicos, os residentes realizaram teleatendimento para os servidores do quadro geral da prefeitura, assim como intervenções nas unidades de saúde e serviços da assistência social como rodas de conversa (PINHAIS, 2020a).

Por se tratar de um projeto voltado exclusivamente aos profissionais vinculados à prefeitura, sendo inacessível aos demais munícipes, optou-se no presente projeto por privilegiar a discussão dos tópicos seguintes, pertinentes à atenção à saúde da população geral.

5.1 O OLHAR DO CMS SOBRE A ORGANIZAÇÃO DOS DISPOSITIVOS DA RAPS NO MUNICÍPIO

Os itens II., III. e IV. dizem respeito aos serviços do componente Atenção Psicossocial da RAPS.

O ponto IV. trata de serviços da Atenção Psicossocial que foram incluídos na RAPS por meio da Portaria nº 3.588, que altera a estrutura da rede conforme estipulada na Portaria de Consolidação nº3/2017, incluindo ao componente da atenção especializada o dispositivo Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental (eMAESM) e/ou Unidades Ambulatoriais Especializadas (BRASIL, 2017a, 2017b).

A presença destes pontos de atenção dentre os demais já estabelecidos na PNSM é um assunto controverso e que exige contextualização para que seja possível se apropriar das muitas nuances que permeiam as discussões. Após anos de construção de políticas públicas de saúde mental pautadas na RPB, a partir de 2016 as normativas já estabelecidas passaram por alterações que, para alguns autores, efetivaram um desmonte da PNSM (CRUZ, GONÇALVES E DELGADO, 2020).

A nota técnica 11/2019 sintetiza as edições realizadas na PNSM no período entre 2016-2019, ao conjunto desse esforço dá a alcunha de “Nova Política de Saúde Mental”. Uma significativa mudança de paradigma é operacionalizada quando se postula que, a partir de então, as políticas públicas de saúde mental não mais seriam pautadas pela substituição dos aparatos do modelo manicomial sob a forma de serviços e leitos psiquiátricos, e que o fechamento dos mesmos não seria mais preconizado (BRASIL, 2019; CRUZ, GONÇALVES E DELGADO, 2020)

Visto que na normativa nacional pouco se estabelece sobre as instituídas Equipes Multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental (eMAESM) além de que seu público-alvo são pessoas com transtornos mentais moderados e que as equipes devem atender a necessidade de cuidado especializado identificado na APS, coube à Nota Técnica nº 7/2021 regulamentar tais equipes no estado do Paraná (BRASIL, 2019; PARANÁ, 2021).

O documento enfatiza que as eMAESM não são serviços de portas abertas, e sugere que seja utilizado o instrumento de estratificação de risco em saúde mental para embasar a avaliação quanto à gravidade do caso, pois as eMAESM mais indicadas para atendimento de casos de médio risco, se configurando efetivamente como intermediários entre a APS e os CAPS. Não há parâmetros populacionais como critério para implementação dos eMAESM, cabendo aos gestores avaliar a pertinência de uma equipe no território, tampouco é obrigatório que haja uma

estrutura física reservada exclusivamente para essas equipes, o que foi alvo de críticas (COMPLEMENTAR) (CRUZ, GONÇALVES E DELGADO, 2020).

Segundo essa normativa, o papel das eMAESM na RAPS não é de substituição nem dos CAPS, que teriam “possibilidades de ação mais amplas” (PARANÁ, 2021, p. 1), nem das equipes multiprofissionais da atenção básica, aqui mencionados especificamente na modalidade NASF-AB. Dentre as atribuições das eMAESM estão a ampliação do acesso à assistência em saúde mental, a oferta de cuidado para os usuários com transtornos mentais moderados encaminhados pela APS, o trabalho integrado e articulado com outros pontos do SUS e do SUAS (PARANÁ, 2021).

Apesar de a Norma Técnica nº07/2021 enfatizar o papel dos NASF-AB na qualificação do cuidado em saúde mental na APS, é fundamental ressaltar que no ano de 2020 o governo federal operou mudanças drásticas que inviabilizaram a continuidade do trabalho dessas equipes (BRASIL, 2020; PARANÁ, 2021).

Por mais que haja a proposta de que as eMAESM trabalhem de forma articulada com a APS, a destituição dos NASF-AB enquanto espaços privilegiados de produção de cuidados em saúde mental inviabiliza as chances disso acontecer nos municípios onde tais equipes deixaram de existir. Ao analisarmos a proposta das eMAESM e a desapropriação dos NASF-AB enquanto espaços fundamentais para a efetivação dos cuidados em saúde mental na APS, nota-se uma lacuna entre tais pontos de atenção.

O papel do ambulatório na RAPS é incerto e contraditório. Alguns autores buscam reafirmar as potencialidades desses serviços enquanto complementares, reconhecendo que não se tratam de serviços substitutivos (SANTOS, 2007). Para Cruz, Gonçalves e Delgado (2020), apesar da aparência inócua, as equipes multiprofissionais remontam ao modelo pré-reforma, sendo essencialmente ambulatórios psiquiátricos.

Na questão metodológica, a presente pesquisa apresentou algumas limitações; dentre as mais importantes, figura a impossibilidade de se fazerem discussões mais amplas e aprofundadas sobre a temática, já que se trata de uma pesquisa documental retrospectiva, com observação das atas e relatórios técnicos disponibilizados pelo CMS. Outro ponto fundamental é que, somente com a observação participativa, seria possível representar toda a dinâmica de atuação dos conselheiros de saúde, pois é difícil, às vezes, no papel – nas atas e nos

documentos técnicos –, conseguir retratar fielmente e fidedignamente tudo que minuciosamente acontece em cada uma das reuniões do CMS (DITTERICH et al,2015).

5.2 A (FALTA DE) PARTICIPAÇÃO DOS USUÁRIOS NO CMS

Apesar de a saúde ser considerada o setor público pioneiro na instituição de mecanismos de controle social no país, a observação do funcionamento do CMS por meio das atas fornece elementos que corroboram com perspectivas críticas sobre a realidade concreta do cotidiano e sobre a efetividade de tais instâncias. Uma das constatações alcançadas com a pesquisa foi a baixa participação dos usuários dos serviços de saúde no CMS, sendo composto em sua maioria por por gestores e trabalhadores do município. À exemplo, os quatro tópicos levantados sobre saúde mental foram trazidos por membros da gestão municipal.

Furtado, Queiroz e Furtado (2023) propõem que no cerne desta problemática está a contradição presente na sociedade de classes, de modo que a cooptação dos mecanismos de controle social por determinados atores seria inevitável. Os conselhos de saúde seriam produto de uma estratégia da classe dominante que, cedendo um espaço limitado para a classe dominada (aqui representada pelos usuários do SUS), efetivaria uma falsa conciliação de interesses fundamentalmente incompatíveis (GOHN, 2006; SILVA, 2019).

Como resultado, observa-se a cooptação dos instrumentos de controle social para fins burocráticos, esvaziados de sentido político e sem espaço para protagonismo dos atores sociais cujas reivindicações deveriam estar no centro das discussões. Para os usuários dos conselhos gestores, a falta de representação e de poder deliberativo faz com que os espaços de controle social sejam vistos como desinteressantes e sem propósito. (FURTADO, QUEIROZ e FURTADO, 2023). Soma-se ainda o desconhecimento da população geral sobre as possibilidades destes espaços e a falta de experiência na participação em instâncias democratizantes (GOHN, 2006).

Silva (2019) ressalta que as problemáticas observadas são velhas conhecidas do controle social desde o surgimento do mesmo, independente do governo. Ademais, autora considera que o controle social na saúde tem

“a função de ser corresponsável pela administração dos problemas e pela busca de soluções remediadoras, no SUS, com pouco potencial indutor de

mudanças nos rumos na política pública de saúde e, além disso, com pouco potencial de desafiar os preceitos neoliberais de preservação da reprodução do capital.” (SILVA, 2019, p. 38)

Dentro de instâncias colegiadas se encontram forças em disputa e conselheiros com posicionamentos oportunistas que entendem os conselhos como meras ferramentas para alcançar objetivos próprios (GOHN, 2006). Mesmo que a legislação assegure a participação de usuários nas instâncias colegiadas por meio da paridade de composição, não é garantido que os conselheiros deste setor conseguirão utilizar do espaço como forma de acessar e influenciar o aparato estatal (CARVALHO, 1995; SILVA, 2019).

Gohn (2006) ressalta a desigualdade nas condições de participação dos usuários em relação aos conselheiros membros da gestão pública:

“Os primeiros trabalham nas atividades dos conselhos durante seu período de expediente de trabalho normal/remunerado; têm acesso aos dados e informações, têm infra-estrutura de suporte administrativo; estão habituados com a linguagem tecnocrática etc. Ou seja, eles têm o que os representantes da sociedade civil não têm (pela lei, os conselheiros municipais não são remunerados e nem contam com estrutura administrativa própria)” (GOHN, 2006, p. 9)

Para que sejam solucionadas as fragilidades encontradas nos conselhos gestores e, porque não, no CMS, são propostas algumas mudanças. Cursos e capacitações são meios de qualificar exponencialmente a participação efetiva dos conselheiros conforme produzam saberes ético-políticos e não somente capacitações técnicas. Outra possibilidade é a elaboração de mecanismos que garantam a efetivação do que é deliberado e responsabilização dos conselheiros pelas resoluções adotadas (GOHN, 2006).

Quanto aos representantes da população sem vínculo com a gestão, a igualdade de condições para acesso dos conselhos pode se dar tanto por uma remuneração para a atividade quanto por acesso a informações decodificadas (GOHN, 2006).

5.3 SAÚDE MENTAL E CONTROLE SOCIAL EM PAUTA NO CMS

A dificuldade de acesso à informações de qualidade para uma atuação certa nos espaços de controle social é uma certeza. Levando em conta que o arcabouço conceitual e legislativo que embasa a política nacional de saúde mental

não é amplamente difundido, a abordagem do tema deve ser cuidadosa para não incorrer nos erros comumente encontrados, como o uso de jargões ou mesmo a ausência de tempo que leva um conselho a “atropelar” as pautas. É crucial que sejam de comum acordo informações basilares para que a discussão esteja situada na realidade do território do conselho, como os dispositivos que compõem a RAPS no município, como é o fluxo de atendimento e quais instrumentos são utilizados na regulação de tal fluxo (FERRO, SANTOS, 2021).

Ferro, Burnagui e Ditterich (2019) propõem que os profissionais da saúde assumam a vanguarda na articulação de esforços coletivos para resolução de problemas comunitários, incluindo dentro os espaços possíveis as instâncias de controle social. A proximidade dos profissionais com o território permite que os mesmos mobilizem os recursos disponíveis e instrumentalizem os usuários acerca de instituições que compõem na luta pelos direitos humanos (FERRO, BURNAGUI e DITTERICH, 2019).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise do conteúdo das atas das plenárias do CMS revelou que em um período de dois anos pouco se discutiu sobre o vasto campo da PNSM, e que dentre as discussões realizadas, todas as que se referiam à atenção à saúde foram acerca de serviços do componente da atenção especializada da RAPS. Enquanto se discutiu formas de organizar o fluxo de acesso, processos de trabalho e gestão da fila de espera, em nenhum momento foram feitas análises sobre quais eram os motivos para tamanhos desarranjos na rede de atenção. A noção de que, para a gestão, os trabalhadores e os usuários o cuidado em saúde mental é restrito aos serviços especializados fica subentendida quando é constatado que não houve falas sobre o papel da APS na oferta de cuidado às demandas de saúde mental da população, muito menos sobre como essa falta de oferta se relaciona com o quadro geral da rede de atenção municipal.

O fenômeno da dissociação entre a saúde mental e todas as demais áreas da saúde nos diversos serviços pode ter dentre seus motivos de ser a própria segregação relegada às pessoas com demandas em saúde mental pela sociedade de modo geral, que impacta também como gestores e trabalhadores situam a atenção a tais demandas dentro do território. Para que a rede de atenção à saúde seja corresponsável na garantia dos cuidados que são de direito, é fundamental que a gestão e os profissionais estejam apropriados da PNSM, de seu alicerce na RPB e o qual é a visão de sujeito inaugurada desde então. Somente assim será possível operar mudanças que se sustentem ao decorrer do tempo, pois enquanto persistir esse insulamento dos cuidados em saúde mental restritos à atenção especializada, haverá uma sobrecarga ao serviço ambulatorial/eMAESM e aos CAPS.

REFERÊNCIAS

- AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998. 143p.
- AMARANTE, Paulo. **Saúde mental e atenção psicossocial**. 3 ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.
- BRASIL. **Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília. Ministério da Saúde, 1986.
- BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidente da República, [2016]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm.
- BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília (DF): OPAS; 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes Nacionais para o Processo de Educação Permanente no Controle Social do SUS**. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2006.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS**, vol. 1. 186 p. Brasília, DF: CONASS, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Para entender o controle social na saúde**. Brasília, DF : Ministério da Saúde, 2013. 178 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica nº3/2020-DESF/SAPS/MS**. Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e Programa Previne Brasil. Brasília, DF : Ministério da Saúde, 2020a.
- CARVALHO, A. I. de. Conselhos de Saúde, Responsabilidade Pública e Cidadania: a Reforma Sanitária como Reforma do Estado. In: FLEURY, S. (org.) **Saúde e Democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.
- CORREIA, M. V. C. O controle social sobre a política de saúde. In: **Que Controle Social? Os conselhos de saúde como instrumento** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000, pp. 53-86. ISBN: 978- 85-7541-522-1. Disponível em: doi: 10.7476/9788575415221.

COSTA, A.M., VIEIRA, N.A. Participação e controle social em saúde. In FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro**: organização e gestão do sistema de saúde [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. Vol. 3. pp. 237-271.

CRUZ, N. F. de O., GONÇALVES, R. W. e DELGADO, P. G. G. Retrocesso da reforma psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. **Trabalho, Educação e Saúde** [online]. 2020, v. 18, n. 3 [Acessado 16 Janeiro 2023], e00285117. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00285>>. Epub 15 Jul 2020. ISSN 1981-7746. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00285>.

DITTERICH, R. G., DITTERICH, A. C. R. e BALDANI, M. H.. A política de saúde bucal em pauta no Conselho Municipal de Saúde no Município de Nova Friburgo - RJ. **Revista de Odontologia da UNESP** [online]. 2015, v. 44, n. 3, pp. 143-151.

ESCOREL, S., NASCIMENTO, D. R. do, EDLER, F. C. As origens da reforma sanitária e do SUS. In: **Saúde e democracia**: história e perspectivas do SUS. 2005. p. 59-81.

FERRO, L. F, BURNAGUI, J. G., DITTERICH, R. G. Controle social e saúde mental: Estratégias para a construção coletiva do SUS. In: CREMASCO, M. V. F. e MENZ, M. D. (org.) **Formação em Política sobre Drogas**. Curitiba: Editora UFPR, 2019.

FERRO, L. F.; SANTOS, G. W. dos. Controle social e saúde mental: estudo sobre barreiras e possibilidades para a participação social. **Extensão em Foco**, n. 22, 2021.

FLEURY, S. A questão democrática na saúde. In: FLEURY, S. (org.) **Saúde e Democracia**: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

FURTADO, F. P. de L.; QUEIROZ, C. R.; FURTADO, J. H. de L. Democracia, saúde e controle social: entre falácias e desafios no Brasil contemporâneo. **Revista Científica do UBM**, p. 112-121, 2023.

GOHN, M. da G. Conselhos gestores e gestão pública. **Ciências Sociais Unisinos**, v. 42, n. 1, p. 5-11, 2006.

JOHNS-HOPKINS UNIVERSITY OF MEDICINE. Coronavirus Resource Center. **Mortality in the most affected countries**. Disponível em: <<https://coronavirus.jhu.edu/data/mortality>>. Acesso em: 15 de jan. de 2023.

LABRA, M. E. Conselhos de Saúde: dilemas, avanços e desafios. LIMA, N.L., et al. orgs. **Saúde e Democracia**: história e perspectivas do SUS [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005.

MORITA I., GUIMARÃES J.F.C., DI MUZIO B.P. A participação de Conselheiros Municipais de Saúde: solução que se transformou em problema? **Saúde Soc.** 2006; 15(1):49-57

OSMO, A., SCHRAIBER, L. B. O campo da Saúde Coletiva no Brasil: definições e debates em sua constituição. **Saúde Soc.** São Paulo v.24, supl.1, p.205-218, 2015

PAIM, J. S. Direito à Saúde, Cidadania e Estado. In: **Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde**; 17-21 Mar. 1986; Brasília, DF: Centro de Documentação do Ministério da Saúde; 1987. p. 45-60.

PAIM, J. S. Bases conceituais da reforma sanitária brasileira. In: FLEURY, S. (org.) **Saúde e Democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

PAIM, J. S. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009.

PAIM, J. S. et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. 2011. **Lancet**, p. 11-31, 2015.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Diretoria de Atenção e Vigilância em Saúde. Divisão de Atenção à Saúde Mental. **Nota Técnica em Saúde Mental nº07/2021**. Implantação de Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental (eMAESM). Paraná: Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, 2021.

PINHAIS. **Site oficial da Prefeitura de Pinhais**. Disponível em : <<https://pinhais.atende.net/subportal/saude>>. Acesso em 10/05/2022.

PINHAIS. Conselho Municipal de Saúde. **Ata da 30ª Reunião Ordinária do CMS - Quadriênio 2018-2021**. Pinhais: Conselho Municipal de Saúde, 2020a.

PINHAIS. Conselho Municipal de Saúde. **Ata da 33ª Reunião Ordinária do CMS - Quadriênio 2018-2021**. Pinhais: Conselho Municipal de Saúde, 2020b.

PINHAIS. Secretária Municipal da Saúde. **Relatório Anual de Gestão - RAG 2020**. Pinhais: Secretaria Municipal de Saúde, 2020c

PINHAIS. Conselho Municipal de Saúde. **Ata da 41ª Reunião Ordinária do CMS - Quadriênio 2018-2021**. Pinhais: Conselho Municipal de Saúde, 2021.

ROBAINA, C. M. V. **Controle social: uma alternativa para relação Saúde Mental e Sociedade? Um estudo da experiência do Centro Comunitário CPPII**. Dissertação (Mestrado em Serviço Social). Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 146p. 2005.

ROLIM, L. B, CRUZ, R. S. B. L. C., SAMPAIO, K. J. A. J. Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 37, n. 96, p. 139-147, jan./mar. 2013

SANTOS, Y. F. dos. **O ambulatório de saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica em Natal/RN**. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, 168 p. 2007

SANTOS V. M. S. A., SOUZA, T. P. A participação das associações comunitárias no controle social do Sistema Único de Saúde (SUS) no acompanhamento de políticas públicas de saúde pelo conselho municipal de Boa Vista. **Norte Científico**. 2008; 3(1):36-47.

SÁ-SILVA, J. R.; ALMEIDA, C. D. de; GUINDANI, J. F. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista brasileira de história & ciências sociais**, v. 1, n. 1, p. 1-15, 2009.

SILVA, L. de S. O. **Controle social na saúde: uma análise sobre o projeto de participação social**. Dissertação (Mestrado em Educação Profissional em Saúde) - Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Rio de Janeiro, p. 94. 2019.

VASCONCELOS, E. M. Reinvenção da cidadania, Empowerment no campo da saúde mental e estratégia política no movimento de usuários. In: AMARANTE, P., org. **Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade [online]**. Coleção Loucura & Civilização Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, , p. 169-194, 2000.

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

CINTIA SOARES DO ROZARIO

**INSTRUMENTO DE ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO:
POTENCIALIDADES E FRAGILIDADES EM UM CENTRO DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL**

CURITIBA - PR

2023

CINTIA SOARES DO ROZARIO

**INSTRUMENTO DE ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO:
POTENCIALIDADES E FRAGILIDADES EM UM CENTRO DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL**

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^ª. Orientadora: Rejane Cristina Teixeira Tabuti.

CURITIBA - PR

2023

FOLHA DE APROVAÇÃO

CURITIBA, ____ DE _____ DE _____

O trabalho intitulado **INSTRUMENTO DE ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO: POTENCIALIDADES E FRAGILIDADES EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL** de autoria da aluna CINTIA SOARES DO ROZARIO foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado APROVADO no Programa de Residência em Saúde Mental.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Ma. Rejane Cristina Teixeira Tabuti
Orientadora do TCR/PI

Prof. Ma. Luciana Elisabete Savaris
Avaliador da Instituição

Prof. Me. Luiz Claudio Sobrinho do Nascimento
Avaliador Externo

CURITIBA

2023

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, gostaria de agradecer a Deus, por me guiar nesta caminhada, a qual me proporcionou esta oportunidade de aprimorar meus conhecimentos.

À minha orientadora, Prof. Ma. Rejane Cristina Teixeira Tabuti, que é um referencial de exemplo em sua prática, que me auxiliou, teve paciência, sabedoria, confiança em me orientar e por incentivar-me na busca do saber científico.

À minha mãe, Palmira, meu exemplo de mulher e profissional que sempre me apoiou desde a escolha de minha graduação, quanto a esta especialização. Por todo amor e renúncia, por todos os esforços para minha formação. Sem você eu não seria nada. Amo você!

Ao meu amor, João Pedro, que esteve ao meu lado em todos os momentos, por segurar minha mão a cada vitória e a cada derrota, por me incentivar, manter-me firme até o final e me lembrar todos os dias que sou capaz. Obrigada por todo carinho e por entender minhas ausências pelas atividades acadêmicas que exigiam de mim, continue com esse coração maravilhoso.

Às minhas colegas da especialização, por dividirem seus conhecimentos, experiências, alegrias, cansaços, dificuldades e mesmo assim apoiando umas as outras. Que me ajudaram e incentivaram, em relação às dificuldades de coleta de dados e desenvolvimento deste trabalho.

Aos meus professores, que contribuíram no meu processo de aprendizagem, e em especial minha tutora, Prof. Ma. Luciana Elisabete Savaris, que sempre me acolheu, vivenciou minhas angústias e me orientou ao final do percurso. Obrigada pela paciência e disponibilidade.

Enfim, agradeço a todos que fizeram parte desta conquista, por acolherem minhas angústias, decepções em meio a tantas dificuldades no percurso e sempre me

incentivarem a continuar e não desistir. Tive grandes experiências em minha carreira profissional. Muito obrigado a todos, que Deus os abençoe!

“Existe algo na natureza humana que resiste a ser coagido e forçado a agir. Ironicamente, às vezes, o reconhecimento do direito e da liberdade do outro de não mudar é o que torna a mudança possível.

Stephen Rollnick

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
2 OBJETIVO.....	16
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	17
4 ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS.....	24
5 RESULTADO E DISCUSSÃO.....	28
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	35
REFERÊNCIAS.....	37
APÊNDICES.....	42

LISTA DE GRÁFICO

Gráfico 1. AMOSTRA DE USUÁRIOS	29
---	-----------

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. TÉCNICA DOS 5 “A’S”	20
Quadro 2. POTENCIALIDADES E FRAGILIDADES PARA A ADESÃO E NÃO ADESÃO AO USO DE PSICOFÁRMACOS.....	31

RESUMO

Esta pesquisa verificou a adesão e conhecimento de pessoas com transtornos mentais com relação a sua terapêutica e teve como objetivo elaborar um instrumento de adesão ao tratamento medicamentoso como ferramenta terapêutica para auxiliar pessoas em tratamento. Tratou-se de um Projeto de Intervenção, em que a coleta de dados foi realizada no Centro de Atenção Psicossocial -CAPS II no município de Pinhais- PR, mediante análise de prontuário e entrevista individual semiestruturada. Foram selecionados treze usuários que no momento apresentavam dificuldades acerca do uso de psicofármacos na visão da equipe multidisciplinar do CAPS II, seja pelo medo da dependência, resistência ao uso, efeitos colaterais causados pelos psicofármacos, dificuldade na compreensão da medicação, desorganização em ambiente familiar, abandono ou interrupção do tratamento no momento em que percebe melhora, traduzindo uma baixa adesão ao tratamento medicamentoso. No decorrer desta pesquisa emergiram 2 categorias como resultados: 1) Potencialidades para a adesão ao uso de psicofármacos, sendo elas: Comunicação efetiva, atendimento da equipe multiprofissional, fé e espiritualidade, medicação supervisionada e o sentir-se melhor. 2) Fragilidades para a adesão ao uso de psicofármacos, onde foram identificadas cinco causas, sendo elas: Falta de apoio familiar, efeitos colaterais, falta de comprometimento, fanatismo religioso e o sentir-se melhor. Por fim, evidencia-se que o uso dos psicofármacos durante o tratamento é permeado continuamente por diversos fatores que fragilizam e potencializam a manutenção regular do tratamento medicamentoso. Concluiu-se que há necessidade da busca por conhecimento para efetivas ações educativas em saúde e novas estratégias que fortaleçam a autonomia considerando suas reais necessidades e incentivando a família como rede de apoio ao usuário com transtornos mentais.

Palavras-chave: Adesão. Saúde Mental. Uso de psicofármaco. Equipe Multidisciplinar.

ABSTRACT

This research verified the adherence and knowledge of people with mental disorders regarding their therapy and aimed to develop an instrument for adherence to drug treatment as a therapeutic tool to help people undergoing treatment. This is an Intervention Project, in which data collection was carried out at the Psychosocial Care Center -CAPS II in the city of Pinhais-PR, through analysis of medical records and individual semi-structured interviews. Thirteen users were selected who at the time had difficulties regarding the use of psychotropic drugs in the view of the CAPS II multidisciplinary team, either because of fear of dependence, resistance to use, side effects caused by psychotropic drugs, difficulty in understanding the medication, disorganization in the family environment, abandonment or discontinuation of treatment when they perceive improvement, translating into low adherence to drug treatment. In the course of this research, 2 categories emerged as results: 1) Potentialities for adherence to the use of psychotropic drugs, namely: Effective communication, multidisciplinary team care, faith and spirituality, supervised medication and feeling better. 2) Weaknesses for adherence to the use of psychotropic drugs, where five causes were identified, namely: Lack of family support, side effects, lack of commitment, religious fanaticism and feeling better. Finally, it is evident that the use of psychotropic drugs during treatment is continuously permeated by several factors that weaken and enhance the regular maintenance of drug treatment. It is concluded that there is a need to search for knowledge for effective educational actions in health and new strategies that strengthen autonomy, considering their real needs and encouraging the family as a support network for users with mental disorders.

Keywords: Adhesion. Mental health. Use of psychopharmaceuticals. Multidisciplinary Team.

1. INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS), tem alertado a população e os governos de todos os países sobre o aumento expressivo da prevalência de transtornos mentais. No Brasil, cerca de 18,6 milhões de pessoas são acometidas por transtornos de ansiedade (WHO,2021).

O panorama da saúde mental é tão agravante, que os dados retratados em estudos o consolidam como um problema de saúde global. Em Genebra, sede da OMS, em outubro de 2021, foi divulgado o novo Atlas de Saúde Mental (Mental Health Atlas), mostrando informações sobre a saúde mental em todo o mundo. O Atlas é um apanhado de dados sobre financiamento, recursos humanos e políticas de saúde mental que são fornecidas por 171 países, acompanhando progressos em direção ao cumprimento das metas do Plano de Ação, coletando e disseminando informações à nível mundial. O cenário é preocupante uma vez que os países não alcançaram a maior parte das metas estabelecidas para 2020, fazendo com que houvesse uma extensão do prazo para 2030, com desígnio de seu cumprimento (WHO,2021).

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), realizou uma publicação no final de novembro de 2021 e outra em junho de 2022, em que sobreleva a perspectiva da saúde mental e o efeito devastador da pandemia da COVID-19 no bem estar das populações das Américas. Informando que de quatro a cada dez brasileiros tiveram problemas decorrentes dos transtornos de ansiedade e depressão, no qual estimativas iniciais revelam um aumento de 26% e 28%, respectivamente, para ansiedade e transtornos depressivos maiores, entre os anos de 2019 a 2020. Para mitigar o impacto da pandemia, os autores referem que deve ser incluída a saúde mental nos planos de preparação, resposta e recuperação para emergências, haja visto que é urgente fortalecer os sistemas e serviços de saúde mental (OPAS, 2021; OPAS/OMS, 2022).

Apesar de existirem caminhos e alternativas eficazes de tratamento, a maior parte das pessoas com transtornos mentais não têm alcance a cuidados eficientes, e aqueles que procuram assistência sofrem estigmas e discriminação por estarem em um serviço de saúde mental, decorrendo a violação dos direitos humanos (OPAS, 2021; OPAS/OMS, 2022).

“Toda a pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para lhe assegurar e à sua família a saúde e o bem-estar, principalmente quanto à alimentação, ao vestuário, ao alojamento, à assistência médica e ainda quanto aos serviços sociais necessários, e tem direito à segurança no desemprego, na doença, na invalidez, na viuvez, na velhice ou noutros casos de perda de meios de subsistência por circunstâncias independentes da sua vontade” (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1948, art.25).

A Política Nacional de Saúde Mental, norteadas pelas diretrizes da Reforma Psiquiátrica, bem como a Lei Federal nº 10.216/2001 que garante os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial à saúde mental, buscam fortalecer um modelo de atenção aberto e de base comunitária. Em complemento à esta mesma lei, foi instituída a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) pela Portaria nº 3.088/2021 que direciona o atendimento, ampliando e articulando os pontos de atenção à saúde 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, sendo republicada em 21 de maio de 2013 e revogada pela Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017 (BRASIL, 2001; BRASIL, 2011).

A RAPS é formada por sete componentes, sendo eles: Atenção Básica em Saúde, Atenção Psicossocial, Atenção de Urgência e Emergência, Atenção Residencial de Caráter Transitório, Atenção Hospitalar, Estratégias de Desinstitucionalização e Reabilitação Psicossocial, tendo seus pontos de atenção específicos dos diversos componentes (BRASIL, 2011).

Os transtornos psiquiátricos são determinados por distúrbios clinicamente significativos na regulação emocional, na cognição ou no comportamento de um indivíduo. Comumente é associado a sofrimentos ou danos a áreas funcionais importantes, em vista, isso pode levar ao comprometimento funcional grave, dificuldades de autocuidado e em suas relações interpessoais, com o declínio da qualidade de vida e prejuízo ocupacional e comunitário. A este respeito, o tratamento de pessoas com transtornos mentais requer múltiplas intervenções, inclusive medicamentosas (OPAS/OMS, 2022).

O regime terapêutico adequado e o uso prudente de medicamentos correlacionado a outras vias de tratamento, legítima restabelecer o alívio dos sintomas e uma melhor qualidade de vida e saúde para o usuário. Neste entremeio, uma das adversidades encontradas na prática é o uso irregular ou abandono do regime terapêutico por pessoas com transtornos mentais. Há profusas questões que

exacerbam a baixa adesão medicamentosa, algumas delas são: a complexidade do tratamento, o impasse no acesso ao medicamento, o entendimento equivocado do regime terapêutico, crenças de que a medicação é ineficaz, crenças religiosas, a falta de suporte e desorganização familiar, falta de clareza sobre o transtorno, a ilusão da percepção de cura frente a melhora dos sintomas iniciais e logo a interrupção do tratamento, são algumas das predisposições à baixa adesão (BORBA, 2018).

Este projeto estendeu-se ao trabalho de conclusão de Residência Multiprofissional em Saúde Mental, da Escola de Saúde Pública do Paraná, a qual dispõe do município de Pinhais-PR como cenário de prática para atuação dos residentes. A estrutura da rede de saúde de Pinhais é composta pelos seguintes serviços, Centro de Atendimento Psicossocial - CAPS II; Centro de Atendimento Psicossocial - CAPS ad; Centro de Especialidades; Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24 horas); Serviço de Remoção; Clínicas Odontológicas; o município conta também com 12 Unidades de Saúde distribuídas no território, USF Ana Nery, USF Esplanada, USF Jardim Karla, USF Maria Antonieta, USF Perdizes, USF Perneta, USF Tarumã, USF Tebas, USF Vargem Grande, USF Vila Amélia, USF Weissópolis, Unidade de Saúde da Mulher e da Criança.

A fim de contemplar a integralidade da pessoa com transtorno mental, este trabalho descreveu o processo de elaboração de um instrumento de apoio para a equipe de saúde no CAPS II do município de Pinhais-PR, na intenção de instituir estratégias de promoção a adesão terapêutica de psicofármacos e planificar ações de cuidado no decorrer do tratamento em saúde mental. Visto que mudanças exigem tomadas de decisões, a aplicação do autocuidado estabelece ao usuário uma análise do curso da sua terapêutica, com a intenção de impulsionar sua autonomia, importante pilar na adesão aos psicofármacos, respeitando sua individualidade, porém, responsabilizando por suas ações tomadas e desenvolvendo sua confiança para assim estabelecer novas práticas (SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE CURITIBA, 2012).

1.1 JUSTIFICATIVA

No meu período de atuação como residente na área de saúde mental, experienciei cotidianamente os usuários do serviço realizarem o uso de psicofármacos. O enfermeiro neste aspecto desempenha a supervisão de toda a equipe de enfermagem tal qual a supervisão da medicação, participando semanalmente das reuniões multidisciplinares sobre a evolução do usuário que está fazendo o uso da medicação. Pude observar durante todo o período com os mesmos e com a equipe, as dificuldades acerca do medo da dependência, resistência ao uso, efeitos colaterais causados pelos psicofármacos e principalmente a dificuldade de entender cada medicação e sua desorganização em ambiente familiar, o que traduz a baixa adesão ao tratamento medicamentoso. Notei igualmente o curso da adesão medicamentosa realizada por cada usuário acompanhado, com a expectativa de melhora e abandono do psicofármaco ou interrupção do tratamento quando percebe melhora e logo mais o desencanto e decepção quando acaba regredindo, procurando no profissional amparo, orientação e escuta em seus reinícios ao uso de psicofármacos.

Frente a este panorama, encaminhou-se o planejamento de uma pesquisa para elaborar um instrumento de adesão ao tratamento medicamentoso como ferramenta terapêutica para auxiliar pessoas em tratamento no Centro de Atenção Psicossocial.

2. OBJETIVO

2.1 OBJETIVO GERAL

Elaborar um instrumento de adesão ao tratamento medicamentoso como ferramenta terapêutica para auxiliar pessoas em tratamento no Centro de Atenção Psicossocial.

2.2 OBJETIVO ESPECÍFICO

1. Descrever o processo de elaboração do instrumento de intervenção em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II);
2. Identificar as limitações e os entendimentos do usuário em relação à terapêutica proposta, a partir de sua realidade e contexto em que vive no território, compreendendo suas necessidades biopsicossociais e instruindo os mesmos e seus familiares;
3. Estimular a adoção de estratégias de promoção a adesão terapêutica, por meio do autocuidado e/ou a responsabilidade do usuário, como forma de incentivar a autonomia à adesão ao tratamento de Saúde Mental, por meio da técnica dos 5 "A's"- avaliação, aconselhamento, pactuação, assistência e acompanhamento;
4. Discorrer sobre as potencialidades e fragilidades associadas à adesão e não adesão dos psicofármacos.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

No Brasil a partir do início dos anos 2000, a autonomia tornou-se um dos principais conceitos utilizados nas políticas de saúde. Ganhou-se esse direcionamento após a promulgação da Política Nacional de Humanização (PNH). “A humanização é a valorização dos usuários, trabalhadores e gestores no processo de produção de saúde. Valorizar os sujeitos é oportunizar uma maior autonomia, a ampliação da sua capacidade de transformar a realidade em que vivem, através da responsabilidade compartilhada, da criação de vínculos solidários, da participação coletiva nos processos de gestão e de produção de saúde.” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003), e também pela publicação das portarias que regem a Política Nacional de Saúde Mental. Tendo em vista este panorama, foi possível o campo da saúde mental reconstruir o modelo de atenção que se atinha unicamente nas doenças por meio de práticas ambulatoriais, e passa a caminhar rumo a construção da autonomia entre usuários e trabalhadores em direção a ações preventivas e de promoção da saúde com centralidade no sujeito e sua singularidade (GASTÃO WAGNER CAMPOS, ROSANA ONOCKO-CAMPOS, 2006).

Qualquer mudança na gestão e atenção é mais concreta se construída com a ampliação da autonomia e vontade das pessoas envolvidas, que compartilham responsabilidades. Os usuários não são só pacientes, os trabalhadores não só cumprem ordens: as mudanças acontecem com o reconhecimento do papel de cada um. Um SUS humanizado reconhece cada pessoa como legítima cidadã de direitos e valoriza e incentiva sua atuação na produção de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013, p.7).

Quanto à autonomia, no contexto da reforma psiquiátrica, resultou em considerar os usuários capazes de partilhar as decisões sobre o próprio tratamento, incluindo até mesmo sobre o uso de seus medicamentos. Deve-se pensar autonomia não como uma independência de se viver sozinho ou um individualismo, a autonomia para a reforma significa o compartilhamento com os outros, e não de forma isolada. As decisões acerca de sua terapêutica não podem ser apenas opinadas pelos profissionais de saúde, elas devem ser compartilhadas. De acordo com os colaboradores da Gestão Autônoma da Medicação (GAM) na qual é uma estratégia utilizada para aprendermos a cuidar do uso dos medicamentos, a autonomia é sempre construída na relação com o outro, incluindo os usuários como protagonistas e corresponsáveis em seu tratamento, em conjunto aos profissionais de saúde (GESTÃO AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO, 2014).

O movimento da reforma psiquiátrica não objetivou meramente a desinstitucionalização da loucura através da extinção dos manicômios, e sim direcionou mudanças na assistência dessa população, que passaram a ser mais humanizadas, estimulando o desenvolvimento da autonomia, defendendo e protegendo os direitos dos indivíduos em sofrimento psíquico (MELO, 2012).

Dentre os diversos artigos, é notável que a adesão ao tratamento é de difícil conceituação. No decorrer do tempo, para se denominar o quanto o usuário tem seguido ao seu tratamento, vêm sendo utilizados diversos termos, entre eles a “aderência\adesão”. A OMS traz a definição constituída na literatura médica por *Haynes e Rand* tal qual diz “O grau em que o comportamento de uma pessoa, relacionado não só com a administração de medicamentos, mas também com o seguimento de uma dieta ou com as mudanças de estilo de vida e que corresponde às recomendações do médico ou de outro profissional de saúde” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003).

A falta de adesão ao tratamento já está em alta escala, e tem sido considerada por diversos autores como um problema de saúde pública, intitulada de “epidemia invisível”. Em saúde mental, o foco do tratamento não se mantém em torno da medicação, a adesão objetiva que o tratamento medicamentoso possibilite um controle maior da doença, minimizando a necessidade de inúmeras internações consecutivas e seja um auxílio no manejo dos sintomas psiquiátricos (SILVA et al., 2022).

A adesão ao tratamento está relacionada com a experiência do usuário frente aos medicamentos, de modo a tornar a adesão complexa pois é influenciada por diversos fatores. Acerca dos fatores mais comuns que podem influenciar a adesão ao tratamento encontram-se aqueles ligados ao usuário, como limitações cognitivas e funcionais, seu próprio conhecimento de saúde, conhecimento sobre as medicações, crenças, preocupações, baixa capacidade do indivíduo em compreender informações, além de fatores sociais e econômicos relacionados à falta de acesso aos serviços de saúde, ausência de suporte familiar e social, ligados ao tratamento em si: reações adversas, complexidade do regime terapêutico que engloba o número de doses e de comprimidos que necessitam ser ingeridos diariamente, horários das doses que por vez geram conflito com suas rotinas, duração e custo do tratamento e fatores relacionados ao sistema e a equipe de

saúde: negligência no acompanhamento e orientação aos usuários e seus familiares, problemas na aquisição e distribuição de medicamentos (BRASIL, 2016).

A não adesão estabelece uma dificuldade significativa para o tratamento, uma vez que o usuário não adere ao tratamento medicamentoso, acaba por desencadear um maior impacto na intensidade das crises, um aumento da frequência nos serviços, internações e reinternações, sobrecarregando o sistema de saúde como um todo, visto que, a baixa adesão está relacionada ao aumento na procura pelos serviços de emergência com uma piora dos transtornos mentais e comprometimento da qualidade de vida (BORBA, 2018).

É comum a pessoa com transtorno mental perpassar por momentos de recuo dos sinais e sintomas e manejo dos mesmos, intercalados a algumas situações de crise. Para minimizar este quadro, no final da década de 1940, iniciou-se um desenvolvimento da psicofarmacologia na saúde mental, todavia, dispondo deste mecanismo, qualquer sinal e sintoma de sofrimento psíquico passou a ser definido como uma patologia. O fato desta classe de medicação exercer um efeito “mágico” sobre o organismo, tornou-se “um meio de libertar-se das dores da própria essência humana, como uma forma de camuflar o sofrimento” (ALMEIDA et al., 2021, p.109). A terapêutica era unicamente a administração dos psicofármacos, promovendo o modelo manicomial de atenção à saúde, marcada pela abundância do uso de medicamentos, aumentando a medicalização (ALMEIDA et al., 2021).

Determina-se medicalização como sendo um processo no qual todos os problemas caracterizados como não médicos, passam a ser estipulados e tratados como problemas médicos, mantendo-se o arquétipo do paradigma biomédico, em que a saúde era alcançada pelo absentismo da doença. Este segmento corresponde à forma indiscriminada e exagerada da prescrição de psicofármacos, onde constrói-se a ideia de: Por que se permitir ter sentimentos indesejados que antes eram aspectos do cotidiano, se podemos nos medicar/automedicar? Com isso fica evidente a dependência à patologização (CAVALCANTE et al., 2021; SANTOS et al., 2019; ALMEIDA et al., 2021; FILARDI et al., 2021).

Em contrapartida, no Brasil, a partir do Movimento da Reforma Psiquiátrica no final da década de 1970, desencadearam muitas mudanças, dentre elas, o processo das práticas assistenciais, os conceitos, o próprio modelo de atenção à saúde e também uma importante ressignificação da função dos psicotrópicos, nas quais as pessoas com transtornos mentais passaram a serem vistos por um modelo

biopsicossocial, considerando a pessoa como um todo, sendo em seus aspectos biológicos, psicológicos e sociais. A partir destas transformações, o uso dos psicofármacos passou a ser apenas um dos mecanismos em sua terapêutica e não o objeto central de seu tratamento, abrindo uma ampla visão do ser humano, diversificando as formas de tratamento, visando a inclusão social, a promoção de saúde e a reinserção social (CZARNOBAY, 2015).

A técnica dos 5 “A’s”, inserida no Manual do Profissional de Saúde-Autocuidado Apoiado, do município de Curitiba, pode ser uma importante estratégia para auxiliar na vinculação do usuário em seu processo de cuidado à saúde.

A sistematização deste processo pode favorecer a adesão das pessoas às mudanças necessárias ao seu estilo de vida. Para isso, a equipe de saúde pode se orientar pela Técnica dos Cinco “A’s” – avalie, aconselhe, acorde (pactue), assista e acompanhe. Esta técnica facilita o reconhecimento de como a pessoa está em relação a um comportamento-alvo como práticas corporais/atividade física e alimentação saudável, por exemplo. A partir deste reconhecimento, a equipe faz o aconselhamento, utilizando as estratégias mais efetivas, e apoia o autocuidado e o processo de mudança de comportamento centrado na pessoa, na sua disponibilidade e sua necessidade (SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE CURITIBA, 2012, p.45).

Cotidianamente os profissionais de saúde orientam e instigam os usuários a tomarem o cuidado de si, desenvolvendo uma maior autonomia durante os atendimentos coletivos e individuais nos diferentes espaços do serviço, promovendo a participação e corresponsabilização neste processo. Neste quesito, a equipe multidisciplinar pode se guiar pela Técnica dos Cinco “A’s” ilustrada no quadro abaixo (SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE CURITIBA, 2012).

QUADRO 1 - TÉCNICA DOS 5 “A’S”

INTERVENÇÃO	TÉCNICA
AVALIE	Avalie o conhecimento e as ideias da pessoa sobre seu estilo de vida e sua condição de saúde, assim como o grau de motivação e confiança para assumir comportamentos mais saudáveis.
ACONSELHE	Aconselhe por meio de abordagem motivacional e educação autodirigida. Forneça informação à medida que a pessoa relata o que sabe sobre sua condição e quais dúvidas têm sobre a mesma. Verifique o que ela entendeu das recomendações

	feitas, oriente e treine as habilidades necessárias para situações específicas.
ACORDE (PACTUE)	Estabeleça uma parceria com a pessoa para construir colaborativamente um plano de ação com a pactuação de metas específicas, mensuráveis e de curto prazo. Avalie o grau de confiança em alcançar a meta, considerando o contexto.
ASSISTA	Dê assistência ao processo de mudança – auxilie no planejamento, na elaboração e adequação dos planos de ação; treine habilidades como a resolução de problemas, o automonitoramento e a prevenção de recaídas; avalie deslizes e recaídas; forneça material de apoio
ACOMPANHE	Acompanhe e monitore periodicamente o processo, principalmente nas fases iniciais, em intervalos curtos, elaborando com a pessoa as adequações do plano de ação e pactuando novas metas.

Fonte: Metodologia dos 5 “A’s” (SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE CURITIBA, 2012).

Concomitantemente, durante a Técnica dos 5 “A’s” propõe-se a entrevista motivacional (EM), que emerge a fim de instrumentalizar tecnicamente o profissional, para que consiga sensibilizar e instigar um processo de transformação no usuário do serviço e desta maneira reduzir a probabilidade de retomar o padrão anterior de conduta (SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE CURITIBA, 2012).

Os clínicos podem informar, aconselhar até advertir, mas, essencialmente, o paciente é quem decide o que fazer. Reconhecer e respeitar essa autonomia também é um elemento fundamental para facilitar a mudança do comportamento relacionado com a saúde. Existe algo na natureza humana que resiste a ser coagido e forçado a agir. Ironicamente, às vezes, o reconhecimento do direito e da liberdade do outro de não mudar é o que torna a mudança possível (ROLLNICK et al., 2009, p.23).

Induzir a mudança de comportamento das pessoas não é algo simples, é um movimento complexo que exige o manejo da equipe multiprofissional. As modificações nas práticas diárias são processos, e como tal, requerem um período de maturação, neste entendimento, entendeu-se que todo o processo de mudança e adoção de hábitos saudáveis, tais como, o autocuidado apoiado pelos usuários, não se instaura e se encerra em curto prazo.

A entrevista motivacional não é uma técnica que induz os usuários rumo a comportamentos que eles não desejam. Mudanças de comportamento não devem

ser impostas, elas necessitam ser refletidas e levam o tempo necessário de cada sujeito analisar sua necessidade de mudança. Tem como princípio a negociação e não o conflito, pretendendo fomentar a mudança de comportamento, auxiliando o usuário a lidar com sua ambivalência (SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE CURITIBA, 2012).

A EM baseou-se em 4 objetivos e 5 princípios. O primeiro objetivo é trabalhar a ambivalência, quando o usuário apresenta conflitos no “querer e não querer” mudar, ao mesmo tempo em que o sujeito entende a necessidade de uma mudança em seu comportamento, mas acaba não agindo como tal. Não necessariamente é um mau sinal, deve ser compreendido pelo profissional e usado a favor de uma possível mudança. O segundo objetivo é trabalhar a responsabilização do usuário, fazendo com que o profissional não assuma a responsabilidade pelo seu tratamento, evitando situações como: “resolva meu problema de forma mágica, permanente e sem esforço pra mim” (SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE CURITIBA, 2012), reforçando comportamentos negativos. O terceiro objetivo visa prevenir recaídas, apesar de fazer parte do processo de mudança, pode ser olhada de forma positiva, a trazer novas oportunidades de fortalecimento na decisão de mudar. O quarto e último objetivo é fortalecer o compromisso com a mudança, como exposto anteriormente, o processo de mudança não é algo repentino, e deve ser trabalhado continuamente pelos profissionais, criando um ambiente positivo que favoreça a mudança.

Quanto aos princípios, o primeiro refere-se à expressar empatia, realizar uma escuta qualificada, aceitando uma postura sem julgamento, por conseguinte seu segundo princípio é desenvolver discrepância, é importante na EM realizar uma avaliação sobre onde o usuário se encontra e aonde gostaria de chegar, este princípio se faz necessário para a conscientização das consequências do comportamento atual, e quais as mudanças necessárias para se alcançar esse objetivo. Quando o profissional argumenta decisões para a mudança do usuário, ele acaba decidindo por si e impondo novas condições, provocando atitudes de defesa, aumentando sua resistência contra as mudanças. No manual do autocuidado apoiado traz, que quando um usuário apresenta uma resistência muito forte frente ao seu tratamento, a estratégia utilizada pelo profissional deve ser revista, este seria o terceiro princípio da EM, evitar argumentação. O quarto princípio resulta em acompanhar a resistência, “fluir com a resistência ao invés de enfrentá-la”

(SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE CURITIBA, 2012), acompanhar o usuário em seu processo, sempre acolhendo e oferecendo novas percepções e perspectivas de seu tratamento, porém nunca impondo e confrontando. O seu último princípio é apoiar a autoeficácia, transmitir ao usuário a crença na possibilidade de mudança, acaba sendo um grande motivador no processo.

4. ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS

4.1 TIPO DE ESTUDO

Tratou-se de um Projeto de Intervenção, onde visou uma estratégia educacional que possui ênfase no aperfeiçoamento da qualidade da atenção à saúde, representando uma oportunidade concreta com a intenção de elaborar um instrumento na perspectiva da vivência nos campos de atuação durante a residência, baseando-se nos problemas identificados durante o período de atividade, “ensinar exige compreender que a educação é uma forma de intervenção no mundo” (FREIRE, 1996, p.51), ressignificando o cuidado de saúde no contexto do município apoiado no SUS (RAMOS; HOSPITAL SÍRIO-LIBANÊS; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Optou-se por um estudo de abordagem qualitativa, que buscou compreender o “como”. “Preocupa-se em entender os fenômenos a partir dos símbolos ou significados atribuídos a eles” (GUERRA, 2014, p.13), têm de serem compreendidos, respeitando seus valores, crenças e opiniões. Esta abordagem abrangeu a coleta e o uso de múltiplos materiais empíricos como: experiência pessoal, entrevista, história de vida, textos e produções culturais, diário de campo e históricos pessoais. Logo, permitiu-se uma vasta compreensão do assunto abordado (GUERRA, 2014).

O método aplicado se deu através da Pesquisa-Intervenção, que diz respeito a um método que “define seu plano de atuação entre a produção de conhecimento e a transformação da realidade” (ROSSI; PASSOS, 2014), na pesquisa-intervenção a vinculação entre o pesquisador, usuário e o fenômeno pesquisado “transforma-se em um aspecto crucial da produção de conhecimento, uma vez que determina os próprios caminhos da pesquisa” (AGUIAR; ROCHA, 1997).

4.2 LOCAL PESQUISADO

O local da pesquisa originou-se no Centro de Atenção Psicossocial -CAPS II no município de Pinhais- PR, no qual é vinculada a prática educacional para formação de especialistas pela Residência multiprofissional em Saúde Mental, da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA) - Escola de Saúde Pública do Paraná (ESPP). Conforme o último relatório emitido pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o município de Pinhais tem sua totalidade de

habitantes estimada em 134.788, com sua área territorial de 60.869 km² (IBGE, 2021).

A coleta de dados ocorreu no CAPS II que é direcionado para o atendimento de pessoas com transtornos mentais graves e persistentes. O CAPS II é indicado para municípios com população acima de setenta mil habitantes (BRASIL, 2011).

O serviço conta com uma equipe multiprofissional composta obrigatoriamente por profissionais de Enfermagem, Terapia Ocupacional, Assistência Social, Psicologia, Psiquiatria, Clínica médica, Administração e Artes. O equipamento de saúde de que se tratou no momento do estudo contava com enfermeira, médico clínico geral e psiquiatra, três psicólogos, assistente social, terapeuta ocupacional, auxiliar de enfermagem, dois instrutores de cursos livres, dois auxiliares de serviços gerais, coordenadora e psicóloga, assistente social e enfermeira residente em Saúde Mental.

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

4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Usuários inseridos no CAPS II em tratamento, que apresentaram não adesão e/ou dificuldades acerca do uso de psicofármacos, selecionados a partir de demandas em reunião multiprofissional ou indicação pelo Terapeuta de Referência (TR). No total, foram indicados 13 usuários, entretanto, um deles compareceu ao atendimento e apenas no primeiro encontro.

4.4 PERÍODO DA COLETA DE DADOS

A pesquisa se desenvolveu nos meses de maio a dezembro de 2022, neste período a pandemia de Covid-19 (Sars-CoV-2), estava novamente voltando a ter uma maior atividade de casos confirmados pela mutação do vírus. Logo foram empregados protocolos de segurança, especificamente: uso de máscaras cirúrgicas disponibilizadas pelo serviço, distanciamento de dois metros entre as cadeiras, higienização das mãos e disponibilização de dispensers de álcool e ambiente arejado.

4.5 PROCEDIMENTOS E INSTRUMENTOS DE COLETA

O período da coleta se deu no serviço após a aprovação do comitê de ética, através do parecer: 5.782.823 . No primeiro momento realizou-se o contato com a equipe multidisciplinar, informando sobre o início da pesquisa- intervenção e a solicitação de seleção de usuários, a partir de demandas em reunião multiprofissional ou indicação pelo Terapeuta de Referência (TR).

Após a seleção dos usuários realizou-se o convite dando início aos três encontros baseados na técnica dos 5 "a 's", sendo o primeiro encontro, a partir da AVALIAÇÃO, na qual a estruturação e desenvolvimento do Plano de Autocuidado Apoiado constitui-se pela avaliação do que é importante para o usuário, e é fundamental o reconhecimento de onde o mesmo se encontra no processo de mudança e o que ele almeja para o seu futuro. A partir daí fica mais claro para o usuário quais os comportamentos necessários para tal mudança, apoiada pelos profissionais.

O participante que aceitou participar da pesquisa, foi entrevistado, mediante um roteiro semiestruturado realizado pela pesquisadora, (APÊNDICE 1), no qual as perguntas referiam-se ao uso de medicamentos.

As respostas foram analisadas em conjunto com as informações referentes a adesão aos psicofármacos, extraídas por meio das reuniões de equipe, avaliações multiprofissionais registradas em prontuário e diário de campo.

A proposta do segundo atendimento, seria realizar o ACONSELHAMENTO, pautado na Entrevista Motivacional, em que o profissional poderá abordar conversas produtivas sobre as condições de saúde e seu estilo de vida, esclarecendo dúvidas, fornecendo informações e materiais sobre sua terapêutica medicamentosa e verificando o grau de entendimento do usuário frente às informações. Nesta etapa foi elaborado um instrumento para auxiliar na adesão terapêutica, uma tabela de medicação simplificada, objetiva e com uma linguagem acessível para transmitir ao usuário as informações necessárias. Em conjunto com a tabela foi produzido uma página de anotações, nela o usuário poderá descrever como tem se sentido no período em que está fazendo o uso dos medicamentos, se houve algum dia que deixou de tomar ou tomou a mais, em outra parte poderá relatar em que os medicamentos têm ajudado ou se tem atrapalhado, logo na mesma página foi questionado como o usuário poderia lidar com as dificuldades apresentadas e quem ele poderia buscar para ajudá-lo, desta forma o usuário poderá trazer para a equipe

pontos positivos sobre o tratamento e pontos que devem ser ajustados e trabalhados pela equipe multidisciplinar.

Após o aconselhamento, poderá ser realizado o plano de ação onde deve haver uma PACTUAÇÃO (ACORDE), no qual o profissional e o usuário combinam quais os comportamentos e atividades que ela passará a assumir nos próximos dias, nesta fase o profissional não deve ser autoritário e impor atividades, e sim acordar ações em conjunto auxiliando o mesmo.

O terceiro e último, se dará pela ASSISTÊNCIA, o profissional deve prestar assistência a construção do plano de ação, neste contexto deve ser levado em consideração o modo de vida do usuário, procurando ter metas realistas e dialogando sobre os recursos necessários, rede de apoio, situações que possam vir a atrapalhar e incentivando a autonomia e a resolução de problemas. Neste mesmo atendimento, será necessário ACOMPANHAR seu processo desde o primeiro encontro até o momento atual e se possível após a aplicação da intervenção, elaborando junto ao usuário adequações ao plano de ação caso necessário e pactuando novos objetivos.

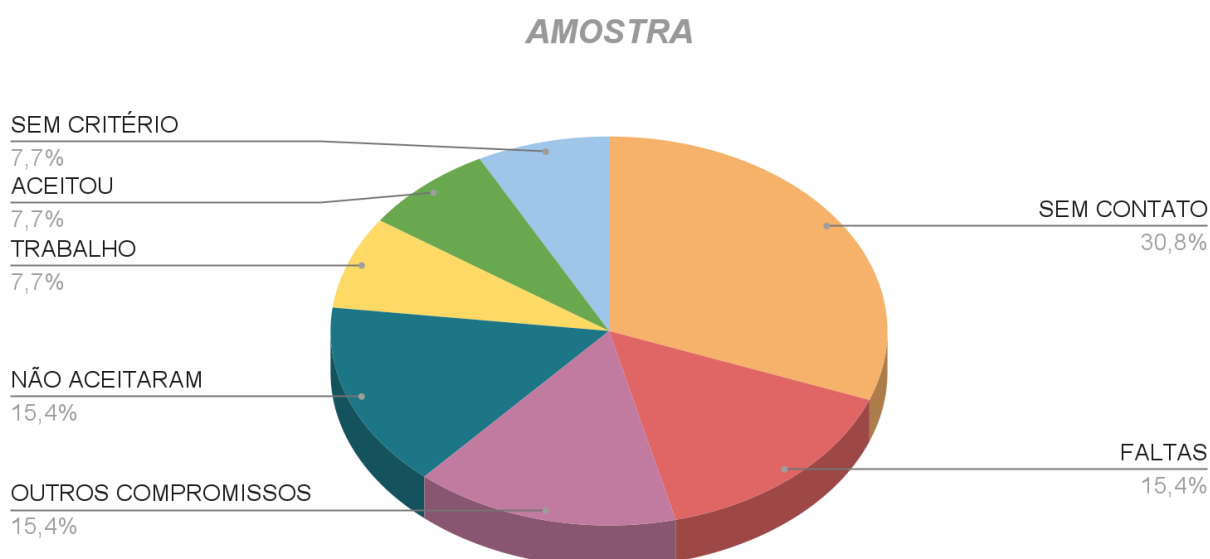
4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Esse projeto foi submetido à Plataforma Brasil e aguardou a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição proponente. Após a aprovação, a pesquisadora solicitou à equipe multiprofissional do CAPS II, indicação de usuários que apresentaram não adesão e/ou dificuldades acerca do uso de psicofármacos e estes foram convidados a participar dos atendimentos através de contato telefônico. Ao usuário que aceitou participar da pesquisa realizou-se a leitura conjunta do Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), somente após a assinatura deste documento deu-se início aos procedimentos de coleta. Foi garantido o sigilo e a privacidade quanto à identidade do participante, sendo identificado pelas iniciais de seu nome, e o material coletado será mantido em local seguro pela pesquisadora no período de cinco anos.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Do total de 13 usuários selecionados e indicados, oito desses foram elencados, no primeiro contato com a coordenadora local do serviço e da equipe. Desses oito, foi possível contato com apenas cinco usuários, dos quais apenas quatro puderam comparecer ao CAPS II para o atendimento inicial. Dos quatro usuários que confirmaram presença no primeiro encontro, três foram, e apenas um usuário aceitou participar dos atendimentos. Em contato novamente com a equipe, foram solicitados novos usuários para estarem participando da pesquisa, foram indicados cinco novos usuários, dos quais foi possível contato com apenas quatro, sendo que dois não puderam comparecer ao serviço no dia, e os outros dois participantes que confirmaram presença, apenas um compareceu para atendimento, sendo que no momento da entrevista não apresentou critérios para inserção. Infelizmente, pelo breve período de pesquisa não foi possível dar continuidade a busca por mais usuários, tendo que proceder a pesquisa com apenas um único usuário.

GRÁFICO 1 - AMOSTRA DE USUÁRIOS



Fonte: Dados da Pesquisa, 2023. Elaborado pela autora.

Observou-se que dentre os treze usuários indicados a participar da pesquisa, dez eram mulheres. Estudos na área têm demonstrado que os homens apresentam menor risco de interromper o uso de medicamentos, e que as mulheres estão mais associadas à não adesão (KOOIJ et al., 2023).

No primeiro encontro, LC se encontrava muito agitado, para uma maior compreensão e coleta de dados foi utilizada a entrevista semiestruturada (ANEXO 1), porém mesmo assim o usuário pulava algumas questões ou não respondia. Durante o atendimento, segurava um terço em sua mão, utilizava um boné com a escritura: gênese e uma blusa escrito fé, também cantarolava hinos sacros.

Dentre as características sociodemográficas do participante, são elas: sexo masculino, sendo a idade 48 anos, solteiro. O entrevistado possuía ensino fundamental incompleto, no momento da coleta de dados o usuário estava afastado de suas funções laborais.

Quanto à percepção em relação à sua saúde, LC percebia seu estado de saúde como bom, evidenciou-se que o entrevistado não sabia informar o seu diagnóstico de transtorno mental, os nomes de seus medicamentos e para que são indicados, apresentou confusão quanto aos horários e doses prescritas.

No que se refere às características clínicas, os dados sobre o diagnóstico de transtorno mental foram coletados no prontuário do participante, sendo CID F20 (esquizofrenia paranóide), CID 10 F31.7 (Transtorno afetivo bipolar) e não descartado F25 (transtornos esquizoafetivos). Em relação ao tempo de diagnóstico e o período de uso dos psicofármacos variou entre 7 a 10 anos. Em relação a quantidade de medicamentos prescritos eram 8 comprimidos, risperidona 2mg (1-0-1), biperideno 2mg (1-1-0) , ácido valproico 500mg (1-1-1), diazepam 5mg (0-0-1) se insônia ou agitação, além de tomar a cada 15 dias haloperidol decanoato 50mg/ml injetável.

Ao perguntar ao entrevistado se existiam benefícios no uso das medicações na sua opinião, afirmou ter sentido alguma mudança positiva no seu estado geral, pois se sentia mais calmo. Entretanto referiu que por diversas vezes quando se sentia agitado, aumentava a dose dos psicotrópicos sozinho sem consultar um profissional, e que desta forma ficava por diversas ocasiões sem a medicação durante o restante dos dias, sobre os efeitos colaterais, ao seu ver, referiu sentir algo desagradável como enjojo.

LC necessitava de ajuda em relação aos horários e doses dos medicamentos, é pouco auxiliado por familiares, desta forma todos os medicamentos eram fracionados e dispensados no CAPS II semanalmente pela equipe de enfermagem, o mesmo indicou que além da medicação, participava de outras atividades (oficina terapêutica) para o tratamento do transtorno mental, uma vez na semana, contudo apresentava muitas faltas.

Quando questionado sobre quais eram seus objetivos fazendo tratamento no CAPS II, o participante segue dizendo: “quero sarar, melhorar, peço muita oração pra Deus, rezo no celular e quero me curar com muita fé em Deus” (LC).

Com seu histórico previamente coletado, foi sugerido para o segundo encontro o aconselhamento e o fornecimento de material sobre sua terapêutica medicamentosa. Durante a pesquisa, foi desenvolvida uma tabela com as medicações mais utilizadas do CAPS II, indicados pela enfermeira (APÊNDICE 2). Nesta tabela estão distribuídos 27 fármacos, descritos em sua farmacologia, indicações, reações adversas comuns, contraindicação, para posteriormente de forma clara, objetiva e com uma linguagem acessível transmitir ao usuário.

A partir desta tabela realizada para os profissionais de saúde, foi elaborado com base no primeiro atendimento, um instrumento para auxiliar na adesão terapêutica, contendo a tabela de medicações do usuário e espaço para anotações (APÊNDICE 3), em que poderia ser utilizada como base para o plano de cuidados e discussão para elaboração de novas metas. Não foi possível realizar o segundo encontro pois o usuário não compareceu.

Foi realizado contato com o usuário e um familiar, a fim de convidá-los para continuar os atendimentos, ambos afirmaram que viriam, porém não compareceram. Havia sido planejado para a terceira semana realizar a assistência e o acompanhamento necessário neste processo.

Identificou-se com esta pesquisa, duas categorias que emergiram da análise de prontuários, contato prévio e entrevistas realizadas. A primeira categoria seria “Potencialidades para a adesão ao uso de psicofármacos”, na qual foram identificadas cinco causas que podem favorecer a adesão ao uso dos psicofármacos pelo usuário com transtorno mental, sendo elas: Comunicação efetiva, atendimento da equipe multiprofissional, fé e espiritualidade, medicação supervisionada e o sentir-se melhor.

A segunda categoria identificada foi “Fragilidades para a adesão ao uso de psicofármacos”, onde foram identificadas cinco causas atribuídas como atenuantes para a não adesão sendo elas: Falta de apoio familiar, efeitos colaterais, falta de comprometimento, fanatismo religioso e o sentir-se melhor.

QUADRO 2 - Potencialidades e Fragilidades para a adesão e não adesão ao uso de psicofármacos

Potencialidades para a adesão ao uso de psicofármacos	Fragilidades para adesão ao uso de psicofármacos
Comunicação efetiva	Falta de apoio familiar
Atendimento da equipe multiprofissional	Efeitos colaterais
Fé e espiritualidade	Falta de comprometimento
Medicação supervisionada	Fanatismo religioso
Sentir-se melhor	Sentir-se melhor

Fonte: Dados da Pesquisa, 2023. Elaborado pela autora.

Na categoria destacada como “Potencialidades para a adesão ao uso de psicofármacos”, a medicação supervisionada já havia sido relatada pela equipe como facilitador para a adesão ao tratamento medicamentoso, com entrega semanal, sendo realizada uma breve avaliação pela equipe de enfermagem, a supervisão e o controle da dosagem, fazendo com que facilitasse ao usuário o uso regular do psicofármaco.

A comunicação efetiva com uma linguagem acessível é de grande valia, visto que a utilização de uma comunicação pautada apenas em saberes técnicos e científicos, se torna muito restrita e contribui para uma assistência fragmentada com a valorização da técnica sobre a humanização. A comunicação de forma acessível possibilita ao usuário ressignificar a terapia medicamentosa, pois ao entender um pouco mais sobre os fármacos prescritos, sua adesão ao tratamento se torna significativamente melhor, além de incentivar a corresponsabilidade e a participação nas decisões acerca de seu tratamento (LIMA et al., 2021).

Emergiu durante a entrevista, o valor da equipe multiprofissional pelo usuário, no qual possibilitou um ambiente de fala para o mesmo. Estudos realizados na área, tem apresentado que o trabalho da equipe multiprofissional é a junção de saberes e práticas das áreas disciplinares que compõem a equipe, trazendo profissionais mais abertos com perspectivas de diferentes posições conforme sua área de atuação, que garante uma visão mais ampla sobre o sujeito. Os dados comprovam que o valor atribuído à prática da equipe multiprofissional, pensando no espaço de fala, na interação e no vínculo que se cria com o usuário, refletem positivamente sobre a adesão do uso dos psicofármacos (JAFELICE et al., 2022).

Outro cuidado mencionado pelo participante se relacionou à realização da dispensação de medicação, na qual verbalizou que os profissionais de enfermagem fazem a dispensação semanal dos medicamentos, onde já expressou que ele próprio alterava a dose quando se sente nervoso, neste caso o usuário não possui apoio familiar para a supervisão e a manutenção do uso regular em casa. Conforme Fortes et al. (2014), a realização da administração da medicação supervisionada, é destinada ao usuário que possui dificuldade na auto administração dos psicofármacos. A estratégia da medicação supervisionada não abrange somente a saúde mental, esta prática é comum em outras áreas, especialmente no tratamento da tuberculose, denominada Dots (*Directly Observed Treatment Short-course*), que tem por finalidade incentivar a adesão.

Na segunda categoria denominada “Fragilidades para adesão ao uso de psicofármacos”. O participante relatou que o efeito colateral proveniente do uso dos psicofármacos, é um fator que contribuiu para a não adesão, uma vez que interfere em atividades rotineiras do dia a dia.

As reações adversas dos psicofármacos influenciam diretamente na adesão terapêutica, apesar das causas de rejeição do uso serem distintas de acordo com cada indivíduo, os medicamentos são recursos dos quais o usuário de transtorno mental não deseja necessitar, em consequência de que não anulam de modo permanente os sofrimentos ocasionados, suscitam efeitos colaterais e estampam a reafirmação do transtorno (FERREIRA, 2015).

Quando o usuário não observa melhora significativa em seu estado de saúde, o leva a crer na ineficácia do psicofármaco, inclinando o usuário a interromper o uso do mesmo. De outro modo, quando o usuário observa uma melhora em sua

qualidade de vida juntamente com a diminuição dos sintomas, acaba por fortalecer a adesão à terapêutica, visto que o desejo pelo bem estar se sobressai.

Por outro lado, a literatura descreve que o “sentir-se bem”, decorrente do uso regular dos psicofármacos é também um coeficiente de abandono ao tratamento, dado que para alguns usuários os efeitos benéficos causados pelo uso correto, faz com que presumem que estão “curados”, uma vez que notem a ausência de sintomas, acabam por não perceberem a necessidade de prosseguir com a terapêutica, contribuindo para não adesão (NICOLINO et al., 2011).

A questão espiritual e religiosa esteve presente em boa parte da fala do usuário, denotando a importância dela sobre seu estado de saúde atual, cabe considerar o impacto que a espiritualidade, religião, religiosidade e fé refletem na saúde individual e coletiva. Associado com esta perspectiva, a literatura enfatiza que nos últimos anos, houve uma valorização da espiritualidade e religiosidade na atenção psicossocial, haja visto que auxilia o usuário a manejar situações de ansiedade, frustrações, tristeza, irritabilidade e isolamento, minimizando o sofrimento que engloba o corpo, mente e espírito (MURAMAKI; CAMPOS, 2012).

Destaca-se em estudos, que as crenças religiosas e a espiritualidade são utilizadas pelos usuários para lidar com o estresse que a doença mental lhe causa, obtendo uma maior compreensão sobre seu estado de saúde atual, resultando em uma maior aderência ao uso dos psicofármacos.

É importante valorizar a crença dos usuários em tratamento, mas cabe enfatizar como uma fragilidade que contribui para não adesão à terapêutica medicamentosa, o fanatismo religioso. As promessas e discursos de cura em nome de Deus, podem refletir significativamente no percurso do tratamento, podendo o usuário construir e depositar uma confiança extrema em líderes religiosos, que impõem valores e crenças fazendo da religião um instrumento de manipulação, sendo por muitas vezes o usuário um codependente, incapaz de impor limites, de forma a desfigurar a realidade com um discurso religioso autoritário, em que não há trocas, sendo a voz do líder soberana e indiscutível, não podendo ser questionada, e quando isso acontece, o usuário por vezes deixa de seguir sua prescrição medicamentosa e até mesmo de frequentar serviços de saúde (SIMÕES, 2017).

Foram mencionados pelos profissionais do CAPS II em diversas evoluções de: reuniões técnicas, visitas domiciliares, projetos terapêuticos singulares e em atendimentos individuais, a falta de apoio familiar de LC. Na conjunção da saúde

mental, a família exerce um papel importante, por esta razão os projetos terapêuticos incluem a família ou a rede de suporte do usuário.

No caso descrito, LC possuía muita dificuldade no entendimento sobre suas medicações, dosagens e horários, necessitando do auxílio de um familiar para a manutenção do uso regular. Para tanto é imprescindível que o familiar ofereça apoio e que tenha o mínimo de conhecimento e entendimento sobre a terapêutica de seu ente para que este auxílio seja eficiente. Nas circunstâncias, LC não possuía apoio familiar no processo de adesão. Consequentemente, a falta de apoio familiar, contribuiu para a baixa adesão ao uso dos psicofármacos, há pouca motivação e incentivo na continuidade de seu tratamento e não eram capazes de auxiliar e supervisionar a administração dos medicamentos, sendo o CAPS responsável pela sua dispensação e supervisão indireta.

É preocupante observar que 93,3% dos usuários selecionados e indicados para a realização desta pesquisa- intervenção, não aderiram a ela. A falta de adesão ao tratamento e à terapêutica medicamentosa, pode provocar a intensificação dos sintomas, além do mais quando não identificada pela equipe multiprofissional, a não adesão pode comprometer a saúde e segurança do usuário em tratamento, visto que, repercute em ajustes indevidos da medicação, tal como o aumento da dosagem e até mesmo a substituição do psicofármaco frente a imaginável não efetividade da medicação prescrita anteriormente, que de fato, não foi utilizada de forma correta (VEDANA et al., 2013).

Foi identificado como limitações para este estudo, o fato de não ter sido possível concluir todas as etapas planejadas, para atingir o objetivo da elaboração do instrumento.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo investigou a adesão ao uso dos psicofármacos, identificando potencialidades e fragilidades em função do uso dos mesmos, visto que o usuário em sua terapêutica depara com incontáveis circunstâncias que podem vir a contribuir tanto para a adesão quanto para a não adesão ao uso dos psicofármacos.

As dificuldades vivenciadas pelos usuários com transtorno mental expõem a importância da equipe multiprofissional, neste contexto, a equipe deve estar apropriada, motivada e conscientizada, a fim de planejar o cuidado de acordo com a individualidade e especificidade de cada usuário e exercer a educação em saúde, ampliando as perspectivas de adesão ao tratamento. Para além disso a equipe, pode também levantar novos questionamentos e debater sobre o modo de tratamento que é ofertado, refletindo nesta baixa adesão.

O estudo suscitou relevantes contribuições para a prática clínica e pesquisa em saúde mental ao mostrar fatores que fragilizam e potencializam o seguimento da terapêutica medicamentosa. A comunicação efetiva, o atendimento da equipe multiprofissional, a fé e espiritualidade, medicação supervisionada e o sentir-se melhor se destacaram como potencialidades a adesão, em contrapartida a falta de apoio familiar, os efeitos colaterais, a falta de comprometimento, o fanatismo religioso e novamente o sentir-se melhor foram identificados como fragilidades à adesão.

Diante da dificuldade da adesão ao uso dos psicofármacos por usuários com transtorno mental, o presente estudo pode propor um instrumento que visou apoiar os profissionais que atuam na saúde mental e aos usuários no seguimento de seu tratamento. Evidenciou-se a importância de estudos voltados à adesão que auxiliem o profissional, avaliando novas estratégias para a educação, monitoramento e motivação para o uso regular. Além disso, os profissionais devem estruturar ações estratégicas como a educação em saúde aos usuários, tal qual a integração dos familiares neste processo a fim de diminuir as adversidades apresentadas e a equipe conseguir manter um vínculo maior com o usuário, promovendo uma maior adesão ao tratamento.

A complexidade da temática, a carência de estudos e a baixa disponibilidade de instrumentos que venham a auxiliar a atuação da equipe multidisciplinar sobre a

adesão aos psicofármacos, são um problema que merecem novos estudos na área que resultem em novas concepções e olhares.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, K. F. e ROCHA, M. L. **Práticas Universitárias e a Formação Sócio-política**. Anuário do Laboratório de Subjetividade e Política, nº 3/4, 1997, pp. 87-102.

ALMEIDA, Lidiane Mendes de. **USO ABUSIVO DE PSICOFÁRMACOS E O PAPEL DO FARMACÊUTICO NA PREVENÇÃO DA MEDICALIZAÇÃO**. Revista Saúde & Ciência online, [S. l.], v. 10, n. 2, p. 109-123, 1 ago. 2021. Disponível em: <https://rsc.revistas.ufcg.edu.br/index.php/rsc/article/view/390/449>. Acesso em: 10 jun. 2022.

BARONE, Mark *et al.* **LINGUAGEM IMPORTA!**: Atualização de Linguagem para Diabetes, Obesidade e outras Condições Crônicas de Saúde. [S. l.]: FórumDCNTs, 2022. 20 p. Disponível em: <https://diabetes.org.br/wp-content/uploads/2022/01/Linguagem-Importa-2022.pdf>. Acesso em: 13 jul. 2022.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **A realidade imposta pela pandemia pode gerar transtornos mentais e agravar quadros existentes**: novos termos, como “definhamento” e “fadiga pandêmica”, ajudam a explicar o momento atual. Confira dicas e estratégias de enfrentamento e cuidado. 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2021-1/outubro/realidade-imposta-pela-pandemia-pode-gerar-transtornos-mentais-e-agravar-quadros-existent#:~:text=Segundo>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Síntese de evidências para políticas de saúde : **adesão ao tratamento medicamentoso por pacientes portadores de doenças crônicas** / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. Brasília : Ministério da Saúde, 2016. 52 p

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **DADOS DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS) NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)**. BRASIL, setembro 2021. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/caps/raps/arquivos/rede_raps_2021_modelo_saps_julho_2021.pdf. Acesso em: 29 maio 2022.

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 2022.

BORBA, Letícia de Oliveira *et al.* **Adesão do portador de transtorno mental à terapêutica medicamentosa no tratamento em saúde mental**. Revista da Escola de Enfermagem da USP, [S. l.], p. 1-10, 31 jan. 2018. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/reeusp/a/7b7JHCXthM4FkPTBHwTxPLf/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 7 jun. 2022.

CAVALCANTE, Jaciane Araújo *et al.* Medicalização da saúde mental: **Análise das prescrições de psicofármacos em um serviço de atenção psicossocial**. Revista Cereus, [S. l.], v. 13, n. 1, p. 74-85, 4 mar. 2021. Disponível em :<http://www.ojs.unirg.edu.br/index.php/1/article/view/3324/1751>. Acesso em: 10 jun. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (Brasil) (ed.). **Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas(os) no CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS)**. Brasília: MC&G Design Editorial, 2022. 152 p. ISBN 978-65-89369-15-8. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2022/07/crepop_CAPS_web.pdf. Acesso em: 6 out. 2022.

CZARNOBAY, JULIANA. **ADESÃO AO USO DE PSICOFÁRMACOS PELO PORTADOR DE TRANSTORNO MENTAL: PERCEPÇÕES DO ENFERMEIRO**. 2015. 94 p. Dissertação (Pós Graduação em Enfermagem) - UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ, Curitiba, 2015. Disponível em: <https://acervodigital.ufpr.br/bitstream/handle/1884/41793/R%20-%20D%20-%20JULIANA%20CZARNOBAY.pdf?sequence=2>. Acesso em: 4 maio 2022.

FILARDI, Agnes Fonseca Ribeiro *et al.* **Medicalização da vida nas práticas vinculadas à estratégia saúde da família**. Rev. Latinoam. Psicopat , São Paulo, v. 24, n. 2, p. 421-445, 1 jun. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlpf/a/HHhxq4cFZwzxYTzjKVkp3vy/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 jun. 2022.

FERREIRA, ALINE CRISTINA ZERWES. **A COMPLEXA VIVÊNCIA DO PORTADOR DE TRANSTORNO MENTAL NO USO DE PSICOFARMACOS**. 2015. Dissertação (Pós Graduação em Enfermagem) - UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ, [S. l.], 2015.

FIOCRUZ. **Resultados da CONVID. Pesquisa de comportamentos**: efeitos no estado de saúde. Efeitos no estado de saúde. 2020. Disponível em: https://convid.fiocruz.br/index.php?pag=estado_saude. Acesso em: 15 maio 2022.

FORTES, S. *et al.* **Psiquiatria no século XXI: transformações a partir da integração com a atenção primária pelo matriciamento**. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 1079-1102, 2014.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da Autonomia: Saberes Necessários à Prática Educativa**. 25. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996. 76 p.

GASTÃO WAGNER CAMPOS, ROSANA ONOCKO-CAMPOS, 2006. **Co-construção de autonomia: o sujeito em questão**. Publicado em Tratado de Saúde Coletiva; Editora Hucitec/Fiocruz; organização Campos, GWS; Minayo, MCS; Akerman, M; Drumond Júnior, M; Carvalho, YM. - 2006.

GESTÃO AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO – Guia de Apoio a Moderadores. Rosana Teresa Onocko Campos; Eduardo Passos; Analice Palombini et AL. DSC/FCM/UNICAMP; AFLORE; DP/UFF; DPP/UFRGS, 2014. Disponível em: <http://www.fcm.unicamp.br/fcm/laboratorio-saude-coletiva-e-saudemental-interfaces>.

IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Estimativas da população residente com data de referência 1o de julho de 2021. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/pinhais/panorama>. Acesso em: 12/10/2022.

JAFELICE, Giovana Telles *et al.* Potencialidades e desafios do trabalho multiprofissional nos Centros de Atenção Psicossocial. SMAD, Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog, 1 Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Enfermagem, São Paulo, SP, Brasil., v. 18, n. 1, p. 17-25, 1 jan. 2022. Disponível em: <file:///C:/Users/cintia.rozario/Downloads/198687-Texto%20do%20artigo-559628-1-10-20220608.pdf>. Acesso em: 9 jan. 2023.

Kooij JJ, Rösler M, Philipsen A, Wächter S, Dejonckheere J, van der Kolk A, van Agthoven M, Schäuble B. Predictors and impact of non-adherence in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder receiving OROS methylphenidate: results from a randomized, placebo-controlled trial. BMC Psychiatry. 2013 Jan 24;13:36. doi: 10.1186/1471-244X-13-36. PMID: 23347693; PMCID: PMC3577504.

(KOZMA; REEDER; SCHULZ, 1993; WHO, 2003a; CAPRARA; RODRIGUES, 2004; CORRER et al., 2009; DEAN et al., 2010; GELLAD et al., 2011; GLOMBIEWSKI et al., 2012).
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_fol_heto.pdf

LIMA, Fernando Conceição de *et al.* COMUNICAÇÃO COMO INSTRUMENTO DE ENFERMAGEM NO CUIDADO INTERPESSOAL DO USUÁRIO. Revista Científica de Enfermagem, São Paulo, v. 11, n. 34, p. 78-87, 16 abr. 2021. Disponível em: <https://recien.com.br/index.php/Recien/article/view/393/396>. Acesso em: 6 jan. 2023.

MARTINS, Meire Chucre Tannure *et al.* **SAE Sistematização da Assistência de Enfermagem**: guia prático. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan Ltda., 2011. 491 p.

MELO, Anastácia. **APONTAMENTOS SOBRE A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL**. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, Florianópolis, ano 2012, v. 8, n. 9, p. 84-95, 12 dez. 2012. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/68692/41361>. Acesso em: 6 dez. 2022.

MELLO, Inaiá Monteiro. **ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA E DE SAÚDE MENTAL NA PRÁTICA**. São Paulo: Atheneu Ltda, 2008. 288 p. ISBN 978-85-7379-977-4.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional de Humanizacao PNH. 1. ed. Brasília - DF: [s. n.], 2013. 16 p. v. 1. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folhetto.pdf. Acesso em: 1 jun. 2022.

MIRANDA, Francisco Arnoldo Nunes de *et al.* Cotidiano da enfermagem psiquiátrica no hospital geral: perspectiva dos profissionais de saúde. **Unopar Cient., Ciênc.** Acesso em: 10 abr. 2022.

MIRANDA, GLÁUCIA *et al.* **PROMOÇÃO E FORTALECIMENTO DA CONTRATUALIDADE: GESTÃO AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO EM UM CAPS-AD.** Orientador: Prof^a. Orientadora: Luciana Elisabete Savaris. 2021. 59 p. Trabalho de Conclusão de Residência (Residência Saúde Mental) - ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO PARANÁ, Curitiba, 2021.

Biol. Saúde, Londrina, v. 2, n. 1, p. 1-17, out. 2000. Disponível em: https://www.redehumanizaus.net/sites/default/files/cotidiano_da_enfermagem_psiquiatria_no_hospital_geral.pdf. Acesso em: 10 abr. 2022.

MURAMAKI, R.; CAMPOS, C. J. G. Religião e saúde mental: desafio de integrar a religiosidade ao cuidado com o paciente. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 65, n. 2, p. 361-367, 2012.

NICOLINO, Paula Silva *et al.* Esquizofrenia: adesão ao tratamento e crenças sobre o transtorno e terapêutica medicamentosa. *Rev Esc Enferm USP*, São Paulo, v. 45, n. 3, p. 708-15, 6 maio 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/yqdddgGSy3H5S4LyNhSbfdB/abstract/?lang=en>. Acesso em: 10 jan. 2023

OPAS. Pan American Health Organization,. **Strengthening mental health responses to COVID-19 in the Americas: A health policy analysis and recommendations.** Elsevier Ltd, Washington, ano 2022, v. 5, p. 1-10, 25 nov. 2021. Disponível em: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S2667193X21001149?token=A9ECB179F4649CBA44C26CA5B9621A73CDD914D83BCA449DAF1C8C48DE091F8605805424409959AE31A15B88B8171310&originRegion=us-east-1&originCreation=20220602172710>. Acesso em: 2 abr. 2022.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**, 1948. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/declaracao-universal-dos-direitos-humanos>. Acesso em: 19 abr. 2022.

PINHAIS. **DECRETO Nº 310/2022 nº 310/2022, de 29 de março de 2022.** A PREFEITA MUNICIPAL DE PINHAIS, no uso da atribuição que lhe confere o art. 58, inciso V da Lei Orgânica, D. Pinhais: Diário Oficial do Município de Pinhais, n. 1192, p. 30-31, 29 mar. 2022.

RAMOS, Leila; : HOSPITAL SÍRIO-LIBANÊS; MINISTÉRIO DA SAÚDE,. **Curso de especialização em Gestão da Vigilância Sanitária: Projetos de Apoio ao SUS.** Biblioteca Dr. Fadlo Haidar Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa, p. 1-70, 2017.

ROLLNICK, Stephen *et al.* Entrevista Motivacional no Cuidado da Saúde: Ajudando pacientes a mudar de comportamento. Porto Alegre: Artmed, 2009. 214 p.

ROSSI, A.; PASSOS, E. **Análise institucional: revisão conceitual e nuances da pesquisa-intervenção no Brasil**. Revista Epos, Rio de Janeiro, v. 5, n.1, p.156-181,2014. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/epos/v5n1/09.pdf>: Acesso em: 10 jun. 2022.

SANTOS, RAYSSA BECCHI DOS *et al.* **COMPREENDO O PROCESSO DE MEDICALIZAÇÃO CONTEMPORÂNEA NO CONTEXTO DA SAÚDE MENTAL**. Latin American Journal on Health & Social Psychology, [S. l.], v. 10, n. 1, p. 22-37, 2 maio de 2019. Disponível em: <https://revistas.ucn.cl/index.php/saludysociedad/article/view/2849/3178>. Acesso em: 10 jun. 2022.

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE CURITIBA. AUTOCUIDADO APOIADO: MANUAL DO PROFISSIONAL DE SAÚDE. 1. ed. Curitiba: [s. n.], 2012. 92 p. Disponível em: <https://efivest.com.br/wp-content/uploads/2018/08/Autocuidado-Apoiado.pdf>. Acesso em: 1 jun. 2022.

SILVA, NATIELE ARAÚJO DA *et al.* **ADESÃO AO TRATAMENTO EM DOENÇAS CRÔNICAS: INSTRUMENTOS UTILIZADOS PARA AVALIAÇÃO**. Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research – BJSCR, [S. l.], v. 32, n. 2, p. 125-130, 2 jun. 2022. Disponível em: https://www.mastereditora.com.br/periodico/20201004_093342.pdf. Acesso em: 14 jan. 2023.

SIMÕES, Lidiane da Silva Lima. RELIGIOSIDADE E PSICOLOGIA: A RELIGIÃO COMO ELEMENTO PROMOTOR PARA INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA. Revista In Totum, Faculdade Unida de Vitória, v. 4, n. 2, p. 163-165, 9 fev. 2017. Disponível em: <file:///C:/Users/cintia.rozario/Downloads/wallace0219,+40+-+Lidiane+da+Silva+Lima+Sim%C3%B5es.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2023.

VEDANA, Kelly Graziani Giacchero *et al.* Agindo em busca de alívio: enfrentamento da esquizofrenia e dos incômodos ocasionados pelo tratamento medicamentoso. Cienc Cuid Saude, [S. l.], v. 12, n. 2, p. 365-374, 1 jun. 2013. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-735597>. Acesso em: 16 dez. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION 2021 (Geneva). **World Health Organization 2021**. Mental Health Atlas 2020. Geneva: World Health Organization 2021, 2020. Atlas.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2003). Adherence to long-term therapies : evidence for action. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42682>.

APÊNDICE

APÊNDICE 1 - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

1. Há quanto tempo você usa medicamentos psicotrópicos?
2. Você é responsável pelo uso e armazenamento de seus remédios ou outra pessoa fica responsável?
3. Você sabe os nomes de seus medicamentos?
4. Você sabe para que são indicados os medicamentos que toma?
5. Existem benefícios, na sua opinião, que o medicamento te traz? Quais?
6. Existem efeitos indesejados, na sua opinião, que o medicamento te traz? Se sim quais?
7. Quando sente-se bem, você às vezes para de tomar seus medicamentos psicotrópicos?
8. Você já parou de tomar seus medicamentos ou diminuiu a dose sem avisar seu médico porque se sentia pior quando os tomava?
9. Durante a última semana, você se esqueceu ou deixou de tomar os medicamentos?
10. Você conversa com o (a) médico(a) que lhe prescreveu, sobre os efeitos de sua medicação?
11. Você tem dificuldades em cumprir os horários das medicações?
12. Você interrompe o uso dos medicamentos em algum momento? Por quais motivos?
13. Você já ingeriu medicamentos em uma quantidade acima do recomendado pelo (a) médico (a)?
14. Foi oferecido no CAPS II outra forma de tratamento, além da medicação? Se sim, qual?
15. Existem espaços para que você possa falar como se sente sobre seu tratamento e os objetivos que quer alcançar dentro dele?
16. Quais são seus objetivos fazendo tratamento no CAPS II?
17. Tem alguma preocupação em tomar os medicamentos?

APÊNDICE 2 - TABELA DE MEDICAÇÕES PARA OS PROFISSIONAIS

MEDICAMENTO	FARMACOLOGIA	INDICAÇÃO	REAÇÕES ADVERSAS COMUNS	CONTRAINDICAÇÃO	PRECAUÇÃO	TABELA - FUNÇÃO
ÁCIDO VALPROICO (depakene) Estabilizador de Humor Anticonvulsivante	Após a ingestão, é rapidamente absorvido e atinge pico de concentração em 1 a 4 horas, costuma-se observar melhora em torno de 21 dias	Transtorno de humor bipolar Episódios de mania	Diarreia Tremor Sedação Perda de cabelo Ganho de peso	Insuficiência hepática Doenças do ciclo da ureia Gravidez	<p>1-Administrar a medicação junto com um alimento, para diminuição dos efeitos colaterais (náuseas, irritação).</p> <p>2-Os efeitos colaterais mais comuns (gastrointestinais) desaparecem depois das primeiras semanas de uso.</p> <p>3-Suspender o fármaco caso suspeita de gravidez</p> <p>4-Evitar uso de álcool, há potencialização do efeito depressor do SNC</p> <p>5-Risco de hepatotoxicidade: fadiga, anorexia, náuseas, vômitos e icterícia</p> <p>6-Risco de pancreatite: dor abdominal, náuseas, vômitos e diminuição do apetite</p> <p>7-Ficar atento ao ciclo menstrual, pois o uso pode lavar a desenvolver a SCP (síndrome do ovário policístico), obesidade</p> <p>8-No caso de mulher em idade fértil, assegurar o uso de um método anticoncepcional confiável durante todo o tratamento</p>	Melhorar a capacidade de pensar, sentir e se comportar com clareza e regular o humor durante o dia.
AMITRIPTILINA antidepressivo	Meia vida de 21 horas, sendo assim pode ser administrada em dose única à noite, por ser sedativa. Sua ação antidepressiva pode demorar de 4 a 6 semanas	Depressão Enurese noturna Dor crônica (incluindo enxaqueca)	Boca seca Constipação intestinal Sedação Tontura Ganho de peso	Depressão bipolar sem o uso de estabilizador do humor Ileo paralítico Infarto agudo do miocárdio recente	<p>1-Alerter que a amitriptilina pode causar hipotensão, que é mais grave pela manhã. Orientar para que se levante devagar e em etapas: primeiro sentando-se durante 1 a 2 minutos, só assim levantar com calma;</p> <p>2-Lembrar que pode reduzir os reflexos e a atenção. Tomar cuidado com atividades que exijam reflexos rápidos (manejo de máquinas perigosas, condução de carro em alta velocidade);</p> <p>3-Esclarecer que em geral os efeitos colaterais tendem a desaparecer depois de 2 a 4 semanas de início do uso;</p> <p>4-A amitriptilina pode conduzir um agravamento dos sintomas psicóticos e esquizofrênicos.</p>	Regular o humor, diminuir a tristeza e proporcionar ânimo para agir.

<p>ARIPIPRAZOL Antipsicótico</p> <p>Antipsicótico, atinge seu pico máximo de 3 a 5 horas após sua ingestão. A alimentação não interfere em sua absorção, embora possa retardar em 3 horas a concentração máxima. Sua concentração estável é atingida após 14 dias de administração</p>	<p>Esquizofrenia Transtorno esquizofrênico Transtorno de humor bipolar; quadros maníacos e mistos no tratamento agudo e de manutenção</p>	<p>Agitação Ansiedade Constipação Sonolência Ganho de peso Insônia acalúsia</p>	<p>Hipersensibilidade ao fármaco Gravidez</p>	<p>1- Informar que pode causar hipotensão, deve ser utilizado com cautela em pacientes com doença cardiovascular. 2- Deve ser administrado com cuidado em pacientes com história de convulsão, pois pode reduzir o limiar convulsivo. 3- O aripiprazol não é apropriado para pacientes idosos com demência, têm um maior risco de morte por AVC;</p>	<p>Melhorar a capacidade de pensar, sentir e se comportar com clareza.</p>
<p>BIPERIDENO antiparkinsoniano</p> <p>Largamente utilizado para combater alguns efeitos colaterais dos antipsicóticos</p>	<p>Depressão Enurese noturna Dor crônica (incluindo enxaqueca)</p>	<p>Boca seca Constipação intestinal Visão borrada</p>	<p>Obstrução intestinal Glaucoma Hipersensibilidade ao fármaco</p>	<p>1- Não usar o biperideno como forma de prevenção para os efeitos parkinsonianos induzidos por antipsicóticos; 2- Particularmente em pacientes idoso e debilitados há um risco maior de intoxicação e efeitos colaterais mais graves; 3- Evitar usar álcool durante o tratamento com biperideno; 4- Cuidar ao operar máquinas perigosas e ao conduzir veículos (sedação); 5- Usar bala e chicletes dietéticos para estimular a salivação e prevenir a cárie; 6- Evitar o uso de antidiarreicos até 2 horas após a ingestão do biperideno; 7- Existe sempre o risco de abuso com esses fármacos, pois causam euforia e alucinações quando ingeridos em altas doses.</p>	<p>Combater algumas reações de outros medicamentos, regular o humor, diminuir a tristeza, proporcionar ânimo para agir e diminuir dores crônicas.</p>
<p>CARBAMAZEPINA</p> <p>Sua absorção é lenta, o pico demora em torno de 4 a 8 horas após a ingestão e 2 horas após ingestão oral. No tratamento de</p>	<p>Episódio de mania aguda Crisis convulsivas Manutenção do transtorno bipolar Episódio misto no transtorno bipolar Dor secundária à neuropatia diabética</p>	<p>Ataxia Diplopia Náuseas Sonolência Boca seca Vômitos Tonturas</p>	<p>Insuficiência Hepática Primeiro trimestre de gravidez</p>	<p>1- O medicamento deve ser guardado em um local protegido do calor ou da umidade. Sob a umidade pode perder 1/3 de sua atividade. 2- Orientar o paciente a não mastigar as pílulas de liberação lenta, pois o pico plasmático pode apresentar-se muito alto; 3- Estimular e assegurar o uso de métodos anticoncepcionais nas pacientes em idade</p>	<p>Contribuir nos episódios de mania, melhorar a capacidade de pensar, sentir e se comportar com clareza, diminuir crises convulsivas (para quem tem) e controlar a dor.</p>

	<p>bipolaridade é recomendada adm em dosagem única a noite, na epilepsia deve ser fracionada</p>				<p>fértil (pelo risco de efeitos teratogênicos no feto e pela interação medicamentosa).</p>	
CITALOPRAM	<p>É rapidamente absorvido por via oral, alcançando a concentração máxima em 3 horas. A ingestão de alimentos não interfere em sua absorção. Meia vida de 33 horas o que permite uma única dose ao dia</p>	<p>Depressão maior Transtorno de pânico TOC</p>	<p>Sudorese Sonolência Retardo na ejeção Cefaleia Tremor</p>		<p>1-Ficar atento para sintomas de hiponatremia (confusão, letargia, mal-estar e até convulsões) , particularmente em idosos; 2- Após a administração prolongada, a interrupção abrupta pode produzir em, em alguns pacientes sintomas de retirada, como, tontura, parestesia, tremor, ansiedade, náuseas e palpitação;</p>	<p>Regular o humor, diminuir a tristeza, proporcionar ânimo para agir, diminuir os comportamentos repetitivos e ataques de pânico (se houver).</p>
CLOMIPRAMINA antidepressivo	<p>É rapidamente absorvido por via oral, alcançando a concentração máxima de 2 a 6 horas. A ingestão de alimentos não interfere em sua absorção. Meia vida de 24 horas o que permite uma única dose ao dia. Os efeitos colaterais fazem muitos pacientes abandonarem o tratamento.</p>	<p>Depressão maior TOC Transtorno de pânico Ejaculação precoce Fobia social</p>	<p>Aumento do appetite Ganho de peso Ejaculação retardada Fadiga Boca seca Constipação Xerostomia</p>	<p>Infarto agudo do miocárdio (recente 3 a 4 semanas) Ileo paratítico Hipersensibilidade ao fármaco</p>	<p>1-Avisar que o medicamento pode causar hipotensão, que é mais grave ao levantar-se pela manhã. Tomar cuidado com atividades que exijam reflexos rápidos; 2-Esclarecer que os efeitos colaterais diminuem após 2 a 4 semanas; 3-A clomipramina pode reduzir o agravamento dos sintomas psicóticos e esquizofrênicos; 4-A alertar ao paciente que os efeitos terapêuticos podem demorar até 6 semanas no tratamento da depressão e até 3 meses no tratamento de sintomas obsessivos compulsivos; 5-Evitar a utilização de doses elevadas em pacientes com história prévia de convulsões.</p>	<p>Regular o humor, diminuir a tristeza, proporcionar ânimo para agir, diminuir os comportamentos repetitivos e ataques de pânico (se houver), ajudar a sair de casa e se comunicar com outras pessoas.</p>
CLONAZEPAM (rivortril) ansiolítico	<p>A eficácia do clonazepam em reduzir os sintomas de pânico foi comprovada. É utilizado no tratamento de transtorno, tanto na fase aguda como na sua manutenção. Ação</p>	<p>Fobia Social Transtorno de pânico Mania aguda</p>	<p>Dificuldades em concentração Sonolência Déficit de atenção Fadiga Tontura</p>	<p>Doença de Alzheimer Esclerose múltipla</p>	<p>1-A retirada abrupta pode desencadear um estado de mal epilético; 2-Deve-se evitar atividades que exijam reflexos rápidos, como dirigir carros, operar máquinas perigosas ou executá-las com mais cuidado, pois este fármaco pode causar lentificação motora;</p>	<p>Regular os sintomas e crises de ansiedade.</p>

	rápida, atua sobre a ansiedade antecipatória. A retirada abrupta está associada à piora dos sintomas.				3-Evitar o uso concomitante de bebidas alcoólicas, pois pode ocorrer hipotensão, diminuição do nível de consciência e redução da frequência respiratória. 4-Alertar para o risco de dependência química com o uso prolongado; 5-Evitar o uso no primeiro e terceiro trimestres da gestação. 1-Pode produzir resultados falso-positivo para testes de gravidez; 2-Em pacientes epilépticos, pode haver a piora das crises convulsivas, pois interage com o anticonvulsivante; 3-Cuidar com o risco de prolapso postural, principalmente em idosos; 4-Evitar o uso concomitante de depressores do SNC, com álcool; 5-A clorpromazina líquida não deve ser misturada com café, chá, suco de maçã, refrigerantes, cervejas sem álcool; 6-As injeções devem ser aplicadas profundamente no glúteo;	
CLOPRROMAZINA (longactil)	Os picos ocorrem de 1 a 4 horas após a administração por VO. Alimentos como café, cigarro e antiácidos interferem na absorção gastrointestinal. O equilíbrio dos níveis de clorpromazina são alcançados em 2 a 5 dias de tratamento.	Esquizofrenia Mania aguda grave com sintomas psicóticos Depressão psicótica Transtorno esquizoafetivo Transtorno delirante Psicoses breves Agitação em pacientes com retardo mental Psicoses na infância	Boca seca Ganho de peso Retenção urinária Constipação Hipotensão Tonturas Sonolência	Depressão acentuada do SNC Transtornos convulsivos Hipersensibilidade ao fármaco		Melhorar a capacidade de pensar, sentir e se comportar com clareza, diminuir alucinações (se houver, ajudar nos sintomas de tristeza e desânimo.
CLOZAPINA antipsicótico	O pico plasmático é atingido de 1 a 3 horas, e sua absorção não é afetada pela ingestão de alimentos, pode levar mais de 10 dias para alcançar a sua estabilização	Pacientes esquizofrênicos que não respondem aos antipsicóticos tradicionais Para a redução do risco de suicídio em pacientes esquizofrênicos e esquizoafetivos Amenorria devido o aumento de prolactina pelo uso de antipsicóticos Em pacientes com sintomas psicóticos e neoplasias Discrensia tardia	Taquicardia Sonolência Ganho de peso Constipação Tontura	Epilepsia não controlada Depressão do SNC Doenças hepáticas		Melhorar a capacidade de pensar, sentir e se comportar com clareza, reduzir o risco de suicídio.
DIAZEPAM ansiolítico	Absorvida de forma rápida, em torno de 30 a 90 minutos, sua meia é em torno de 20 a 90 horas. Com o uso a	Ansiiedade aguda situacional Insônia Transtorno de pânico Tratamento das complicações da abstinência de álcool	Abstinência ataxia Déficit de atenção Fadiga Sedação Sonolência	Drogadição Insuficiência respiratória		Regular os sintomas e crises de ansiedade, reduzir a insônia e ataques de pânico (se houverem).

	longo prazo pode ocorrer tolerância e dependência medicamentosa.				<p>2-Não usar associado ao álcool;</p> <p>3-Usa deve ser breve em quadros agudos de ansiedade;</p> <p>4-Em horas ou dias após a retirada, pode ocorrer o rebote dos sintomas, e em semanas ou meses a recaída do quadro de ansiedade;</p> <p>5-Depois o uso crônico, retirar lentamente para evitar sintomas de abstinência.</p>	
ESCILOPRAM (lexapro) antidepressivo	É rapidamente absorvido, alcança uma concentração máxima em 4 horas após a ingestão, e sua meia vida é de 27 a 32 horas, o que permite a administração uma única vez ao dia	<p>Transtorno de ansiedade maior</p> <p>TOC</p> <p>Transtorno de pânico</p> <p>Transtorno de ansiedade social</p>	<p>Náusea</p> <p>Sonolência/insônia</p> <p>Diminuição ou aumento do apetite</p> <p>redução do libido</p> <p>distúrbios ejaculatórios ou erétil</p>		<p>1-Ao interromper o tratamento com escitalopram, deve-se reduzir a dose gradualmente durante 1 a 2 semanas para evitar sintomas de descontinuação (ansiedade, agitação, irritabilidade...);</p> <p>2-Em jovens deve-se monitorar cuidadosamente o risco de comportamento suicida, sobretudo no início do tratamento.</p>	<p>Regular os sintomas e crises de ansiedade e o humor, reduzir movimentos repetitivos e ataques de pânico (se houverem).</p>
FLUOXETINA antidepressivo	A concentração máxima do medicamento varia entre 6 a 8 horas após a administração, os alimentos podem retardar a absorção. O início da ação antidepressiva ocorre geralmente entre 1ª e 3ª semana	<p>Depressão maior</p> <p>Episódio depressivo do transtorno bipolar</p> <p>Transtorno de pânico</p> <p>TOC</p> <p>Bulimia nervosa</p> <p>Transtorno distônico menstrual</p>	<p>Náusea</p> <p>Cefaleia</p> <p>Nervosismo</p> <p>Dor abdominal</p> <p>Sudorese excessiva</p> <p>Diminuição do apetite</p>	<p>Hipersensibilidade ao fármaco</p>	<p>1-Ficar atento aos sinais aparecimento de erupção cutânea ou de outra reação alérgica, o medicamento deve ser suspenso;</p> <p>2-A medicação deve ser administrada com cuidado em pacientes com histórico de convulsões;</p> <p>3-Em portadores de diabetes foram detectados hipoglicemia durante o tratamento e hiperglicemia após a suspensão do medicamento, portanto a dose de insulina deve ser ajustada nestes períodos;</p>	<p>Regular o humor, diminuir a tristeza, proporcionar ânimo para agir, diminuir os comportamentos repetitivos e ataques de pânico (se houver).</p>
GABAPENTINA anticonvulsivante	Sua absorção demora em torno de 2 a 3 horas, sua meia vida é de 5 a 7 horas. Pode ser ingerida com ou sem alimentos e até 3 vezes ao dia. Desenvolvido para o tratamento da epilepsia e acabou também por passar a ser utilizado para o tratamento de dor ocasionadas pelos	<p>Epilepsia com convulsões</p> <p>Neuralgia</p>	<p>Náusea</p> <p>Sonolência</p> <p>Edema periférico</p> <p>Ataxia</p> <p>Fadiga</p>	<p>Hipersensibilidade à gabapentina</p>	<p>1-Feitos como sonolência, ataxia e fadiga são geralmente de intensidade leve a moderada e resolvem-se em cerca de 2 semanas. Raramente levam a suspensão do tratamento;</p> <p>2-Se o paciente esquecer de tomar a gabapentina, ingerir logo que perceber tal situação. Se estiver próximo a outra dose, pular a dose esquecida. Não tomar dose dupla.</p>	<p>Evitar crises convulsivas e diminuir dores decorrentes.</p>

	nervos periféricos.						
HALOPERIDOL (halido) antipsicótico	Após sua administração a meia vida é de aproximadamente 24 horas, o haloperidol age após 30 min injetado IM, com pico de concentração em 3 a 9 dias após a aplicação e sua meia vida é de aproximadamente 3 semanas	Esquizofrenia Transstorno esquizoafetivo Episódios maníacos agudos Agitação em quadros demências e outros transtornos mentais orgânicos Transstorno de Tourette Depressão psicótica Quadros psicóticos induzidos por substâncias psicoativas Agitação em pacientes com delírium	Acatisia Distonias, Hiperkinesia Hipertonia Sonolência Tremor	Alergia ao fármaco Depressão grave do SNC Doença de parkinson	<p>1 - Orientar o paciente e os familiares quanto às reações alérgicas e aos efeitos colaterais.</p> <p>2 - Desaconselhar o uso de álcool e outros depressores pelo aumento da sedação.</p> <p>3 - Nas mulheres em idade fértil, avaliar a possibilidade de gravidez antes de prescrever esse medicamento.</p> <p>4 - Orientar pacientes que dirigem ou operam máquinas quanto aos possíveis efeitos sedativos.</p> <p>5 - Não aplicar mais de 3 ml no mesmo local na forma IM.</p>	Melhorar a capacidade de pensar, sentir e se comportar com clareza, diminuir as crises e agitação decorrentes da doença e os movimentos repetitivos (se houverem).	
IMPRAMINA	A meia vida é de 12 horas (+/- 5 horas). É iniciada com 25 mg/dia, aumentando 25mg a cada 2 ou 3 dias, ou mais rapidamente, se houver boa tolerância, até atingir entre 100 e 200mg/dia. São necessárias até 3 semanas para observar algum efeito. Doses superiores a 1,2g são tóxicas, sendo comumente fatais acima de 2,5g.	Depressão maior Distímia Transstorno de pânico Enurese noturna em crianças maiores de 6 anos TAG	Boca seca Constipação intestinal Hipotensão Tonturas Visão borrada	IAM recente (3 a 4 semanas) Bloqueio de ramo Hipersensibilidade ao fármaco Prostatismo ou retenção urinária Glaucoma	<p>1 - Em caso de gravidez, recomenda-se evitar seu uso no primeiro trimestre e interromper o uso 2 a 3 semanas antes do parto.</p> <p>2 - Risco de hipotensão postural, retenção urinária devido à hipertrofia da próstata, delírium por ação anticolinérgica em idosos, assim, não é usualmente o fármaco de escolha para idosos.</p> <p>3 - Devido à ação sedativa, recomenda-se a ingestão da imipramina à noite.</p> <p>4 - Alertar o paciente sobre a possibilidade de hipotensão que é mais séria pela manhã ao levantar e orientar para que ele levante devagar e em etapas.</p> <p>5 - Avisar que a imipramina pode reduzir os reflexos e a atenção.</p> <p>6 - Evitar a exposição demasiada ao sol, sob risco de reações de fotossensibilidade.</p> <p>7 - Se houver reações maníacas ou hipomaniacas, suspender o medicamento e iniciar um estabilizador de humor.</p> <p>8 - Alertar o paciente de que o início dos efeitos terapêuticos pode demorar até 6 semanas.</p>	Regular o humor, diminuir a tristeza, proporcionar ânimo para agir, diminuir os ataques de pânico (se houver), reduzir os sintomas e crises de ansiedade.	
LAMOTRIGINA feniltiazina	Bem absorvida quando ingerida por VO e não possui alteração na absorção pela ingestão	Crises convulsivas parciais Crises convulsivas tônico-clônicas generalizadas Depressão bipolar	Ataxia Cefaleia Diplopia Tonturas	Hipersensibilidade à lamotrigina Comprometimento hepático significativo	<p>1 - A suspensão abrupta pode causar crises de rebote, sendo necessário suspender gradualmente em 2 semanas.</p> <p>2 - Recomenda-se monitoramento hepático</p>	Evitar crises convulsivas e regular o humor, diminuir a tristeza e proporcionar ânimo para agir.	

	de alifrenos. Meia vida entre 24 e 35 horas, meia-vida média de 29 horas. Dose deve ser aumentada gradualmente, com dose média usual de 200 a 500mg/dia.	sonolência Rash cutâneo (maculopapular) Distúrbio gastrointestinal		durante o tratamento com a medicação. 3 - Atentar para o aumento de ideação e comportamento suicida relacionados à lamotrigina, especialmente no início do tratamento.		
LEVOMEPROMAZINA	Bem absorvida tanto por via oral (90%) quanto parenteral. O efeito terapêutico pode demorar várias semanas ou até meses para ser obtido (6 semanas a 6 meses). O efeito sedativo e analgésico máximo é atingido após 20 a 40 minutos (IM).	Esquizofrenia Mania aguda com sintomas psicóticos Depressão psicótica, com antidepressivos Transtorno esquizoafetivo Transtorno delirante Psicoses breves Agitação em pacientes com retardo mental Psicoses na infância	Aumento do apetite Boca seca Hipotensão postural Fotossensibilidade cutânea Boca seca Constipação Salivação Sedação Taquicardia Tonturas	Gravidez e amamentação Hipersensibilidade ao fármaco Antecedentes de discrasias sanguíneas Estados comatosos ou depressão acentuada do SNC Epilepsia Doença cardiovascular grave	1 - Recomenda-se a realização de hemograma completo, testes de função hepática e ECG em homens acima de 30 e em mulheres com mais de 40 anos. 2 - Pacientes com câncer de mama devem evitar seu uso, pois pode promover um aumento nos níveis de prolactina. 3 - Atentar para o risco de hipotensão postural, principalmente em idosos. 4 - Evitar o uso concomitante de depressores do SNC, como o álcool. 5 - Atentar para os efeitos sedativos e a diminuição de reflexos, portanto administrar o medicamento preferencialmente à noite. 6 - Atentar para a exposição ao sol devido ao risco de fotossensibilidade. 7 - Ingerir o medicamento após as refeições para evitar picos séricos elevados (hipotensão).	Auxilia no sono, melhora as crises de ansiedade e outros quadros, diminuição de delírio, agitação, inquietação, confusão
LÍTHO	Medicamento de primeira escolha no tratamento de todas as fases do transtorno bipolar. Completamente e rapidamente absorvido por VO (bioidisponibilidade entre 80 e 100%). Meia vida de 18 a 24 horas. Para retratada é necessário que ocorra de forma gradual (não mais do que 25% da dose em uso por mês ou, de forma menos conservadora, em 15 a	Episódio de mania aguda Episódio de depressão maior no transtorno bipolar Profilaxia de episódios maníacos no transtorno bipolar Profilaxia de episódios depressivos no transtorno bipolar Profilaxia de episódios depressivos no transtorno do humor unipolar Profilaxia de episódios maníacos, hipomaniacos e depressivos no transtorno bipolar tipos I e II	Acne Aumento do apetite Diminuição da memória Edema Fezes amolecidas Ganho de peso Gosto metálico Náuseas Polidipsia Poliúria Tremores finos	Insuficiência renal grave Bradicardia sinusal Arritmias ventriculares graves ICC	1 - Pode ser tomado em dose única diária, preferencialmente à noite, após o jantar. 2 - Antes de iniciar o tratamento com lítio, é necessário um exame clínico, com especial atenção para doenças de tireoide, coração, rim e uso de outros medicamentos, além de hemograma, TSH, creatinina, eletrólitos (cálcio, fósforo, sódio e potássio), glicemia, ECG e teste de gravidez. 3 - Recomendar ao paciente que ingira água em abundância (no mínimo 1 L ao dia), evitando café, chás, ervas-mate e bebidas alcoólicas, pois elas aumentam a diurese. 4 - Orientar os pacientes com tendência a engordar a fazerem alguma restrição dietética e a praticarem exercícios físicos desde o início	Regular o humor, ajuda no controle de episódios de mania no transtorno bipolar, na prevenção da mania ou da fase depressiva e no tratamento de hiperatividade psicomotora. Além disso ajuda no tratamento da depressão grave se utilizado junto de um antidepressivo, proporciona ânimo para agir. 1 a 3 semanas - e 3 horas após a ingestão de comprimidos convencionais, cápsulas, ou líquidos, com as formulações de liberação modificada as concentrações de pico podem ocorrer entre 2 e 12

	<p>30 dias). Variação usual das doses é de 900 a 2100 mg.</p>	<p>Na redução do risco de suicídio Potencializador de antidepressivo unipolar Diminuição de mortalidade por todas as causas em pacientes com transtorno do humor Transtorno circadiano Transtorno esquizoafetivo</p>				<p>do tratamento, pois o lítio pode causar aumento de peso. 5 - Os pacientes devem ser informados que o uso concomitante de dieta hipossódica, anti-inflamatórios, diuréticos, inibidores da ECA, antagonistas da angiotensina II pode aumentar os níveis sanguíneos de lítio e o risco de intoxicação. 6 - Efeitos colaterais mais comuns (tremores, polidipsia, poliúria) não exigem a interrupção do tratamento, já os efeitos colaterais mais graves (sonolência, diarréia intensa, vômitos, tremores grosseiros, tontura e disartria) são sinais de uma possível intoxicação e o paciente deve interromper imediatamente o medicamento e procurar um serviço de emergência. 7 - Alertar para intensificar os cuidados com a higiene bucal e dentária, pois o lítio eleva o risco de aparecimento de cáries.</p>	<p>horas após a dose.</p>
<p>NORTRIPTILINA antidepressivo</p>	<p>Meia vida de 12 a 56 horas em jovens e adultos, podendo chegar a 90 horas em idosos. Doses variam entre 50 a 150 mg em função do peso, da idade e das condições clínicas do paciente. Pode ser administrada em dose única diária, geralmente à noite, pois sua meia vida é longa, e sua absorção a partir do estômago, lenta (de 4 a 9 horas).</p>	<p>Depressão maior em adultos Depressão maior em idosos Cessação dos tabagismos Depressão pós-AVC</p>	<p>Boca seca Constipação intestinal Ganho de peso Visão borrada Tontura ortostática Sudorese Sonolência</p>	<p>Hipersensibilidade ao fármaco IAM recente Bloqueio de ramo</p>	<p>1 - A retirada do medicamento deve ser gradual, podendo ser feita após 6 a 12 meses da remissão completa dos sintomas em um primeiro episódio depressivo, ou após 2 a 5 anos em episódios recorrentes. 2 - No tratamento da cessação do hábito de fumar, 2 a 5 semanas antes de parar, a nortriptilina deve ser iniciada com 25 mg/dia à noite até ser atingida a dose de 75mg/dia ou a máxima quantidade tolerada. 3 - Não deve ser usado em doses acima de 150 mg, pois pode ultrapassar a janela terapêutica e, portanto, perder seu efeito. 4 - Usar com cautela em pacientes: cardíacos, diabéticos, com hipertrofia prostática, glaucoma, propensão à constipação intestinal, prejuízo hepático e renal. 5 - Alertar para evitar exposição demasiada ao sol, devido a reações de fotosensibilidade. 6 - Atentar para realizar ECG sempre que houver necessidade de usar altas doses em idosos, pessoas com suspeita de doença cardíaca e crianças. 7 - Suspender o medicamento e</p>		

			<p>Iniciar um estabilizador de humor em caso de reações maníacas ou hipomaniacas. 8 - O uso pode agravar os sintomas psicóticos e esquizofrênicos.</p> <p>9 - Alertar o paciente de que o início dos efeitos terapêuticos pode demorar até 6 semanas.</p>
<p>OLANZAPINA tiene benzodiazepínicos</p>	<p>Bem absorvida após ingestão oral, atingindo pico de concentração plasmática em 5 a 8 horas. A ingestão de alimentos não interfere em sua absorção. Meia vida média de 33 horas, podendo variar de 21 a 54 horas, dependendo de fatores como tabagismo, sexo e idade.</p>	<p>Esquizofrenia e transtorno esquizoafetivo, nas fases aguda e de manutenção</p> <p>Transtorno bipolar, nas fases maníaca e de manutenção</p> <p>Agitação psicomotora em pacientes maníacos e esquizofrênicos</p>	<p>Aumento de peso</p> <p>Aumento transitório assintomático das transaminases</p> <p>Sedação</p> <p>Sonolência</p> <p>Hipersensibilidade à olanzapina ou a quaisquer dos componentes da fórmula</p> <p>1 - Dosar a glicemia de jejum, a hemoglobina glicada e o perfil lipídico antes e durante o tratamento. 2 - Ficar atento para a possibilidade de elevação dos níveis de colesterol e triglicéridos e o surgimento de diabetes. 3 - Observar cuidadosamente a possibilidade de ganho de peso. O peso deve ser obtido antes do início do tratamento, após 4, 8 e 12 semanas e, então, trimestralmente. Considerar a troca para outro antipsicótico se houver um ganho maior que 5% em relação ao peso inicial. 4 - Ter cuidado no uso desse medicamento em pacientes com doença hepática ou sob tratamento concomitante com agente hepatotóxico. 5 - Evitar o uso em crianças e adolescentes, pois os riscos parecem exceder os benefícios nessa faixa etária. 6 - Evitar o uso em gestantes e em mulheres em aleitamento. 7 - Não usar em pacientes com demência (aumento de mortalidade em indivíduos com psicose associada à demência). 8 - Prescrever com cautela a pacientes com hipertrofia prostática ou íleo paraltico.</p> <p>Melhora sintomas de como delírios, delírios, alucinações, alterações de pensamento, hostilidade e desconfiança, diminui a vontade de ficar isolado</p> <p>Alivia outros sintomas</p>
<p>PREGABALINA</p>	<p>Em jejum, é rapidamente absorvida, atingindo o pico de concentração plasmática em 1,5 hora, mas pode ser administrada com alimento. Meia vida de eliminação é de 6,3 horas.</p>	<p>Adjuvante no tratamento da epilepsia com crises convulsivas parciais, com ou sem generalização, em maiores de 12 anos</p> <p>Fibromialgia NDP crônica NPH</p>	<p>Tontura</p> <p>Sonolência</p> <p>Visão borrada</p> <p>Aumento de peso</p> <p>Edema periférico</p> <p>Desatenção Ataxia</p> <p>Xerostomia</p> <p>Sudorese em mãos e pés</p> <p>Hipersensibilidade à pregabalina</p> <p>1 - Os efeitos colaterais costumam ser de intensidade leve a moderada, dose-dependentes e, em geral, transitórios (primeiras semanas). Se houver persistência de sonolência/sedação, evitar realizar atividades que exijam reflexos rápidos. 2 - Em caso de sintomas de angioedema (inchaço na face, língua, lábios e/ou garganta), suspender imediatamente o medicamento. 3 - A retirada do medicamento deve ser gradual: em 1 semana, no mínimo.</p> <p>Indicado para tratamento de dor neuropática, melhora as crises epilépticas, auxilia na diminuição das crises de ansiedade</p>

		<p>(Se for abrupta, podem ocorrer insônia, cefaleia, náusea, diarreia e convulsões). 4 - Se o paciente esquecer de ingerir o medicamento no horário estabelecido, ingerir logo que perceber tal situação. Se estiver perto do horário da próxima administração, pular a dose esquecida. Não tomar dose dupla. 5 - Em pacientes com nefropatia, a dose deve ser ajustada e realizada em 3 tomadas diárias. Se estiver sob hemodiálise, após o procedimento, recomenda-se uma dose adicional a cada 4 horas de diálise. 6 - Em diabéticos, se houver aumento de peso, poderá realizar ajustes na dose dos hipoglicemiantes. 7 - Atenção para o potencial de abuso de nível modesto da medicação, uma vez que pode causar euforia.</p>
<p>PROMETAZINA sedativo</p> <p>Absorvida rapidamente por VO. Efeito sedativo inicia depois de 20 minutos, o máximo é atingido em 1 hora e mantém-se por 4 a 6 horas.</p> <p>Insônia Potencialização de efeitos sedativos dos anti psicóticos na agitação psicomotora Náuseas e vômitos Alergias</p>	<p>Sonolência Boca seca Dor epigástrica Retenção urinária Tonturas Visão borrada</p>	<p>Hipersensibilidade ao fármaco ou a outros derivados fenotiazínicos Portadores de discrasias sanguíneas Histórico de agranulocitose com outras fenotiazinas</p> <p>1 - Por ser um medicamento sedativo, alertar os pacientes para evitarem temporariamente dirigir veículos ou operar máquinas pesadas que exijam reflexos rápidos. 2 - O uso concomitante de álcool deve ser evitado, pois a associação aumenta os efeitos sedativos. 3 - Devido aos efeitos fotossensibilizantes, evitar a exposição à luz solar ou à luz artificial durante o tratamento. 4 - É necessária cautela no uso em indivíduos com constipação crônica, devido ao risco de ileo paraltico e indivíduos com afecções cardiovasculares, devido aos possíveis efeitos taquicardizantes e hipotensores.</p> <p>Ajuda a regularizar e a induzir ao sono, reduz e controla alergias.</p>
<p>QUETIAPINA antipsicótico atípico</p> <p>Absorvida rápida e completamente, com meia vida de eliminação de aproximadamente 7 a 12 horas. O tratamento deve ser iniciado com 50 a 100mg/dia com</p> <p>Esquizofrenia Mania aguda Monoterapia da depressão bipolar</p>	<p>Tontura Sonolência Boca seca Elevação dos níveis de triglicérides séricos Elevação do colesterol total Aumento de peso</p>	<p>Hipersensibilidade ao medicamento</p> <p>1 - Recomenda-se o ajuste das doses de quetiapina em caso de administração concomitante com fenilolina, carbamazepina, barbitúricos, rifampicina. 2 - Pode causar leve aumento nos níveis do lílio. 3 - Recomenda-se exame oftalmológico a cada 6 meses nos pacientes sob terapia com quetiapina. 4 -</p> <p>Melhorar a capacidade de pensar, sentir e se comportar com clareza, diminuir alucinações (se houver, ajudar nos sintomas de tristeza e desânimo.</p>

<p>aumentos de 100 mg/dia objetivando atingir uma dose de 400 a 800mg/dia ao final da segunda semana de tratamento.</p>		Constipação Hipotensão	<p>Monitorar os níveis de glicemia, triglicérides e colesterol.</p>	
<p>Rapidamente absorvida por VO, atingindo pico plasmático em 0,8 a 1,4 horas após a ingestão. Meia vida de eliminação de 3 a 24 horas. A risperidona injetável tem liberação prolongada, via IM no glúteo ou deltóide. A risperidona oral pode ser utilizada 1 ou 2 vezes ao dia, na dose inicial de 2mg/dia e pode ser aumentada a cada 2 dias, tornando-se eficaz em média entre 4 e 6 mg ao dia.</p>	<p>Esquizofrenia e transtorno esquizoafetivo Demências Transtorno Bipolar Autismo</p>	<p>Sonolência Aumento do apetite Fadiga Infecção do trato respiratório Sialorréia Constipação Xerostomia Tremor Distonia Vertigem Cefaleia Tontura Acaisia</p>	<p>Hipersensibilidade ao fármaco Gravidez e lactação Insuficiência renal ou hepática grave</p>	<p>Melhorar a capacidade de pensar, sentir e se comportar com clareza, ajudar na memória, e nas emoções, tais como: confusão, alucinações, distúrbios da percepção (por exemplo, ouvir vozes de alguém que não está presente), desconfiança incomum, isolamento da sociedade, ser excessivamente introvertido</p>
<p>SERTRALINA antidepressivo</p> <p>Bem absorvida por VO, atingindo o pico de concentração plasmática em 4 a 8 horas. Meia vida está ao redor de 26 horas. O equilíbrio plasmático é atingido após 7 dias de uso constante. Iniciar com 25 ou 50 mg em dose única diária, sendo a dose</p>	<p>Depressão maior Distímia TOC Estresse pós-traumático Transtorno de pânico Fobia social TAG Transtorno disfórico pré-menstrual</p>	<p>Boca seca Cefaleia Retardo ejaculatório Náuseas Sonolência Tonturas</p>	<p>Uso concomitante com IMAOs Uso concomitante com pimozida Hipersensibilidade ao fármaco</p>	<p>Regular o humor, diminuir a tristeza, proporcionar ânimo para agir, diminuir os comportamentos repetitivos e ataques de pânico (se houver), ajudar a sair de casa e se comunicar com outras pessoas.</p>



<p>terapêutica usual de 50 a 100 mg/dia. Dose máxima de 200mg/dia.</p>				<p>com fármacos conhecidos por afetarem a função plaquetária e em pacientes com histórico de distúrbios hemorrágicos. 6 - Recomendar o uso à noite no jantar, uma vez que a maioria dos pacientes sente sonolência.</p>	
<p>Rapidamente absorvido quando ingerido por VO, atingindo o pico de concentração plasmática em 2 a 3 horas. Meia vida de eliminação de 19 a 23 horas. São permitidas 2 doses ao dia ou até mesmo dose única. Deve-se iniciar com a menor dose possível e depois aumentos lentos e graduais até a dose efetiva. Doses normalmente iniciam-se com 25mg/dia e se situam entre 100 e 200mg/dia. Dose máxima de 400mg/dia.</p> <p>TOPIRAMATO</p>	<p>Epilepsia Profilaxia de enxaqueca crônica Bulimia nervosa Transtorno de compulsão alimentar Em associação a estabilizadores do humor para redução do ganho de peso</p>	<p>Anorexia Ataxia Cefaléia Diarreia Déficit cognitivo</p>	<p>Hipersensibilidade ao medicamento Gravidez</p>	<p>1 - Deve ser administrado à noite para minimizar os efeitos colaterais. 2 - Orientar quanto ao perigo de dirigir e operar máquinas perigosas, uma vez que pode causar sonolência, fadiga e tontura. 3 - Atenção para pacientes com insuficiência renal, pois pode haver necessidade de reajuste da dose. 4 - Em pacientes em hemodálise, o topiramato é removido do plasma, sendo necessária uma dose adicional do medicamento igual à metade da dose diária, metade antes e metade depois da sessão. 5 - Risco aumentado para formação de cálculos renais, orientar o paciente para aumentar a ingestão de água.</p>	<p>Estabiliza o humor durante o dia, diminui a ansiedade e a vontade de correr a todo instante e auxilia na redução do peso.</p>

Fonte: Criação própria da autora, 2023.

APÊNDICE 3 - INSTRUMENTO DE ADESÃO AO TRATAMENTO
MEDICAMENTOSO

Medicamentos

NOME: _____

Manhã 			
Nome do remédio	Para que serve?	Quantos?	Horário (se tiver)
RISPERIDONA 2MG	Melhora a capacidade de pensar, sentir e se comportar com clareza, ajuda na memória, e nas emoções, tais como: confusão, alucinações, (por exemplo, ouvir vozes de alguém que não está presente), desconfiança incomum, isolamento da sociedade.	1 comp	
BIPERIDENO 2MG	Combate algumas reações de outros medicamentos, regula o humor, diminui a tristeza, proporciona ânimo para agir e diminui dores crônicas.	1 comp	
ACIDO VALPROICO 500mg	Melhorar a capacidade de pensar, sentir e se comportar com clareza e regular o humor durante o dia.	1 comp	
Tarde 			
Nome do remédio	Para que serve?	Quantos?	Horário (se tiver)
BIPERIDENO 2 MG	Combate algumas reações de outros medicamentos, regula o humor, diminui a tristeza, proporciona ânimo para agir e diminui dores crônicas.	1 comp	

ACIDO VALPROICO 500mg	Melhorar a capacidade de pensar, sentir e se comportar com clareza e regular o humor durante o dia.	1 comp	
Noite 🌙			
RISPERIDONA 2MG	Melhora a capacidade de pensar, sentir e se comportar com clareza, ajuda na memória, e nas emoções, tais como: confusão, alucinações, (por exemplo, ouvir vozes de alguém que não está presente), desconfiança incomum, isolamento da sociedade.	1 comp	
ACIDO VALPROICO 500mg	Melhorar a capacidade de pensar, sentir e se comportar com clareza e regular o humor durante o dia.	1 comp	
DIAZEPAM 5MG	Regular os sintomas e crises de ansiedade, reduzir a insônia e ataques de pânico (se houverem)	1 comp SE PERDER O SONO OU TIVER AGITADO	

Fonte: Criação própria da autora, 2023.

ANOTAÇÕES
1. COMO VOCÊ TEM SE SENTIDO AO FAZER O USO DOS MEDICAMENTOS?

2. TEVE ALGUM DIA QUE DEIXOU DE TOMAR OU TOMOU A MAIS?	
NOME DO MEDICAMENTO: QUANDO?	PORQUE?
NOME DO MEDICAMENTO: QUANDO?	PORQUE?
3. ESTE MEDICAMENTO AJUDA VOCÊ A.... NOME DO MEDICAMENTO: NOME DO MEDICAMENTO:	3. ESTE MEDICAMENTO ATRAPALHA VOCÊ PARA... NOME DO MEDICAMENTO: NOME DO MEDICAMENTO:
4. COMO LIDAR COM ESSAS DIFICULDADES? QUEM PODERIA AJUDAR?	

Fonte: Criação própria da autora, 2023.

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

ISABELLE PRIOTO

**ATENDIMENTO GRUPAL PARA FAMILIARES DE USUÁRIOS/AS DE
SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

CURITIBA - PR

2023

ISABELLE PRIOTO

**ATENDIMENTO GRUPAL PARA FAMILIARES DE USUÁRIOS/AS DE
SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

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

Profa. Orientadora: Dra Ana Paula Müller de
Andrade

CURITIBA - PR

2023

Dedico este trabalho à minha família e ao Guilherme, pelos momentos de acolhimento, apoio e escuta, durante a intensa trajetória da Residência.

AGRADECIMENTOS

O desenvolvimento deste trabalho de conclusão de residência só foi possível pelo apoio de diversas pessoas e instituição que aqui agradeço:

Aos meus pais, Ana Maria e Eliezer, por me proporcionarem educação de qualidade e me guiarem na direção do trabalho duro e do esforço;

À minha irmã Annelise, por todas as ligações que realizamos durante o percurso da residência, a qual me ouviu e me deu conselhos quando precisei;

Ao meu namorado Guilherme, por ter abdicado de seu tempo livre para me auxiliar quando necessário, por estar presente mesmo quando eu estive distante estudando ou trabalhando;

À minha avó Leonor, por todas as orações que fez em minha direção, nos momentos que pensei que não daria conta;

À minha professora orientadora Ana Paula, por ter sido tão presente e solícita diante do trabalho, mas também por ter ampliado meu olhar diante do trabalho como psicóloga;

À Escola de Saúde Pública do Paraná, pela oportunidade em realizar esta formação e ter tido a possibilidade de vivenciar o dia a dia de diferentes serviços da Rede de Atenção Psicossocial.

Por fim, gostaria de agradecer a todos os meus amigos, amigas, familiares e outras pessoas, que de alguma forma passaram pela minha vida, me ensinaram algo e influenciaram na minha decisão em realizar esta Residência.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 OBJETIVOS GERAL E ESPECÍFICOS	12
2.1 OBJETIVO GERAL.....	12
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	12
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	13
4 ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS.....	19
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	23
5.1 Demanda represada: o não dito pelas/os familiares	23
5.2 Aspectos de gênero: as mulheres frente ao cuidado	27
5.3 Relato direcionado à psicóloga: o desafio de fazer a palavra circular	31
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	35
REFERÊNCIAS.....	37
ANEXO I	

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CAPS ad - Centro de Atenção Psicossocial- álcool e outras drogas

RAPS - Rede de Atenção Psicossocial

SPA - Substâncias Psicoativas

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

USF - Unidade de Saúde da Família

CRAS - Centro de Referência da Assistência Social

CREAS - Centro de Referência Especializado da Assistência Social

SIRE - Serviço Integrado à Rede de Proteção

AA - Alcoólicos Anônimos

NA - Narcóticos Anônimos

AL-ANON - Grupos Familiares do AA

NAR-ANON - Grupos Familiares do NA

RESUMO

Com o movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil, o cuidado às pessoas que fazem uso abusivo de álcool e drogas passou a ser preconizado nos serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, considerando a família como participante no cuidado. Este trabalho trata de uma pesquisa-intervenção realizada com familiares de pessoas que fazem uso abusivo de álcool e drogas, em um CAPS ad, a partir de cinco encontros grupais. O objetivo foi ofertar um espaço de escuta as/aos familiares, visando reconhecer e acolher as demandas apresentadas diante do cuidado ao/a usuário/a. A análise de resultados foi realizada a partir da análise de conteúdo e do conjunto de dados analisados emergiram três categorias: (a) “demanda represada: o não dito pelas/os familiares”, onde são discutidos aspectos relacionados à necessidade de cuidado e acolhimento direcionado à esta população, (b) “aspectos de gênero: as mulheres frente ao cuidado”, onde apresento sobre o papel direcionado às mulheres em relação ao cuidado com outras pessoas e, (c) “relato direcionado à psicóloga: o desafio de fazer a palavra circular”, que abordo sobre o direcionamento da fala à profissionais e questões referentes ao suporte entre pares. Como considerações finais foi possível indicar algumas possibilidades de trabalho voltado a esta população nos CAPS e demais serviços da RAPS, tais como a construção de espaços de acolhimento às/aos familiares, incluindo o diálogo sobre gênero e o desenvolvimento de ações direcionadas às suas necessidades específicas.

Palavras-chave: Reforma Psiquiátrica; familiares; uso de álcool e drogas; cuidado.

1 INTRODUÇÃO

O movimento brasileiro da Reforma Psiquiátrica, iniciado no final da década de 1970 com objetivo da desinstitucionalização, promoveu o tratamento em liberdade visando o desenvolvimento do cuidado territorializado às pessoas que fazem uso abusivo de álcool e drogas, com participação do cuidado nos Centros de Atenção Psicossocial e em outros serviços que pudessem dar conta da complexidade do cuidado integral destes/as e suas famílias.

Nesse sentido, o desenvolvimento de uma rede comunitária de cuidados foi e continua sendo essencial para a consolidação da Reforma Psiquiátrica (Brasil, 2005), tendo em vista uma alteração do modelo denominado como asilar (Costa-Rosa, 2000) para o modelo da atenção psicossocial. A articulação dos diferentes serviços que substituem os hospitais psiquiátricos em rede é de suma importância para a constituição de um conjunto de referências capazes de acolher as pessoas em sofrimento mental. Esta rede é maior que o conjunto de serviços de saúde mental de um município, abrangendo outros setores, tal como a assistência social.

É fundamental para a construção desta rede um constante movimento em direção a outros espaços da cidade, em equipamentos diversos e não apenas da saúde, cumprindo com princípio de intersetorialidade. É este movimento que pode garantir resolutividade, produção de autonomia e cidadania das pessoas com transtornos mentais, em busca de sua emancipação (Brasil, 2005).

A intenção deste trabalho era realizar intervenções nos serviços da saúde e da assistência social, o que não se efetivou, em razão dos diferentes tempos institucionais e singulares presentes na realização da pesquisa. Entretanto, como será apresentado, manteve a ideia de que a seguridade social é central para dar conta da complexidade das demandas sociais atuais (Monnerat e Souza, 2011).

O tripé da seguridade social é composto pela saúde, assistência social e previdência social. Produzido pela Constituição Federal de 1988 é definido como: “um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (BRASIL, 2002, Art. 194). Nesse sentido, a proteção social deixou de estar associada ao indivíduo e estabeleceu a inclusão de direitos providos pelo Estado, sem depender da inserção no campo do trabalho.

Assim, a seguridade social em si mesma apresenta a necessidade da intersectorialidade, voltando seu olhar para a construção de interfaces entre setores, instituições e serviços, a fim de enfrentar questões sociais complexas que excedem a competência de apenas um setor ou uma determinada política pública, a qual se relaciona com a seguridade social, para responder tais demandas (Monnerat e Souza, 2011).

Para Junqueira (2000), a intersectorialidade ultrapassa a realização do cuidado em um único setor social, por compreender a articulação de saberes e experiências no planejamento, realização e avaliação das ações, a fim de atingir um efeito integral em situações complexas em prol do desenvolvimento social bem como superar a exclusão social. Como aponta o autor, a intersectorialidade estabelece uma nova lógica para a gestão da cidade, por buscar transcender as fragmentações políticas e considerando o cidadão em sua totalidade.

Para a organização da rede, a noção de território é o que possibilita orientação nas ações (Brasil, 2005). O território não é apenas uma área geográfica, mas formado por instituições, pessoas, redes e espaços que compõem a vida comunitária. Desta forma, trabalhar no território é trabalhar com os saberes, as forças e os componentes da comunidade que apresentam soluções, demandas e que podem desenvolver objetivos em comum. “É a ideia do território, como organizador da rede de atenção à saúde mental, que deve orientar as ações de todos os seus equipamentos” (BRASIL, 2005, p. 26).

Vale destacar que o processo de Reforma Psiquiátrica é um projeto com perspectiva democrática e participativa e os protagonistas deste processo são os gestores do SUS, as/os trabalhadoras/es da saúde e, especialmente, os/as usuários/as e os/as familiares dos CAPS e outros serviços substitutivos, tratando-se de um protagonismo insubstituível (Brasil, 2005).

A Reforma Psiquiátrica, e também a consolidação do SUS, só é factível com a participação efetiva de trabalhadoras/es, usuários/as e familiares, através da construção dos modos de tratar nos fóruns de negociação e deliberação do SUS, como conselhos e conferências de saúde bem como em outras instâncias. Assim, não é apenas nas instâncias previstas pelas estruturas do SUS que a participação de usuários/as e seus familiares pode se dar, mas também no cotidiano dos serviços da rede de atenção à saúde mental e de garantia de direitos.

No que se refere às pessoas que fazem uso abusivo de álcool e drogas, estes têm a possibilidade de atendimento especializado nos Centros de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas, mas o trabalho intersetorial e em rede é de extrema importância para que o cuidado ocorra de forma integral. Uma das diretrizes para o funcionamento desta rede, é o desenvolvimento de estratégias de redução de danos (BRASIL, 2011). Especificamente nos CAPS ad, encontramos a redução de danos como potencializadora de cuidado direcionado aos sujeitos em tratamento.

A abordagem da redução de danos proporciona um caminho promissor, por reconhecer em cada uma/uma suas singularidades, traçando estratégias que estejam voltadas ao cuidado de sua saúde e preservação da vida. Desta forma, é possível aumentar o grau de liberdade e de corresponsabilização daquele/a que está em tratamento, implicando no estabelecimento de vínculo com os/as profissionais, que também passam a ser corresponsáveis pelo tratamento a ser construído (BRASIL, 2003).

A redução de danos contempla o indivíduo como um todo, sem discriminação ou inferiorização, com igualdade, à medida que permite a construção do cuidado e do tratamento em conjunto às pessoas que fazem uso abusivo de álcool e drogas. As ações estão, então, voltadas para a redução do consumo, com o objetivo de gerar melhor qualidade de vida para o indivíduo e reduzir os riscos e danos, diante dos princípios do pragmatismo, da tolerância e da diversidade (ELIAS; QUEIROZ, 2018).

As famílias apresentam papel fundamental para que o tratamento dos/as usuários/as de saúde mental possa ocorrer em liberdade, longe dos muros dos antigos manicômios e de tratamentos asilares, os quais não apresentavam perspectiva de alta do tratamento ou de reinserção social. Para que este cuidado em liberdade possa se consolidar, é crucial que a família realize o suporte do cuidado aos/às usuários/as, através da aproximação destes/as à diferentes serviços que sustentem a saúde física e mental, moradia, alimentação, trabalho, entre outros. É importante que tais familiares também produzam o cuidado de si.

Durante minha experiência enquanto residente reconheci que as/os familiares das pessoas que fazem uso abusivo de álcool e drogas não possuíam um espaço próprio de escuta e atenção no CAPS ad e, por isso, podiam apresentar dificuldades em encontrar ferramentas e formas para produzir o cuidado dos seus/suas familiares. Como referem Garcia e Reis (2018) as atividades realizadas nos CAPS são prioritariamente através de espaços coletivos, como grupos, assembleias, reuniões

de equipe, de maneira articulada com outros pontos da rede de atenção à saúde e demais redes, o que justificou a opção pela atividade grupal.

Algumas inquietações emergiram desta e outras experiências, a saber: Como a pessoa é recebida em sua família quando recai no uso de SPA? As/os familiares acompanham ou não o/a usuário/a nos dispositivos da rede de atenção psicossocial? Como estas/es familiares realizam o cuidado da pessoa que faz uso abusivo de álcool e drogas? Como realizam o cuidado com si mesmas/os e sua saúde mental? Como lidam com a experiência de ser familiar de alguém que mantém um uso abusivo de substâncias?

Neste contexto, este trabalho buscou produzir um espaço em que familiares pudessem compartilhar suas experiências de cuidado e reconhecer as demandas oriundas delas. Diante dos serviços vinculados às secretarias de saúde e assistência social de Pinhais - PR, foi proposta uma pesquisa-intervenção com as/os familiares de pessoas que fazem uso abusivo de álcool e drogas em tratamento no CAPS ad de Pinhais, cujos resultados ampararam as discussões aqui apresentadas.

2 OBJETIVOS GERAL E ESPECÍFICOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Ofertar um espaço de escuta visando reconhecer e acolher as demandas apresentadas por familiares diante do cuidado com as pessoas que fazem uso abusivo de álcool e drogas e relacionadas à saúde mental.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Reconhecer e acolher as demandas de familiares diante do tratamento de pessoas que fazem uso abusivo de álcool e drogas;
- Instrumentalizar as/os familiares sobre aspectos relacionados à atenção psicossocial de maneira ampla e integral;
- Proporcionar espaço de reflexão sobre as demandas apresentadas nos encontros do grupo;
- Apresentar às/aos familiares o funcionamento e o fluxo da Rede de Atenção Psicossocial e da Rede de Atenção Socioassistencial;

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Com base nos princípios da Reforma Psiquiátrica, a implementação de um novo modelo de cuidado aos portadores de transtornos mentais exige a superação do modelo asilar e a implementação do modelo de atenção psicossocial. Por meio da estratégia de atenção psicossocial, este modelo vem apresentando mudanças, através do desenvolvimento do cuidado e do atendimento em uma variedade de dispositivos de atenção e cuidado territoriais. Assim, as práticas têm base no atendimento integral às problemáticas de saúde, através da ação territorializada (Severo e Dimenstein, 2011).

De acordo com Costa - Rosa (2000), o modelo asilar investe em atendimentos que pouco se preocupam com o sujeito atendido e sua opinião, mas sim com o protocolo médico psiquiátrico e de medicação a ser seguido, através do isolamento e da retirada do sujeito do centro do tratamento. Já o modelo de atenção psicossocial abrange os fatores políticos e psicossociais, de maneira a ir além da terapêutica medicamentosa, atribuindo importância ao sujeito e sua participação em seu tratamento, enfatizando a importância da sua relação com seu meio social e familiar. Neste modelo, a loucura toma um lugar social e não individual, de maneira que familiares, e eventualmente um grupo mais ampliado, sejam aproximados do tratamento, por comporem este meio social, tendo o ambiente sociocultural como determinante.

No modelo de atenção psicossocial preconizado pela reforma psiquiátrica brasileira, o cuidado aos/às usuários/as passou a ser realizado em serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos, localizados no território de referência de cada indivíduo e sua família. Através da mudança na forma de cuidado, a família passou a ser incluída nos processos terapêuticos dos/as usuários/as, de maneira a se constituir como uma instituição possivelmente protetora, apresentando um efeito favorável ao tratamento dos/as mesmos/as. No entanto, à medida que a família se aproximava do cuidado, foi possível constatar o adoecimento dos/as familiares, visto que o uso de substâncias psicoativas ocasiona impactos para além das pessoas que fazem uso abusivo de álcool e drogas. (Andreatta et al, 2021)

Souza e Júnior (2017), referem a necessidade de buscar soluções efetivas para o cuidado das pessoas que fazem uso abusivo de álcool e drogas e descrevem que a

partir da redução de danos seria possível a construção de um bom suporte para aqueles indivíduos que não mais estariam em hospitais psiquiátricos e, agora, necessitam da promoção da reabilitação psicossocial, por meio da atenção diária no cuidado aos usuários/as e seus familiares.

Segundo Passos e Souza (2011), para os/as familiares das pessoas que fazem uso abusivo de álcool e drogas, por questões socioculturais e históricas, muitas vezes a única solução e ideal forma de tratamento seria o modelo asilar, ou seja, da internação em regime integral. Porém, a estratégia da redução de danos preconiza a importância em não impor aos/as usuários/as um modelo de tratamento, assim como não reconhecer a abstinência total do álcool ou das drogas como única saída. A estratégia sustenta a ideia de diminuir a necessidade de fazer o uso da substância, focalizando o cuidado no desenvolvimento de atividades que produzam saúde, física e mental e na reabilitação psicossocial, através do apoio do meio familiar e sociocultural.

Assim, no atendimento a familiares de pessoas que fazem uso abusivo de álcool e drogas, primeiramente é importante estabelecer um conceito de relação familiar. O conceito aqui utilizado está em consonância com Fonseca (2005), vez que se aproxima mais das dinâmicas e relações familiares, do que de um modelo ou unidade familiar. Fonseca (2005) apresenta:

(...) o laço familiar como uma relação marcada pela identificação estreita e duradoura entre determinadas pessoas que reconhecem entre elas certos direitos e obrigações mútuos. Essa identificação pode ter origem em fatos alheios à vontade da pessoa (laços biológicos, territoriais), em alianças conscientes e desejadas (casamento, compadrio, adoção) ou em atividades realizadas em comum (compartilhar o cuidado de uma criança ou de um ancião, por exemplo) (FONSECA, 2005, p. 54).

A respeito de familiares de pessoas que fazem uso abusivo de álcool e drogas, Demarco; Jardim; Kantorski (2017) ao apresentarem dados sociodemográficos da região sul do Brasil correspondentes aos/às familiares cuidadores/as de pessoas que fazem uso abusivo de álcool e drogas, definiram que este grupo é composto majoritariamente por mulheres de pele branca. Além disso, a maioria das cuidadoras estava na faixa etária de 40 a 60 anos, com média de 52 anos, possuía ensino fundamental incompleto, com renda entre um e três salários mínimos. As autoras argumentam que o cuidado é um trabalho atribuído socialmente às mulheres, devido às normas culturais que as situam como centrais na organização da vida familiar, do cuidado com filhos e com enfermos.

Cosentino et al. (2017) apontam dados semelhantes em pesquisa realizada no Rio Grande do Sul, reconhecendo que os/as cuidadores/as familiares de pessoas que fazem uso abusivo de álcool e drogas era composto por um grupo predominantemente de mulheres, com média de idade de 47 anos, casadas ou em relacionamento de união estável, com nível baixo de escolaridade, vivendo com um a três salários mínimos e que muitas vezes eram responsáveis pelos cuidados financeiros e relacionados ao lar.

Schenker e Minayo (2004) apontam que a família tem um papel fundamental para o tratamento do abuso de substâncias psicoativas, por se apresentar como o elo que une os membros da mesma às diferentes esferas da sociedade, estando relacionada ao desenvolvimento saudável ou não saudável de seus membros. As autoras apresentam uma revisão de literatura a respeito do tema e, ao discorrerem a respeito dos diversos métodos que auxiliam as pessoas que fazem uso abusivo de álcool e drogas no engajamento ao tratamento, descrevem que a maioria dos métodos se caracterizam por intervenções que envolvem a família, por partirem da premissa de que os familiares podem auxiliar em tal engajamento de formas variáveis. As autoras afirmam que “torna-se cada vez mais claro que quanto maior o suporte que um adicto ou um usuário abusivo possa reunir, maiores as chances de consecução e manutenção da abstinência, bem como de mudanças de comportamento” (SCHENKER & MINAYO, 2004, p. 652).

Portanto, a família, enquanto principal núcleo de convivência que a pessoa participa, parece ser uma aliada de suma importância na consideração do tratamento dos/as usuários/as dos Centros de Atenção Psicossocial- álcool e outras drogas. Entretanto, de acordo com Claus et al. (2018), a funcionalidade de uma família pode minar as perspectivas de tratamento propostas por uma instituição, bem como ressaltar estes e, ainda, facilitar o engajamento do/a usuário/a na terapêutica proposta. De acordo com as autoras, a crença na melhora futura da pessoa que faz uso abusivo de álcool e drogas é um fator interveniente na perseverança de um tratamento.

Ainda, Claus et al. (2018) afirmam que os grupos destes/as familiares, ao proporem um espaço de escuta e acolhimento, viabilizam possibilidades de restituição e redesignação de determinadas crenças familiares, evitando que se esmoreça o prognóstico de um tratamento ao se evidenciar, assim, o funcionamento familiar.

De acordo com Siqueira et al. (2019), em um primeiro momento, a equipe de um CAPS ad que se proponha a atender tanto o/a usuário/a quanto seus familiares deve estabelecer vínculos para que ambos possam se sentir confortáveis no espaço de escuta proposto pelos profissionais e, assim, partir para os relatos que fiam-se na percepção recíproca das situações do outro. Tais autoras enfatizam que o Sistema Único de Saúde deve garantir, mediante o princípio de universalidade, o acesso às demandas dos familiares, pois estes também têm uma reação frente a pessoa que faz uso abusivo de álcool e drogas, que merece acolhimento e ainda, podem servir como ferramentas de auxílio na formação de um grupo terapêutico, oficina, entre outras atividades.

Para Moraes, Campos e Laranjeira (2011), não é possível se pensar na questão do abuso de substâncias psicoativas apenas pelo viés do/a usuário/a, principalmente por já termos conhecimento o suficiente para afirmar se tratar de uma patologia com múltiplos e diferentes fatores, a qual atinge fortemente o contexto familiar. Os autores comentam que o fator familiar pode atuar tanto como mantenedor do comportamento de adição, como ter papel central na possibilidade de alteração deste comportamento. Destacam, ainda, características presentes nestes familiares, como o esgotamento físico e mental, sentimento de impotência, desmotivação, raiva, medo, culpa, entre outros, decorrentes, por exemplo, da frustração advinda de tentativas sem sucesso de auxiliar a pessoa que faz uso abusivo de álcool e drogas, a qual pode estar relacionada com o desconhecimento de que este comportamento do/a usuário/a representa seu adoecimento.

Assim, diante da situação que de um modo geral esses/as familiares se encontram, intervenções que lhes deem atenção e escuta possivelmente contribuem para a alteração dos sintomas descritos, e conseqüentemente trazem modificações para um cenário sócio histórico já estabelecido.

É importante enfatizar que a participação de familiares no tratamento contribui no engajamento do/a usuário/a, facilitando que o objetivo do tratamento naquele momento seja alcançado. Nesse sentido, Moraes, Campos e Laranjeira (2011) apresentam a Visita Domiciliar Familiar como possibilidade destes familiares receberem algum apoio e maiores informações a respeito do uso de SPA.

Lima e Mângia (2015) referem a importância de reconhecer que as necessidades de saúde estarão para além daquelas identificadas na pessoa que faz uso abusivo de álcool e drogas, quando se busca verificar o impacto dos problemas

relacionados ao consumo de álcool e outras drogas na vida de familiares, cuidadores e outras pessoas significativas destas pessoas. Os autores referenciam um estudo realizado pelo governo britânico, o qual identificou quatro áreas de impacto que geram necessidades específicas na vida dos familiares, sendo elas: saúde física e patológica, devido a ansiedade, solidão, culpa e outros sentimentos; relações familiares complicadas, decorrentes de alterações nos papéis entre os membros da família, dificuldade na comunicação, ruptura de vínculo e conflitos; financeiros e ocupacionais, referente às estratégias utilizadas para obtenção das substâncias, dívidas na compra da SPA, despesas com tratamento, entre outras; vida social, relacionado com o isolamento em relação a família e amigos, medo de deixar o/a usuário/a sozinho/a, temor de ser alvo de críticas do seu grupo social, além de pouca motivação para o lazer.

Diante das estratégias grupais voltadas para as/os familiares de pessoas que fazem uso abusivo de álcool e drogas, Lima e Mângia (2015) apresentam que estudos confirmam a importância em ofertar as/aos familiares ações visando o suporte e descrevem como seus benefícios a identificação, o reconhecimento e a compreensão das próprias necessidades de saúde, emocionais e sociais, estimulando-os a procurarem ajuda; ampliação da compreensão sobre a problemática enfrentada, podendo reduzir ansiedade e desmistificar os comportamentos do/a usuário/a; redução do nível de tensão dos familiares por meio de uma comunicação mais assertiva; diminuição do isolamento social e oferta de informações sobre serviços e redes; aumento do suporte para as pessoas que fazem uso abusivo de álcool e drogas, a medida em que as famílias desenvolvem habilidades para lidar com os problemas.

Andreatta; Rodrigues; Iglesias (2021) descrevem uma experiência com um grupo de familiares de usuários/as em uma Unidade de Saúde da Família em Vitória - ES. As autoras apresentam que o grupo teve o foco voltado para o cuidado daqueles que cuidam de outros, denominado "Cuidando de quem cuida". O grupo foi realizado em quatro encontros, a partir da demanda de atendimento destas/es cuidadoras/es e teve o intuito do desenvolvimento do autocuidado, aproximação com práticas que geram saúde, informações a respeito da temática do uso de SPA, exploração do território a fim de gerar maior bem-estar e construção de fatores de proteção, além do desenvolvimento de maior autonomia diante seus cuidados. As autoras afirmam que a experiência permitiu discussões a respeito de saúde mental, de forma a fortalecer o

cuidado em liberdade, através da desconstrução dos mitos e preconceitos da comunidade a respeito do uso de SPA, com a possibilidade de troca de experiências por pessoas que passam por dificuldades diante de uma mesma problemática.

Santos (2019) apresenta uma experiência com grupo de familiares de pessoas que fazem uso abusivo de álcool e drogas, a partir de um grupo realizado pelo período de três anos em um CAPS II no interior da Bahia, através da escuta psicanalítica. A autora destaca que o grupo era composto predominantemente por mães e filhas, revelando o papel social das mulheres em relação aos cuidados de usuários de serviços de saúde mental já apresentado em outros trabalhos.

Além disso, Santos (2019) também pontua que ao longo dos três anos, foi possível identificar alguns significantes que percorriam as falas das/os participantes do grupo, sendo eles: a crise, diante daqueles momentos em que o/a usuário/a não encontra-se estável e as possibilidades diante destes momentos; o isolamento social, decorrente do isolamento causado por outros e por si mesmo/a; a sobrecarga, por conta de residirem com o sujeito com transtorno mental, por perdas financeiras devido abandono de emprego para cuidar de seu familiar, falta de apoio de seu/sua parceiro/a, percepção negativa diante do transtorno mental, falta de suporte social e baixo nível de informação dos/as familiares; acolhimento, diante da importância do espaço de escuta para que possam compartilhar a respeito de suas angústias, possibilitando sensações de bem-estar.

A partir desta experiência, Santos (2019) destaca a importância destes/as familiares serem acolhidos/as e escutados/as, favorecendo que estejam mais atentos aos cuidados de si mesmos e de seus/suas familiares. Além da importância da escuta, a autora concluiu que o grupo demonstrou relevância na aproximação dos/as familiares com os/as profissionais e também com outros/as familiares, facilitando a construção de uma nova visão a respeito da loucura e dos modos diferenciados de lidar com a problemática, confirmando a necessidade de espaços como este nos serviços de saúde mental para facilitação de diálogo e responsabilização no cuidado realizado aos sujeitos com transtorno mental.

Os referenciais apresentados aqui sustentam a intervenção proposta. Além disso, reforçaram a importância da realização de pesquisas com familiares de pessoas que fazem uso abusivo de álcool e drogas, considerando os diferentes âmbitos que afetam a saúde mental e superando os modos reducionistas de pensar a experiência do uso de substâncias psicoativas e o cuidado ofertado.

4 ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS

Trata-se de uma pesquisa-intervenção realizada com familiares de pessoas que fazem uso abusivo de álcool e drogas em um Centro de Atenção Psicossocial-álcool e outras drogas. Para Aguiar e Rocha (1997), na pesquisa-intervenção a relação estabelecida entre pesquisador e objeto pesquisado é variável e aponta os rumos da pesquisa a partir da contribuição de ambas as partes. A pesquisa tem qualidade de ação, desenvolvimento, construção conjunta, estudo dos determinantes sociais, históricos e políticos envolvidos nas situações.

O local em que a pesquisa se desenvolveu foi o CAPS ad do município de Pinhais – PR. O serviço oferta atendimento àqueles indivíduos com sofrimento decorrente do uso de álcool, crack e outras drogas, na área territorial correspondente. O atendimento se dá em formatos como intensivo, semi-intensivo e não intensivo, através de acolhimentos, avaliações por cada especialidade, consulta médica, atividades grupais de integração, grupo de saúde mental, grupo de saúde, oficina terapêutica, oficina de consciência corporal, oficina de geração de renda, entre outras.

À época da pesquisa, o serviço contava com uma equipe multiprofissional composta por dois psicólogos, uma terapeuta ocupacional, um assistente social, uma enfermeira, um médico clínico geral, uma médica psiquiatra, uma técnica de enfermagem, uma auxiliar de enfermagem, duas recepcionistas, três oficinairos e duas profissionais de serviços gerais. Além destes profissionais, os/as usuários/as também podiam ser atendidos pela equipe multiprofissional de Residentes em Saúde Mental.

Segundo a Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, a assistência realizada ao paciente no CAPS ad II inclui: atividades de atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros); atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras); atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio; visitas e atendimentos domiciliares; atendimento à família; atividades comunitárias com foco na integração do usuário na comunidade e sua inserção familiar e social; uma refeição diária para aqueles em atendimento por um turno (04 horas); duas refeições diárias para aqueles assistidos em dois turnos (08 horas); atendimento de desintoxicação (BRASIL, 2002).

Conforme a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisa com seres humanos, o projeto desta pesquisa foi submetido no Comitê de Ética-Hospital do Trabalhador/SES/PR, com Parecer de Aprovação de número 5.702.819.

Para garantia de aspectos éticos, no primeiro encontro com os/as participantes, compartilhei que o atendimento grupal se tratava de uma pesquisa-intervenção referente ao meu trabalho de conclusão de residência e que seria necessária a leitura e assinatura do TCLE para aqueles que concordassem em participar da pesquisa. Todas/os as/os participantes concordaram com a participação e assinaram o TCLE, em duas vias. Para assegurar a confidencialidade, o anonimato e o sigilo, quando necessário, no decorrer do trabalho, será utilizada a letra “s”, abreviando a palavra sujeito, e um número correspondendo a cada um/uma dos/as participantes.

Os critérios de inserção nesta pesquisa foram: familiares de pessoas que fazem uso abusivo de álcool e drogas em tratamento no CAPS ad de Pinhais- PR no momento do convite para participação da pesquisa; familiares que participavam ativamente do tratamento do/a usuário/a, comparecendo assiduamente em atendimentos quando solicitado; familiares que demonstravam interesse e disponibilidade em auxiliar no cuidado do/a usuário/a; familiares disponíveis para participação do grupo nos horários e dias definidos; familiares selecionados pela coordenadora do CAPS ad a partir dos critérios aqui descritos.

Já os critérios de exclusão foram: familiares de pessoas que fazem uso abusivo de álcool e drogas que não estavam inseridos em tratamento no CAPS ad de Pinhais-PR no momento do convite para participação na pesquisa; familiares que não realizavam o auxílio ativo no tratamento do/a usuário/a; familiares que não compareciam nos atendimentos quando solicitado; familiares que não realizavam o suporte ao/à usuário/a; familiares que estavam indisponíveis para participação do grupo nos horários e dias definidos.

No projeto de pesquisa, foi proposto um atendimento grupal com até 10 familiares participantes. O desenvolvimento da pesquisa-intervenção ocorreu do dia 03/11/2022 ao dia 15/12/2022. Teve início a partir de uma reunião com a coordenadora do serviço para definição das/os familiares que seriam convidados/as, a partir dos critérios de inclusão e exclusão da pesquisa. Foram convidados 17 familiares, de maneira que o número de convidados foi superior ao proposto para participação. O fizemos por entendermos que algumas/alguns não poderiam participar ou poderiam vir a faltar.

Uma semana antes do início dos encontros grupais, foram realizadas ligações telefônicas e/ou contato via WhatsApp aos familiares selecionados na reunião com a coordenadora. Não foi possível realizar o convite por meio de visitas domiciliares, como havia sido estruturado no projeto da pesquisa, por falta de tempo hábil. Dos/as 17 familiares contatados, 7 confirmaram presença no primeiro encontro no dia 10/11/2022.

Foram realizados cinco encontros grupais no CAPS ad no decorrer de seis semanas, majoritariamente nas quintas-feiras às 15 horas. Os encontros caracterizaram a premissa do grupo aberto, possibilitando a expressão livre da demanda dos/as participantes, sem apresentação de uma proposta de tema em cada encontro.

No primeiro encontro, participaram 7 familiares. O segundo encontro precisou ser adiado uma semana, devido ao falecimento de um familiar meu e, quando ocorreu, contou com 5 familiares. O terceiro encontro precisou ter seu horário alterado para às 13h, devido ao fechamento antecipado do CAPS ad, em decorrência do jogo do Brasil na Copa do Mundo, e dele participaram 4 familiares. No quarto encontro, participaram 2 familiares e, por fim, no quinto encontro apenas uma familiar esteve presente.

No projeto de pesquisa havia sido proposta a visita a outros espaços da Rede de Atenção Psicossocial e da Rede de Atenção Socioassistencial, a partir das necessidades da população atendida. Esta ação de territorialização não foi possível de ser realizada, por não ter sido observada a demanda de visita a outro serviço da rede durante os encontros grupais.

Além disso, no decorrer dos 5 encontros, foi percebida certa inconstância no número de participantes. Gradativamente, a quantidade de familiares por encontro foi diminuindo. Este fenômeno cooperou para a inviabilidade de encontros externos ao CAPS ad, considerando que a própria presença de familiares foi se reduzindo e que essa demanda não se produzia nos encontros.

Para composição da coleta de dados, após cada um dos encontros, preenchi diários de campo. Para Obando (1993), o diário de campo é um instrumento de registro de informações que se assemelha a uma versão do bloco de notas, mas com maiores possibilidades de uso. Este instrumento é organizado metodicamente em relação às informações que se deseja obter em cada um dos relatórios, permitindo que o pesquisador se aprofunde na situação presenciada, sequenciando o processo da pesquisa, obtendo dados para a análise posterior dos resultados. Um bom diário

de campo fornece dados muito úteis para o trabalho do profissional, possibilitando que o pesquisador verifique lacunas existentes nas informações, que podem ser corrigidas nas novas ações que serão realizadas.

Nesta pesquisa, os diários de campo foram compostos com os seguintes tópicos: data, horário, número de participantes, número de participantes que haviam confirmado presença, iniciais dos participantes, tema das atividades realizadas, objetivo do encontro, o que não pode ser realizado, descrição das atividades, descrição do encontro, percepção do impacto da experiência para os participantes, observações da pesquisadora e possíveis interpretações, temas a serem pesquisados na análise dos resultados.

Os diários de campo foram fundamentais para a construção da análise de resultados, realizada a partir da análise de conteúdo. Sousa e Santos (2020) apontam que a análise de conteúdo é definida como um conjunto de instrumentos metodológicos, em constante aperfeiçoamento, com foco na análise de diferentes aspectos do conteúdo, sendo eles verbais ou não-verbais, através da sistematização de métodos utilizados em uma análise de dados. Esta técnica se estrutura em três fases: pré-análise (leitura, escolha dos documentos, hipóteses e formulação de indicadores), exploração do material (criação de categorias) e interpretação dos resultados.

Após terem sido realizados os encontros do atendimento grupal, preenchidos e analisados os diários de campo, foram definidas três categorias da análise: “demanda represada: o não dito pelas/os familiares”, “aspectos de gênero: as mulheres frente ao cuidado” e “relato direcionado à psicóloga: o desafio de fazer a palavra circular”.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

5.1 Demanda represada: o não dito pelas/os familiares

A primeira categoria da análise de conteúdo deste trabalho, aborda o que entendemos ser a demanda represada entre familiares de pessoas que fazem uso abusivo de álcool e drogas. Esta característica se fez presente principalmente nos encontros iniciais dos atendimentos grupais, percebidos através de relatos extensos e repletos de detalhes que foram apresentados à medida que fui propondo questões ao grupo.

No primeiro encontro, após eu ter comentado sobre a pesquisa-intervenção e sua relação com o meu trabalho de conclusão de residência, foi solicitado para que cada uma/um se apresentasse, contasse um pouco sobre si e sua relação com a pessoa que faz uso abusivo de álcool e drogas em tratamento no CAPS ad. Nesse momento, inicialmente, estava previsto que fossem trazidas apresentações breves, para que fosse realizada uma leitura detalhada do TCLE, a fim de garantir que compreendessem o documento e tomassem a decisão de participar ou não da pesquisa.

No entanto, este momento inicial se prolongou de forma a ultrapassar o tempo de uma hora e meia, planejado para duração do encontro como um todo. Isso resultou na impossibilidade de realizar a leitura do TCLE de maneira aprofundada, falta de tempo para tirar dúvidas e realizar os combinados sobre o funcionamento do grupo com as/os participantes. O encerramento deste encontro se deu ainda de maneira dinâmica, visto que algumas/alguns participantes precisaram se retirar devido a outros compromissos.

Alguns dos conteúdos apresentados, no que reconheci como relatos extensos, foram:

S1, homem, branco, de aproximadamente 50 anos, contou sobre seu irmão, usuário de SPA e que vinha participando dos Encontros de Familiares, realizados pelo CAPS ad (Fragmento do diário de campo, 10/11/2022).

S2 E S3 compareceram ao grupo juntas, são irmãs, mulheres, brancas, com aproximadamente 60 e 65 anos, respectivamente. Compartilharam as vivências de cuidado ao irmão, usuário de álcool, e sobre as dificuldades do familiar se manter abstinente, com idas e vindas do tratamento no CAPS ad (Fragmento do diário de campo, 10/11/2022).

S4, mulher, branca, com idade aproximada de 75 anos, contou a história de seu filho, referindo que o início do uso de SPA dele foi ao se relacionar com uma mulher usuária de SPA. Disse que ele(?) tem auxiliado com os cuidados

da casa, alimentação e em relação à dependência do álcool (Fragmento do diário de campo, 10/11/2022).

S5, mulher, branca, com cerca de 50 anos, falou sobre sua frustração em relação aos serviços de saúde, especialmente quando precisou realizar um internamento involuntário de seu filho, quando não obteve êxito. Contou que no momento do encontro, o filho encontrava-se em situação de rua, e que acreditava que a realidade seria diferente caso os internamentos tivessem duração de ao menos um ano. Tem uma medida protetiva contra o filho (Fragmento do diário de campo, 10/11/2022).

S6, mulher, negra, na faixa dos 40 anos, veio ao grupo por ter um irmão e seu companheiro em tratamento no CAPS ad. Compartilhou que havia se distanciado do companheiro ao saber sobre o uso de SPA, mas por ter o encontrado em uma situação vulnerável, decidiu acolhê-lo em sua casa. Falou também sobre o sofrimento de sua mãe associado ao uso de SPA de seu irmão (Fragmento do diário de campo, 10/11/2022).

S7, mulher, branca, de aproximadamente 50 anos, descreveu sobre uma experiência negativa de sua filha em um internamento em Comunidade Terapêutica, sobre o sentimento de culpa por tê-la internado e da dificuldade em lidar com uso de SPA por parte dessa (Fragmento do diário de campo, 10/11/2022).

No segundo encontro, a característica se manteve a mesma. Foi um encontro composto apenas por mulheres, as quais se mostraram dispostas a compartilhar vastamente suas experiências e vivências, contribuindo com dúvidas e questões direcionadas para mim, sobre as suas dificuldades no cuidado à pessoa que faz uso de álcool e outras drogas. Neste encontro, compareceram duas novas participantes. s8, mulher, branca, de idade próxima aos 50 anos, mãe de uma pessoa que faz uso abusivo de álcool e drogas e s9, mulher, negra, idosa, mãe da participante R.A.

S8 referiu que há alguns anos vinha participando do grupo 'Amor Exigente', localizado no município de Curitiba, para que pudesse ter um espaço para compartilhar suas experiências como familiar de um usuário de SPA. Contou que não tem mais confiança no filho e que acredita que deve exigir dele respostas ao tratamento, pois acredita que por ele, ele estaria apenas fazendo o uso da SPA, sem demais atividades ou cuidados (Fragmento do diário de campo, 24/11/2022).

S9 narrou sobre as preocupações com o filho, com a dificuldade em dar dinheiro à ele e confiar que irá utilizar para aquilo que disse. Referiu que sempre precisou cuidar mais desse filho, por sentir que ele demandava mais do que as/os outras/os (Fragmento do diário de campo, 24/11/2022).

Nos demais encontros, aquelas/aqueles que estiveram presentes, referiram a importância dos encontros, em que puderam se expressar, compartilhar com pares e serem ouvidas/os em suas experiências. No último encontro, s2 disse: "o grupo foi bom, porque é bom conhecer sobre as histórias de outras pessoas e perceber que às vezes tem gente sofrendo mais" (sic). (Fragmento do diário de campo, 15/12/2022).

O conteúdo apresentado acima se correlaciona com o problema de pesquisa construído inicialmente, por representar que a população de familiares de usuários de substâncias psicoativas carece de um espaço de fala apropriado na rede de atenção psicossocial. Em muitos momentos, as/os familiares precisam buscar por estes espaços em locais fora de seu território, como foi apresentado por s8 sobre o grupo 'Amor Exigente', ou os conhecidos 'Al-Anon' e 'Nar-Anon'.

Se evidencia a falta de atenção dada a esta população específica, que muitas vezes está adoecida, necessitando de espaços de acolhimento, escuta e discussão diante da experiência de cada um. Assim, à medida que um espaço como este é ofertado, a demanda que ali estava represada, pode ser escutada e acolhida e, assim, se revelar, talvez ser contada pela primeira vez para pessoas que estão dispostas a ouvir e a contribuir com a temática.

Silva et al. (2021) ressaltam que as pesquisas tratam, em sua maioria, sobre a importância da família como fator de proteção à dependência química ou vinculada ao tratamento da adicção, mas poucas mudanças são realizadas nas modalidades de tratamento. Segundo as autoras, não há inserção familiar ou promoção de reflexões que contribuam com mudanças neste contexto, mesmo tendo em vista que a aderência do/a usuário/a no tratamento é maior quando a família é incluída.

Em pesquisa realizada com familiares de pessoas que fazem uso abusivo de álcool e drogas, Silva et al. (2021) constataram o intenso sofrimento, vulnerabilidade e fragilidade vivenciados, e identificaram a necessidade de um cuidado integral à saúde voltado a esta população. Familiares participantes da pesquisa compartilharam que a falta de resolutividade de suas questões quando apresentadas a profissionais da área da saúde, contribuem para que deixem de comparecer em espaços de atendimento a familiares nos Centros de Atenção Psicossocial.

Já em uma pesquisa realizada por Rodrigues et al. (2018) com esta população, as/os familiares descreveram sentirem-se culpados e socialmente responsabilizados pelo comportamento de uso de substâncias pelo/a usuário/a, além de alguns profissionais de saúde condenarem as famílias pela dependência química. Estes aspectos dificultam com que as famílias busquem ajuda, estabeleçam uma relação com a/o profissional da saúde, alimentando sentimentos de vergonha e sofrimento.

Dessa forma, além da pouca aproximação das famílias com o tratamento daquele/a que faz uso de substâncias, não há um cuidado atento aos sofrimentos e demandas das/os familiares. Mesmo quando existem espaços específicos aos

familiares, não há acolhimento ou tentativa de engajamento na questão, de forma que forneça conforto ou sensação de amparo. E ainda, quando as/os familiares buscam por outros espaços da rede, na saúde ou mesmo assistência social por exemplo, podem ser culpabilizados pela situação que vivem e ainda mais afastados de uma possibilidade de cuidado.

Silva et al. (2021) complementam que as famílias expressaram a falta de um olhar profissional atento às suas particularidades, que suscitem intervenções diante de ajuda, cuidado e proteção para a integralidade da assistência em saúde. Este fator favorece que as famílias procurem por ajuda em espaços de assistência jurídica e não de saúde, muitas vezes em busca do internamento compulsório aos/às usuários/as, em busca de alguma solução para sua questão, que é de extrema complexidade.

Contudo, Silva et al. (2021) apontam que práticas interdisciplinares têm colaborado para a atenção voltada às singularidades desses sistemas familiares, permeados pelo ciclo das drogas, possibilitando acolhimento, escuta qualificada, melhor conhecimento das especificidades e desenvolvimento com as famílias de estratégias de atenção e cuidado às suas necessidades. Dessa forma, promove-se autonomia das famílias, em vista de seu papel como protagonistas do funcionamento familiar e de ressignificação das vivências perante a problemática. Para tal, é premente a construção de projetos terapêuticos ampliados, que incluam as famílias e a comunidade em torno do/a usuário/a.

Complementando, encontramos que Vasques e Bernardino (2019) valorizam a participação dos familiares no tratamento às pessoas que fazem uso abusivo de álcool e drogas, para que possam contribuir para a efetividade do tratamento. As autoras descrevem o comportamento familiar diante do abuso de drogas e as possibilidades de adoecimento em conjunto ao/a usuário/a, diante da codependência e seus estágios ou, no extremo oposto, o desamparo.

Do mesmo modo, Zamorano (2022) destaca as formas como o contexto familiar pode atuar perante o uso de substâncias, favorecendo ou desfavorecendo o uso, e como sua presença pode contribuir significativamente para a evolução do tratamento do/a usuário/a.

Com isso, encontra-se muito na literatura sobre a interferência que o sistema familiar pode causar no desenvolvimento do sofrimento emocional associado ao uso de substâncias e sobre as formas como a aproximação da família pode colaborar para a evolução do tratamento do/a usuário/a. No entanto, esta perspectiva não

necessariamente abrange a construção de espaços de fala a esta população, por trazer o foco ao tratamento e não ao sistema familiar em si.

Colocar as/os familiares no papel de serem apenas contribuintes ao tratamento do/a usuário/a, pode inviabilizar o conhecimento de suas próprias questões e sintomas, distanciando-os do cuidado com a sua própria saúde mental. É como mantê-los apenas no papel de cuidadores/as, esperando que mudanças ocorram no sistema como um todo.

Logo, a demanda se mantém represada, não apenas pela falta de espaços e profissionais dispostos a praticar um acolhimento das questões, mas pela insuficiente preocupação e construção de intervenções direcionadas a esta população. No dia a dia, encontramos profissionais da saúde que, assim como o restante da população, são permeados por pensamentos criminalizantes, proibicionistas e de preconceito. Esta característica afeta tanto o atendimento ao/a usuário/a, quanto a maneira como suas/seus familiares serão ouvidos/as e atendidos/as, dificultando que desenvolvam conhecimento sobre si mesmas/os e sobre sua saúde mental.

5.2 Aspectos de gênero: as mulheres frente ao cuidado

A segunda categoria refere-se aos aspectos de gênero reconhecidos nos dados da pesquisa. Durante o desenvolvimento da pesquisa, a participação das mulheres foi substancialmente maior do que a dos homens. Do total de nove pessoas que participaram, apenas um era homem. Se faz importante notar que não foi realizado um questionário em função de constatar como cada uma/um se identificava, mas considerados os pronomes pessoais utilizados pelas/os próprias/os participantes.

Esta questão não apareceu apenas durante a coleta de dados, mas desde a lista de familiares organizada junto da coordenadora do serviço. Nos critérios de inclusão da pesquisa, estabeleceu-se a presença daquelas/es familiares que realizavam de antemão um cuidado mais próximo a pessoa que faz uso abusivo de álcool e drogas, comparecendo no CAPS ad quando solicitado e se apresentando como rede de apoio a aquele/a que sofre com a adicção. Analisando os critérios de inclusão e exclusão na pesquisa e a amostra da coleta de dados, composta

principalmente por mães, identifica-se quem são elas as responsáveis, na maioria dos casos, pelos cuidados com outras pessoas.

Se faz importante notar, que no segundo encontro, composto apenas por mulheres, a participante R.A. levou sua mãe para fazer parte do grupo. Além de R.A. estar diante do cuidado com seu companheiro, reconhecia que sua mãe realizava o cuidado do seu irmão e tinha preocupações perante o uso de substâncias que ele fazia. Seria interessante estudar, para além das questões de gênero atreladas ao cuidado, a transmissão intergeracional de saberes entre as mulheres, o que infelizmente não foi possível nos limites desta pesquisa. Os fragmentos a seguir contribuem neste argumento:

No terceiro encontro do grupo, S6 contou sobre sua experiência diante do cuidado, não apenas com o companheiro usuário de drogas, mas com as/os demais familiares também. Relatou que ligava todos os dias para o companheiro e para o filho, para verificar se estavam se alimentando com a marmitta que já havia deixado previamente preparada para eles. Disse que trabalhava no turno mais cedo possível para ter as tardes livres, nas quais ia até a casa da sua mãe ou de suas irmãs, para ver como estavam. No final do encontro, reconheceu ser um excesso, que já havia pedido desculpas ao seu filho, mas não conseguia evitar agir de tal forma (Fragmento do diário de campo, 01/12/2022).

S9 fez referência ao quanto S6 ia até a sua casa e ligava para ela, e que considerava um excesso. Na contramão, disse que estava decidida a deixar de buscar o filho, usuário de drogas, e de tentar levá-lo ao CAPS, que iria deixar que ele a buscasse a partir daquele momento. Contou que gostaria de cuidar mais de si e participar do Grupo de Caminhada da Unidade de Saúde de referência (Fragmento do diário de campo, 01/12/2022).

As autoras Pegoraro e Caldana (2008), em um estudo sobre mulheres, loucura e cuidado, apontam que o desenvolvimento de serviços extra-hospitalares, a partir do Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, possibilitou o retorno da pessoa com transtorno mental à sua vida familiar. Neste retorno, a família se apresenta como núcleo de cuidado informal, tendo a mulher como figura central. Assim, é acrescido um componente aos cuidados compreendidos socialmente como pertencentes às mulheres, além das pessoas doentes e das crianças.

Através de sua pesquisa, Pegoraro e Caldana (2008) evidenciam que, em geral, mulheres, sejam mães, avós, filhas ou esposas, são socialmente responsáveis pelos cuidados com pessoas com algum sofrimento psíquico, em sua maioria homens jovens e solteiros. E ainda, para além do papel de cuidadoras, estas mulheres carecem de cuidados elas próprias pois, não raramente, são acometidas por algum

sintoma psíquico ou apresentam sintomas depressivos e uso de psicofármacos, decorrentes da sobrecarga de trabalho.

Segundo o Levantamento Nacional de Famílias dos Dependentes Químicos (LENAD, 2013), realizado a partir de entrevistas com 3.153 familiares de pessoas que fazem uso abusivo de álcool e drogas em tratamento no Brasil, as mulheres correspondem a 80% da população entrevistada que sofre os impactos negativos do uso de substâncias por familiares, sendo 46% mães. Além do sofrimento emocional, 66% destas mães são responsáveis pelo cuidado a pessoa que faz uso abusivo de álcool e drogas, e mais da metade são reconhecidas como “chefe da família”. Portanto, são responsáveis pelos cuidados com aquele/a que usa substâncias e pelos cuidados com a família. Corroborando com o que foi apresentado acima, o levantamento caracterizou que a maior parte dos/as usuários/as de drogas são homens, com idade média de 32 anos.

Maciel et al. (2018) realizaram um estudo a respeito da sobrecarga familiar diante da dependência de substâncias, em que a amostra da pesquisa, selecionada por conveniência, foi composta apenas por mulheres, com idade aproximada de 46 anos, em que 55% eram mães, e 39,1% se encontrava em sobrecarga moderada a severa, conforme o Inventário de Sobrecarga do Cuidador de Zarit.

Na literatura, são encontrados dados semelhantes, em que prevalentemente as mulheres ocupam o lugar de cuidadoras dos/as demais familiares (Cosentino et al., 2017; Demarco, Jardim e Kantorski, 2017; Rodrigues et al., 2018; Berger e Fonseca, 2019; Santos, 2019; Silva et al., 2021; Andreatta, Rodrigues e Iglesias, 2021).

Além de ocuparem este lugar socialmente, em um estudo realizado com familiares em CAPS nos estados do Sul do Brasil, Kantorski et al. (2019) destacaram que o gênero feminino também prevalece em dados referentes a sentimento de sobrecarga, percepção ruim da qualidade de vida, insatisfação com as relações familiares e possibilidades maiores de transtornos mentais comuns.

Durante os encontros do atendimento grupal, as mulheres participantes mostraram certa ambivalência na realização desse cuidado. Trouxeram questões referentes a forma de realizá-lo, a intensidade, se deveriam ou não tomar as decisões por seus/suas familiares, se manteriam o afeto atrelado ao cuidado ou se precisariam se distanciar emocionalmente de seus entes queridos para que pudessem tomar decisões custosas, como optar pelo internamento involuntário. Atrelado a isso, o sentimento de culpa as cercava, independente da opção que tomassem.

No segundo encontro, as mães participantes do grupo discutiram sobre maternidade, no sentido de como cada uma realizava o cuidado materno ao/a filho/a da pessoa que faz uso abusivo de álcool e drogas. “S8 contou que estava decidida a tomar as decisões pelo filho, em relação ao tratamento, por acreditar que, caso contrário, o filho só ficaria em casa usando drogas” (Fragmento do diário de campo, 24/11/2022). “S9 referiu que filho a chamava de ‘mãe biológica’ e outra mulher, na casa da qual estava passando os dias usando SPA, de mãe, e que isso a deixava triste, mas mesmo assim acreditava que deveria se manter acolhedora com ele” (Fragmento do diário de campo, 24/11/2022).

“S4 compartilhou que sentia que devia acreditar em seu filho, mostrar para ele que confiava nele, por saber que nenhuma outra pessoa estava fazendo o mesmo. Afirmou que mostrar a confiança poderia ajudá-lo a confiar em si mesmo” (Fragmento do diário de campo, 24/11/2022). “S7, em contrapartida, trouxe que acreditava que quem deveria estar participando do grupo era o esposo de sua filha, por passar mais tempo com ela” (Fragmento do diário de campo, 24/11/2022).

As informações acima colocam, no sentido figurado, um rosto ao se pensar no cuidado exercido a pessoa que faz uso abusivo de álcool e drogas. Mostram, que quando se trata de cuidado a outros seres humanos, em geral as mulheres são responsabilizadas, podendo acarretar na sobrecarga ou sofrimento emocional. Já são muitas as tarefas esperadas de uma mulher na sociedade. Mesmo com o passar dos anos, décadas e até séculos, há grande dificuldade em fazer esse papel se alterar e ser desenvolvido por homens.

São diversas as lutas nesta busca, mas as mudanças são lentas e gradativas. Faz refletir o que tem mantido esses papéis cristalizados. Faz, ainda, questionar: por que os homens não realizam os cuidados na mesma intensidade? Por que cuidar de outros/as acaba sendo uma preocupação feminina? Quais são as consequências de quando uma mulher deixa de realizar um cuidado *versus* quando um homem deixa do mesmo?

Zanello (2016) contribui nestas questões, abordando a respeito do que ela denomina como “dispositivo materno”. Considerando o desenvolvimento dos papéis masculino e feminino ao longo dos tempos, a autora expõe que a maternidade surgiu para a mulher como uma forma de participação na sociedade de maneira mais efetiva, trazendo à mulher uma “função”. Na intenção do Estado potencializar a vida das crianças, foi colocado à mulher a função de cuidar e, posteriormente, educar seus

filhos. Mas enquanto este se tornou o destino feminino, através da docilização dos corpos e da vida doméstica, com a maternidade atrelada à feminilidade e à busca de reconhecimento, os homens mantiveram os papéis voltados ao trabalho, a vida em sociedade e a virilidade.

Com a associação do feminino à maternidade, o desenvolvimento de conhecimento científico/ religioso do cuidado materno e a falta de discussões diante do desejo de não ter filhos, surge o sentimento de culpa. As mulheres sentem culpa pela forma como realizam o cuidado, por não o realizarem, por não quererem e assim sucessivamente. A autora escreve que “o dispositivo materno diz respeito, assim, a um lugar de subjetivação no qual as mulheres são constituídas como cuidadoras ‘natas’” (ZANELLO, 2016, p. 114). Não há espaço, há alguns séculos, para outra forma de pensar e agir diante da maternidade. Se percebe, ainda, estas características no pensamento das mulheres, as quais permanecem na posição de estarem a serviço dos outros e do cuidado com todos/as.

Kantorski et al. (2019) sugerem que os serviços de saúde mental realizem ações na intenção de desconstruir a naturalização do papel de cuidador/a como uma função feminina, buscando incluir os demais membros da rede de suporte dos/as usuários/as na construção dos projetos terapêuticos. Além disso, sugerem incluir a pauta de gênero nas discussões vinculadas aos/as cuidadores/as, possibilitando alteração no prognóstico feminino.

Entendo que é preciso fortalecer espaços em que as mulheres possam pensar, falar, questionar, discutir, contar e cuidar de si como cuidam de outros. Além de alavancar a saúde mental e diminuir a sobrecarga física e emocional, isso pode auxiliá-las, se tiverem informações e uma equipe preparada para acolhê-las. São necessárias informações e, ainda, profissionais dispostas/os a ouvi-las, perante todo o sofrimento que as rodeia e tudo que lhes é esperado socialmente e culturalmente.

5.3 Relato direcionado à psicóloga: o desafio de fazer a palavra circular

A terceira e última categoria da análise de resultados reflete sobre um direcionamento quase exclusivo dos relatos à psicóloga-pesquisadora-residente. Desde o primeiro encontro, ficou nítido que cada participante, ao iniciar uma fala, se direcionava exclusivamente para mim, e não as/aos demais familiares. No encontro

de abertura do atendimento grupal, essa característica tomou forma, aparentando que cada uma/um estava ali para realizar um relato direcionado então à psicóloga, sem interagir com as outras pessoas presentes ou com o que era apresentado pelas/pelos demais.

Este aspecto esteve presente, de forma a transparecer que quando uma/um familiar estava falando, as/os outras/os estavam no recinto apenas para testemunhar uma partilha, e não para interagir ou, ainda, construir em conjunto sobre as questões apresentadas. Essa é uma característica existente em muitos grupos de AA e NA, por exemplo, em que no momento que alguém está compartilhando sobre si, as/os demais apenas escutam sem realizar intervenções ou pontuações diante do que foi dito.

Apenas no quarto encontro do atendimento grupal, momento em que se encontravam uma familiar e um familiar que já haviam realizado ao menos dois encontros juntos, que se produziu, minimamente, a troca e o suporte entre pares. Nesse momento, houveram interações, trocas, escuta e uma retomada do que a/o outra/o havia dito, aproximando-se de sua realidade e vivências.

S1 contou sobre suas vivências em relação ao cuidado com seu irmão e sua mãe. Disse que se mudou de Antonina para Pinhais no ano anterior, para realizar este cuidado, mas sente que “deveria ter vindo antes” (sic). Descreveu que sua mãe sempre teve o irmão usuário de SPA como “filhinho da mamãe” (sic), sem conseguir incentivá-lo a se responsabilizar pelos seus atos. Frente a isso, o irmão espera que familiares se responsabilizem por suas necessidades, as quais R.O. diz atender com receio de que o irmão venda suas coisas ou as coisas de sua mãe para comprar aquilo que deseja (Fragmento do diário de campo, 08/12/2022).

S6 contou sobre como sua mãe criou seu irmão, usuário de drogas, o tratando da mesma forma como R.O. descreveu. Referiu que no momento a mãe tentado se mostrar forte, mas acredita que possa ser uma forma de se proteger dos sentimentos referentes ao filho, principalmente por ele chamar outra mulher de mãe. Diante do que havia contado no encontro anterior, sobre a forma como realiza o cuidado com seus familiares, relatou que prefere “ser chata” (sic), do que ficar sem saber o que está se passando na vida das/os familiares (Fragmento do diário de campo, 08/12/2022).

Os grupos de suporte de pares surgiram após o início do Movimento da Reforma Psiquiátrica, como uma estratégia do modelo de tratamento chamado *recovery*. Corradi-Webster et al. (2021) descrevem que o suporte entre pares facilita a construção de uma história coletiva, em que a troca de experiências destaca a autonomia, o empoderamento e a habilidade de tomar decisões sobre a própria vida. Tem como principal objetivo tornar as pessoas em sofrimento mental agentes centrais em seus processos de cuidado.

Siqueira et al. (2020) contribuem que o suporte de pares compreende que pessoas que sofrem com questões de saúde mental ou relacionadas ao uso de substâncias, podem oferecer apoio a pessoas que vivenciam situações semelhantes, a partir do apoio e do respeito de ambas as partes, a divisão de responsabilidades e a alteridade. São diversos os benefícios deste modelo, para a pessoa que oferece suporte e para aquela que o recebe. Alguns dos benefícios são o desenvolvimento de relacionamentos interpessoais, expansão da visão de mundo, reciprocidade, ação em direção a novas conquistas, promoção da esperança, autoestima, empoderamento, qualidade de vida e favorecem o protagonismo dos indivíduos. (SIQUEIRA et al., 2020).

Além dos benefícios aos participantes, Siqueira et al. (2020) citam que o suporte de pares pode colaborar com maior eficiência dos serviços de saúde, contribuir para a satisfação do sujeito atendido, estimulando o autocuidado e conseqüentemente, reduzindo gastos com internamentos, atendimentos de urgência e sintomas psiquiátricos.

Na experiência da pesquisa desenvolvida, encontramos um cenário diferente. O atendimento grupal realizado demonstrou a dificuldade das/os participantes se integrarem, se sentirem pertencentes e contribuírem com as vivências dos demais, mantendo um relacionamento mais próximo apenas comigo. Já a literatura mostra as potencialidades da prática do suporte de pares, suas potencialidades e formas de agregar a vida daqueles que sofrem emocionalmente.

Propositamente é estabelecida esta divergência, que faz questionar sobre: como acontece, na prática, a interação entre pessoas com um sofrimento em comum? Como se desenvolvem grupos para familiares? É visível a presença do suporte de pares? Se não, por que?”

Como já apresentado, a coleta de dados desta pesquisa foi atravessada por certa inconstância no número de participantes por encontro. Este fato pode ter contribuído para que o relato se mantivesse direcionado a mim, por falta de tempo para construção de vínculo, confiança e sensação de pertencimento entre as/os participantes. Ainda, é preciso considerar a pandemia do COVID-19 e o longo período em que as pessoas foram orientadas a permanecer em suas casas, isoladas e longe do convívio social. As vivências diante da pandemia influenciaram os relacionamentos interpessoais e a realização de atividades grupais, conseqüências ainda presentes no momento da aplicação desta pesquisa.

No entanto, além da baixa adesão nos encontros que pode se relacionar com a dificuldade de construção de vínculo e com as consequências da pandemia do COVID-19, há também a possibilidade das ações em saúde mental ainda não estarem caminhando na direção do suporte entre pares. Muitos dos espaços de atendimento à saúde mental mantêm um funcionamento ambulatorial, com atendimentos individuais e pouca socialização dos/as usuários. Esta questão pode colaborar ao imaginário social de que apenas a/o profissional da saúde, muitas vezes do campo psi, pode e sabe realizar o acolhimento do sofrimento ou uma escuta das questões do sujeito. Há uma expectativa de que a/o profissional terá as respostas e soluções e, assim, a fala toma um direcionamento específico.

Assim, considera-se que para fortalecer o suporte entre pares, é preciso repensar as ações realizadas pelos serviços e pelas/os profissionais, na direção de perceber se os moldes da reforma psiquiátrica estão presentes no cuidado realizado ou se apenas tem sido sustentado um funcionamento 'manicomializante' fora dos muros dos hospitais psiquiátricos. Fortalecer o suporte entre pares é viabilizar que as pessoas possam ouvir, acolher e descobrir a vastidão de conhecimento que existe para além dos muros dos serviços de saúde e saúde mental, na vida cotidiana e em comunidade.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando o Movimento da Reforma Psiquiátrica e o cuidado realizado em serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, é imprescindível considerar os diferentes aspectos que envolvem o cuidado em liberdade. Como apresentado neste trabalho, ao falar do sofrimento associado ao uso de substâncias, a família tem um papel de extrema importância diante do cuidado e no fortalecimento do tratamento daqueles/as que se encontram em sofrimento.

A intenção desta pesquisa-intervenção foi possibilitar com que essas/es familiares, que estão presentes no cuidado ao/a usuário/a de drogas no CAPS ad de Pinhais-PR, pudessem pensar e dialogar a respeito daquilo que as/os atravessava, como sujeitos de direito ao cuidado concomitantemente ao/a usuário/a. Buscou, ainda, identificar as demandas de cuidado desta população. Com isso, foram ressaltados três pontos na análise de resultados, que pretenderam responder aos objetivos da pesquisa. Dentre os principais resultados, destacamos que as/os familiares possuem poucos espaços de escuta e acolhimento nos serviços, que o cuidado é associado ao gênero feminino e que o relato é direcionado à psicóloga.

Diante disso, é importante ressaltar o papel dos serviços de saúde na construção de espaços de fala para esta população e no desenvolvimento de intervenções voltadas para o cuidado das/os familiares, o que não se percebe ser realizado até o presente momento. Este grupo foi interpelado pela baixa adesão de familiares nos encontros, mas, caso seja realizada uma aproximação dos serviços de saúde com esta população, será possível identificar aspectos e características específicas, contribuindo com o desenvolvimento de ações e intervenções junto à ela. Além disso, seria possível conhecer as necessidades diante de outros serviços constituintes da Rede de Atenção Psicossocial e da Rede de Atenção Socioassistencial. Reitero a necessidade de ações que promovam o cuidado territorializado das/os familiares, com circulação nos diferentes serviços das redes.

Além destes espaços e intervenções, se faz necessário que sejam facilitados diálogos a respeito da responsabilização social das mulheres frente ao cuidado, favorecendo a ampliação da rede de apoio do/a usuário/a. Para além de mães, irmãs, avós e esposas, as/os profissionais da saúde podem trabalhar em função de

aproximar as figuras masculinas do convívio dos/as usuários, para participarem do cuidado e auxílio no tratamento. Esta pode ser uma tarefa árdua, pois como foi apresentado, há algum tempo as mulheres têm sido responsabilizadas pelos/as cuidados pelos demais familiares. Por isso, espaços de diálogos devem ser construídos diante da temática, para o desenvolvimento de um pensamento crítico das/os próprios profissionais da saúde e das/os familiares e usuários/as.

Por fim, nota-se que para que o trabalho em grupo se fortaleça é importante atuar diante da ideia de que os/as profissionais da saúde poderão produzir respostas ampliadas às demandas de cuidado através das possibilidades de troca com as/os familiares bem como do suporte entre pares. Aproximar os cuidados em saúde dos espaços coletivos é imprescindível para que os/as usuários do SUS possam reconhecer o importante conhecimento que pode ser adquirido através da troca com outras pessoas e do cuidado em território.

REFERÊNCIAS

- ANDREATTA, P. P.; RODRIGUES, A. P.; IGLESIAS, A. Promoção à saúde voltada aos familiares de pessoas em uso abusivo de substâncias psicoativas. **Brazilian Journal Of Development**, Curitiba, v. 7, n. 7, p. 69067-67080, jul. 2021. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/32630>.
- BERGER, P. O.; FONSECA, L. R. S. C. M. Relato de experiência: grupo operacional para familiares de usuários de substâncias psicoativas em um caps- ad-II no município de Santa Maria- RS. In: III CONGRESSO INTERNACIONAL DE POLÍTICA SOCIAL E SERVIÇO SOCIAL: DESAFIOS CONTEMPORÂNEOS, 3., 2019, Londrina. **Relato de experiência**. Londrina: UEL, 2019. p. 1-14. Disponível em: <https://www.congressoservicosocialuel.com.br/trabalhos2019/assets/4604-230532-35650-2019-04-01-relato-de-vivencia-de-estagio.pdf>.
- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. São Paulo: Saraiva, 2002. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2001**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasil. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 336 de 19 de fevereiro de 2002**. BRASIL. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Brasília, 2003. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd03_17.pdf.
- CLAUS, M. I. S.; ZERBETTO, S. R.; GONÇALVES, A. M. S.; GALON, T.; ANDRADE, L. G. Z.; OLIVEIRA, F. C. As forças familiares no contexto da dependência de substâncias psicoativas. **Escola Anna Nery**, [S.L.], v. 22, n. 4, 8 nov. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/wNV7YQcQdkJTWY8gKphCvfs/?format=pdf&lang=pt#:~:text=Os%20familiares%20destacaram%20que%20o,da%20depend%C3%A2ncia%20de%20subst%C3%A2ncias%20psicoativas>.
- CORRADI-WEBSTER, C. M.; RUFATO, L. S.; LEÃO, E. A.; BIEN, C.; REIS, G. Grupo de Ouvidores de Vozes: experiência inovadora realizada por suporte de

pares. **Revista Iberoamericana de Psicología**, [S.L.], v. 14, n. 2, p. 75-85, 30 jun. 2021. Disponível em:

<https://reviberopsicologia.iberro.edu.co/index.php/ripsicologia/article/view/rip.14208>.

COSENTINO, S. F.; VIANNA, L. A. C.; SOUZA, M. H. N.; PERDONSSINI, L. G. B. Características de cuidadores familiares e de usuários de drogas. **Revista de Enfermagem**, Recife, v. 11, n. 6, p. 2400-2407, jun. 2017. Disponível em:

<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/23403>.

COSTA-ROSA, A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, P. (org.). **Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000. p. 141-168. Disponível em:

<https://books.scielo.org/id/htjgi/pdf/amarante-9788575413197-09.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2022.

DEMARCO, D. A.; JARDIM, V. M. R.; KANTORSKI, L. P. Perfil dos familiares de usuários de Centros de Atenção Psicossocial: distribuição por tipo de serviço. **Revista de Pesquisa Cuidado É Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 732-737, 11 jul. 2017. Disponível em:

<http://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/5498>.

ELIAS, D.; QUEIROZ, L. A. Políticas de saúde para o enfrentamento do uso de álcool e outras drogas, legislação e o trabalho desenvolvido nos CAPS. **Revista Direitos Humanos e Sociedade**, Criciúma, v. 1, n. 1, p. 1-13, 2018. Disponível em:

<https://periodicos.unesc.net/ojs/index.php/dirhumanos/article/view/4105>.

FONSECA, C. Concepções de família e práticas de intervenção: uma contribuição antropológica. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 50-59, ago. 2005. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/WGpvJkq4tm4wmZJbGcMkHGg/abstract/?lang=pt>.

GODOY, A. S. Pesquisa Qualitativa: tipos fundamentais. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 35, n. 3, p. 20-29, jun. 1995.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (Brasil). Cidades e Estados. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rae/a/ZX4cTGrqYfVhr7LvVyDBqdb/?lang=pt>. Acesso em: 12 maio 2022.

JUNQUEIRA, L. A. P. Intersetorialidade, transetorialidade e redes sociais na saúde. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, RJ, v. 34, n. 6, p. 35 a 45, 2000. Disponível em:

<https://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/6346>. Acesso em: 12 jun. 2022.

KANTORSKI, L. P.; JARDIM, V. M. R.; TREICHEL, C. A. S.; ANDRADE, A. P. M.; SILVA, M. S. S. J.; COIMBRA, V. C. C. Gênero como marcador das relações de cuidado informal em saúde mental. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 60-66, mar. 2019. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/cadsc/a/S74WJPq7v98BQdpvGT79VS/?lang=pt>.

LARANJEIRA, R.; SAKIYAMA, H.; PADIN, M. F. R.; MITSUSHIRO, S.; MADRUGA, C. S. LENAD FAMÍLIA: Levantamento Nacional de Famílias dos Dependentes Químicos. **São Paulo**: UNIFESP, 2013. Disponível em:

<https://spdm.org.br/noticias/mais-noticias/lenad-familia-levantamento-nacional-de-familias-dos-dependentes-quimicos/>.

LIMA, H. A.; MÂNGIA, E. F. Estratégias grupais voltadas aos familiares de pessoas com necessidades decorrentes do uso de substâncias psicoativas: uma revisão narrativa. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, [S.L.], v. 26, n. 2, p. 294, 4 set. 2015. Disponível em:

<https://www.revistas.usp.br/rto/article/view/97888>.

MONNERAT, G. L.; SOUZA, R. G. Da Seguridade Social à intersectorialidade: reflexões sobre a integração das políticas sociais no Brasil. **Revista Katál**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-49, jun. 2011. Disponível em: http://www.ser.puc-rio.br/3_Monnerat_Souza.pdf.

MORAES, E.; CAMPOS, G. M.; LARANJEIRA, R. Visita Domiciliar Motivacional. In: DIEHL, Alessandra; CORDEIRO, Daniel Cruz; LARANJEIRA, Ronaldo.

Dependência Química: prevenção, tratamento e políticas públicas. São Paulo: Artmed, 2011. p. 82-92.

OBANDO, L. A. V. El diario de campo. **Revista Trabajo Social**, [s. l], v. 18, n. 39, p. 3-15, out. 1993. Disponível em:

<https://www.binasss.sa.cr/revistas/ts/v18n391993/art1.pdf>.

PASSOS, E. H.; SOUZA, T. P. Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de “guerra às drogas”. **Psicologia & Sociedade**, [S.L.], v. 23, n. 1, p. 154-162, abr. 2011. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/psoc/a/zMk4Dq4gQ4XhH4dQgzScQRm/?lang=pt>.

PEGORARO, R. F.; CALDANA, R. H. L. Mulheres, Loucura e Cuidado: a condição da mulher na provisão e demanda por cuidados em saúde mental. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 82-94, jan. 2008. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/CZb7QsbPxZNMx8mwgKBQ5pf/abstract/?lang=pt>.

ROCHA, M. L.; AGUIAR, K. F. Pesquisa-intervenção e a produção de novas análises. **Psicologia**: ciência e profissão, Brasília, v. 23, n. 4, p. 64-73, dez. 2003. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/pcp/a/XdM8zW9X3HqHpS8ZwBVxpYN/abstract/?lang=pt>.

RODRIGUES, T. F. C. S.; SANCHES, R. C. N.; OLIVEIRA, M. L. F.; PINHO, L. B.; RADOVANOVIC, C. A. T. Sentimentos de famílias na dependência de drogas: à luz da sociologia compreensiva. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [internet], v. 71, n. 5, p. 2272-2279, nov. 2018. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/reben/a/tvyrWx9gDqZ5nqRXjk8jHzp/?format=pdf&lang=pt>.

Acesso em: 05 jan. 2023.

SANTOS, A. V. Grupo de escuta com familiares em centro de atenção psicossocial: um relato de experiência. **Revista Polis e Psique**, Ipiaú, v. 9, n. 1, p. 198-209, jan. 2019. Disponível em:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2238-152X2019000100012.

SCHENKER, M.; MINAYO, M. C. S. A importância da família no tratamento do uso abusivo de drogas: uma revisão da literatura. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 20, n. 3, p. 649-659, jun. 2004. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csp/a/9xB9njS9Pn8PcVJjr7hYGXC/abstract/?lang=pt>.

SEVERO, A. K.; DIMENSTEIN, M. Rede e Intersetorialidade na Atenção Psicossocial: contextualizando o papel do ambulatório de saúde mental. **Psicologia: Ciência e Profissão**, [S.L.], v. 31, n. 3, p. 640-655, abr. 2011. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/pcp/a/NB46WgNhD6HhbK5YXvYRthh/?lang=pt>.

SILVA, L. L. S. V.; SILVA, J. L.; CRUZ, M. G. S.; PERSEGUINO, M. G.; HORTA, A. L. M. Familiares que procuram internação compulsória para membros usuários de drogas: perfil, expectativas e necessidades. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S.L.], v. 74, n. 4, p. 1-8, 2021. Disponível em:

[https://www.scielo.br/j/reben/a/3DGxG5KP3qTnp7DgzLSryCL/?format=pdf&lang=pt#:~:text=Os%20resultados%20demonstraram%20que%20os,usu%C3%A1rios%20\(61%2C4%25\)](https://www.scielo.br/j/reben/a/3DGxG5KP3qTnp7DgzLSryCL/?format=pdf&lang=pt#:~:text=Os%20resultados%20demonstraram%20que%20os,usu%C3%A1rios%20(61%2C4%25)).

SILVA, M. B.; OLIVEIRA, J. A. P. Redução de danos no tratamento de álcool e outras drogas: uma prática possível para a família? **Psicologia e Saúde em Debate**, [S.L.], v. 4, n. 2, p. 25-41, 25 jul. 2018. *Psicologia e Saúde em Debate*. Disponível em:

<https://psicodebate.dpgpsifpm.com.br/index.php/periodico/article/download/V4N2A3/135#:~:text=O%20CAPS%2DAD%20possibilita%20ao,a%20fazer%20uso%20destas%20subst%C3%A2ncias>.

SIQUEIRA, D. F.; TERRA, M. G.; VIEIRA, L. B.; MORESCHI, C.; MELLO, A. L.; SOCCOL, K. L. S. Ações de cuidado aos familiares de usuários de substâncias psicoativas: perspectivas de profissionais e familiares. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [S.L.], v. 28. 2019. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/tce/a/ZBHwMksqQCPP3rQRxqfSw9g/?lang=pt#:~:text=cuidad os%20aos%20familiares,-,A%C3%A7%C3%B5es%20de%20cuidados%20aos%20familiares%20na%20perspe ctiva%20de%20profissionais,de%20familiares%20e%20visitas%20domiciliares>.

SIQUEIRA, O. M.; ROMÃO, C. O.; OLIVEIRA, A. S. T.; NOBRE, B. R.; COUTINHO, A. A.; OLIVEIRA, L. A. Suporte de pares como estratégia de Recovery e a experiência dos redutores de danos da Rede Pública de Saúde Mental de Belo Horizonte. **Revista Iberoamericana de Psicología**, [S.L.], v. 14, n. 2, p. 47-55, 30 jun. 2021. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8079715>.

SOUSA, J. R.; SANTOS, S. C. M. Análise de conteúdo em pesquisa qualitativa. **Revista Pesquisa e Debate em Educação**, [S.L.], v. 10, n. 2, p. 1396-1416, 31 dez.

2020. Universidade Federal de Juiz de Fora. Disponível em:
<https://periodicos.ufjf.br/index.php/RPDE/article/view/31559>.

VASQUES, N. A.; BERNARDINO, A. V. O uso de substâncias psicoativas e a família: um estudo sobre a escuta e a inserção familiar em um centro de atenção psicossocial (caps-ad). **Revista Mosaico**, Vassouras, v. 10, n. 2, p. 49-55, dez. 2019. Disponível em:
<http://editora.universidadedevassouras.edu.br/index.php/RM/article/view/1935>.

ZAMORANO, A. A. A diversidade se destaca por sua singularidade: perfil do usuário de drogas e as consequências das substâncias psicoativas ao adicto. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, São Paulo, v. 8, n. 10, p. 653-682, out. 2022. Disponível em: <https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/7148>.

ZANELLO, V. Dispositivo materno e processos de subjetivação: desafios para a psicologia. In: ZANELLO, Valeska; PORTO, Madge (org.). **Aborto e (não) desejo de maternidade(s)**: questões para a psicologia. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2016. Cap. 10. p. 103-122. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2016/11/CFP_Livro_Aborto-2.pdf. Acesso em: 15 jan. 2023.

ANEXO I

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós, Isabelle Prioto e Ana Paula Muller de Andrade, pesquisadoras da Escola de Saúde Pública do Paraná, estamos convidando (o Senhor, a Senhora) familiar de usuário/a em tratamento no CAPS ad de Pinhais, a participar de um estudo intitulado “Atendimento grupal para familiares de usuários/as de substâncias psicoativas na Rede de Atenção Psicossocial”.

O objetivo desta pesquisa é ofertar um espaço de escuta para que os familiares possam reconhecer e ter suas demandas acolhidas, diante do cuidado de usuários/as de substâncias psicoativas e associadas à saúde mental, através de atividades no Centro de Atenção Psicossocial e deslocamento a diferentes serviços da Rede de Atenção Psicossocial e Rede de atenção Socioassistencial, de acordo com a demanda dos/as participantes.

Caso (o Senhor, a Senhora) participe da pesquisa, será necessária participação em cinco encontros grupais a serem realizados uma vez por semana, com horário e local pré-estabelecido com os/as participantes.

Para tanto (o Senhor, a Senhora) deverá comparecer no Centro de Atenção Psicossocial- Rua Antônio de Andrade, 153, Maria Antonieta, Pinhais- PR, por aproximadamente cinco semanas.

Rubricas: Participante da Pesquisa e /ou responsável legal

Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE

É possível que (o Senhor, a Senhora) experimente algum desconforto, principalmente relacionado à intensidade emocional que falar sobre sofrimento, próprio ou de outrem, e suas vivências pode acarretar, lembrando que este desconforto é diminuído à medida que podemos compartilhá-los com outras pessoas e refletir sobre possibilidades de alívio.

Alguns riscos relacionados ao estudo podem ser: sentir um desconforto emocional ao refletir sobre sua própria história de vida e relacionamentos familiares, a partir dos relatos realizados nos encontros da pesquisa; desconforto frente ao sofrimento do outro, que algumas vezes pode trazer sentimentos de tristeza ou outros sentimentos difíceis de lidar; sensação de exposição, ao relatar sobre seu sofrimento para outras pessoas participantes dos encontros.

Os benefícios esperados com essa pesquisa são: o desenvolvimento de aspectos de saúde mental, o desenvolvimento de ferramentas para realizar o cuidado aos usuários de SPA, maior apropriação e conhecimento dos dispositivos disponíveis em seu território e aprofundamento no funcionamento das redes de atenção importantes para o cuidado a si e aos seus familiares. Além do desenvolvimento destes aspectos, as/os participantes poderão experienciar, talvez pela primeira vez, um espaço de escuta, para que sejam acolhidos diante de suas características singulares, embora nem sempre (o Senhor, a Senhora) seja diretamente beneficiado(a) por sua participação neste estudo.

Rubricas: Participante da Pesquisa e /ou responsável legal

Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE

As pesquisadoras Isabelle Prioto e Ana Paula Muller de Andrade, responsáveis por este estudo, poderão ser localizadas 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 local/telefone (Rua Antônio de Andrade, 153, Maria Antonieta, Pinhais-PR; telefone- (41) 3912-5382). Em situações de emergência ou urgência, relacionadas à pesquisa, as mesmas poderão ser contatadas neste mesmo telefone.

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 – 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: cep.cht@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 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. O seu acompanhamento no CAPS ad está garantido e não será interrompido caso (o Senhor, a Senhora) desista de participar.

Rubricas: Participante da Pesquisa e /ou responsável legal

Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE

As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas, tal como a orientadora da pesquisa, Prof^a Dra^a Ana Paula Muller de Andrade. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, será feito com nome fictício, para que a sua identidade seja preservada e seja mantida a confidencialidade.

O material obtido e registrado nos diários de campo será utilizado unicamente para esta pesquisa e será descartado dentro de 1 ano. As despesas necessárias para a realização da pesquisa, em relação ao transporte, 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 nome fictício.

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 o tratamento ou atendimento ordinários que meu familiar e eu possamos 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, _____ de _____ de _____.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO PARANÁ

AMANDA CRISTINA ALVES

**PROMOÇÃO E PREVENÇÃO DE SAÚDE MENTAL: DIALOGANDO COM ADOLESCENTES EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA
FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE PINHAIS-PR**

CURITIBA - PR

2023

AMANDA CRISTINA ALVES

**PROMOÇÃO E PREVENÇÃO DE SAÚDE MENTAL: DIALOGANDO COM ADOLESCENTES EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA
FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE PINHAIS-PR**

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

Prof. Orientador: **Dr. Altieres Edegar Frei**

CURITIBA - PR

2023

"A vida loka, em seu sentido mais amplo, submetida à teoria nativa e refletida nas considerações sobre a vida humana, (que) constitui-se em um conjunto de interpretações sobre a própria normatividade da vida".

Paulo Artur Malvasi

AGRADECIMENTOS

Acredito que tudo tem um objetivo e o tempo certo para acontecer em nossa vida. Agradeço a Deus por estar comigo em todos os

momentos, por toda força e amparo para que eu pudesse chegar até aqui.

Ao Universo, por finalmente conspirar a meu favor para que eu pudesse finalizar esta pesquisa.

Aos meus avós Galdina e Raul, que me incentivaram nos momentos mais difíceis.

A minha mãe, muito obrigada!

Obrigada por todo carinho e dedicação, sem vocês eu não seria nada!

Aos profissionais dos CAPS II, CAPS AD, Centro de Especialidades, Unidade de Saúde da Família Jardim Karla e Serviço Integrado a Rede de Proteção - SIRE, o meu muito obrigada por toda paciência, dedicação e vivências. Gratidão por todo conhecimento repassado para mim!

Ao meu orientador Professor Dr. Altieres Edemar Frei, pela orientação, paciência e solicitude em me guiar nesta construção apesar dos meus percalços, gratidão.

Aos meus amigos de residência, que me acolheram e sempre estiveram comigo nessa longa caminhada. A todos os amigos que de perto ou de longe, me deram apoio e emanaram boas energias.

A todos vocês, a minha gratidão!

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	nº 8
2 OBJETIVOS.....	nº 11
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	nº 12
4 ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS	nº 16
5 RESULTADO E DISCUSSÃO.....	nº 20
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	nº 25
REFERÊNCIAS.....	nº 27
APÊNDICES E ANEXOS	nº 31

LISTA DE SIGLAS

APS	Atenção Primária em Saúde
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas
CAPS II	Centro de Atenção Psicossocial
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
SESA	Secretaria da Saúde do Estado do Paraná
SIRE	Serviço Integrado a Rede de Proteção
SUS	Sistema Único de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família
TALE	Termo de Assentimento Livre e Esclarecido
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

RESUMO

A presente pesquisa teve como objetivo apresentar um breve resumo sobre uma ação em saúde mental, a qual adquire fortalecimento através de ações de promoção e prevenção, considerando que o sofrimento mental tem se tornado alvo de diversas pesquisas e debates em nossa sociedade. A problematização deste estudo se deu por meio da apreensão da realidade e pela experiência enquanto residente de Saúde Mental em uma Unidade de Saúde da Família (USF) e outros serviços da rede de saúde que compõe o Sistema Único de Saúde na cidade de Pinhais – PR, onde observou-se uma significativa demanda de adolescentes com questões relacionadas a saúde mental, sendo este o recorte do público alvo. O presente estudo configura-se como uma pesquisa-ação, também conhecida como pesquisa de intervenção, de abordagem qualitativa. A pesquisa ocorreu durante o mês de dezembro - período de férias escolares - de 2022 e contou com a participação de 3 adolescentes com idades de 16 e 17 anos. Os três adolescentes responderam a uma entrevista semiestruturada, com o objetivo de conhecer previamente os participantes, seu contexto familiar e a percepção ou aproximação com o tema saúde mental. No segundo encontro, aplicou-se um jogo projetivo denominado “Jogo dos 13 Tempos”, objetivando abordar sobre a temática de prevenção à saúde e ao suicídio. A coleta de dados e a pesquisa foram suspensas no dia 22 de dezembro de 2022, após não haver adesão dos participantes nos dias 20 e 22 de dezembro. Esta breve pesquisa, evidenciou a problemática quanto a não adesão dos adolescentes no cuidado em saúde mental, além da prevalência de sofrimento mental relacionado às emoções, ao pensamento e ao comportamento. É importante ressaltar a necessidade de continuação de estudos junto com a população adolescente. Espera-se que esta pesquisa impulse no pensar e no gerar ações de cuidado em saúde mental para essa população.

Palavras-Chave: Saúde Mental, adolescência; promoção de saúde; prevenção de saúde.

1 INTRODUÇÃO

Em 1984, a Organização Mundial da Saúde (OMS) introduziu o conceito de promoção de saúde pautado na ideia de saúde de um modo amplo, nos determinantes sociais de saúde e no acesso a serviços essenciais, por meio de ações coletivas, intersetoriais e fomentadoras de políticas públicas (ESTANISLAU e BRESSAN, 2014, p. 15).

Nesse sentido, segundo Cezar et al., (2008, p.6), “a promoção da saúde depende da satisfação de diversas necessidades básicas, através das mais diversas políticas sociais e que não se esgotam no setor da saúde”, portanto, é necessário o envolvimento de outros segmentos, visando possíveis alternativas para trabalhar o processo de saúde/doença, identificado como expressão da questão social¹.

A promoção em saúde está atrelada à prevenção, mas com um objetivo diferente. A prevenção em saúde objetiva a redução do risco de se adquirir uma doença específica por reduzir a probabilidade de que uma doença ou desordem venha a afetar um indivíduo (CZERESNIA, 2003). Ainda, Farias et al., (2020) apontam que

Boa parte dos profissionais associam o termo promoção da saúde à prevenção de fatores de risco e doença, sendo até mesmo utilizadas como sinônimos. Essas duas correntes, apesar de serem utilizadas como sinônimos pelos profissionais, são completamente divergentes principalmente no que tange à concepção de saúde, cuja promoção leva em consideração a multidimensionalidade da saúde, enquanto a prevenção a reduz à simples ausência de doenças (FARIAS et al., 2020, p. 386).

Ao chamar atenção para essa problemática, a OMS (2013) apud Tomé (2017), referem ser importante incentivar programas de prevenção em saúde a fim de promover as potencialidades das pessoas, agindo previamente ao surgimento dos sintomas, além de apoiar estratégias para reduzir o estigma da exclusão social, discriminação e desigualdade. Recomenda também a intervenção com jovens focando no seu desenvolvimento de acordo com seus contextos sociais.

No campo do Sistema Único de Saúde (SUS), a Atenção Primária em Saúde (APS) é a sua porta de entrada e possui caráter estruturante e estratégico na constituição das Redes de Atenção. A APS é geralmente o primeiro ponto de contato, onde se oferece atendimento de forma abrangente, acessível e baseado na comunidade, com uma vasta gama de ações de promoção de saúde, prevenção de agravos e mesmo intervenções de baixa complexidade (BRASIL, 2017).

No contexto da saúde mental, a organização dos serviços através da Rede de Atenção Psicossocial inclui a Atenção Primária em Saúde como um de seus pontos de atenção, tendo como objetivo a ampliação e articulação dos pontos de atenção à saúde para pessoas em sofrimento ou com transtornos mentais, incluindo os que apresentam necessidades decorrentes ao uso abusivo de álcool, crack e outras drogas. Destacam-se as seguintes diretrizes em concordância a temática abordada: o combate a

¹ Iamamoto (2004) ressalta que a questão social é compreendida como um conjunto das expressões de desigualdades da sociedade em que a produção social é cada vez mais coletiva, enquanto a apropriação desses bens permanece privada. Nessa perspectiva, a questão social é mais do que as expressões de pobreza, miséria e “exclusão”.

estigmas e preconceitos, a garantia ao acesso de qualidade dos serviços, proporcionando atenção integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar, diversificação das estratégias de cuidado e a promoção de estratégias de educação permanente (BRASIL, 2017).

Neste contexto, a saúde mental adquire fortalecimento através de ações de promoção e prevenção, considerando que o sofrimento mental tem se tornado alvo de diversas pesquisas e debates em nossa sociedade, visto que o número de pessoas que apresentam esta demanda aumenta diariamente nos consultórios, ambulatórios e Unidades Básicas de Saúde (Wenceslau; Ortega, 2015).

A problematização deste estudo se deu por meio da apreensão da realidade e pela experiência enquanto residente de Saúde Mental em uma Unidade de Saúde da Família (USF) e outros serviços da rede de saúde que compõe o Sistema Único de Saúde na cidade de Pinhais – PR, onde observou-se uma significativa demanda de adolescentes com questões relacionadas a saúde mental, sendo este o recorte do público alvo.

Tendo em conta a produção do cuidado, pautado nos conceitos de promoção e prevenção em saúde e dando ênfase à saúde mental, esta pesquisa descreve uma ação em saúde mental desenvolvida com adolescentes na Atenção Primária em Saúde. Este campo, possui capacidade resolutive de grande parte das necessidades de saúde e caso seja necessário, encaminha os usuários para outros níveis de atenção (Wenceslau; Ortega, 2015).

Especificamente no campo da saúde mental, para Tomé (2017), os transtornos mentais interferem drasticamente na saúde dos adolescentes, entretanto, ainda há muita resistência por parte dessa população em buscar ajuda, além dos professores e familiares terem dificuldades em perceber os sinais de sofrimento psíquico.

Para Silva (2019), o processo de adolecer traz consigo diversos fatores estressantes, os quais geralmente estão relacionados às mudanças do corpo e percepções perante ao mundo, principalmente quando o adolescente passa a perceber a responsabilidade das consequências de seus atos.

Complementando, Benetti et al. (2007) traz que alguns estudos apontam a adolescência como um período da vida mais vulnerável para a experiência do sofrimento psíquico em todas as suas possibilidades de expressão, tais como: depressão, transtornos alimentares e uso abusivo de álcool/drogas. Nesse sentido, faz-se necessário o desenvolvimento de pesquisas e estudos que resultem em ações com intervenção direta com este público, visando a diminuição do agravamento dessas demandas.

Retomando Tomé (2017), aponta estudos que preconizam que a escassez de informação a respeito da saúde mental é uma das principais dificuldades para a intervenção inicial dessa problemática, o que revela a importância de programas de educação a respeito dos sinais de sofrimento em adolescentes, visto que habitualmente os sinais primários de transtorno mental surgem na infância ou adolescência.

Dito isso, de acordo com o Plano Municipal de Saúde de Pinhais 2022-2025, as intoxicações por medicamentos nos anos de 2017 a 2021, correspondem a 63,82% do total de casos notificados, chamando a atenção para o aumento expressivo de casos

em adolescentes e jovens, que no referido período contou com um total de 139 casos notificados no município (Pinhais, 2021).

Desta forma, esta pesquisa propôs a realização de uma ação, composto por adolescentes, em uma Unidade de Saúde da Família (USF), como intervenção promotora de ações com caráter informativo e preventivo, objetivando a promoção do cuidado e a diminuição do estigma relacionado à saúde mental por meio de um jogo projetivo.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Desenvolver grupos de promoção e prevenção em saúde mental junto a adolescentes de 15 a 17 anos.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Promover espaços de discussões e ampliação do conhecimento sobre saúde mental;
- Abordar temas de saúde mental relacionados a adolescência;
- Estimular a redução do estigma das questões relacionadas à saúde mental na adolescência.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 CARACTERIZANDO AS ADOLESCÊNCIAS

O fenômeno da adolescência tem sido foco de pesquisas e estudos de diversas áreas do conhecimento nos últimos tempos. A adolescência é tradicionalmente definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 1986 p.11) "como o período entre 10-19 anos de idade" e pela Organização das Nações Unidas (ONU) entre 15-24 anos.

Para Ascenço (2013), a adolescência corresponde a um período no qual surgem muitas escolhas, levando o adolescente "à sua futura identidade e à própria identificação sexual". A adolescência é de extrema importância para a estruturação de personalidade, sendo um período onde, por norma, ocorrem os melhores índices de saúde, vitalidade e criatividade são vividos, permitindo que o mesmo se responsabilize pelas tarefas da vida adulta lançando-se em novos sonhos e perspectivas.

Mariano (2013), complementa o exposto:

Na adolescência, pelas características peculiares desse período, a pessoa encontra-se vulnerável e está em processo de formação de ideias, atitudes, personalidade, devendo o processo educativo ser uma prática libertadora, a qual possibilite eficiência no processo ensino/aprendizado, permita comunicação e a expressão, com conseqüente discussão e reflexão entre os envolvidos (MARIANO,2013).

Em contrapartida, para (Kehl, 2009), não se trata de dizer que não se produz o sujeito do inconsciente nas subjetividades contemporâneas, mas sim que as formas de atividade psíquica intermediárias, empobreceram-se em função das excessivas demandas que pesam sobre a consciência, tornando a percepção do tempo vivido vazia e urgente.

Sobre os tempos atuais, a autora também relata que:

A adolescência na modernidade tem o sentido de uma moratória, período dilatado de espera vivido pelos que já não são crianças, mas ainda não se incorporaram à vida adulta. O conceito de adolescência é tributário da incompatibilidade entre a maturidade sexual e o despreparo para o casamento. Ou também, do hiato entre a plena aquisição da capacidade física do adulto – força, destreza, habilidade, coordenação etc. – e a falta de maturidade intelectual e emocional, necessária para o ingresso no mercado de trabalho (KEHL, 2009).

3.2 A CONFIGURAÇÃO DO CUIDADO A POPULAÇÃO ADOLESCENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

A Atenção Primária à Saúde (APS), de acordo com a Política Nacional de Atenção Básica, é caracterizada pela pluralidade de ações a nível individual e coletivo que visam a promoção e prevenção da saúde, de agravos, diagnóstico, tratamento e reabilitação, com o intuito de causar impacto na situação de saúde das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde do coletivo por meio de uma atenção integral à população de um território de abrangência adscrito (BRASIL, 2017).

Entre as potencialidades da APS, destacam-se os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), que atendem a necessidades multidimensionais da população, entre elas, as questões relacionadas a saúde mental. Os NASF foram criados em 2008 pelo Ministério da Saúde (MS) para colaborar para a consolidação da APS no Brasil, atuando por meio de uma equipe multiprofissional. Complementa-se que:

A promoção de saúde, a prevenção e a assistência clínica da maioria das necessidades de saúde da população de determinado território se produzem em campo de grande complexidade cultural, social, econômica e emocional, no qual as abordagens biomédicas e suas respectivas tecnologias não apreendem todos os aspectos necessários. Assim, os novos profissionais do Nasf terão que construir referenciais, métodos e instrumentos capazes de deslocar seus olhares e fazeres do campo individual para o coletivo, da doença para o da saúde (BRASIL, 2010).

Nesse contexto, os profissionais do NASF possuem um papel muito importante em apoiar as equipes da USF na busca por adequações dos serviços de saúde às necessidades específicas desse grupo populacional tendo como princípios fundamentais da atenção à saúde: a ética, a privacidade e o sigilo ao reconhecer adolescentes como sujeitos capazes de tomarem decisões de forma responsável, sendo um forte aliado nas ações de cuidado em saúde mental para essa população (BRASIL,2010).

Evidencia-se as potencialidades quanto as atividades desenvolvidas pela equipe:

Essas atividades abrangem tanto o atendimento clínico, como as visitas domiciliares e as ações comunitárias, no território de abrangência, o envolvimento dos adolescentes e as articulações e parcerias intersetoriais como as escolas, Centro de Referência da Assistência Social (Cras) e Centro de Referência Especializada da Assistência Social (Creas), igrejas, clubes, ONGs, associações comunitárias e juvenis, grupos de capoeira, entre outros (BRASIL, 2010).

Contudo, houve uma reconfigura-se no modelo de repasse de verbas para a APS o que resultou na extinção das equipes de NASF em alguns municípios, inclusive no município de Pinhais.

Em 2019, o Programa Previne Brasil estabeleceu um novo modelo de financiamento de custeio da APS no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Foram revogadas medidas normativas, como aquelas que definiam os parâmetros e custos do NASF-AB. Assim, as equipes multiprofissionais deixaram de estar vinculadas ao modelo desse núcleo, e os gestores municipais passaram a ter autonomia sobre a composição dessas equipes e a carga horária de atuação (ALVES et al., 2022).

Para Alves (2022), estudos correlacionam a ausência do NASF-AB com situações de vulnerabilidade social, as quais extrapolam os limites da pandemia da COVID-19. Logo, é notório que as implicações da pandemia na vida dos pacientes, familiares e profissionais de saúde requerem atenção intersetorial, que era ofertada pelo NASF.

Em vista disso, a população adolescente, que em sua maioria não apresenta queixas de saúde com frequência, tornando mais difícil a sua aproximação com a USF. Ou seja, apesar de passar pelos serviços de saúde em atendimentos pontuais, não se leva em consideração as suas necessidades como pessoas em desenvolvimento e especificidades e não se pensa em ações de cuidado contínuo, não dando a devida importância ao acompanhamento do crescimento como prática de construção de saúde (BRASIL, 2010).

3.3 AS REVERBERAÇÕES DOS DETERMINANTES SOCIAIS E DE SAÚDE

De acordo com Vianna (2012), a determinação social da saúde pode ser compreendida como um conjunto de fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos e raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de complicações de

saúde 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.

Os determinantes sociais da saúde que possuem maior influência na saúde da população, para Carvalho (2013), são os condicionantes que resultam na estratificação social, refletindo nas condições de distribuição de riqueza e poder, 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 impulsionam, ao invés de reduzir, as iniquidades relativas ao poder econômico. As estruturas de propriedade dos meios de produção e a distribuição de poder entre as classes sociais, contribuem para gerar e manter essa estratificação.

Os autores Dahlgren e Whitehead (1991), dividem os determinantes sociais de saúde em níveis, segundo seu nível de abrangência, partindo dos níveis mais próximos aos determinantes individuais, até aos níveis distais, onde se situam os macrodeterminantes que afetam toda a população. Neste sentido,

Os indivíduos constituem a base da representação, sendo ela composta pelas características individuais de cada um, ou seja, idade, sexo e fatores genéticos. A próxima camada se caracteriza pelo estilo de vida e comportamento de cada um. Esta sofre forte influência das redes sociais e comunitárias de apoio, expressando o nível de coesão social, que reflete na saúde da sociedade como um todo. Os fatores influenciam fortemente as condições que cada indivíduo vive, refletindo assim em sua condição de saúde/doença. Por fim, na última camada, encontram-se os macrodeterminantes que são as condições socioeconômicas, culturais e ambientais gerais, que influenciam todas as outras camadas a baixo. (CNDSS,2008).

Contudo deve-se levar em consideração que todos estes fatores de risco não atuam isolados na saúde dos adolescentes, mas em conjunto com outros fatores como os Determinantes Sociais. Pontua-se que a saúde do adolescente tem representado um desafio para os profissionais de saúde que se dedicam a este grupo populacional. Deve-se considerar que a literatura aponta que a relação dos adolescentes com os serviços de saúde é uma temática pouca investigada no Brasil (LIMA et al.,2015).

4 ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS

4.1 TIPO DE ESTUDO

O presente estudo configura-se como uma pesquisa-ação, também conhecida como pesquisa de intervenção, de abordagem qualitativa. Trata-se de uma pesquisa social com base empírica que possui como objetivo de transformação pequenos e médios grupos, visando facilitar a busca para soluções de problemas reais, objetivando a resolução de um problema coletivo na qual, os pesquisadores e os participantes representativos da situação ou do problema, estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo (THIOLLENT, 1997).

Utilizou-se da abordagem qualitativa, a qual Marconi e Lakatos (2010) definem como uma pesquisa que possui como objetivo analisar e interpretar aspectos mais profundos, identificando a complexidade do comportamento humano e fornecendo análises com mais detalhes sobre a investigação, atitude e tipos de comportamento. Portanto, pode-se perceber que a ênfase da pesquisa qualitativa é nos processos e significados.

Para a construção dos resultados e da discussão, considerou-se o método da cartografia para desemaranhar as linhas de um dispositivo, a fim de construir um mapa do diálogo estabelecido nos encontros. Deleuze (2005) complementa:

Desemaranhar as linhas de um dispositivo é, em cada caso, traçar um mapa, cartografar, percorrer terras desconhecidas, é o que Foucault chama de 'trabalho de terreno'. É preciso instalarmo-nos sobre as próprias linhas, que não se contentam apenas em compor um dispositivo, mas atravessam-no, arrastam-no, de norte a sul, de leste a oeste ou em diagonal. (DELEUZE, 2005, p.1).

4.2 LOCAL PESQUISADO

A pesquisa foi realizada em uma Unidade de Saúde da Família (USF), que é o “novo ou antigo Posto ou Centro de Saúde reestruturado, trabalhando dentro de uma nova lógica, que lhe atribui maior capacidade de resposta às necessidades básicas de saúde da população de sua área de abrangência” (BRASIL, 2020).

A referida USF está localizada no município de Pinhais, estado do Paraná. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, o último censo publicado no ano de 2010, Pinhais possuía uma população de 117.008 pessoas, sendo que a estimativa para o ano de 2021 era de 134.788 pessoas. Localizado na Região Metropolitana de Curitiba, é também o município mais próximo do centro da Capital do Estado, pois está a 8,9 quilômetros da região central, além de ser o menor dos 399 municípios paranaenses, em área territorial, com 60,92 km² (IBGE, 2010).

4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Por indicação da coordenação da Unidade de Saúde da Família e por conveniência, foi realizado contato telefônico e por

aplicativo de mensagens (Whatsapp) com dez adolescentes com idade entre 15 e 17 anos, sendo sete meninas e três meninos.

Os critérios de inclusão adotados foram: ter entre 15 e 17 anos; ambos os sexos; residir em Pinhais, no território da USF estabelecida; estar em condições de saúde física e psíquica para participar da pesquisa através dos grupos e ter a autorização dos pais ou responsáveis para participar da pesquisa.

Contudo, compareceram para a entrevista inicial somente três adolescentes que cumpriam com os critérios de inclusão, sendo que os três assinaram o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

4.4 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa inscrito sob o CAAE 63460522.2.0000.5225, obteve aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital do Trabalhador/SESA/PR através do parecer 5.782.777, emitido no dia 29 de novembro de 2022.

4.5 PERÍODO DE COLETA DE DADOS

A pesquisa ocorreu durante o mês de dezembro - período de férias escolares - de 2022. O curto período para levantamento de dados e aplicação da pesquisa, decorreu da delonga para obtenção da aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa e do prazo de envio para a banca avaliadora.

No dia 05 de dezembro de 2022, ocorreu uma reunião entre a pesquisadora, a coordenadora da Unidade de Saúde da Família e a técnica de referência em saúde mental da USF para alinhamento e definição dos participantes da pesquisa. O contato telefônico para agendamento da aplicação da pesquisa semiestruturada ocorreu no dia 10 de dezembro de 2022. Foram realizadas duas entrevistas no dia 12 de dezembro de 2022 e uma entrevista no dia 15 de dezembro de 2022.

As datas definidas para a aplicação da pesquisa - aplicação do jogo projetivo - foram 19, 20 e 22 de dezembro de 2022.

Faz-se necessário pontuar que a coleta de dados e a pesquisa foram suspensas no dia 22 de dezembro de 2022, após não haver adesão dos participantes nos dias 20 e 22 de dezembro.

4.6 INSTRUMENTOS DE COLETA E DE APLICAÇÃO

Os três adolescentes que compareceram à entrevista inicial, responderam uma entrevista semiestruturada (APÊNDICE), com o objetivo de conhecer previamente os participantes, seu contexto familiar e a percepção ou aproximação com o tema saúde mental.

No segundo encontro, aplicou-se um jogo projetivo denominado "Jogo dos 13 Tempos" elaborado pelos autores Dione Maria Menz, Altieres Edemar Frei, Beatriz Ayumi Yoshida, Marcelo Satoshi Taguchi e Maurício Oberdiek. O jogo se baseia na história de 4 personagens adolescentes, com narrativas distintas que se aproximam de diversas vivências dos adolescentes entrevistados e

conta com cartas de proteção, prevenção, risco e cartas de narrativas que são chamadas de semanas. O principal objetivo do jogo é abordar sobre a temática de prevenção à saúde e ao suicídio, visando concluir as 13 semanas com a menor quantidade possível de fichas de fadiga sobre as fichas dos personagens a fim de descobrir o final da história dos personagens.

A escolha do jogo como instrumento para promover conhecimento e estímulos às ações de promoção e prevenção de saúde é evidenciado por Mariano, et. al, 2013, onde

Observa-se que através da utilização do jogo como estratégia educativa, o enfermeiro ou profissional da saúde, orienta/informa os sujeitos do estudo sobre o assunto em foco de maneira lúdica proporcionando a aquisição de conhecimento dos participantes. Corroborando com a ideia, autores consideram o jogo, por suas características, na área da saúde, um instrumento potencialmente capaz de contribuir para a educação, bem como para a construção do conhecimento da saúde (MARIANO, et. al, 2013).

Ademais, o Jogo dos 13 Tempos foi utilizado com a autorização do autor Altieres Edegar Frei, em caráter estrito de aplicação para projeto de pesquisa e Trabalho de Conclusão de Residência.

4.7 ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados da pesquisa, composta pela entrevista semiestruturada e intervenção grupal, registrada em diário de campo, realizou-se com base no método de Bardin (2016). Esse método, segundo a autora, é organizado em três eixos: a) pré análise; b) exploração do material; c) tratamento dos resultados, inferência e interpretação, utilizando-se das narrativas construídas a partir dos registros dos encontros.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A experiência em dialogar com adolescentes em uma Unidade de Saúde da Família sobre saúde mental, começa chamando a atenção sobre a baixa participação desse público. Realizou-se contato telefônico e enviou-se um convite online via aplicativo de mensagens para 10 adolescentes, contudo, compareceram à entrevista inicial apenas 3 adolescentes que cumpriam com os critérios de inclusão e exclusão, apresentando uma porcentagem inicial de 30% de adesão. Destes, apenas 1 retornou para participar da aplicação do jogo projetivo, representando apenas 10% do número de participantes desejados no projeto.

4.1 CATEGORIA 1 - DA REALIZAÇÃO DAS ENTREVISTAS E PRINCIPAIS DEMANDAS IDENTIFICADAS

Inicialmente, trago aqui um resumo das entrevistas realizadas, a fim de traçar um perfil dos participantes.

Entrevista 1 - **R, 16 anos** - Compareceu para a entrevista acompanhada pela sua mãe, que se demonstrou interessada em que sua filha realizasse acompanhamento em saúde mental. R relatou que reside com os pais e dois irmãos mais velhos. Contou que já havia realizado “terapia” anteriormente devido a situações de “bullying” na escola e dificuldade de interação social. Por fim, R aceitou participar do grupo, com a autorização da sua mãe, objetivando “melhorar ainda mais” a sua capacidade de sociabilidade e de lidar com as questões do dia a dia.

Entrevista 2 - **M, 17 anos** - Compareceu para a entrevista acompanhada de sua mãe, a qual realizou diversas perguntas a respeito do grupo proposto e em diversos momentos, expressou a sua preferência por um profissional “terapeuta ao invés de um psicólogo”. Reside com os pais e um irmão mais velho, com o qual não mantém muito contato, mesmo morando na mesma casa. Relatou sobre ter feito uso de “ansitec e escitalopram” devido a ter crises de ansiedade com frequência, sendo que suspendeu o uso da medicação por conta em janeiro deste ano. Seguiu relatando sobre ainda ter sintomas ansiosos e sobre a dificuldade de falar o que sente e pensa. Apresenta autocobrança em excesso. Usuária aceitou participar do grupo. Contudo, observou-se a necessidade de acompanhamento em ambulatório de saúde mental para trabalhar questões que não serão abordadas no grupo, sendo realizado o encaminhamento para o serviço especializado.

Entrevista 3 - **B, 17 anos**- Compareceu para a entrevista desacompanhado. Reside com o pai, sendo que no mesmo terreno também

reside sua irmã mais velha. Estuda no período matutino. Pratica esportes e pretende retomar as atividades na academia. B relatou sobre dificuldade de relacionamento com o pai, mas pontua sobre pequena melhora após ter participado anteriormente de um grupo de adolescentes nesta USF. Refere sobre autocobrança e sobre se preocupar muito com as situações que acontecem ao seu redor. Tem crises de ansiedade com frequência, sendo que pratica esportes e desenha para ajudar a amenizar os sintomas.

Em um primeiro momento, ao perguntar sobre indagar aos participantes se já haviam ouvido falar em saúde mental, as respostas foram:

"Sim, eu já fiz tratamento antes e "tomo" remédio [...] eu tenho crises de ansiedade às vezes [...] sinto falta de ar, vontade de ficar mais no quarto [...] mas já melhorei bastante". R. 16 anos.

"Sim, mas não gosto de falar muito sobre [...] eu tenho vergonha porque me sinto mal". M. 17 anos.

"Sim, pra mim é de boa, eu já participei de um grupo aqui [...] naquela época eu tava um pouco pior" (demonstrou um leve riso).

B. 17 anos. (Diário de campo da autora, 2022).

Com os relatos, é possível observar a predominância dos sintomas ansiosos. Sabe-se que, durante o processo de disseminação da COVID 19 pelo mundo, houve uma grande ruptura no cotidiano das pessoas, impactando em sua saúde física e mental.

A ansiedade é definida como um sentimento desagradável que está associado a uma sensação de antecipação a um perigo, iminente ou futuro. Trata-se de uma resposta emocional relacionada ao instinto de luta ou fuga, podendo conduzir à tensão muscular e comportamentos de evitação (APA, 2013).

A instabilidade emocional, característica da adolescência, também pode manifestar-se em outras etapas do desenvolvimento que demandam o enfrentamento de eventos estressores e pode acarretar em outros sofrimentos se não for tratada.

As situações incertas podem levar a alterações de comportamento, que vão desde ansiedade, insônia e frustração, até hábitos compulsivos e obsessivos. Observa-se ainda que tais situações podem gerar desconfiança e fortalecer a crença em teorias conspiratórias, o que pode contribuir para menor adesão às recomendações em saúde, provocando um comportamento de recusa ao conhecimento científico (SHUJAKH, et al., 2020).

Na entrevista, também pode-se observar a resistência ou insegurança em participar de um grupo com outros adolescentes.

"Eu tenho muita vergonha, não falo nem com as minhas amigas "das" minhas crises de choro. Não sei como eu iria ficar no meio dos outros, mas acho que dá para tentar" M. 17 anos.

"Eu fico com um pouco de vergonha, mas sei lá, acho que iria ser legal conhecer outras pessoas". R. 16 anos. (Diário de campo da autora, 2022).

Nota-se na narrativa, que os participantes apresentaram resistência quanto ao modelo terapêutico proposto, o que pode estar relacionado ao estigma da saúde mental.

Torna-se igualmente importante intervir nos fatores que possam estar na origem da dificuldade no acesso aos serviços e que contribuem para uma intervenção tardia e, por vezes, mesmo para a ausência de procura. Esta situação deve-se em grande parte ao estigma associado aos problemas de saúde mental (GONÇALVES; MOLEIRO, 2016).

4.2 CATEGORIA 2 - DA APLICABILIDADE DO JOGO E IDENTIFICAÇÃO COM AS NARRATIVAS

No segundo encontro, a adolescente R. 16 anos, relatou que foi possível se perceber nas narrativas de alguns personagens do jogo utilizado.

"É patricinha como Andressa, irmã de uma das personagens, seguiu: "eu ganho o que quero da minha mãe e meu pai é parecido com o pai do Marcos, ele é mais rígido e sempre está cobrando os meus estudos". (Diário de campo da autora, 2022).

Nessa perspectiva, o jogo aparece como ferramenta lúdica, contemplando critérios de uma aprendizagem efetiva para modificar o paradigma de ação educativa no cuidado e promoção à saúde.

Outro ponto pertinente a destacar, está relacionado a tentativa de suicídio entre adolescentes.

Ao retirar a carta de Prevenção em que falava sobre suicídio ser para alguns um ato de coragem e para outros covardia, R. relatou sobre o seu histórico de vida, que já havia tentado suicídio com uso de medicações. Mas complementou que depois entendeu que " há sempre uma solução, os problemas da vida acontecem para nos deixar mais fortes". (Diário de campo da autora, 2022).

Estudos apontam a existência de seis fatores importantes relacionados ao suicídio, que são: ideação de suicídio que aparece em aproximadamente 50% dos adolescentes do estudo; tentativa de suicídio (7% dos adolescentes já tentaram); comportamentos de risco (40% dos entrevistados os tinham); comportamento de automutilação (neste, próximo a 35% apresentaram) e iminência de morte (16,5% já esteve à beira da morte) (Souza et al., 2013).

A relação entre o suicídio na adolescência e fatores ligados a perdas, ou a separação recente de amigos ou parceiros íntimos, bem como a morte de uma pessoa significativa. Estes mesmos autores trazem fatores ligados a doenças físicas, como dor somática, e fatores ligados a problemas de relacionamento, como violência, *bullying* e problemas legais (Herênio; Zanini, 2020).

O movimento voluntário da participante em se identificar com uma narrativa do jogo e relatar sobre, nos mostra as potencialidades da utilização de métodos lúdicos enquanto promotor de novos conhecimentos.

Como mostra a literatura, os jogos educativos podem promover aquisição de conhecimentos e estímulo às ações de prevenção, controle dos agravos à saúde e ações transformadoras para a modificação de hábitos por meio de um ambiente descontraído. Embora a aquisição de conhecimentos mediada pelos jogos, por si só, não seja suficiente na educação em saúde, se constitui no primeiro passo para gerar novas atitudes de prevenção (MARIANO, et. al, 2013).

4.3 CATEGORIA 3 – DOS DESAFIOS QUANTO A ADESÃO

Considerando que a presente pesquisa foi suspensa no dia 22 de dezembro de 2022, após os participantes não comparecerem a USF para dar continuidade à pesquisa, faz-se necessário refletirmos sobre a (não) adesão de adolescentes a tratamentos de saúde mental.

Comumente, a adesão é entendida como o adequado cumprimento do tratamento médico e dos cuidados prescritos (WHO, 2003). Além disso, diferentes estudos parecem utilizar os termos adesão, aderência e autocuidado como sinônimos, contudo, a adesão é compreendida de forma mais abrangente, sendo um conjunto de fatores, que inclui atividades de autocuidado.

Segundo a WHO (2003), existem diversos fatores que podem estar relacionados a adesão ou a dificuldade de adesão dos usuários aos tratamentos de saúde, destacando-se os fatores socioeconômicos, as questões relacionadas a própria doença, a

terapêutica ofertada, ao paciente em si ou relacionadas ao sistema de saúde/equipes de saúde.

Nesse sentido, a “adesão deve ser construída com o usuário, sob pena da ineficácia da indicação e da acentuação da resistência ao tratamento” (BRASIL, 2014). Essa construção se dá por meio de conceitos de autonomia, estabelecimento de vínculos, estímulo às relações interpessoais e fortalecimento de redes de apoio às crianças, aos adolescentes e às suas famílias tornam-se fundamentais para a produção de saúde dessa população.

Sabe-se que a proximidade das equipes das USF com as famílias, as escolas e outros espaços de convivência de crianças e adolescentes é um fator positivo para a formação de vínculos e a efetividade dos trabalhos que elas podem desenvolver para a população infantojuvenil no território (BRASIL, 2014).

Quanto aos objetivos específicos desta pesquisa, nos quais visava-se promover espaços de discussões e ampliação do conhecimento sobre saúde mental e abordar temas de saúde mental relacionados a adolescência, Jones et al. (2018) mostraram que a divulgação de informações sobre as doenças mentais para pacientes e familiares, tem potencial benefício, uma vez que fornece estratégias de enfrentamento, melhora a adesão ao tratamento e proporciona desfechos mais favoráveis.

Este fato, nos indica ainda quanto a necessidade de se pensar na construção de vínculos entre o profissional e o usuário, que segundo a Política Nacional de Atenção Básica - PNAB (BRASIL, 2017), 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 (BRASIL, 2017).

Sendo assim, o estabelecimento de vínculo entre o usuário e o trabalhador de saúde é imprescindível para a condução e continuidade do cuidado em saúde mental.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Procurou-se, nesta pesquisa, descrever sobre um espaço de discussão acerca da promoção e prevenção de saúde mental de adolescentes em uma Unidade de Saúde da Família. A experiência enquanto profissional da área de saúde atuante na Atenção Primária em Saúde, nos chamou atenção tanto pela possibilidade de compreender a percepção dessa população sobre saúde mental,

atuando através da porta de entrada do SUS, como também pela possibilidade de intervenção e desestigmatização da temática proposta, o que exigiu uma postura múltipla e complexa, no sentido de manejar os desafios que surgiram no caminho.

Os três encontros realizados, ambos com pouca adesão dos participantes, proporcionaram os resultados alcançados com esta breve pesquisa, os quais evidenciaram a problemática quanto a não adesão dos adolescentes no cuidado em saúde mental, que neste estudo em específico, pode estar relacionado a proposta do atendimento grupal e ao período de férias escolares.

Observou-se durante o período de vivência na APS que não há práticas específicas para essa população, exceto as realizadas por outros residentes, porém sem uma continuidade. A APS possui papel importante nas ações de promoção e prevenção em saúde, mas para isso é fundamental que o equipamento se aproxime e interaja com a população do seu território subjetivo e concreto de seus atendidos.

Outro aspecto que nos chama atenção, diz respeito ao método de abordagem utilizado. A aplicação do Jogo dos 13 Tempos possibilitou uma novidade no modelo de cuidado ofertado, facilitando a interpelação de assuntos diversos, relacionados às questões pessoais, familiares e sociais.

Nesse sentido, o estudo aponta para a necessidade de dar seguimento às ações de cuidado em saúde mental para essa população e apresenta como sugestão a continuidade da utilização de jogos projetivos para acessar a temática, além de nos instigar a pensar em uma reestruturação no modelo de atendimento. Essa reestruturação se dá por meio da inovação nos serviços, que se moldam às necessidades e demandas da população usuária, tornando os atendimentos mais humanizados e com maiores possibilidades de uma melhor adesão.

Sugere-se ainda, a retomada de atividades como as desenvolvidas pelas extintas equipes de NASF, que realizavam um cuidado pautado nas ações intersetoriais, as quais contribuíam para a efetivação do cuidado biopsicossocial.

Porém, para tanto, além do acesso aos serviços de saúde e a políticas públicas capazes de suprir as demandas dos usuários, é necessário o apoio familiar, amparo afetivo e estabelecimento de vínculo entre o usuário e profissionais da saúde, pois são fatores importantes para a adesão ao tratamento, abrangendo a esfera biopsicossocial e tornando alcançáveis as possibilidades da quebra dos paradigmas que envolvem a temática e terapêutica em saúde mental.

Faz-se necessário pensar em ações de promoção à saúde do adolescente que abordem, além de informação e conhecimento, competências sociais, pessoais, de autoconhecimento e de vida para que ele possa ter uma melhor qualidade de vida.

No desenvolvimento da pesquisa, percebemos algumas limitações quanto ao período para aplicação, o cenário atual que ainda mantém restrições devido a pandemia da COVID-19 e a amostra reduzida de participantes. Pontua-se, novamente, sobre a não adesão dos adolescentes ao grupo proposto, resultando na suspensão da pesquisa.

Diante do exposto, é importante ressaltar a necessidade de continuação de estudos junto com a população adolescente. Espera-se que esta pesquisa impulse no pensar e no gerar ações de cuidado em saúde mental para essa população, possibilitando assim, a consolidação do cuidado no território e em liberdade.

REFERÊNCIAS

ABREU, Samia; MIRANDA, Ana Aparecida Vilela; MURTA, Sheila Giardini. Programas preventivos brasileiros: quem faz e como é feita a prevenção em saúde mental?. **Psico-usf**, v. 21, p. 163-177, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pusf/a/GD3xGrF9cxvGy9wgvrWnHFr/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 29 de jun de 2022.

ALVES, Aline Martins; et al. Impactos da ausência do Núcleo de Apoio à Saúde da Família no contexto da pandemia de COVID-19. **Rev Bras Med Fam Comunidade**. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/3033>. Acesso em: 08 de mar de 2023.

American Psychiatric Association (APA). **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ASCENÇO, Maria. (2013). **Comportamentos, estereótipos, causas e conhecimento em saúde mental nos adolescentes**. (Tese de Mestrado da Escola Superior de Educação de Coimbra). Coimbra. Disponível em https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/11080/1/MARIA_ASCENCO.pdf. Acesso em: 08 de mar de 2023.

BAPTISTA, M.N., BAPTISTA, A.S.D., & TORRES, E.C.R (2006) Associação entre suporte social, depressão e ansiedade em gestantes. **PSIC – Revista de Psicologia da Vetor Editora**, Vol. 7. P. 39-48. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-73142006000100006. Acesso em: 29 de jun de 2022.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. 70. ed. São Paulo: Almedina Brasil, 2016.

Benetti SPC, Ramires VRR, Schneider AC, Rodrigues APG, Tremarin D. Adolescência e saúde mental: revisão de artigos brasileiros publicados em periódicos nacionais. **Cad Saúde Pública**. 2007; 23(6):1273-82. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/LbqLvbFcrnFLsGBDXWljLgp/?lang=pt>. Acesso em: 08 de out de 2022.

BRASIL . Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017**. Brasília, 2017. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em 29 de jun 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_do_nasf_nucleo.pdf. Acesso em: 08 de mar de 2023.

BRASIL, Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria de Consolidação Nº3**, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2017. Disponível em https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html; Acesso em 29 de jun de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos**. Brasília, 2014.

CAMELO, Lénia Filomena Fraga Matias. **Estratégias de promoção da saúde mental em adolescentes**. PQDT-Global, 2018.

CNDSS - Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde. **Carta aberta aos candidatos à Presidência da República**. Rio de Janeiro, set. 2006. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/determinantes-sociais>. Acesso em: 07 de mar de 2023.

DAHLGREN, G; WHITEHEAD, M. **Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health Stockholm**. Institute for Future Studies, 1991.

ESTANISLAU, G. M.; BRESSAN, R. A. Saúde Mental na Escola: o que os educadores devem saber. São Paulo, 2014: **Artmed**.

Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pusf/a/zz3fYhKgF9QtNhmYXSVYFJD/?lang=pt>. Acesso em: 29 de jun de 2022.

FREI, Altieres Edeimar. Prevenção do suicídio em escolares: reflexões sobre a formação de professores para temas sensíveis, mediados pelas tecnologias. In: WANDERBROOKE, Ana Claudia N. S. **Suicídio - Abordagens Psicossociais para a Prevenção**. Curitiba: Juruá, 2019. p.63-p.78.

GONÇALVES, Marta; MOLEIRO, Carla. Resultados de um programa piloto de desestigmatização da saúde mental juvenil. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, vol 34, 2016. Disponível em: <https://run.unl.pt/bitstream/10362/108128/1/RUN%20-%20RPSP%20-%202016%20-%20v34n3a08%20-%20p276-282.pdf>. Acesso em: 07 de fev de 2023.

IAMAMOTO, M. **A prática como trabalho e a inserção do Assistente Social em processos de trabalho**. In: O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2004.

JONES, R. B. et al. **Psychoeducational interventions in adolescent depression: A systematic review**. Patient Education and Counseling, v. 101, n. 5, p. 804-816. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5933524/>. Acesso em: 05 mar. 2023.

Kehl, M. R. e Bucci, E. **Videologias**. São Paulo, Boitempo, 2004.

NASCIMENTO, Larissa Alves do; LEÃO, Adriana. **Estigma social e estigma internalizado: a voz das pessoas com transtorno mental e os enfrentamentos necessários**. História, Ciências, Saúde-Manguinhos, v. 26, p. 103-121, 2019.

PINCHON-RIVIÈRE, E. **O Processo Grupal**. Livraria Martins Fontes, 7. Ed. São Paulo, 2005.

PINHAIS. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2022-2025**. Pinhais, 2021. Disponível em: <https://pinhais.atende.net/cidadao/pagina/plano-municipal-de-saude-pms>. Acesso em: 05 de mar de 2023.

PRADO, Alessandra Lemes; BRESSAN, Rodrigo Affonseca. O estigma da mente: transformando o medo em conhecimento. **Revista Psicopedagogia**, v. 33, n. 100, p. 103-109, 2016. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0103-84862016000100012. Acesso em: 03 de set de 2022.

SANTANA, Taís Fernanda Maimoni Contieri; PEREIRA, Maria Alice Ornellas. O cuidado em saúde mental na atenção básica: uma cartografia [Mental health care in primary care: a cartography] [El cuidado en salud mental en la atención básica: una cartografía]. **Revista Enfermagem UERJ**, [S.l.], v. 26, p. e32305, nov. 2018. ISSN 2764-6149. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/32305>>. Acesso em: 05 mar. 2023.

SHUJA KH, et al. COVID-19 Pandemic and Impending Global Mental Health Implications. **Psychiatria Danubina**, 2020. Disponível em: https://www.psychiatria-danubina.com/UserDocsImages/pdf/dnb_vol32_no1/dnb_vol32_no1_32.pdf. Acesso em: 07 de fev 2023.

SILVA, Gabriel Veloso da et al . Promoção de saúde mental para adolescente em uma escola de ensino médio - Um relato de experiência. **Rev. NUFEN**, Belém , v. 11, n. 2, p. 133-148, ago. 2019. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-25912019000200009. Acesso em: 03 de set de 2022.

SILVA, Jaqueline Ferreira da et al. Adolescência e saúde mental: a perspectiva de profissionais da Atenção Básica em Saúde. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 23, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/7L8GXG5ZSftXW54zWWXVmq/?lang=pt>. Acesso em: 03 de set de 2022.

SOARES, Cássia Baldini. **Mais que uma etapa no ciclo vital: a adolescência como um construto social.** Enfermagem e a saúde do adolescente na atenção básica. Tradução . Barueri: Manole, 2009. Acesso em: 05 mar. 2023.

THIOLLENT, Michel, 1947- **Metodologia da pesquisa-ação** / Michel Thiollent. - São Paulo : Cortez : Autores Associados, 1986.

TOMÉ, G. M. Q.; MATOS, M. M. N. G. de; GOMES, P.; CAMACHO, I.; SANTOS, T. G. S. dos. Promoção da Saúde Mental nas Escolas – Projeto ES´COOL. **Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente**, Lisboa, v. 8, n. 1, p. 173–184, 2018. Disponível em: <http://revistas.lis.ulsiada.pt/index.php/rpca/article/view/2485>. Acesso em: 29 de jun de 2022.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação.** São Paulo: Atlas, 1987.

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/esf/2/unidades_conteudos/unidade01/unidade01.pdf. Acesso em: 07 de mar de 2023.

WENCESLAU, Leandro David e ORTEGA, Francisco. **Saúde mental na atenção primária e Saúde Mental Global: perspectivas internacionais e cenário brasileiro.** *Interface (Botucatu)*, 2015, vol.19, n.55, pp. 1121-1132. Disponível em: https://interface.org.br/saude-mental-na-atencao-primaria-e-saude-mental-global_perspectivas-internacionais-e-cenario-brasileiro/. Acesso em: 03 de mar de 2023.

WHO, World Health Organization. **Mental health action plan 2013-2020.** Geneva, 2013. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021_eng.pdf. Acesso em: 29 de jun de 2022.

APÊNDICE - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

Data da entrevista:

IDENTIFICAÇÃO

Codinome:

Idade:

Sexo:

Estado civil:

Está estudando:

Composição familiar:

PERGUNTAS

1. **Você já ouviu falar em saúde mental? Se sim, o que é saúde mental para você?**
2. **Como você se sente ao falar sobre este tema?**
3. **Você já teve alguma queixa relacionada à saúde mental?**
4. **Você possui amigos?**
5. **Na sua percepção, como é a sua relação com a sua família?**
6. **Caso você apresente alguma demanda relacionada à saúde mental, você sabe onde procurar ajuda?**
7. **O que te deixa feliz?**

ANEXO - JOGO DOS 13 TEMPOS

FERRUGEM

Este é o Ferrugem. Nome de batismo João Carlos, mas é conhecido como Ferrugem na escola e no círculo íntimo. Tem 16 anos, está no oitavo ano. Mãe, Maria, 43 anos e sua meia-irmã, Leilice de 14 anos, são moradores de favela. Tem dois irmãos mais velhos que vivem em outra favela. Sua casa, que fica perto de um rio, é pequena e sem água encanada. O local é considerado

SEMANA 5

Nesta semana Ferrugem não compareceu na escola. Na verdade, Ferrugem não compareceu na escola. Os caras do terceiro ano ficaram preocupados e, sobretudo, desapertados com seu sumiço. Ferrugem percebeu logo na segunda-feira, assim que estava chegando na escola, uma viatura da patrulha escolar que estava empacotando um pessoal na esquina da escola. Ferrugem tentou "declarar-se" e passar direto, mas foi enquadrado também. Os policiais militares pagaram 30 gramas de maconha com ele e o levaram para a delegacia do adolescente. Quando chegou lá na delegacia estava algemado, tonta e calha noca e sem nenhuma nas costas e braços. Sua mãe foi chamada, chegou chorando, e o tiro de lá. Ferrugem lá ter que cumprir Medida Socioeducativa em regime aberto e precisava procurar o CHEAS - Centro de Referência Especializada em Assistência Social.

CARTA DE PERÍCIA

Colocar aqui o nome do paciente e o nome do profissional responsável pela avaliação. O nome do profissional responsável pela avaliação deve ser o mesmo que consta no formulário de encaminhamento.

SEMANA 5

SEMANA 2

CARTA DE AUSENCIA

Este formulário deve ser preenchido pelo responsável pelo paciente, informando a data e o motivo da ausência. O formulário deve ser entregue ao profissional responsável pela avaliação.

ado durante a consulta.