

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO PARANÁ

EVERLY MALTACA PYPÇAK

**“NEM TÃO LOUCO, NEM TÃO ESPECIAL”: IMPLEMENTAÇÃO DE UM
GRUPO DE OUVIDORES DE VOZES EM UM CENTRO DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL**

**CURITIBA - PR
2023**

EVERLY MALTACA PYPCAK

**“NEM TÃO LOUCO, NEM TÃO ESPECIAL”: IMPLEMENTAÇÃO DE UM
GRUPO DE OUVIDORES DE VOZES EM UM CENTRO DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL**

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: Altieres Edemar Frei

**CURITIBA - PR
2023**

FOLHA DE APROVAÇÃO

CURITIBA, 25 DE JANEIRO DE 2024.

O trabalho intitulado **“NEM TÃO LOUCO, NEM TÃO ESPECIAL”**: **IMPLEMENTAÇÃO DE UM GRUPO DE OUVIDORES DE VOZES EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL** de autoria da aluna **EVERLY MALTACA PYPÇAK** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental.

Prof. Dr. Altieres Frei
Orientador do TCR

Prof. Me. Luciana Elisabete Savaris
Avaliadora da Instituição

Prof. Dr. Marcio Roberto Paes
Avaliador Externo

À Elisabete, primeira paciente e ouvidora
que me desafiou a ouvi-los.

AGRADECIMENTOS

Gosto de pensar que estamos no lugar onde deveríamos estar, seguindo caminhos antes desconhecidos, mas que depois de algumas curvas, subidas e descidas, começam a fazer sentido ao mesmo tempo que a paisagem se mistura com tudo que já vimos, ouvimos e sentimos, e se tornam parte de quem a gente é.

A saúde mental aconteceu na minha vida, de surpresa sem que eu planejasse e se tornou grande parte dela, se tornou um trabalho, um destino (ou seria sina?) e mexeu com o meu desejo, palavra que a gente tanto usa por essas bandas da psicologia. Me fez conhecer esse mundo gigante de possibilidades e vivências que ela representa, em outras palavras, a vida nua e crua, o contexto sócio-histórico-cultural que tanto falávamos nas aulas de saúde coletiva na época da faculdade; é a pessoa para além do paciente; a risada, o palavrão, a lágrima e o abraço durante um acolhimento que muitas vezes não cabe no cotidiano sistemático da enfermagem. É o que faz sentido aqui dentro.

Enquanto redijo esses agradecimentos, uma frase de música, que nem lembro a autoria, atravessa minha mente: “Todos os caminhos trilham pra a gente se ver. Todas as trilhas caminham pra gente se achar, viu?”. Então, agradeço aos caminhos que me trouxeram até aqui, nesse projeto, nesse trabalho, nesse novo modo de olhar e ouvir os outros. Ouvir de verdade, aquilo que é dito e o que fica subentendido, ouvir a voz de seu locutor e as vozes ali guardadas, internas ou externas. Agradeço a todos os ouvidores e suas vozes que conheci tão inesperadamente e tomaram um grande pedaço de mim, aos ouvidores do grupo que criamos: Dinho, Ester, Índia da Lua Branca, Lagartixa, Leni, Monza, Pocahontas, T., Úrsula e Zico, que fizeram as minhas quintas-feiras se tornarem mais esperadas que a própria sexta, ouvir vocês me motiva a ser melhor como profissional, mas principalmente como pessoa, obrigada!

Agradeço às mulheres da minha vida que representam força, paz, segurança e acolhimento, que estão sempre prontas para me segurar e me apoiar, minha irmã Clara e minha mãe Suzane, tenho orgulho de florescer a partir das raízes que vocês cultivam todos os dias e que me mantém de pé. De

todo o amor que eu tenho, metade foi vocês que me deram e carrego por onde quer que eu vá.

Ao meu pai, Enio, minha madrasta Janice e minha meia-irmã Luana que nunca pouparam esforços em deixar essa trajetória mais leve, com muita risada e poesia, pelos cafés e pães me esperando na mesa para matar a saudade e pelas ligações diárias com piadinhas e provocações da minha parte, mas que representam o tamanho da minha gratidão e amor.

Aos meus avós, José e Cilene, por todo o afeto e carinho em toda a caminhada. Agradeço ao Universo por ter tido o privilégio de manter a tradição de receber a benção dos dois em todos os primeiros dias escolares, acadêmicos e de trabalho que já tive, que eu ainda recorra muitas e muitas vezes ao abraço acolhedor e aos olhos marejados que dispensam qualquer palavra, mas que, mesmo assim, fazem questão de demonstrar, em voz alta, orgulho e amor.

Ao meu bem, Anderson, que apareceu nessa caminhada da vida para dividir comigo todos os momentos, sentimentos e muito amor. Obrigada por ter e me dar a coragem de nos perdermos por aí, com a certeza que enquanto andarmos juntos, não existe caminho longo demais.

Agradeço imensamente ao meu orientador Altieres pela escuta ativa, pelo olhar generoso, por todas as vezes que falou “como isso bate pra você?” e se manteve disponível e acessível, pela orientação acadêmica e de vida. Foi uma honra dividir esses espaços com você.

À família e aos amigos de agora e outrora, aos que chegaram e permaneceram e àqueles que estão aqui desde o início deixando os dias mais felizes, vocês são a recordação diária de que essa estrada vai além do que se vê.

Por fim, agradeço à essa jornada por ter me apresentado à amizades para a vida, Ingrid e Nayara, nosso encontro foi sorte grande como a gente costuma dizer, mas mais do que isso, fez todo esse processo mais leve e feliz, obrigada por serem ouvidos, colo, abraço e coração. Ao pensar na residência, fica claro que era para nos encontrarmos e que o maior ganho foi esse, o afeto.

E a todas as vozes, ouvidas e não ouvidas, internas ou externas: tem gente disposta a ouvi-las, de coração e ouvidos abertos.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	9
2 OBJETIVO GERAL.....	12
2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	12
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	13
3.1 REFORMA PSIQUIÁTRICA E ABORDAGEM PSICOSSOCIAL.....	13
3.2 BREVES CONTEXTUALIZAÇÕES SOBRE A HISTÓRIA DOS OUVIDORES E VOZES.....	15
3.3 GRUPO DE SUPORTE DE PARES.....	21
4 ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS.....	23
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	28
5.1 VIVÊNCIAS INDIVIDUAIS E COLETIVAS COM AS VOZES.....	30
5.2 AQUILOMBAMENTO DO GRUPO.....	38
5.3 ESTRATÉGIAS PARA LIDAR COM AS VOZES.....	41
5.4 INTERSECCIONALIDADE COM QUESTÕES HISTÓRICO-SOCIAIS.....	45
5.5 INCOMPREENSÃO E DESPERTENCIMENTO.....	48
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	54
REFERÊNCIAS.....	57
ANEXOS.....	64

RESUMO

A experiência de ouvir vozes é extrassensorial, como visões e sensações corporais e, de acordo com estudos recentes, em torno de 2 a 4% da população mundial a vivenciam. É necessário pensar a audição de vozes para além do viés psiquiátrico, de estudar as características e conteúdos das vozes a fim de compreender o contexto histórico-social e criar estratégias para amparar o ouvidor em seu processo de autoconhecimento e aceitação. Objetivou-se implementar um grupo de ouvidores de vozes em um Centro de Atenção Psicossocial do município de Pinhais, a fim de ofertar um espaço de escuta qualificada, acolhimento e troca, diante da experiência de ouvir vozes. Trata-se de uma pesquisa-intervenção, qualitativa, com dados registrados em diário de campo. A análise de resultados foi realizada a partir da análise temática, na qual emergiram cinco categorias: “vivências individuais e coletivas com as vozes”, “aquilombamento do grupo”, “estratégias para lidar com as vozes”, “interseccionalidade com questões histórico-sociais” e “incompreensão e despertencimento”. Como considerações finais, notou-se que o grupo consolidou-se como um ambiente de pertencimento e de criação de vínculo, onde esses sujeitos sentiram-se acolhidos e aceitos em um espaço que possibilita a atribuição de novos sentidos para a experiência e o compartilhamento de técnicas de manejo e de histórias de vida, promovendo a identificação entre pares. A atual pesquisa contribuiu para o desenvolvimento de diálogos, sentidos e posicionamentos frente à audição de vozes, ampliando e modificando a visão tradicional em saúde mental e colaborando para uma transformação necessária e possível para o avanço da atenção psicossocial.

Palavras-chave: Saúde Mental; Grupos de Apoio; Centros de Atenção Psicossocial; Ouvidores de Vozes.

1 INTRODUÇÃO

Mundialmente, estima-se que existam 300 milhões de pessoas que escutam vozes, sendo somente no Brasil, 6 milhões. A experiência de ouvir vozes é extrassensorial, como visões e sensações corporais e, de acordo com estudos recentes, em torno de 2 a 4% da população mundial passam por ela. Dentro dessa porcentagem, um em cada três torna-se um paciente psiquiátrico, e os demais (66%) não necessitam de tratamento psiquiátrico (BAKER, 2016).

Por conseguinte, há em nossa sociedade mais pessoas que ouvem vozes e nunca se tornaram pacientes psiquiátricos do que aquelas que as tratam. Isso ocorre principalmente devido às relações que os ouvidores estabelecem com as suas vozes e o fato de as terem aceitado ou não. Ouvir vozes aparece como uma experiência que se estende para a população como um todo, sugerindo que a visão ocidental preponderante de que a experiência extra sensorial é sintoma de transtorno mental precisa ser reavaliada (STEFANELLO, et al., 2022).

O termo “ouvir vozes” ou “alucinação auditiva”, refere-se à escuta de vozes ou sons na ausência de um estímulo externo. Apesar da definição simplista, há uma diversidade de experiências que a permeiam, estudos de Emil Kraepelin, considerado o criador da psiquiatria moderna e da genética psiquiátrica, apresentaram os relatos de ouvidores de vozes: “vozes ressonantes”, “vozes de órgão”, “vozes de consciência”, “vozes que não falam com palavras”, “vozes abortivas”, um “sentimento interior na alma”, algo “entre ouvir e pressentir”, “murmúrios e vozes espirituais naturais”, “vozes subterrâneas do ar”, “boas vozes” e “vozes sussurrantes de toda a humanidade” (WOODS, 2014).

Com o advento da psiquiatria e considerando o modelo biomédico predominante, a experiência de ouvir vozes passou a ser socialmente estigmatizada e as pesquisas na área da saúde focaram majoritariamente nos grupos que tiveram experiências negativas, o que gerou uma marginalização e afastamento dessas pessoas. Em sua abordagem convencional, a psiquiatria concentra-se na remoção das vozes, consideradas somente como sintomas de condições mentais, como a esquizofrenia. O próprio Emil Kraepelin, citado anteriormente, descreveu os ouvidores como pacientes que sofriam do que ele chamava de “demência precoce” (STEFANELLO, et al., 2022; WOODS, 2014).

Ao conceber as vozes exclusivamente como “alucinações auditivas”, o significado da vivência do ouvidor de voz é ignorado. Ademais, existe a percepção errada de que falar sobre as vozes com o ouvidor é perigoso, pois seria considerado aceitar como válido o mundo ilusório de uma pessoa doente e os profissionais são instruídos a distraí-los das suas próprias vozes, e se necessário, fazer uso da administração de psicofármacos. Porém, estudos revelam que cerca de 30% das pessoas não respondem ao tratamento medicamentoso e continuam as ouvindo, mesmo utilizando doses elevadas da mesma (CORSTEN, et al., 1985).

Diferentes estudos explicam e justificam a experiência de ouvir vozes com traumas psicológicos, abusos, estresse, ansiedade, luto, privação sensorial, uso de drogas ilícitas ou abstinência delas, uso de medicamentos ou abstinência deles, traumas físicos que atinjam o cérebro (como quedas e acidentes), problemas neurológicos, problemas de saúde que causem confusão mental, traumas transgeracionais, transtornos mentais ou experiências espirituais e religiosas (STEFANELLO, et al., 2022).

Uma abordagem diferente busca compreender em todos os aspectos emocionais e sociais da vida, a origem e relevância do ouvir, uma vez que diversos indivíduos começam a ouvir sem necessariamente existir um processo de doença, sendo apenas um corpo que tenta desenvolver mecanismos para lidar com o estresse. Muitos ouvidores e profissionais de saúde mental buscam os diferentes significados para estas vivências, além do viés psiquiátrico, utilizando outras naturezas como a de cunho religioso que aborda essa experiência como algo espiritual. Outra vertente seria a psicológica, em que as vozes são compreendidas com respostas a traumas em idades precoces, estudiosos afirmam que 70% dos ouvidores de vozes já passaram por algum trauma, como violência física, sexual, negligência, ou qualquer outro tipo de abuso durante fases do desenvolvimento (ROMMES, et al., 2009).

Apesar disso, a experiência pode trazer sofrimento, quando as vozes são depreciativas, de comando, ameaçadoras ou acusatórias, impactando negativamente as atividades de vida diária do ouvidor. Por conseguinte, existem intervenções que buscam melhorias na vida dos que sofrem com essas vozes, dentre essas intervenções e embasados na premissa de intervenções coletivas, construídas de modo conjunto, considerando a realidade local e buscando estimular a autonomia, o exercício de cidadania, a reinserção social, o sentimento de

pertencimento e a redução do estigma, os Grupos de Ouvidores de Vozes são tecnologias leves alinhadas com o que se recomenda internacionalmente e nacionalmente como práticas psicossociais no cuidado às pessoas em sofrimento mental (CORRADI-WEBSTER; LEÃO; RUFATO, 2018).

Destacados os dados, evidencia-se a necessidade de se pensar a audição de vozes para além do viés psiquiátrico, de estudar as características e conteúdos das vozes a fim de compreender o contexto histórico-social e criar estratégias para amparar o ouvitor em seu processo de autoconhecimento e aceitação. Assim, a proposta dessa pesquisa de intervenção vem ao encontro da perspectiva antimanicomial, que atribui protagonismo ao sujeito e contribui para romper o paradigma biomédico patologizante. Espera-se então, descrever o desenvolvimento e funcionamento de um grupo de ouvitores de vozes, a fim de explorar as experiências dos participantes do grupo, elaborar conjuntamente possíveis estratégias para o enfrentamento das situações decorrentes das vozes e ofertar um espaço de acolhimento e troca de experiências para aqueles que experienciam a audição de vozes e frequentam um serviço especializado em saúde mental.

2 OBJETIVO GERAL

- Implementar um grupo de ouvidores de vozes em um Centro de Atenção Psicossocial do município de Pinhais, a fim de ofertar um espaço de escuta qualificada, acolhimento e troca, diante da experiência de ouvir vozes.

2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Reconhecer e acolher as demandas dos pacientes ouvidores de vozes;
- Atribuir protagonismo ao sujeito e estimular a autonomia, redução do estigma e reinserção social;
- Contribuir para romper o paradigma biomédico patologizante e trazer críticas à psiquiatria hegemônica, possibilitando e fortalecendo a construção de um novo olhar para o campo da saúde mental;
- Proporcionar espaço de reflexão e troca sobre as temáticas apresentadas nos encontros do grupo;
- Propor uma intervenção coletiva, construída de modo conjunto e considerando o contexto histórico-cultural dos indivíduos;

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 REFORMA PSIQUIÁTRICA E ABORDAGEM PSICOSSOCIAL

Inúmeros movimentos sociais eclodiram e reivindicavam os direitos civis de grupos minoritários e estigmatizados a partir dos anos 60. Ademais, na década seguinte, o “movimento sanitário” em favor da mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde despontou, com o foco na saúde coletiva, equidade na oferta dos serviços, e protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde (BRASIL, 2005).

Apesar de ser contemporânea da Reforma Sanitária, a Reforma Psiquiátrica possui uma história própria, com o ponto central na superação da violência asilar. No final dos anos 70, com a crise do modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico e a eclosão dos movimentos sociais, trabalhadores de saúde mental denunciaram as violações aos indivíduos em sofrimento psíquico que encontravam-se em hospitais colônia afastados dos centros urbanos, com atividades preponderantemente voltadas ao trabalho agrícola e geralmente com condições precárias, superlotação e descumprimento dos direitos humanos elementares, incluindo torturas e maus tratos como meios de punição e correção (BRASIL, 2005).

Assim, a Reforma Psiquiátrica é um processo político e social complexo, composto por um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais, sociais e institucionais, com o objetivo de delinear uma política de saúde mental e substituir progressivamente os manicômios por serviços de base comunitária integrados ao seu território (ESPÍRITO SANTO, 2018).

Os usuários egressos de internações prolongadas e hospitalocêntricas geralmente têm seus vínculos familiares e sociais rompidos e, conseqüentemente, não possuem suporte para as condições básicas de vida, como moradia, direitos de cidadania e acesso aos equipamentos sociais. Desse modo, o tratamento em saúde mental passou a englobar a inclusão social, a garantia de direitos, o desenvolvimento da autonomia e da contratualidade, em substituição ao modelo de “correção do defeito” causado pela loucura (problema-solução, doença-cura) (CAMPREGHER, 2009).

Tal modelo possui foco nos fatores políticos e psicossociais, procurando ir além do tratamento medicamentoso, conferindo relevância à singularidade do sujeito e o incluindo em seu próprio tratamento, considerando o contexto sociocultural e familiar ao qual está inserido. O cuidado, portanto, passou a ser realizado em serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos, no território de referência de cada indivíduo, com base na clínica ampliada, através da ação territorializada (SEVERO; DIMENSTEIN, 2011).

A saúde mental na nova abordagem assume o papel de conquista e reinvenção da cidadania e da autonomia do paciente com transtorno mental, implicando-se em uma luta pelo reconhecimento de direitos particulares dos usuários dos serviços e seus familiares. Apresenta-se como um momento de refazer-se por inteiro, buscando romper com as delimitações dos saberes tradicionais, promovendo uma recomposição sustentada sobre um conjunto de rupturas e novas premissas, que implicam em uma mudança cultural profunda na sociedade (VASCONCELOS, 1997).

Esses usuários que precisam de um cuidado contínuo passam a ser assistidos em uma nova concepção que visa transformar as relações de poder entre instituição-cliente, transformando estes em sujeitos ativos do processo de reelaboração do sofrimento e de “reinvenção da vida”. Por conseguinte, ressalta-se a relevância de estratégias coletivas e grupais de tratamento, sociabilidade, suporte mútuo de pares e ações concretas no tecido social (CAMPREGHER, 2009).

O marco legal da reorientação do modelo de cuidado, é a Lei Federal nº 10.216, de 06 de abril de 2001, que assegura às pessoas com transtornos mentais atendimento com humanidade e respeito, em ambiente terapêutico, pelos meios menos invasivos possíveis e, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental. A internação, portanto, fica definida como medida excepcional a ser adotada apenas quando os demais recursos estiverem esgotados (BRASIL, 2001).

Dentro das Redes de Atenção à Saúde (RAS), estipuladas em 2010, instituíram-se redes de atenção temáticas, dentre elas, está a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) que define os componentes e pontos de atenção que atuam para viabilizar o cuidado em saúde mental. Decretada pela Portaria Ministerial nº 3.088, de 2011, a RAPS é composta pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Unidades de Acolhimento (UAs), leitos de atenção integral em Hospitais Gerais e nos CAPS III, pela Atenção Primária de Saúde, pelos equipamentos de

urgência e emergência, Serviços de Residência Terapêutica (SRT), Centros de Convivência e Cultura, entre outras estratégias de reabilitação psicossocial, que comunicam-se e formam uma rede de cuidado especializada (BRASIL, 2010; 2011).

A abordagem psicossocial, portanto, articula entre a sociedade e o que faz parte do psíquico, considerando o indivíduo em suas variadas dimensões: física, psicológica, ambiental, econômica, cultural e social. Em outros termos, compreende que a história de vida é marcada pelas relações em rede, pelo ser que afeta e é afetado pelo contexto que pertence, pelos fenômenos biopsicossociais e busca impactar em diferentes setores que influenciam no bem estar mental desse indivíduo (ALVES; FRANCISCO, 2009).

3.2 BREVES CONTEXTUALIZAÇÕES SOBRE A HISTÓRIA DOS OUVIDORES DE VOZES

A maneira como a sociedade de determinado período pensa e organiza seus discursos influencia diretamente na episteme em vigor que possibilita a produção de formas de entender o mundo e se relacionar aos aspectos éticos e políticos. Segundo Foucault, “a doença só tem realidade e valor de doença no interior de uma cultura que a reconhece como tal” (FOUCAULT, 1954, p. 71). Desse modo, a compreensão da audição de vozes enquanto experiência modificou-se de acordo com o momento histórico e social vigente (HENNING, 2008).

O fenômeno foi descrito há muitos anos, tendo sua explicação variável conforme o século e a vivência. Com base na antropologia e psicologia, estudos ressaltam que a cultura tem impacto direto na compreensão e rotulação das experiências, sendo fator determinante para o sujeito (LUHRMANN, 2017).

Até 1300 a.C., era comum o relato de pessoas que ouviam vozes orientando nas tomadas de decisões, conforme registro de diferentes obras, como na “Ilíada” de Homero, na qual estão descritos diversos diálogos entre homens e Deuses que os ajudavam nas batalhas. Na Grécia antiga, a audição de vozes era um dom de pessoas escolhidas para ouvir e passar orientações divinas, os chamados oráculos. Dentre os filósofos gregos, Sócrates foi um dos primeiros a relatar que escutava vozes, a denominando como a voz da sabedoria, um guia externo, além de seus próprios pensamentos. Outro grego que também falou sobre a experiência foi Aristóteles que ao teorizar sobre o termo ilusão, afirmou que experiências de visões

e audição de vozes poderiam acontecer com qualquer ser humano. Também foram registradas experiências entre os egípcios, romanos e babilônios, em que sacerdotes utilizavam-nas como guias espirituais (BAKER, 2009).

Nas tradições cristã e hebraica, relacionou-se ao sentido religioso e foram escritas diversas passagens sobre a comunicação humana com Deus, de variadas formas: vozes, sinais, visões e mensagens de anjos. Ainda, discutia-se que a divindade não era algo corpóreo e a aproximação a ela se daria conforme seu nível de mediunidade. Na Antiguidade, portanto, a audição de vozes não significava sinal de doença ou loucura, justamente pelo contrário, em algumas crenças estava relacionada a uma capacidade de comunicar-se com o divino (ONG, 2000).

Com a expansão do cristianismo, durante a Idade Média, diversos líderes religiosos relataram a audição de vozes, como Martinho Lutero, Teresa de Ávila, Francisco de Assis, Joana d'Arc, Santo Agostinho e São Tomás de Aquino e esta ganhou maior visibilidade no século XI, quando a Europa foi assolada pela crença no fim do mundo. No século seguinte, com as Cruzadas, muitos indivíduos lançaram-se em territórios incitados por vozes e visões sobrenaturais, entre elas a de Deus, pregando guerra aos infiéis. Persistindo relatos de audição de vozes nos períodos subsequentes (SMITH, 2008).

No século XIII, a concepção das vozes passou a modificar-se, sendo instituída a diferença entre percepções falsas e normais, e compreendidas como fenômenos naturais provocados pelo demônio ou por Deus. A partir dessa distinção, a Igreja Católica passou a interpretar alguns fenômenos como feitiçaria/bruxaria. Isso porque, avaliava a pertinência da visão religiosa segundo seu conteúdo e fonte, ou seja, se ela era oriunda de reinos celestiais ou infernais (PESSOTI, 1994).

Dessa forma, com a corrente escolástica dominante nas universidades medievais, a Igreja Católica reivindicou o direito de julgar ouvidores de vozes conforme quatro categorias: possessão, bruxaria, heresia e canonização e para esses indivíduos havia duas possibilidades: condenação ou salvação. Diversas pessoas foram condenadas e aqueles discordantes do cristianismo foram considerados loucos, endemoniados, perseguidos e condenados. Joana d'Arc anteriormente citada, foi uma das pessoas que passou por esse processo. Outro destaque desse período foi Teresa de Ávila, atualmente canonizada como Santa Teresa, que escreveu em sua obra que Deus se comunicaria através de uma voz, que poderia vir de dentro (da alma) ou ser tão exterior como uma voz real. A

estratégia dela (que era ouvidora de vozes e vivenciava outros fenômenos “místicos”) teve como intuito proteger as freiras que sofriam com experiências sobrenaturais da Inquisição. Teresa contribuiu para retirar o protagonismo do tribunal inquisitório nos julgamentos, ao lado de outras autoridades que reivindicavam o seu desmantelamento e foi nomeado outro personagem para julgar esses casos específicos, o médico. Desse modo, a ciência foi trazida para o centro de debate dessas experiências, deixando a Igreja em segundo plano. A partir desse momento, a audição de vozes, até então avaliada como uma questão política, teológica e religiosa, recebeu um novo caráter, o patológico (FERNANDES; ZANELLO, 2018).

A Modernidade foi marcada pela mudança no pensamento medieval europeu, em consequência da Reforma Protestante, do Movimento Iluminista e da Revolução Francesa. Com a ciência emergente, os métodos de averiguação da realidade modificaram-se e aproximaram-se do racionalismo idealista. Assim, o movimento de Teresa de Ávila também trouxe efeitos negativos, pois originou o termo “doenças da alma” e estas passaram a ser relacionadas com o corpo, o que levou ao aumento da demanda por médicos para o tratamento, que passaram a descrevê-las, diagnosticá-las e medicá-las. Semanticamente, termos como “satânico, divino, místico” foram substituídos por conceitos científicos como “doente, enfermo, erro” (CALLONI, 2006).

No século XVIII, as alucinações começaram a ser explicadas de outras formas, como uma comorbidade orgânica ou insanidade, originando os tratamentos asilares para tais “doentes”. Com isso, o número de pacientes cresceu e foi possível ao médico traçar um panorama da insanidade (SMITH, 2008).

Esse novo sistema, consolidou as práticas manicomiais no século XIX, quando a psiquiatria surgiu como especialidade e tornou-se responsável pelos doentes mentais. No primeiro curso de medicina mental, em 1817, surgiu o termo alucinação, que designava a pessoa que é enganada e possui uma convicção profunda da percepção de uma sensação, quando nenhum objeto externo, adequado para excitar essa sensação, impressiona os sentidos (PAIM, 1993).

Desde então, a escola francesa tornou-se referência em pesquisas sobre a temática. Nas décadas de 1820 e 1830, pesquisadores franceses determinaram que as experiências eram de ordem da loucura. As discussões e debates aumentaram e questões como o caráter de normalidade, a relação entre imagem, alucinação e

sensação, a similaridade entre sonhos, transe e alucinações, ou se as experiências tinham origem psicológica tornaram-se pautas (FERNANDES; ZANELLO, 2018).

A partir da segunda metade do século XIX, outros teóricos de diferentes países destacaram-se com pesquisas baseadas na neurofisiologia. Apesar desse enfoque, houveram estudos experimentais relacionando telepatia, alucinações e amostras consideradas normais da população, as associando à bruxaria, magia, hipnose, religião e também à medicina. Dentre estes, Castro afirmou que os conteúdos das alucinações tinham relação com fatores étnicos, sociais e individuais, e que as imagens imprimiam às alucinações peculiaridades de uma época, de uma profissão ou uma etnia, emprestando-lhes elementos originais. Como é o caso da diferença de gênero também problematizada pelo autor, que relacionou as alucinações das mulheres chamadas históricas na época com a posição social e a educação que receberam, inclusive a religiosa (ALMEIDA, 2008; CASTRO, 1889).

Apesar desses estudos, ao final do século XIX, a escola alemã passou a ser a referência internacional no campo da audição de vozes, decorrente da criação do manual de psiquiatria de Kraepelin, no qual as vozes foram determinadas como sintomas característicos e prelúdios da *dementia praecox*, isto é, demência precoce (LOUZÃ NETO; ELKIS, 2007).

Na Era Moderna, houveram sucessores fundamentais para concretizar a patologização das experiências: Eugen Bleuler e Kurt Schneider, sendo aquele o criador do termo esquizofrenia no lugar de demência precoce, para que abrangesse ainda mais pacientes e pela palavra carregar a ideia de “divisão de diferentes funções psíquicas”. E Schneider, em 1948, que publicou “Psicopatologia clínica”, no qual estabeleceu o conceito de sintomas esquizofrênicos de primeira ordem, considerando as alucinações auditivas com valor diagnóstico para a admissão de esquizofrenia, estabelecendo contornos específicos para um quadro clínico e reduzindo as demais explicações para a audição de vozes, a reforçando como sintoma de doença e contribuindo para o estigma da loucura (ELKIS, 2000).

Portanto, a psiquiatria tradicional remodelou o que é normal e o que é patológico na sociedade atual, por conseguinte, o que anteriormente era compreendido pelo viés filosófico, religioso e de investigações científicas, começou a ser filtrado pelos manuais diagnósticos (WHITAKER, 2017).

No Brasil, a reforma psiquiátrica contribuiu para que as discussões em torno da experiência de ouvir vozes tomassem outros caminhos, pois propõe uma visão

humanizada do tratamento em saúde mental, rompendo com o modelo manicomial (COUTO; KANTORSKI, 2020). Apesar de todo o desenvolvimento das últimas décadas, ainda persistem dificuldades para uma verdadeira consolidação da Rede de Atenção Psicossocial. Existe, portanto, a necessidade de criação de estratégias que estejam embasadas na prática do *recovery*, conceito relacionado à recuperação da esperança e melhora na qualidade de vida de pessoas que sofrem de transtorno mental, ultrapassando as noções de cura e remissão de sintomas e priorizando a participação social do indivíduo na comunidade, não obstante à doença (BACCARI et al., 2015).

O movimento *Recovery*, portanto, teve início no final dos anos 70 nos Estados Unidos e tem como objetivo retirar o foco do diagnóstico psiquiátrico, ressaltando que mesmo as pessoas com transtorno mental severo podem ter uma vida satisfatória e produtiva. A essência do movimento está na criação de oportunidades, nas experiências de vida das pessoas, na participação efetiva na comunidade, na contratualidade e no trilhar caminhos que sejam significativos (JORGENSEN, et al., 2020).

Atualmente, diferentes estudos investigam as características e conteúdos das vozes e buscam olhar para além do paradigma biomédico patologizante. Essa nova perspectiva de cuidado possibilitou questionar a própria concepção do papel da medicação na vida dos sujeitos, propondo que esta fosse apenas uma das possíveis formas de tratamento e não a única. Despatologizar o fenômeno é uma forma de atuar conforme o preconizado pelo modelo de atenção psicossocial, pertinente à luta antimanicomial (BAKER, 2009).

Em razão da lógica biomédica ser apenas uma possibilidade de compreensão das experiências extra sensoriais e, em muitos casos, mostrar-se insuficiente para o cuidado, indo de encontro a perspectiva psicossocial, o Movimento Internacional de Ouvidores de Vozes teve sua origem na Holanda por volta de 1987, quando a paciente Patsy Hage que consultava-se com o psiquiatra Marius Romme, devido ao seu diagnóstico de esquizofrenia e audição de vozes, não demonstrava progresso com o uso de psicofármacos e apresentava ideação suicida para pôr fim ao sofrimento que as vozes causavam (COUTO; KANTORSKI, 2018).

Então, após Patsy ler sobre abordagens diferentes e questionar o psiquiatra, ambos passaram a buscar uma nova forma de entender e lidar com as vozes, que

não considerasse essa experiência como algo patológico e possibilitasse a ela ter mais autonomia em relação ao fenômeno. Assim, procuraram outras pessoas que passavam pelas mesmas experiências e propuseram os primeiros grupos de Ouvidores de Vozes, cuja característica de ajuda mútua proporciona um espaço seguro, onde é possível compartilhar experiências e juntos estabelecer formas de conviver melhor com as vozes, uma vez que os ouvintes devem ter autonomia para decidir seu próprio tratamento (RUFATO, L. S., et al, 2021).

A partir dos estudos, elencaram-se três fases para o processo de lidar com as vozes: a surpreendente que se inicia com a voz aparecendo subitamente e assusta o ouvidor; seguida da fase de organização, um processo de comunicação e seleção com as vozes; e a de estabilização, em que a pessoa consegue desenvolver formas de lidar e conviver com as mesmas. Essa mudança na compreensão ajuda a ter uma visão mais realista, pois nem sempre será possível eliminar a experiência com os tratamentos farmacológicos existentes e pontua que a visão patológica mostra-se ineficaz no entendimento do que está ocorrendo. Além da limitação no tratamento, os medicamentos frequentemente trazem consigo efeitos adversos que prejudicam biologicamente e também na autopercepção dos ouvidores, outra razão que demonstra a relevância de se ampliar as possibilidades do cuidado (COUTO; KANTORSKI, 2020).

Por conseguinte, iniciaram-se a realização de grupos terapêuticos na Holanda que ampliaram-se e ganharam espaço na Inglaterra, e em 1988, criou-se a primeira “Rede de Audição de vozes”, que se expandiu internacionalmente e são coordenadas desde 1997, pela Rede Internacional para Treinamento, Educação e Pesquisa em Audição de Vozes (INTERVOICE) que reforça que as vozes são manifestações normais da existência humana e devem ser interpretadas e compreendidas a partir de relatos de ouvidores de vozes e seus contextos de vida (BAKER, 2016).

O Movimento consiste, dentre outras estratégias, explorar elementos que fazem parte de aspectos fenomenológicos das vozes: identidade, características, conteúdo, história e gatilhos que as despertam e em seguida, o ouvidor é incentivado a ter autonomia e ser protagonista de seu processo de recuperação, construindo redes de suporte, trabalhando suas emoções e passando para uma posição ativa de enfrentamento (FERNANDES; ZANELLO, 2018).

3.3 GRUPO DE SUPORTE DE PARES

Os grupos de ouvidores de vozes são o dispositivo central nessa nova abordagem, pois possibilitam a exploração dos aspectos fenomenológicos e proporcionam um ambiente seguro de troca de experiências sobre o sofrimento ocasionado pelas vozes. Dispõem de valores fundamentais como a esperança, confiança, aceitação e entendimento que estabelecem as experiências extra sensoriais (vozes, visões e fenômenos relacionados) como significativas, defendendo que o cuidado oferecido deve ser baseado no respeito e empatia com a aceitação das vozes na vida de quem as ouve, estabelecendo que estas não são necessariamente patológicas, mas que a dificuldade na lida pode causar grande sofrimento emocional e psicológico (RUFATO, et al., 2021).

A mudança na abordagem pode acontecer em nível grupal, comunitário e social através da estratégia de suporte de pares, para então impactar singularmente aquele que ouve as vozes. Os grupos envolvem apoio social e pertencimento e oferecem a oportunidade de aceitação das experiências de uma maneira que ajude a recuperar autonomia sobre suas vidas, a partir do compartilhamento de estratégias que auxiliem nessa lida. Além disso, é muito importante trabalhar de maneira intersectorial com a saúde, educação, assistência social, cultura, dentre outros serviços, em uma rede de atenção (CORRADI-WEBSTER; LEÃO; RUFATO, 2018).

No suporte de pares, portanto, são estabelecidas relações não hierárquicas em que as experiências, responsabilidades e estratégias são compartilhadas. Diversas formas de suporte de pares podem emergir dos contextos dos serviços de saúde mental, entre eles o CAPS, de modo a complementar a promoção e educação em saúde, e a desestigmatização das experiências. Tal prática, especificamente entre ouvidores de vozes, contribui no combate aos estereótipos culturais sobre o fenômeno e pode melhorar a qualidade de vida dos sujeitos, buscando tirá-los do isolamento social e sofrimento (STRATFORD, et al., 2017, MAHLKE, et al., 2014).

Consequente, os participantes podem sentir-se mais seguros e amparados, tendo liberdade para construir e reconstruir narrativas plenas de sentido para suas vidas, considerando a análise dos significados simbólicos das vozes. Ademais, o grupo pode ajudar no reparo dos gatilhos, padrões e explicações que a pessoa

pode não perceber ou ser capaz de formular por conta própria (RUFATO, et al., 2021).

O diferencial do grupo de suporte de pares é que este não possui um formato estruturado, tampouco exige necessariamente um profissional da área da saúde para coordená-lo. Aliás, por tratar-se de um grupo baseado na horizontalidade, não existe a figura do coordenador, tendo apenas um facilitador que tem como postura a disposição para a escuta e a sensibilidade para mediar crises que porventura aconteçam durante os encontros. Dessa forma, quem sistematiza e toma as decisões sobre o grupo são seus próprios participantes, democraticamente. Mais uma vez, a lógica biomédica e hierárquica dos tratamentos tradicionais é evitada, focando na realidade da experiência subjetiva das pessoas como ponto basilar em todas as formas de ação e cuidado (RUFATO, et al., 2021).

4 ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, a qual permite que um fenômeno seja analisado e compreendido a partir do contexto em que está inserido. Dessa forma, a pesquisadora se desloca até o local da pesquisa a fim de capturar a temática através da perspectiva dos indivíduos envolvidos, considerando-se a visão de todos os componentes do fenômenos de forma integral (GODOY, 1995).

Por conseguinte, o método utilizado no atual estudo é a pesquisa-intervenção, em que a relação entre pesquisadora, participantes e fenômeno estudado transforma-se no ponto primordial da produção de conhecimento, uma vez que norteia os caminhos da pesquisa como um todo. Nessa modalidade, a mudança imediata não está prevista, pois ocorrerá progressivamente de uma alteração tanto na relação entre teoria e prática, quanto entre sujeito e objeto. Sua função é refletir e questionar os sentidos já consolidados nas instituições, através de estratégias coletivas que ampliem as condições de um trabalho compartilhado, por seu caráter crítico, na busca de mudanças específicas, supondo uma intervenção participativa na realidade (ROCHA; AGUIAR, 2003).

Assim, as principais características da pesquisa-intervenção são o elo entre a teoria e a questão social, a construção conjunta do sujeito e do objeto e a relação pesquisador/objeto pesquisado, em que a dinamicidade determina os caminhos da pesquisa, sendo esta, produção do grupo envolvido, com base na transformação coletiva e no contexto sócio-histórico político (ROCHA; AGUIAR, 2003).

Sublinhados os dados, esta pesquisa-intervenção foi realizada com usuários em tratamento no Centro de Atenção Psicossocial Regional II¹ do município de Pinhais-PR. Os critérios de inclusão foram: usuários em tratamento no CAPS que relatem experienciar as vozes; que aceitem participar do grupo de ajuda mútuo e

¹ Durante a aplicação da atual pesquisa-intervenção, o município de Pinhais-PR estava passando por uma alteração no formato dos CAPS presentes no território, isto é, anteriormente à mudança, existiam o CAPS II para pessoas com sofrimento psíquico ou transtorno mental grave/persistente e o CAPS ad, responsável pelos transtornos decorrentes do uso/abuso e dependência de substâncias psicoativas (álcool e outras drogas) e suas comorbidades. Seguindo o modelo da capital paranaense, Pinhais aderiu para CAPS divididos entre os territórios, sendo o CAPS Regional II, no qual foi realizada a implementação do Grupo de Ouvidores de Vozes, o antigo CAPS ad. Tal reformulação é uma experiência inédita nacionalmente, sendo implementada apenas no Paraná e colocando as duas clínicas para serem assistidas no mesmo equipamento de saúde, as repercussões desse modo de assistência ainda são desconhecidas, sendo necessários outros estudos acerca da temática.

tenham disponibilidade nos horários e dias definidos; e/ou selecionados pelos Técnicos de Referência do CAPS a partir dos critérios aqui descritos.

Já os critérios de exclusão foram: usuários que não estejam inseridos em tratamento no CAPS no momento da realização da pesquisa; que não comparecem com frequência nos atendimentos determinados no Projeto Terapêutico Singular; usuários que estão indisponíveis para participação do grupo nos horários e dias definidos; e usuários que após a discussão em equipe, apresentassem singularidades no seu momento de tratamento que a participação no espaço grupal pudesse gerar sofrimento para o mesmo.

Por conseguinte, foi proposto o desenvolvimento e criação conjunta de um grupo de suporte de pares. O foco dessa estratégia é a criação de oportunidades, a troca de experiências pessoais, fortalecimento da autonomia e participação comunitária, a partir do suporte gerado por aqueles que vivenciaram sofrimento psíquico comum ao grupo e que alcançaram algum nível de mudança da própria condição e compartilham as estratégias desenvolvidas para tanto. De acordo com Schmutte, et al. (2020) no suporte de pares os participantes trazem suas experiências para facilitar e orientar o caminho de recuperação do seu par, trazendo significado e gratidão para suas vidas e contribuindo para a comunidade em que estão inseridos, promovendo a reinserção e inclusão social. A premissa é instruí-los para se tornarem agentes principais do processo de mudança, incentivando a tomada de decisão sobre a própria vida.

Na atual pesquisa-intervenção, o primeiro passo foi divulgar por meio de panfletos e cartazes nos espaços sociais que esses usuários frequentavam, o contato dos pesquisadores (e-mail) e os dias e horários que estariam disponíveis para explicar os procedimentos de coleta. Aos participantes que se interessaram e estavam dentro dos critérios de elegibilidade, realizou-se a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sanaram-se as possíveis dúvidas, e por fim, foi assinado o termo em duas cópias (ANEXO 2). Após aceite do convite e assinatura do TCLE, foi apresentado às/aos usuários uma proposta de primeiro encontro com data e horário definidos através da disponibilidade do serviço e dos profissionais envolvidos.

O desenvolvimento da pesquisa-intervenção ocorreu do dia 21/09/2023 ao dia 14/12/2023, totalizando dez encontros. Um dia antes do início dos encontros grupais, foram realizadas ligações telefônicas e/ou contato via WhatsApp aos

usuários. Os dez encontros ocorreram, majoritariamente, semanalmente e nas quintas-feiras às 14 horas no CAPS Regional II, com exceção dos dias em que o serviço estava fechado em decorrência de feriados ou evento externo.

Caracterizou-se como grupo aberto, possibilitando a expressão livre da demanda dos participantes em conjunto com atividades disparadoras propostas pela pesquisadora, quando acatadas pelo grupo unanimemente. No primeiro encontro, participaram três usuários, enquanto no segundo, dobraram as participações, com seis usuários. Do terceiro encontro participaram quatro integrantes e do quarto encontro, cinco. O sexto encontro contou com oito participantes e o sétimo, com cinco usuários. No oitavo encontro nove usuários estavam presentes e no nono encontro, seis participantes. Por fim, o décimo e último encontro contou com 5 usuários.

No primeiro encontro, foi realizada a apresentação dos usuários presentes e a discussão dos combinados do grupo, como sigilo e respeito ao que fora compartilhado. Nos encontros seguintes, além da escuta em um espaço seguro para exposição das dificuldades diante da audição de vozes, foram realizadas ações conjuntas referentes às demandas expostas, a partir da troca de experiências e estratégias possíveis para cada uma das problemáticas apresentadas, sendo revisitadas as necessidades do grupo, das expectativas e necessidades individuais e coletivas, com espaço para compartilharem o que foi possível avançar durante os encontros e o que ainda poderia ser melhor desenvolvido.

Realizou-se um diário de campo, com anotações que incluem o cenário, cronologia dos eventos, características gerais dos participantes, a percepção da pesquisadora sobre as expressões de emoção, sutilezas, descrição dos comportamentos e interações e suas evoluções, a fim de acompanhar o fenômeno e, de acordo com autores, à medida em que o pesquisador vai ganhando experiência no campo de pesquisa começa a distinguir questões mais relevantes e concentrar-se nelas (OLIVEIRA, 2014; KASTRUP, 2012; ANGROSINO, 2009).

Tais instrumentos associados à pesquisa-intervenção têm como função o registro de informações, com foco na relação entre pesquisadora e campo de pesquisa, em uma abordagem que compreende uma atuação implicativa. O diário de campo é organizado metodicamente em relação às informações que se deseja obter, permitindo visibilizar aspectos da intervenção desenvolvida a partir da descrição dos procedimentos, do desenvolvimento das atividades, além de

alterações ao longo do percurso da pesquisa, sequencialmente para posterior análise dos resultados. Assim, o diário de campo também se constitui como ferramenta de intervenção ao provocar reflexões acerca do planejamento, desenvolvimento e trajetória do objeto de estudo, no caso da atual pesquisa, o grupo de suporte de pares (KROEFF, et al., 2020; ROCHA; AGUIAR, 2003).

Ainda, foram utilizados codinomes a fim de garantir o anonimato dos sujeitos, visto que esta pesquisa compreende como risco para seus participantes a possibilidade de rompimento do sigilo assegurado através do TCLE. Essa violação pode ocorrer caso alguma informação seja comentada fora do espaço do grupo e com pessoas que não participam deste. Para garantir que o sigilo se mantenha assegurado, além do combinado realizado no início de todos os encontros, o grupo aconteceu em sala específica para tal em ambiente interno do CAPS de porta fechada. Vale ressaltar que os codinomes foram escolhidos pelos próprios integrantes de acordo com seus gostos próprios e sua determinação fez parte do último encontro do grupo.

Isto posto, o diário de campo da pesquisa atual foi constituído pela data do encontro, número de participantes e seus codinomes, tema e objetivo do encontro, descrição das atividades e do encontro em si, interpretação dos resultados, o impacto da experiência para os mesmos, observações da pesquisadora e temas a serem pesquisados na análise dos resultados.

Dessa forma, a análise de dados ocorreu por meio da técnica de análise temática, proposta por Clarke e Braun (2013), em que a análise é conduzida por fases: na primeira foi realizada a leitura e fundamentação teórica para obtenção de uma visão geral dos dados e identificação de pontos de interesse do tema; posteriormente foram elaborados os códigos, ou seja, identificados os discursos relevantes ao objetivo do estudo e elaborados os primeiros códigos de análise; na terceira fase, os diferentes códigos foram agrupados por similaridade e classificados. Então, os temas foram construídos provisoriamente por meio da organização desses códigos elaborados na fase anterior. Na quarta fase de análise, os temas foram revisados, definidos e nomeados.

Em suma, após a finalização do grupo e das descrições em diário de campo, foram definidas as categorias da análise de resultados por meio da análise temática: “Vivências individuais e coletivas com as vozes”, “Aquilombamento do grupo”,

“Estratégias para lidar com as vozes”, “interseccionalidade com questões histórico-sociais” e “Incompreensão e despertencimento”.

Após a finalização da pesquisa-intervenção realizou-se uma devolutiva do desenvolvimento do grupo para a equipe de saúde mental do CAPS em questão, em data acordada por todos/as. Nesse momento, acordou-se a continuidade do grupo pela médica que trabalha na clínica geral do equipamento de saúde, a qual participou de um dos encontros realizados pela pesquisadora e pretende continuar sua execução semanalmente.

Em virtude de tratar-se de pesquisa com seres humanos, este projeto foi submetido para apreciação do Comitê de Ética, com aprovação sob parecer n. 6.286.790 (ANEXO 1). Os procedimentos utilizados obedeceram os Critérios da Ética na Pesquisa com Seres Humanos conforme a Resolução n. 466/12, do Conselho Nacional de Saúde.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O Grupo de Ouvidores de Vozes do CAPS Regional II, foi um projeto “piloto” de implementação dessa modalidade de atendimento grupal a partir da demanda específica dos usuários e da mudança recente de um CAPS ad para o modelo territorial, no qual as duas clínicas (transtorno mental e uso de álcool e outras drogas) são assistidos.

Todos os integrantes do grupo, que procuraram a pesquisadora no dia disponibilizado e demonstraram interesse em participar, fizeram parte de sua construção, tanto na sua formulação quanto no processo de sua execução. O perfil dos participantes está descrito no Quadro 1.

Quadro 1 - Características dos Participantes

	Codiname	Idade	Gênero	Participação no grupo
1	Zico	56	M	9 encontros
2	Úrsula	52	F	7 encontros
3	Leni	58	F	6 encontros
4	Monza	41	M	7 encontros
5	Lagartixa	45	M	4 encontros
6	Ester	57	F	3 encontros
7	T.	29	F	2 encontros
8	Dinho	37	M	8 encontros
9	Índia da lua branca	51	F	7 encontros
10	Pocahontas	52	F	7 encontros

Fonte: A autora (2023).

No primeiro encontro, foram estabelecidos combinados para o funcionamento do grupo que, durante o seu decorrer, não modificaram e se mantiveram embasados no sigilo, respeito e coletividade.

Conforme citado, os combinados foram compostos pelo sigilo, isto é, tudo o que fosse conversado no grupo não seria repassado para outras pessoas que ali

não estivessem, sendo a única exceção, situações de risco para o usuário que seriam repassadas para o técnico de referência (TR). O respeito à fala, às crenças e ao período de explicar de cada um, buscando não interromper enquanto o outro se expressa, assim como não deslegitimar ou impor visões próprias, reforçando a importância da aceitação dos diferentes sentidos para as vozes e de cada ouvidor se apropriar de sua própria experiência. Por fim, a coletividade, na qual todas as decisões relativas ao grupo foram realizadas em conjunto, considerando que o mesmo pertence a todos os integrantes de maneira igualitária e horizontal.

Dessa forma, deve ser construído para ser um local confortável e seguro para estes, e por serem especialistas por experiência, suas sugestões e opiniões são essenciais para que o grupo e seus diferentes aspectos façam sentido para os mesmos. A pesquisadora tinha o papel de mediar as conversas, auxiliando na organização de tempo, deixando as falas rodarem; também relembra algo já dito, ou então retomava exemplos dos próprios membros do grupo e, quando necessário ou solicitado, trazia dados de seus estudos referentes à temática.

Outro combinado estabelecido foi o de assiduidade, em outras palavras, procurar não faltar, para que se crie uma identidade e intimidade grupal. Os participantes concordaram com os combinados pré-estabelecidos e Monza propôs outro item, conforme fala abaixo:

Posso propor uma opinião? Queria que fosse um processo gradual, ir aos poucos, falar um pouco e ir aumentando, pra no final não fazer um bum no processo [ao ser incentivado a elaborar mais o pedido, resumiu] Deixar os assuntos mais difíceis por último que aí já temos uma intimidade maior pra lidar (Monza, encontro 1)

A proposta foi acatada por todos os participantes e inserida entre os combinados. Também foi discutida a possibilidade de outros usuários entrarem no grupo com o passar das semanas e mostraram-se favoráveis.

Os combinados facilitam a comunicação entre o grupo e, ao mesmo tempo, possibilitam que os membros se sintam à vontade para expor suas ideias. Portanto, no início de cada encontro do grupo, os usuários repetiam e negociavam o contrato grupal. Um dos membros era incentivado a recapitular os combinados para os

demais e foi aberto espaço para novas propostas, porém, nos demais encontros, mantiveram-se os mesmos acordos iniciais.

No que diz respeito às atividades propostas pela pesquisadora, no segundo encontro, foi apresentado um poema escrito por uma ouvidora de voz do nordeste brasileiro, com sua autorização, para promover a identificação entre pares, sendo acolhido e discutido os sentimentos trazidos pela escrita, no encontro seguinte, a participante Úrsula, apresentou para os demais integrantes um trecho escrito por ela mesma: “Vozes nada mais são escutar a voz do coração, que sussurram em nossa mente. Às vezes para o bem como para o mal”.

Outra atividade proposta no quarto encontro, foi a de produção da própria paisagem sonora, na qual foi entregue uma folha com o contorno de um corpo humano e após cinco minutos em silêncio, foram incentivados a escrever ou desenhar o que sentiam como sons externos e os sons internos, em seus respectivos locais do desenho. Objetivou-se mover a atenção para o território vivo e seus sons, para além das vozes e ruídos internos aos quais estão habituados. a experiência trouxe diferentes reflexões sobre as condições de escuta.

Mais um exemplo de atividade diferente ocorreu no encontro cinco, quando propôs-se a dinâmica de Terapia Comunitária Integrativa (TCI), na qual os integrantes deveriam colocar uma questão/problema em uma urna sem se identificar, em seguida cada bilhete foi lido e discutido coletivamente como lidar com a demanda descrita, a ideia foi de promover acolhimento e identificação entre os participantes, para que se sentissem acolhidos e em um local seguro para trazerem suas demandas e discutirem juntos maneiras de lidar com os problemas.

5.1 VIVÊNCIAS INDIVIDUAIS E COLETIVAS COM AS VOZES

“Nossos ouvidos como envolvidos numa teia sonora, produzindo afetos, intensidades, sensações e potências que independem da vontade ou intenção do sujeito que escuta. É nesse terreno que pretendemos pensar qual a condição da escuta” (OBICI, G., 2006, p.9).

A primeira categoria de análise de conteúdo deste trabalho, aborda as vivências individuais e coletivas com as vozes. Esta característica se fez presente

em todos os encontros dos atendimentos grupais, percebidos através de relatos espontâneos dos participantes e a identificação entre pares.

Dentre outros aspectos, foram discutidas as origens das vozes, quantas vozes a pessoa escuta, quais suas características e se possuem conteúdo positivo ou negativo. O trecho a seguir ilustra a exploração das vozes entre os participantes quanto ao tempo que convive com o fenômeno, a quantidade e altura:

Eu ouço sete vozes diferentes. Fiquei um tempinho sem ouvir e agora ficam falando pra eu morrer e muda o tipo de voz a cada vez (Dinho, encontro 1).

Eu comecei a ouvir muito tempo atrás, e parei há alguns meses com o remédio, mas lembro como me incomodavam (Zico, encontro 1).

Não dá impressão que os outros escutam? Fico com medo (Dinho, encontro 1).

Dá sim! (Zico, encontro 1).

Eu não, acho que ninguém escuta, porque ninguém falava nada quando me chamavam de vagabundo. Já morri de medo, já tive AVC por causa das vozes, agora confronto (Monza, encontro 1).

As minhas nunca pararam, já escuto há 17 anos. Escuto vozes de perigo, elas me avisam. Escuto até de animais, eles latem (Monza, encontro 2).

Escuto desde os meus 16 anos, hoje tenho 29 e tô acostumada, não me incomoda (T., encontro 2).

Escuto vozes humanas e vozes de animais. De cachorro geralmente é o rosnado, sabe? Rosnado para atacar? Isso me incomoda (Úrsula, encontro 2).

Eu escuto vozes desde a minha infância, algumas épocas são mais difíceis, outras menos. As vozes me chamavam, ia olhar na porta, ia na janela, mandava as crianças irem olhar, nunca tinha nada. (Estér, encontro 2).

Escuto e nem sei há quanto tempo, mas eu não ligo, não me causa nada. Não tenho medo, as pessoas percebem e se incomodam. As vozes já me mandaram me cortar, quando eu tô depressiva acabo fazendo. Já perdi meu emprego por causa delas, eu fico conversando sozinha com elas e falando, as pessoas acham estranho (Índia da lua branca, encontro 2).

Tenho 45 anos. Ouço vozes desde a adolescência. Troco uma ideia com elas (Lagartixa, encontro 3).

Às vezes elas começam todas juntas a falar e gritar. Ontem o pastor gritava e as vozes gritavam mais alto ainda. (Índia da lua branca, encontro 3).

Eu tenho acordado umas 4h todo dia. Das 4h até as 4h30 escuto um pássaro que canta um canto triste. Ele canta tão triste, que eu chego a chorar (Leni, encontro 9).

No que diz respeito ao local em que as vozes se manifestam, ou onde os pacientes as sentem, Baker (2016) afirma que há muitas maneiras de ouvi-las, de dentro ou fora da cabeça, em outras partes do corpo ou advindas do mundo externo. Na atual pesquisa, os participantes relataram:

As vozes falam na minha língua, na minha mente e no meu coração (Dinho, encontro 1).

As minhas eram na minha cabeça (Zico, encontro 1).

Nas velas, no motor, às vezes tem um saco de pão na mesa e eu começo a ouvir as vozes vindo dele, acho que é um chip, algo eletrônico lá dentro. Aí eles me observam e ficam falando por esse chip pra mim (Monza, encontro 1).

Eu também tinha essa impressão, que era um chip que colocaram em mim, na minha língua. Ficava tentando só ficar de boca fechada, porque se abrisse, acionava o chip e ouvia as vozes vindo da minha língua (Dinho, encontro 1).

As vivências coincidentes, também ressaltaram-se com o passar do grupo:

Quando eu tentei suicídio, eu tava caminhando e chorando e ouvindo vozes, as vozes mandaram eu sentar no viaduto e me jogar, falavam pra mim “voa! voa!”, os carros passavam e as pessoas me chamando de louco. Até que parou um carro e a criança que tava lá falou “tio, desce daí” e eu respondi que ia voar, e ela disse “mas você não tem capa, como é que você vai voar?” e daí eu comecei a chorar” (Lagartixa, encontro 3).

Eu contei isso semana passada, mas você não tava [...] Mas eu contei no último encontro que eu evito

passar pelo viaduto e sempre passo me segurando onde der, porque as vozes ficam falando “voa, você consegue voar, se joga” (Úrsula, encontro 3).

Outro fator observado após a intimidade grupal estabelecida, foi de que as histórias e acontecimentos passaram a ser semelhantes entre os integrantes, conforme exemplificado no diálogo a seguir.

Eu tô saindo da fase boa pra ir pra fase ruim. Eu ouvia as vozes e não tinha problema nenhum na fase boa. Eu tava na melhor fase, sei quando vou mudar de fase. Aos poucos me dá um aperto no coração, medo das pessoas não me quererem por perto, de ser chata, de ficar sozinha. A fase boa dura pouco, a última durou 3 meses. A fase boa chega do nada, acordo me sentindo muito feliz e invencível, da noite pro dia. A fase ruim chega aos poucos e dura muito. O problema da fase ruim é que eu escuto aceito tudo que as vozes falam, eu obedeço elas. Como se elas tivessem mais poder. Na fase boa eu dou risada e ignoro (Índia da lua branca, encontro 4).

Também tava numa fase boa e do nada piorou (Dinho, encontro 4).

Eu ouço vozes também. Fiquei bem ruim ontem, tava muito forte [...]. Tava bem alto e bem forte, não consegui dormir direito. As vozes falam que não sou nada, que não tenho ninguém, não tenho valor, que ninguém vai sentir falta se eu morrer (Pocahontas, encontro 4).

Posso falar um pouquinho? Pra falar para ela que eu to passando pela mesma fase. [A voz] fala que não valho nada, que eu sou imprestável (Dinho, encontro 4).

Como seres sociais, as relações e interações interpessoais exercem influência sobre cada sujeito em um “priming social”, isto é, um estímulo inicial que afeta as respostas de um indivíduo a outros subsequentes, sem que exista consciência do mesmo sobre tal influência. Em vista disso, a sugestibilidade abrange processos biopsicossociais que facilitam ou aumentam a probabilidade de que uma proposta seja acatada. Enquanto a sugestão é um estímulo externo, a sugestibilidade é a variável psicológica incumbida de tratar esse sinal e torná-lo uma resposta. Assim, quando em um ambiente social, as respostas podem se

assemelhar inconscientemente a fim de sentir-se parte do meio (HALLING, et al., 2014; SOUZA FILHO, 2007).

Bakhtin (2011), um autor que pode contribuir para a problematização dos sentidos atribuídos às vozes pelos próprios ouvidores, em sua reflexão sobre gêneros do discurso, afirma que os pensamentos próprios são frutos de um contato permanente com os pensamentos alheios. Em outras palavras, a consciência individual é um produto de um diálogo entre várias consciências e, para o autor, cada discurso é composto por vários discursos, tornando-o polifônico. Partindo desse princípio, as vozes são emaranhadas de discursos como o psiquiátrico, o religioso, o emocional, dentre outros, que falam da realidade singular de cada ouvitor.

Ademais, o sentido que cada ouvitor atribui às suas vozes é algo complexo, pois é influenciado por diferentes fatores, como a história de vida do ouvitor e o contexto histórico-social em que ele está inserido. Assim, encontrar um sentido para as vozes é algo que demanda um investimento psíquico por parte do ouvitor sobre essa temática e, principalmente, um investimento em autoconhecimento, visto que as experiências são heterogêneas e possuem representações amplas e privadas.

Existem diferentes tipos de vozes, a exemplo, de comando, ameaçadoras, divinas, difíceis de identificar, de conhecidos e familiares, engraçadas, entre outras. Cada indivíduo possui uma experiência diferente com as vozes que podem variar em termos de conteúdo e intensidade.

Na atual pesquisa, os achados relacionados à vozes de comando traziam muito sofrimento emocional aos ouvidores, por muitas vezes sentirem-se obrigados a executar o que as vozes diziam, principalmente devido à insistência. Outro aspecto que também gera angústia são as vozes de familiares que escutam, conforme retratado a seguir:

Aí do nada as vozes querem que eu enfrente, que mate, que morra. Tem outras vozes que falam “para, calma. Ele é um bom homem” (Dinho, encontro 1).

Eu também, as vozes falavam pra bater no meu irmão, e eu comecei a pensar, pra que eu vou fazer isso? Meu irmão cuida de mim, me deixou morar na casinha no terreno dele, não quero incomodar ele (Zico, encontro 1).

Eu tento ignorar, elas ficam “se mate, a gente quer que você se mate. Tua irmã vai te jogar pra fora de casa, teu amigo não vai te aceitar na casa dele, você vai ficar na rua”. Eu procuro me fortalecer (Dinho, encontro 4).

Posso perguntar uma coisa para todos, curiosidade mesmo. Vocês tem vozes que acusam vocês também? Que machucam vocês por dentro? (Dinho, encontro 5)

[Todos concordam].

Eu tentei até suicídio por causa das vozes (T, encontro 5).

AL: Eu fico pensando muito sobre as acusações (Pocahontas, encontro 5).

Eu me joguei embaixo dos carros por causa das vozes, quando saí do internamento. E eu vejo meus pais e converso com minha ex-patroa, o marido dela e a filha, vejo os três também. Eles ficam mandando eu lavar a louça, cozinhar, limpar a casa (Leni, encontro 6).

Eu nunca parei de escutar né. Quando eu comecei a escutar, era baboseira, xingamentos, essas coisas. Depois de 5 anos, foi evoluindo, fala pra se matar, me matar. Eu me divirto, quando são os jovens [vozes]. Os velhos são perigosos, falam de morte (Monza, encontro 6).

Às vezes eu passo na linha do trem e a voz manda eu ficar parada esperando que ele logo vem (Leni, encontro 8).

Ontem tava dormindo e eu ouvi, era a voz nítida da minha filha falando “mãe, levanta”. Eu respondi meio sonolenta que tava muito cedo, aí percebi que era a voz. Quando me toquei até dei risada (Índia da lua branca, encontro 4).

Quando tava preso eu também ouvi minha filha. E também ouvia que era ditadura militar, que os policiais tavam matando minha filha, ouvia os berros dela (Dinho, encontro 4).

Pra mim essa semana, essas duas últimas semanas na verdade, tenho ouvido essas vozes que me acordam de madrugada. Vozes de pessoas conhecidas, minha mãe, meu irmão (T., encontro 5).

É ruim quando é a voz deles né, porque a gente acha que os nossos parentes tão passando por alguma coisa (Ùrsula, encontro 5).

Paralelo a isso, existem ouvidores que consideram as vozes um fenômeno positivo em suas vidas, atribuindo sentidos à experiência que não estão associados necessariamente a sintomas patológicos e referindo-se à elas como companheiras (COUTO; KANTORSKI, 2021).

Tem positiva também, alguns dizem que é intuição, as vozes avisam “não vá que vai dar ruim”, eu acho que é a voz do evangelho. Mas também tenho uma que não é nem ruim nem boa, é uma sensação (Úrsula, encontro 2).

Mas esses dias eu não tava ouvindo nada, o cara passou me encarando, fiquei nervoso e a voz falou para eu me acalmar. A parte negativa melhorou bastante, elas me elogiam também agora (Dinho, encontro 2).

Eu tava num ambiente com muita gente, falaram pra eu sair dali, e eu argumentando pra não ir, mas acabei saindo. Aí tive um desmaio, se tivesse lá onde elas me mandaram sair, tinha sido pisoteado (Lagartixa, encontro 3).

Ah! Eu to bem, em relação às vozes. Eles [outras pessoas] têm medo quando falo que escuto vozes, a gente acha divertido né (Monza, encontro 5).

Pra mim também é normal, divertido. Eu vejo uma pessoa só e ele fala comigo (Índia da lua branca, encontro 5).

Vocês colocam nome? Eu coloco nas minhas, a voz boa que fala comigo é o João (T., encontro 5).

Outro fator comum entre os ouvidores de vozes, é a ocorrência de outras experiências extra sensoriais, como por exemplo, visões, cheiros, toques e sensações, também descritas pelos participantes da atual pesquisa:

Além das vozes eu vejo bichos às vezes também (Índia da lua branca, encontro 2).

Eu também! Até de cachorro, é assustador. Ouvia os passos, me chamavam. Eu via cobras, chamava meu filho e eles diziam que não era nada. Vi uma aranha ontem mesmo no rosto do meu neto (Úrsula, encontro 2).

Antes eu não tinha esse discernimento, agora já sei quando é real e quando não é. Tenho a sensibilidade

também, sinto sanguessugas nas costas e bichos nos olhos, sei que não é verdade, mas eu sinto. Esses dias comecei a sentir os bichos nos olhos, entrei em desespero. Às vezes é difícil lidar, mesmo sabendo que não é real. Via duendes, essas coisas que não existem. De 2015 a 2018, via monstros, vulto vejo até hoje (T., encontro 2).

Já liguei pro meu psicólogo falando que tinha um monte de aranha na cama (Índia da lua branca, encontro 3).

Eu tenho aracnofobia também, aí chamei minha ex-mulher que tinha uma aranha enorme no quarto e não tinha nada lá. É perigoso até né, só de falar, fico vendo aranhas aqui pela sala (Lagartixa, encontro 3).

Eu vejo vultos também, sombras que aparecem com olho vermelho de fogo (Pocahontas, encontro 4).

Eu tenho uma única visão de um homem e ele fala comigo. É um homem, só não consigo ver o rosto dele. Hoje ele não veio, ele fala comigo, mas também só me destrói. Ele destrói minha autoestima, me xinga (Índia da lua branca, encontro 4).

Eu tenho a sensação de levar tapas, aí não durmo (Lagartixa, encontro 5).

Eu à noite sinto cheiro também (Leni, encontro 5).

Eu também, sinto o cheiro de flores, um cheiro ruim (Úrsula, encontro 5).

Sinto de flor de cemitério, cheiro de morte, de flor em cima de defunto o.(Lagartixa, encontro 5).

[A semana] foi boa entre aspas. Semana passada eu ganhei um susto. Eu tava fechando a porta, tava chaveando e vi um vulto entrando. Tomei um susto, quando consegui chavear a porta, fui correndo pra casa da minha filha. Era um homem, o vulto (Ester, encontro 8).

As experiências extra sensoriais, segundo estudos, podem ser consideradas variantes do comportamento humano, ou seja, pessoas sem diagnóstico de transtornos mentais também podem vivenciá-las em algum momento de sua vida, sem serem rotulados como pacientes psiquiátricos. Um exemplo comum acontece quando pessoas enlutadas apresentam visões dos entes falecidos, o que pode se intensificar conforme a cultura valoriza o vínculo com os antepassados. Existem

diversas alterações de sensopercepção e pensamento não patologizadas (LARØI, et al.,2014; DAVID, 2010).

Expostas as discussões e explorações relacionadas às vozes e às demais experiências extra sensoriais, a maneira escolhida para lidar com esse fenômeno na atual pesquisa, como já citado anteriormente, foi a criação de um grupo de suporte de pares em que a mudança ocorre em um nível grupal e comunitário a partir do pertencimento e apoio social.

5.2 AQUILOMBAMENTO DO GRUPO

“Por mais estropiadas que estejam as pessoas que são atendidas no serviço público, é de seus corpos que partirá alguma mudança. Nesses grupos se produzem novas sociabilidades” (LANCETTI, A, 2015, p. 65).

Com o decorrer dos encontros, observou-se que em uma atmosfera segura, as pessoas podem assumir uma postura mais curiosa em relação às experiências compartilhadas entre o grupo, explorando de modo conjunto diferentes visões, a fim de ampliar a compreensão das vozes. Ao fazê-lo, criam, entre si, um sentimento de empatia e identificação e conseguem expressar as suas próprias vivências:

Eu aprendi a falar sobre isso abertamente quando eu entrei aqui. Eu assumi, quando falam pra mim que sou louco, eu falo que sou louco mesmo! Tanto que te falei né, quando soube do grupo: “que massa! Quero conhecer gente que eu não me sinta nem tão louco, nem tão especial², é bom encontrar outras pessoas que passam por situações parecidas com a minha. Até me senti melhor já, olha [mostra as mãos que no início do grupo estavam com tremores, paradas] (Lagartixa, encontro 3).

Me sinto em casa aqui no grupo (Índia da lua branca, encontro 3).

Eu gosto muito quando eu falo aqui, a mente da gente que tá falando, parece que a mente precisa. Somos especiais, pra não nos rebaixarmos, somos especiais. Eu vejo com outros olhos, essas coisas que a gente passa, me fez crescer como pessoa. Eu tenho que dar

² A frase "nem tão louco, nem tão especial" tornou-se o título do atual estudo após a exposição do integrante Lagartixa (encontro 3) por representar a sensação de pertencimento e os demais membros terem identificado-se com a definição.

parabéns para todos vocês, o Zico parou de ouvir, a Leni falou que diminuiu. Isso aqui tá de parabéns pras nossas vidas. Eu me sinto bem aqui, não quero largar, consigo falar com vocês. Quando eu falo com você [pesquisadora] é quase como se não tivesse mais ninguém, consigo me abrir. Tá tão seguro que parece que não tem ninguém (Lagartixa, encontro 8).

Pra mim foi uma experiência bem importante, primeiro porque eu to sem psicólogo e segundo que eu não sabia trabalhar em grupo e eu falava “nem pensar participo de grupo!”. E agora venho toda semana, foi muito bom, porque eu também nem sabia que tinha mais gente que ouvia (Índia da lua branca, encontro 10).

Eu pensava que era só comigo, ouvia pra se matar e eu pensava em fazer. Aí tava acompanhando no ambulatório e toda semana a psicóloga falava que tinha o grupo aqui, que eu podia vir e eu era muito resistente. Mas quando vim, pensei que eles também ouvem a mesma coisa que eu e conseguem lidar cada um do seu jeito. Eu carregava pra mim que tinha de obedecer, não tinha outra escolha porque só eu ouvia (Pocahontas, encontro 10).

O suporte entre pares oferece um ambiente seguro para seus participantes e facilita a construção de uma história coletiva, baseada na troca de experiências e na transformação dos pares em agentes do seu processo de cuidado. Autores afirmam que os indivíduos que sofrem com questões psíquicas podem oferecer apoio a outras pessoas em situações semelhantes, a partir da troca e divisão de responsabilidades, da empatia, identificação e alteridade (CORRADI-WEBSTER, et al., 2021; SIQUEIRA, et al, 2020).

Existem diversos benefícios com a troca entre quem oferta e quem recebe o suporte, como o desenvolvimento de relacionamentos interpessoais, expansão dos sentidos e visão sobre sua própria experiência, protagonismo, reinserção social e a sensação de pertencimento que muitas vezes não está disponível para esses indivíduos em outros espaços que frequentam. Além dessas vantagens, destacam que o suporte de pares pode colaborar com maior eficiência dos serviços de saúde, uma vez que pode suprir uma demanda coletiva e estimular o autocuidado, reduzindo o número de internamentos e atendimentos à crise (SIQUEIRA et al.,2020).

Na experiência de implementação do grupo de suporte de pares descrita aqui, o espaço grupal realizado tornou-se um local seguro para os participantes que trouxeram em sua fala esse sentimento. Quantitativamente, o número de participantes aumentou significativamente com o passar dos encontros e a integração e o vínculo também foram estabelecendo-se gradualmente, além disso, não houveram internamentos entre os participantes do grupo e dentre eles, um dos integrantes que estava com a possibilidade do encaminhamento, progrediu e manteve o modelo de atendimento semi-intensivo no CAPS Regional II.

O ambiente tornou-se seguro para os ouvidores, a ponto de relatarmos ideiação suicida ativa devido às vozes de comando, e os demais integrantes acolherem e propõem estratégias para a participante, conforme descrito nos trechos a seguir:

Eu tinha dado uma melhorada no repuxe da boca, ontem ouvi as vozes falando “Você não é nada, tem que se matar mesmo, pra que viver?”. Aí eu argumentei que não tinha os remédios para tomar tudo, e a voz falava para eu pegar uma faca, um gilette, aí foi indo, acabei cansando e dormindo [nesse momento começa a chorar]. (Pocahontas, encontro 6).

Quando elas falarem, não faça, eu fiz e foi a pior coisa que eu fiz na vida. Na hora as vozes somem e você se sente pior, dói, é solitário. Quando a senhora pensar em se matar, pensa no louquinho que tá do teu lado aqui, pensando em você. Posso rezar pela senhora? (Lagartixa, encontro 6).

Claro, por favor (Pocahontas, encontro 6).

Eu penso na [psicóloga], sabe? Quando to mal, eu vi o quanto é bom vir pra cá. Você lembra da roda, lembra de você [aponta para a pesquisadora], e não pensa daí em besteira (Úrsula, encontro 6).

EL: Livre arbítrio né, tem voz que ajuda e voz que atrapalha, mas a gente também pode escolher qual seguir. As minhas vozes ruins falam: “que ódio que sinto de voce”. De uma semana pra cá, acalmou. Elas se intitulam como espíritos, falam que é espírito daquilo, não sei se pra vocês também é assim (Dinho, encontro 7).

Eu to melhor. Segui o conselho de vocês de não me fazer mal, como eles [vozes] disseram. Guardei as facas, peguei o aparelho de gilette e guardei. (Pocahontas, encontro 7).

O aquilombamento em saúde mental, se conceitualiza na premissa do CAPS ser um serviço de base territorial que atende a sua comunidade a fim de que o usuário sinta-se cuidado, legitimado e identificado. A implementação desses ambientes como o grupo de suporte de pares, busca atender melhor os usuários, entendendo que o aquilombamento já acontece entre eles e pode ser ampliado para além das relações interpessoais já estabelecidas de identificação e apoio. O trabalho em saúde mental, na perspectiva da aquilombação, exercido pelo coletivo, atravessa regimes de afeto em um espaço de proteção, um aquilombamento com combinados e pactos, não para mudar quem são essas pessoas, mas para deixar que elas sejam quem são (DAVID, 2022).

Destarte, além do desenvolvimento de novas sociabilidades, pertencimento e identidade coletiva, o grupo possibilita um ambiente de compartilhamento de estratégias para lidar com as vozes e as demais experiências extra sensoriais, construindo juntos diferentes formas de conviver com o fenômeno.

5.3 ESTRATÉGIAS PARA LIDAR COM AS VOZES

“O coletivo como máquina de produzir singularidades” (OURY, J., 2009).

Ao relatarem experiências de vozes que são mais desafiadoras ou angustiantes, os pares compartilham e discutem estratégias para lidar com essas experiências. Estas vão desde a utilização de recursos para distração das vozes até estratégias de enfrentamento às vozes de comando, como ilustrado nos trechos a seguir:

A voz falou que tinha dois anjos: um de um lado e o outro do outro, vambora. Meu conselho: não importa o que eu vejo ou que ouça, eu preciso focar na realidade (Dinho, encontro 2).

Eu escuto música (T., encontro 2).

Peço ajuda pro meu pastor. [Sobre as experiências visuais] Eu não consigo distinguir se é real ou não, pra mim é real. Tiro foto e mando pra alguém confirmar se é real, geralmente meu pastor ou antes para o meu psicólogo (Índia da lua branca, encontro 2).

Eu faço uma oração né, nem o santo aguenta mais (Monza, encontro 2).

Orar! Tô me tratando no CAPS, indo na igreja, eu achei que tava tão sozinha, em espírito, carne, mente, agora vejo que não. Fazer tratamento não é maligno, tem gente que diz que depressão é do bichinho né [aponta para baixo]. (Ester, encontro 2).

Eu escuto vozes e às vezes é assustador. A gente dá uma escapada, contorna né. Quando é fraca, a gente descansa e presta atenção. Quando é muito agressiva, aparece o sistema. A gente precisa desligar o aparelho. Se a gente não quer ouvir, a gente se desliga. Vai arrumar alguma coisa para fazer, trabalhar. Muitas são perigosas né (Monza, encontro 4).

Volta e meia dão risada, aí eu fico perguntando pra elas: “Vocês falam que eu sou seu amigo, mas querem me matar?” Não faz sentido. Tô numa tática nova, elas me xingam, eu xingo de volta. Esses dias começaram a me xingar e eu xingando de volta e elas falaram “poxa, não xinga a gente” e pararam (Dinho, encontro 6).

Xingar não tentei, mas questionar, muito. “Se corte”, por que? Depois da medicação não consigo chorar, mas antes chorava bastante. Tomara que elas não xinguem quando tiver gente por perto né, porque eu falo com elas em voz alta, seria estranho (Lagartixa, encontro 6).

Eu tô um pouco melhor. Tô participando da geração de renda, do artesanato, daqui. Me deu uma expectativa de futuro. Eu não consigo dormir quando tenho o artesanato no dia seguinte. Eu fui criada num meio que tem que fazer tudo certinho, sem erros. Tenho uma tendência a não me permitir errar, aí gera o medo. Mas eu errei no artesanato e ela [instrutora] fez eu ficar bem à vontade, tem como refazer. No trabalho você é cobrada que não pode errar, é complicado pra gente que leva as emoções assim. As vozes deram uma acalmada, acho que porque eu tô me envolvendo com mais coisas aqui (Pocahontas, encontro 7).

[...] as vozes falam pra mim “Que que você ta fazendo la?”, “Pra que ir la?” [no grupo]. Às vezes dá um branco

na cabeça, ficam falando que a gente é inútil, imprestável, mas eu continuo vindo, porque o tratamento, conversar me ajuda. Cada dia é um dia vencido. Cada dia que amanhece é uma noite que eu venci. (encontro 8).

A partir dos dados levantados por estudiosos sobre a relação das pessoas com as vozes, ressalta-se que as ferramentas de enfrentamento das vozes tendem a se articular com a subjetividade do indivíduo, suas próprias crenças e valores. Isto posto, uma estratégia que funciona para um pode não funcionar para outro, em contrapartida, o compartilhamento de ideias auxilia na construção singular (OLIVEIRA, et al., 2023).

As estratégias possíveis podem ser ações comportamentais ou cognitivas; pontuais, ou a curto e longo prazo; para benefício prático (redução das vozes) ou emocional (minimizar o sofrimento psíquico associado); sociais e sensoriais. Para além da finalidade de redução da audição de vozes, tal debate endossa o sujeito como protagonista do seu próprio cuidado, mediante a vivência particular da situação e posterior compartilhamento coletivo, valorizando sua própria forma de construir e repartir recursos para amenizar o sofrimento (OLIVEIRA, et al., 2023).

Segundo autores, a retomada de controle sobre a situação, com a pessoa no centro, pode auxiliar no processo de recuperação, uma vez que o indivíduo assume uma postura ativa em sua vida. Destaca-se a relevância da discussão nos grupos para que se torne claro ao ouvindo que, apesar de as vozes de comando ordenarem ações, quem de fato as pratica são eles e, portanto, existe a possibilidade de tomar a decisão de executá-la ou não (KALHOVDE, et al., 2014).

Com base nessa consideração, compreende-se que o ouvindo e as vozes são dissociados, valorizando-se, a individualidade. Apesar desse posicionamento, deve-se considerar novamente as crenças individuais, respeitando a percepção de cada um, pois podem existir aqueles que consideram as vozes parte de si ou relacioná-las a questões espirituais, a exemplo, em um momento do grupo em que foram questionados como identificavam suas vozes, houveram diferentes respostas, transcritas a seguir: “voz boa: Deus”, “Inquilinos”, “Minhas vozes perigosas”, “Destino ou sina”, “Vozes malignas”, “Voz dos outros” e “Espíritos de pessoas”, demonstrando diferentes convicções.

Muitas vezes, os sujeitos associam a experiência extra sensorial às crenças religiosas e espirituais, Luhrmann (2017), antropóloga e estudiosa do tema, afirma que quando as experiências advêm de cristãos evangélicos, bruxas ou médiuns, por exemplo, a experiência torna-se surpreendente, mas não angustiante. Além disso, a partir dessa crença, os templos espirituais, como igrejas e centros espírita tornam-se mais uma possibilidade de apoio no território, conforme demonstrado nos depoimentos:

É, agora tô lidando pela espiritualidade também. Já fui do candomblé, e acreditava que foi por isso que surgiram as vozes. Mas agora eu acho que não tem como a medicina explicar isso aí, não faz sentido a minha mente querer me matar, se ela sou eu também. [As vozes] falavam que eu era ET, que tinha meus ovnis, que eu criava mundos na palma da minha mão. Eu saí na rua e tentava curar as pessoas também, eu não entendia, ficava bravo de me internarem, mas agora consigo entender (Dinho, encontro 1).

É, eu tenho medo de falar que to ouvindo, porque já me falaram que eu to endemoniada, que me falta Deus (Pocahontas, encontro 4).

Aí que você tá enganada, a gente tá perto de Deus! (Dinho, encontro 4).

Mas sabe o que eu posso dizer? Estar trabalhando, ir na igreja, me rodear de pessoas que me amam, ajuda muito. E a voz boa, eu dei o nome de Deus (Lagartixa, encontro 8).

Pensei em me internar de novo. As vozes tavam insuportáveis, “me matar”, “me matar”, “me matar”. Aí encontrei uma moça que falou sobre um centro espírita que poderia ajudar e as vozes acharam uma boa ideia: “Você vai tentar ajudar a gente”. Não tenho culpa, não sou eu que cheguei nas vozes e tentei mudar elas, elas que vieram e não podem me mudar. Agora tô me acostumando até, tô indo pra 2 anos e 5 meses (Dinho, encontro 9).

Em 1988, a dimensão espiritual foi incluída no conceito multidimensional de saúde pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que a conceitua como o conjunto de todas as convicções de natureza não material, como questões de significado e sentido da vida, não se limitando a qualquer tipo específico de crença ou prática religiosa. Acredita-se que o bem-estar espiritual contribui para o

fortalecimento do sujeito em enfrentar dificuldades e promove saúde, seja no âmbito físico, seja no mental e social (TRINDADE, et al., 2022).

Historicamente, a ciência e a religião quando interligadas, soam conflituosas e por muito tempo, foram consideradas antônimos e colocadas em contraposição. Zanini (2019), defende que ambas as temáticas são essenciais para o conhecimento da realidade, pois permitem a descoberta do sentido de satisfação do sujeito e sua interpretação própria do que é o mundo, mesmo que de maneiras divergentes. Ainda, afirma que a ciência por si só não é suficiente para todos os problemas que acontecem, podendo inclusive potencializá-los.

Desse modo, a ciência precisa estar em sintonia com a espiritualidade, sendo esta definida como a experiência de contato com algo que transcende as realidades da vida, isto é, uma força interior que supera as próprias capacidades, não sendo necessariamente relacionada à religião. Muitas vezes os dois termos diluem-se e confundem-se, ambos - a espiritualidade e a religiosidade - caracterizam-se pela dimensão essencialmente experiencial, porém o conceito de religião refere-se à condição institucional e doutrinária da vivência espiritual (ZANINI, 2019).

A influência da espiritualidade/religiosidade sobre a saúde mental depende de um sistema de crenças, de práticas religiosas, das formas de expressar estresse e alívio espiritual e do suporte social possível nesses ambientes. Estudiosos apontam que maiores níveis de envolvimento religioso estão associados positivamente a indicadores de bem-estar psicológico (MELO, et al., 2015).

Assim, tais espaços podem apresentar-se como fatores protetores a esses indivíduos, tanto em situações relacionadas à saúde física e mental, quanto em aspectos do contexto histórico-social. Em contrapartida, quando não acolhedores e compreensivos ao sofrimento emocional, podem apresentar um posicionamento punitivo e crítico e, desse modo, produzir outras situações de violência institucional.

5.4 INTERSECCIONALIDADE COM QUESTÕES HISTÓRICO-SOCIAIS

“Luta pela inclusão de novos sujeitos de direito e de novos direitos para os sujeitos em sofrimento mental. Direito ao trabalho, ao estudo, ao lazer, ao esporte, à cultura, enfim, aos recursos que a sociedade oferece” (AMARANTE, P., 2007, p. 69).

Apesar do tema central ser o fenômeno de ouvir vozes, comumente os participantes traziam outras questões de suas vidas, associadas diretamente ou não às experiências. A lógica da conversa seguia os mesmos preceitos de respeito, compreensão e acolhimento das diferentes vivências, mas existiam consonâncias nos discursos relacionados às questões histórico-sociais, conforme explicitado nos relatos abaixo:

Hoje eu tô ouvindo as vozes, cheguei mais cedo e fiquei ouvindo, fica me acusando das coisas do passado. É que eu participava de uma banda da igreja e engravidei de um membro da banda, ele não quis assumir. Não sei se é uma sensação de culpa, de não ter dado um pai pra minha filha. E as vozes ficam me humilhando por ter engravidado sem casar, não ter dado um pai pra ela, mas tinha medo de botar homem em casa (Pocahontas, encontro 5).

Eu também criei meus filhos sozinha, meu marido foi um dos primeiros usuários de crack do Brasil e as pessoas julgavam mesmo. Tive o mesmo homem durante 18 anos, tive os 4 filhos com ele e antigamente, não tinha Maria da Penha, chegou em 2005. Ele me batia na cabeça pra não aparecer os hematomas, falava que queria ver eu provar que ele me agredia. Você quer ser forte, mas eu vejo que até demorei pra me entregar. Agora eu tenho de focar na minha saúde. Fiquei um bom tempo com medo de pessoas, fiquei traumatizada. E as vozes vêm, vivi muita coisa (Úrsula, encontro 5).

Falei com minha irmã e ela disse: “não sei se você lembra, mas a vó falava esse tipo de coisa pra gente [frases que as vozes repetem para ela], da hora de acordar até dormir. Você vai comer na boca do lixo, que ia virar mendigo”. Nada justifica o que ela fez com a gente, afogava, enforcava, quebrei meu braço até uma vez, me batia muito. Colocava a faca e ameaçava, falava “você não é nada” (Pocahontas, encontro 7).

E sabe que eu sofri muita violência, minha mãe falava que eu era feia, que não fazia nada certo, que eu era imprestável (Úrsula, encontro 7).

Desde pequena eu queria me matar, desde os 6 anos. Meu pai era motorista e vigilante e tinha um revólver. Eu não sabia como colocar bala né, por isso não tentava. Sofria violência da minha mãe também, ela me batia muito e quando ela me mandava limpar o quarto deles, eu pegava a arma e queria me matar (Leni, encontro 7).

De acordo com Stefanello, et al., (2022), algumas vozes têm suas raízes em memórias de experiências traumáticas, em especial eventos vividos durante a infância, quando há maior dificuldade de auto-defesa e maior incidência de práticas de abuso e violência. As vozes podem aparecer como flashbacks desses acontecimentos, como a voz do agressor de forma ameaçadora ou até vozes de autoculpabilização, causando medo e diminuindo a autoestima. Na atual pesquisa, em muitos encontros houve a troca simbólica de experiências traumáticas vivenciadas pelos participantes e as consequências negativas para sua autoimagem, como evidencia-se no diálogo abaixo.

É um fardo muito pesado. Antigamente podia bater, quebravam a gente. Mas agora é proibido, tem lei, é muito melhor conversar do que ficar xingando, falar que é burra, retardada, doída, afetou muito minha autoestima e é difícil se libertar disso né (Úrsula, encontro 7).

Eu não me olho no espelho (Pocahontas, encontro 7).

Eu também não olho (Leni, encontro 7).

Eu também não olho não [e dá risada] (Zico, encontro 7).

E ainda acha graça! [todos riem juntos] (Pocahontas, encontro 7).

Embora nem todos os ouvidores tenham vivido eventos traumáticos, há indícios dessa correlação, com estimativas de que 70% dos ouvidores de vozes tenham começado a ouvir vozes após um evento traumático, segundo estudos (STEFANELLO, et al., 2022).

De acordo com Andrew, et al., (2008), os traumas tornam as pessoas mais vulneráveis à audição de vozes e influencia no sentido que os ouvidores atribuirão às vozes. Conseqüentemente, explorar e conhecer a história de vida do ouvidor e o contexto em que está inserido é de suma importância para que se compreenda o discurso das vozes, sejam eles referentes a eventos traumáticos, a crenças religiosas ou a questões histórico-sociais, como racismo, etarismo e sexismo.

Histórias parecidas, né. Faz 18 anos que eu fiquei viúva, tenho medo de homem, nem imagino ter outra pessoa na minha vida (Úrsula, encontro 7).

Parece que a gente acaba ficando com pessoas parecidas, no sentido ruim. O pai da minha filha me violentou. Eu tenho muito medo das pessoas, abaixo a cabeça, não consigo conversar (Pocahontas, encontro 7).

Fiquei casada 8 anos, durante esses 8 anos eu apanhei e tentei matar meu marido. Quase que matei, até minha irmã falar pra eu separar (Leni, encontro 7).

Por que parece que a gente acaba direcionando e procurando violência? (Pocahontas, encontro 7).

Falam que eu sou braba né, eu surrava meus filhos e agora minha filha me culpa, sei que ela tem razão também. Eu apanhei e depois acabei batendo na minha filha, por que a gente faz isso? (Leni, encontro 7).

É meio assustador [o envelhecimento]. A gente tem mais passado do que futuro. Quando você fica velho, você sofre mais um preconceito. Etarismo que chamam, né? Trabalhei com uma menina que falava que não tinha paciência pra gente mais velha, eu ficava pensando, a gente tem tanto pra ensinar. A nova geração não vai saber nada se não ouvir a gente também. A infância interfere na vida toda. Quando a gente sofre violência sexual na infância, a gente não consegue ter relações com outras pessoas (Úrsula, encontro 9).

5.5 INCOMPREENSÃO E DESPERTENCIMENTO

A essência dos Direitos Humanos é o direito a ter direitos (ARENDR, H.)

No que diz respeito ao processo de lidar com as vozes, vale ressaltar que apesar do foco central ser o ouvidor, as estratégias de enfrentamento têm maior taxa de sucesso quando compartilhadas com outras pessoas de confiança, principalmente familiares e indivíduos presentes no cotidiano da pessoa. Construir uma rede de apoio contribui de diferentes modos, momentos e níveis de intensidade. Uma vez que a experiência de ouvir vozes pode ter diferentes interpretações de acordo com os valores da sociedade, muitas vezes os ouvidores

sentem-se julgados e incompreendidos e, por receio de sofrer com estigma e preconceito, isolam-se (STEFANELLO, et al., 2022).

Outrossim, a maneira de experienciar esse convívio é diferente para cada indivíduo e se altera dependendo do papel que o sujeito tem na vida da pessoa que ouve vozes, porém, alguns sentimentos, situações, pensamentos e preocupações podem ser comuns, como exemplo, a sensação de angústia por não saber como proceder, a variedade de emoções, como a culpa e a impotência por não saber como ajudar, raiva pelas mudanças geradas, tristeza por sentir que aquela pessoa que você conhece já não é exatamente a mesma, vergonha e medo. Todos esses sentimentos e receios, podem gerar uma convivência conflituosa e fazer com que todos os envolvidos sintam-se desvalorizados e solitários (STEFANELLO, et al., 2022). Nos achados da pesquisa, essa incompreensão e sentimento de despertencimento evidenciou-se:

Quando falo das vozes, todo mundo ri, perguntam “você tomou o remedinho?” (Úrsula, encontro 2).

A gente nem liga mais né, acostumou (T., encontro 2).

Nós não temos credibilidade mesmo, até no dia a dia, falam pra mim “..., vamos fazer tal coisa, será que você vai tá bem no dia?” Eu não posso ter um dia triste, um dia feliz que acham que é a minha doença (Lagartixa, encontro 3).

A indiferença das pessoas é demais (Índia da lua branca, encontro 3).

Além dos familiares, outros espaços de convivência que, a princípio, surgem como fator protetor para esses sujeitos, podem tornar-se de risco a partir da conduta que adquirem frente às adversidades, como os templos religiosos e ocupações. Estudos discutem que o comprometimento funcional e psíquicos varia em congruência com a organização social e cultural do trabalho e das normas coletivas, isto é, lugares mais flexíveis e fluidos tendem a facilitar a adaptação dos sujeitos (CORRADI-WEBSTER et al., 2019; LARØI, et al. 2014).

Dentre os 10 participantes do grupo, apenas um deles tinha um trabalho fixo na empresa de um familiar, os demais estavam afastados do mercado de trabalho, sendo que duas foram afastadas devido à experiência de ouvir vozes e outros dois

estão procurando emprego desde o início do grupo. Alguns relatos demonstram o preconceito vivido pelos ouvidores em diferentes ambientes:

O pastor pediu um testemunho, mas não queria que eu falasse, queria que eu passasse pra ele a minha história pra ele falar. Ele disse que sou diferente. Minha mãe falou que não deixaria eu falar também, que eu ia acabar falando besteira (Índia da lua branca, encontro 3).

Uma coisa é ele falar, vou te instruir né, outra é falar no seu lugar. Várias vezes já falaram que essas vozes são espíritos, “você tem que se apegar a Deus”. Eu escuto/sinto Deus falar comigo. Se eu sou louco por ouvir Deus, todo mundo é também, católico, evangélico (Lagartixa, encontro 3).

Eu não consegui participar da igreja porque quando falei das vozes falaram que “isso é o demônio, isso é o demônio”, fui embora. Falaram pra mim “que que você tá na igreja se você ouve vozes?” (Zico, encontro 3).

“E essa cara? Ta bem? O que ta acontecendo?”, sempre ficam perguntando, eu não posso fazer nada. E também ficam falando que eu sou sensitiva (Úrsula, encontro 3).

Eu também, falaram que eu era sensitivo, que ouvia mortos. Falei que escuto mesmo, Raul, Cazuza, só mortos (Lagartixa, encontro 3).

Aconteceu uma coisa engraçada. O pastor da minha igreja tava com crise, aí ele tava apavorado. Eu falei pra ele “faz igual o senhor fala pra mim, respira. Que eu ia orar pra ele”. Meu Deus, como o homem é fraco né, na hora eu tive vontade de rir, porque ele não aguentou um dia de crise e quis ir pro hospital, e é o que eu passo quase todo dia (Índia da lua branca, encontro 9).

Foi rir em casa né. Eu tenho por parte dos meus irmãos. Tenho 9 irmãos, um irmão mora na esquina e nenhum fala comigo. Falam pra mim “você é louca”; Aí quando precisavam de uma ajuda, me pediram e eu não quis, aí me xingaram mais ainda (Leni, encontro 9).

Você só foi louca porque não ajudou (Índia da lua branca, encontro 9).

A mulher que eu to morando junto, volta e meia me humilha, a minha irmã também não me entende. É difícil ter um equilíbrio, pra se manter vivo (Dinho, encontro 9).

Nesta mesma direção, Corradi-Webster, et al., (2017) apontam que os ouvidores lamentem-se por não ter com quem compartilhar a experiência de ouvir vozes, pois asseguram que familiares e amigos não compreendem a experiência e evitam conversar sobre ela, culpando e desrespeitando os indivíduos.

A OMS considera violência psicológica aquela que envolve a agressão emocional e a verbal e é identificada em diversas populações, entre elas, usuários de saúde mental. Segundo estudos, 90% dos pacientes com ideação suicida atendidos em serviços de saúde mental, apresentavam histórico de qualquer tipo de violência no último ano em seus relacionamentos, destacando-se a violência verbal (OLIVEIRA, 2012).

Fiquei bem ruim ontem, tava muito forte, tive que ligar para minha filha e minha irmã. Minha filha, falou que era para eu parar de frescura, a gente tinha brigado porque pedi dinheiro para comprar uma coquinha e ela falou que fico gastando em besteira. Tava bem alto e bem forte, não consegui dormir direito. Minha filha conversou comigo, mas ela não entende. As vozes falam que não sou nada, que não tenho ninguém, não tenho valor, que ninguém vai sentir falta se eu morrer. (Pocahontas, encontro 4).

Não procuro minha família porque eles não entendem. Eles acham que tudo depende de mim (Índia da lua branca, encontro 5).

Tem que juntar o máximo de prova, porque se você fala que é paciente psiquiátrico, não acreditam. Só a palavra não adianta no nosso caso (Úrsula, encontro 5).

Tem uma amiga que faleceu há 4 meses, ela falava pra mim que era frescura: “vai se ajeitar, esquece isso”, ela se matou em maio (Estér, encontro 6).

Ver uma sombra preta, achei melhor não falar pro pessoal lá de casa. Se não tem compreensão, não tem porquê comentar. (Úrsula, encontro 7).

Ademais, estudos ressaltam que ao contarem sobre as experiências com médicos e outros profissionais da equipe de saúde, geralmente este relato vem acompanhado de aumento na medicação, a fim de cessar a experiência, sendo esta benéfica ou não ao usuário. Isto posto, tal conduta faz com que os sujeitos evitem

de comentar sobre a vivência, para esquivar-se da prescrição devido aos efeitos colaterais e também por não sentirem-se totalmente acolhidos, apenas politizados (CORRADI-WEBSTER, et al. 2017).

Na atual pesquisa, essa dificuldade também se manifestou por diversas vezes, ficando explícito nos momentos em que o grupo se mobilizou espontaneamente para discutir questões que emergiram a respeito da insatisfação com equipamentos de saúde e seus profissionais que eles consideram que não somente não os ouvem, mas que também os julgam.

Eu também ouvi. Tentei, me joguei embaixo do carro e tomei todas as medicações que tinha em casa (levozine, depakene, nem sei o que mais), Fiquei quatro dias desacordada, depois fiquei no Pilar, quando eu voltei, que minha irmã foi me dar banho de leite, o enfermeiro falou a mesma coisa, que eu tava ocupando a vaga de alguém há três dias. Eu fugi do hospital, arranquei o acesso e fui embora descalça. Depois eu fui no CAPS e a psicóloga falou “você não tá doente, voce fez isso pra se aparecer” (Leni, encontro 6).

“Cara, eu não sei o que passa na cabeça pra tentar” [imitando frases que ouviu após tentativa de suicídio]. Claro que não! Você não passa pelo o que tá passando. “Quer se aparecer?” Quero, agora você vai me ver, tô aqui, pedindo ajuda (Lagartixa, encontro 6).

[...] tentei suicídio cinco vezes, até soda cáustica tomei. Aí fui para o hospital e o médico falou que eu tava roubando a vaga de alguém que quer viver, que importa (Pocahontas, encontro 6).

Falamos aqui sobre pensar em coisas que gostamos e que ajuda nesses momentos ruins, quando tá ruim, penso em alguém que eu amo. No último grupo, falei pra minha vó, “hoje nós falamos de vozes, vó” e ela respondeu “fica tranquilo meu filho, só não deixa de ouvir a voz de Deus”, isso me acalmou tanto, ela saber o que tá passando (Lagartixa, encontro 5).

Conforme relatado anteriormente, a relação entre instituições de assistência psiquiátrica e violência é tão antiga quanto a própria psiquiatria. Desde a criação da primeira instituição de natureza especificamente psiquiátrica, a violência impetrada é questionada e discutida. Se num ambiente próprio para o tratamento e acompanhamento desses pacientes já ocorrem diferentes violências, equipamentos

de saúde geral, com diversas especialidades e um foco menor na saúde mental, tornam-se comumente associados à violência institucional, estigma e preconceito (CARDOSO, et al., 2022).

Paradoxalmente, o setor saúde e seu corpo profissional, responsáveis por traçar estratégias e assegurar saúde plena em todos os aspectos biopsicossocial, constituem-se também em perpetradores de atos de uma violência denominada "institucional". Existe uma assimetria, entre o profissional de saúde e o usuário, pautada não somente no conhecimento técnico-científico, mas na autoridade cultural e moral atribuída à equipe de saúde. Quando se converte essa diferença em uma relação hierárquica com fins de dominação, colocando o sujeito em situação de objeto, limitando ou impedindo sua autonomia, oprimindo-o, institui-se a violência (LADEIA, et al., 2016).

Vale ressaltar que a privação dessa autonomia representa a negação de um princípio fundamental da Lei 8.080/1990, que dispõe: "preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral", desse modo, o usuário exime-se de participar e ter voz ativa na decisão do seu autocuidado, tornando-se simples objeto de intervenção (BRASIL, 1990).

Assim, torna-se ainda mais relevante possibilitar que os usuários tenham um local de fala e sejam respeitados em suas opiniões, além de discutir estratégias para atingir o objetivo de serem também ouvidos por familiares e profissionais dentro e fora do grupo.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando o Movimento da Reforma Psiquiátrica e as novas abordagens possíveis de cuidado psicossocial realizado em serviços territoriais como o Centro de Atenção Psicossocial, é imprescindível criar espaços em que os usuários sintam-se à vontade para contar suas experiências livremente e serem ouvidos e respeitados, sem julgamentos.

A intenção desta pesquisa-intervenção foi possibilitar que os ouvidores de vozes, presentes no CAPS Regional II de Pinhais-PR, pudessem pensar e dialogar a respeito daquilo que os atravessa durante a vivência complexa, importante e significativa que é a audição de vozes. Ao implementar o grupo de suporte de pares nesse serviço, foi possível ofertar um espaço de escuta qualificada, acolhimento e troca, e buscou-se reconhecer e acolher as demandas, atribuir protagonismo ao sujeito, estimular a redução do estigma e auxiliar na reinserção social.

Com isso, foram ressaltados cinco pontos na análise de resultados, que pretenderam responder aos objetivos da pesquisa e trouxeram discussões acerca do processo e necessidades trazidas pelos usuários. Dentre os principais resultados, destaca-se que a existência de um local no qual os usuários expõem a audição de vozes, muitas vezes foco do cotidiano desses indivíduos, promove uma atmosfera de segurança e possibilita que estes retomem o controle do seu processo de saúde, contribuindo para a autonomia.

Diante disso, é importante ressaltar o papel dos serviços de saúde na construção de espaços de fala e diálogo para esta população, a fim de desenvolver o pensamento analítico desses usuários e profissionais e a disseminação das informações relacionadas ao fenômeno, de maneira a contribuir com o rompimento do paradigma biomédico patologizante e trazer críticas à psiquiatria hegemônica, fortalecendo a construção de um novo olhar para o campo da saúde mental.

Ressalta-se que uma intervenção coletiva, construída conjuntamente e considerando o contexto histórico-cultural, é importante para que se consolide o trabalho em grupo, tendo em vista que os profissionais de saúde poderão produzir respostas ampliadas às demandas de cuidado através das possibilidades presentes no suporte entre pares. Dessa forma, aproximar os cuidados em saúde dos espaços coletivos é uma estratégia valorosa para que os usuários reconheçam a importância do cuidado em território, da reflexão e troca de conhecimentos e do pertencimento.

Destarte, os achados da atual pesquisa possibilitaram analisar o processo de ouvidores de vozes em diferentes fases do fenômeno - surpreendente, organização e estabilização - e a partir desses períodos, notou-se que os sujeitos já estáveis e adaptados à manifestação, contribuíram para aqueles nos períodos iniciais, compartilhando suas tentativas, estratégias e desafios pelo percurso. Essa troca de experiências e acolhimento do sofrimento comum a todos, relaciona-se à ideia de "aquilombamento" supracitada, na qual o grupo pode ser considerado um espaço de proteção, não para mudar quem são essas pessoas, mas para deixar ser quem são.

Outro ponto de destaque é o uso dessa nova abordagem que representa uma vanguarda na saúde mental contemporânea, uma vez que, tal qual feito com a Reforma Psiquiátrica atrelada à Reforma Sanitária, tal grupo permite um deslocamento da relação causa-efeito que culmina em um modo de processo saúde-doença marcado pelo viés biomédico, patologizante e individualizante. Neste sentido, o Grupo de Ouvidores de Vozes aponta, com outras lentes e instrumentais, para um destino parecido com o do modo de atenção psicossocial, a saber, a compreensão dos determinantes sociais do processo saúde-doença e a inserção das pessoas como são e como conseguem ser em uma sociedade marcada pela desigualdade e pelos processos excludentes.

Procurou-se seguir o proposto por Franco Basaglia, figura-símbolo da reforma psiquiátrica, de ao invés de colocar as pessoas entre parênteses para tratar as doenças, colocar as doenças entre parênteses para tratar as pessoas: e as pessoas em questão aqui ouvem vozes, mas não só se resumem nem deve ser resumidas por essa singularidade, ainda que permeada pelo sofrimento.

Quanto às questões levantadas pelos próprios usuários, acredita-se que foi atendida a solicitação de ser um processo gradual, sugerida por Monza, uma vez que destacou-se a construção da intimidade grupal durante o decorrer dos encontros e os participantes inicialmente mais tímidos, foram sentindo-se à vontade para trazer suas próprias situações relacionadas às vozes, mas também para além delas. Especificamente no que diz respeito aos casos individuais, um exemplo considerado "de sucesso" foi o de Leni que mostrou-se resistente a participar do grupo, mas que após conhecê-lo, tornou-se assídua e agradeceu a pesquisadora no último encontro por ter insistido nela. Além deles, Pocahontas deslocou-se de um período de angústia e ideação suicida intensa para estabilização, envolvendo-se

com outras atividades disponíveis no CAPS Regional II após adaptar-se ao Grupo de Ouvidores de Vozes.

Sublinha-se também, a mudança no título do trabalho para uma frase autoexplicativa, de autoria do participante Lagartixa e tendo seu sentido compartilhado por todos os integrantes sobre a sensação de estar num ambiente aquilombado. Outrossim, ressalta-se a ideia de duplo sentido dos ouvidores de vozes, pois além de discussões sobre as vozes ouvidas por eles, pôde-se ouvir a voz dessas pessoas, muitas vezes silenciadas pelo pensamento medicalizante, e produzir um agrupamento participativo.

Finalmente, o grupo consolidou-se como um ambiente de pertencimento e de criação de vínculo, onde esses sujeitos sentiram-se acolhidos e aceitos em um espaço que possibilita a atribuição de novos sentidos para a experiência e o compartilhamento de técnicas de manejo e de histórias de vida, contribuindo para a afinidade e identificação entre pares. Essa pesquisa-intervenção contribuiu para o desenvolvimento de diálogos, sentidos e posicionamentos frente à audição de vozes, ampliando e modificando a visão tradicional em saúde mental e colaborando para uma transformação necessária e possível para o avanço da atenção psicossocial.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, A. M. A. Um “mestiço irrecusável”: **Tito Lívio de Castro e o pensamento cientificista no Brasil do século XIX** [dissertação]. Belo Horizonte (MG): Universidade Federal de Minas Gerais; 2008. Disponível em: https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/VCSA-8FVQAT/1/disserta_o_de_ana_maria_araujo_de_almeida.pdf. Acesso em: 27 abr. 2023.
- ALVES, E. S.; FRANCISCO, A. L. Ação psicológica em saúde mental: uma abordagem psicossocial. **Psicol. cienc. prof.**, v. 29, n. 4, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/YpCPnpqwgmxVqNzTKZj36c/?lang=pt#>. Acesso em: 06 jun. 2023. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932009000400009>.
- ANDREW, E. M., GRAY, N. S., SNOWDEN, R. J. The relationship between trauma and beliefs about hearing voices: a study of psychiatric and non-psychiatric voice hearers. **Psychological medicine**, v. 38, n. 10, p. 1409-1417, 2008. Disponível em: <https://www.cambridge.org/core/journals/psychological-medicine/article/abs/relationship-between-trauma-and-beliefs-about-hearing-voices-a-study-of-psychiatric-and-nonpsychiatric-voice-hearers/F216516F6183F6416087A941906839E4>. Acesso em: 23 nov. 2023.
- AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- ANGROSINO, M. V. **Etnografia e observação participante**. Porto Alegre: Artmed, 2009. 138 p.
- BACCARI, I. O.; CAMPOS, R. T. O.; STEFANELLO, S. Recovery: revisão sistemática de um conceito. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 1, p.125-136, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/mRkLmqgPZmXXqYDLqY4dYvb/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 02 jun 2023. <http://doi.org/10.1590/1413-81232014201.04662013>.
- BAKER, P. **Abordagem de ouvir vozes**: treinamento Brasil. São Paulo: CENAT; 2016. 72 p.
- BAKER, P. **The voice inside**: a practical guide for and about people who hear voices. Port of Ness: P&P Press; 2009.
- BAKHTIN, M. **Estética da criação verbal**. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes; 2011.
- BRASIL. **Lei Federal nº 10.216, de 06 de abril de 2001**: Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União. Brasília, DF: 2001.
- BRASIL. **Lei nº8.080, 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. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 set. 1990. p.18055.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**: Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. Brasília, DF: 2010.
- 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 (SUS). Diário Oficial da União. Brasília, DF: 2011.

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: Ministério da Saúde; 2005. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf. Acesso em: 05 jun. 2023.

CALLONI, H. Ambientes desencantados: o século XVIII e o reino das racionalidades. **Ambiente & educação**, v. 11, p.11-27, 2006. Disponível em: <https://periodicos.furg.br/ambeduc/article/viewFile/761/258>. Acesso em: 30 maio 2023.

CAMPREGHER, I. **Do mesmo teto, do mesmo sangue, do mesmo chão**: a família no cotidiano da loucura [dissertação]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2009.

CASTRO, T. L. **Das alucinações e ilusões** [tese]. Rio de Janeiro (RJ): Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro; 1889.

CLARKE, V.; BRAUN, V. **Successful qualitative research**: A practical guide for beginners. London: Sage, 2013.

CORRADI-WEBSTER, C. M.; LEÃO, E. A.; RUFATO, L. V. Colaborando na trajetória de superação em Saúde Mental: Grupo de Ouvidores de Vozes. **Nova Perspectiva Sistêmica**, n. 61, p. 100-119, ago 2018. Disponível em: <https://www.revistanps.com.br/nps/article/view/411/331>. Acesso em: 20 mar 2023. <http://dx.doi.org/10.21452/2594-43632018v27n61a01>.

CORSTENS, D., et al. Emerging perspectives from the Hearing Voices Movement: implications for research and practice. **Schizophrenia bulletin**, v. 40, n. suppl. 4, p. S285-S294, 2014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24936088/>. Acesso em: 22 mar. 2023.

COUTO, M. L. O.; KANTORSKI, L. P. Sentidos produzidos por ouvidores de vozes sobre suas experiências com as vozes. **Aletheia**, v. 54, n.1, jan./jun. 2021. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942021000100008. Acesso em: 01 dez. 2023. <http://doi.org/10.29327/226091.54.1-7>.

COUTO, M. L. O.; KANTORSKI, L. P. Ouvidores de Vozes de um Serviço de Saúde Mental: Características das Vozes e Estratégias de Enfrentamento. **Psicol. Soc.**, v. 32, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psoc/a/GjzpZbctVjvWwgwMvrPzTSL/#>. Acesso em: 20 maio 2023. <https://doi.org/10.1590/1807-0310/2020v32219779>.

COUTO, M. L. O.; KANTORSKI, L. P. Ouvidores de vozes: uma revisão sobre o sentido e a relação com as vozes. **Psicologia USP**, v. 29, n. 3, p. 418-431, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pusp/a/CVRX9x3rLS5fRVH7KG9SSys/?lang=pt>. Acesso em: 30 maio 2023. <https://doi.org/10.1590/0103-656420180077>.

DAVID, E. C. **Saúde mental e racismo**: saberes e saber-fazer desnordeado na/para a Reforma Psiquiátrica brasileira antimanicolonial [tese]. Doutorado em Psicologia Social). São Paulo (SP): Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2022. 207 f.

ELKIS H. A evolução do conceito de esquizofrenia neste século. **Rev bras psiquiatr.**, v. 22, n. supl. 1, p. 23-6, 2000. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbp/a/tHc3WVC5r83N546JLCdwFTy/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 jun. 2023.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo. Subsecretaria de Estado da Saúde para Assuntos de Regulação e Organização da Atenção à Saúde. Gerência de Regulação e Ordenação do Sistema de Saúde. **Diretrizes Clínicas em Saúde Mental**. 1 Ed. Vitória (ES): Secretaria de Saúde; 2018. Disponível em: <https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Protocolo/Diretrizes%20Clinicas%20em%20saude%20mental.pdf>. Acesso em: 05 jun. 2023.

FERNANDES H. C. D.; ZANELLO, V. Para além da alucinação auditiva como sintoma psiquiátrico. **J. nurs. health**, v. 8, n. esp:e188414, p.1-19, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/14042>. Acesso em: 01 jun 2023. <https://doi.org/10.15210/jonah.v8i0.14042>.

FOUCAULT, M. **Doença Mental e Psicologia**. 6 ed. Lisboa: Editora Texto e Grafia; 2008. 104 p.

GODOY, A. S. Pesquisa Qualitativa: tipos fundamentais. Revista de Administração de Empresas, São Paulo, v. 35, n. 3, p. 20-29, jun. 1995. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rae/a/ZX4cTGqYfVhr7LvVyDBgdb/?lang=pt>. Acesso em: 10 abr. 2023. <https://doi.org/10.1590/S0034-75901995000300004>.

HALLIGAN, P. W.; OAKLEY, D. A. Hypnosis and beyond: Exploring the broader domain of suggestion. **Psychology of Consciousness**, v. 1, n. 2, p. 105–122, 2014. Disponível em: <https://psycnet.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2Fcons0000019>. Acesso em: 10 nov. 2023. <https://doi.org/10.1037/cns0000019>.

HENNING, P. C. Efeitos de sentido em discursos educacionais contemporâneos: produção de saber e moral nas ciências humanas. [tese de doutorado]. Programa de Pós-graduação em Educação, São Leopoldo (RS): Universidade do Vale do Rio dos Sinos; 2008.

JORGENSEN, K.; RASMUSSEN, T.; HANSEN, M.; ANDREASSON, K. Recovery-oriented intersectoral care between mental health hospitals and community mental health services: An integrative review. *International Journal of Social Psychiatry*, v. 24, p. 1- 13, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33100119/>. Acesso em: 20 abr 2023. <http://doi.org/10.1177/0020764020966634>.

KALHOVDE A. M., ELSTAD I., TALSETH A-G. “Sometimes I walk and walk, hope to get some peace”. Dealing with hearing voices and sounds nobody else hears. **Int J Qualit Studies Health Well-Being**.v. 9, n. 1, p. 1-12, 2014. Disponível em:

<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.3402/qhw.v9.23069>. Acesso em: 01 dez. 2023.
<https://doi.org/10.3402/qhw.v9.23069>.

KASTRUP, V. O funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo. In: PASSOS, V. KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (Orgs.). *Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina, 2012. p. 32-51.

KROEFF, R. F. S.; GAVILLON, P. Q.; RAMM, L. V. Diário de Campo e a Relação do(a) Pesquisador(a) com o Campo-Tema na Pesquisa-Intervenção. *Estud. pesqui. psicol.*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 464-480, 2020. Disponível em:
<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/epp/v20n2/v20n2a05.pdf>. Acesso em: 14 abr 2023.
<https://doi.org/10.12957/epp.2020.52579>.

LADEIA, P. S. S.; MOURÃO, T. T.; MELO, E. M. O silêncio da violência institucional no Brasil. *Rev Med Minas Gerais*, v. 26, n. supl 8, S398-S401, 2016. Disponível em:
<https://rmmg.org/artigo/detalhes/2186#:~:text=A%20invisibilidade%20da%20viol%C3%AAncia%20institucional.reconhecimento%20e%20enfrentamento%20desse%20problema>.
Acesso em: 10 dez. 2023.

LANCETTI, A. **Contrafissura e plasticidade psíquica**. São Paulo: Hucitec; 2015.

LARØI, F.; LUHRMANN, T. M.; BELL, V.; CHRISTIAN JR, W., et al. Culture and hallucinations: overview and future directions. *Schizophr Bull.*, v. 40, suppl. 4, S213-20, 2014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24936082/>. Acesso em: 08 dez. 2023.
<http://doi.org/10.1093/schbul/sbu012>.

LEWGOY, A. M. B.; SCAVONI, M. L. A. Supervisão em Serviço Social: a formação do olhar ampliado. **Revista Virtual Textos & Contextos**, v.1, n. 1, nov. 2002. Disponível em:
<https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/925>. Acesso em: 13 abr. 2023.

LOUZÃ NETO MR, ELKIS H. **Psiquiatria básica**. 2 Ed. Porto Alegre: Artmed; 2007.

LUHRMANN, T. M. Diversity Within the Psychotic Continuum. **Schizophrenia Bulletin**, v. 43, n. 1, p. 27–31, 2017. Disponível em:
<https://academic.oup.com/schizophreniabulletin/article/43/1/27/2548951?login=false>. Acesso em: 10 maio. 20123. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbw137>.

MAHLKE, C. I.; KRÄMER, U. M.; BECKER, T.; BOCK, T. Peer support in mental health services. **Current Opinion in Psychiatry**, v. 27, n. 4, p. 276–281, 2014. Disponível em:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24852058/>. Acesso em: 20 maio 2023.
<http://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000074>.

MELO, C. F.; SAMPAIO, I. S.0; SOUZA, D. L. A.; PINTO, N. S. Correlação entre religiosidade, espiritualidade e qualidade de vida: uma revisão de literatura. **Estud. pesqui. psicol.**, v. 15, n. 2, p. 447-464, 2015. Disponível em:
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1808-42812015000200002&script=sci_abstract.
Acesso em: 10 dez. 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. **Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília; 2012.

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). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 336 de 19 de fevereiro de 2002**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.

OBICI, G. **Condição da escuta**: mídias e territórios sonoros [dissertação]. São Paulo (SP): Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2009. Disponível em: <https://www.pucsp.br/nucleodesubjetividade/Textos/giuliano/condicaoescutagiuliano.pdf>. Acesso em: 23 nov. 2023.

OLIVEIRA, R. D. C. M. (Entre) Linhas de uma pesquisa: O Diário de Campo como dispositivo de (in)formação na/da abordagem (Auto)biográfica. **Revista Brasileira de Educação de Jovens e Adultos**, v. 2, n. 4, p. 69-87. Disponível em: <https://www.revistas.uneb.br/index.php/educajovenseadultos/article/view/1059/730>. Acesso em: 20 mar 2023.

OLIVEIRA, H. N. Violência contra indivíduos com transtorno mental: Projeto Pessoas [tese]. Doutorado em Saúde Pública. Belo Horizonte (MG): Universidade Federal de Minas Gerais; 2016. 150 f.

OLIVEIRA, L. O.; STEFANELLO, S.; SANTOS, D. V. D.; MIRANDA, G. F. F.; MOTTER, A. A. As vozes são muito mais que um sintoma. **Interface**, v. 27, e220275, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/36Njdr5VnRfB7Vs86YCptcK/#>. Acesso em: 20 nov. 2023. <https://doi.org/10.1590/Interface.220275>.

ONG, W. J. **The Presence of the Word**: Some Prolegomena for Cultural and Religious History. New York: Simon & Schuster; 2000.

OURY, J. **O coletivo**. São Paulo: Hucitec, 2009.

PAIM, I. **História da psicopatologia**. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária; 1993.

PESSOTI, I. **A loucura e as épocas**. São Paulo: Editora 34; 1994.

ROCHA, M. L.; AGUIAR, K. F. Pesquisa-intervenção e a produção de novas análises. **Psicol. cienc. prof.**, v. 23, n 4, p. 64-73, dez. 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/XdM8zW9X3HqHpS8ZwBVxpYN/?lang=pt#:~:text=A%20pesquisa%20interven%C3%A7%C3%A3o%20consiste%20em,est%C3%A1%20na%20ordem%20das%20intensidades>. Acesso em: 14 abr. 2023. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932003000400010>.

ROMME, M., ESCHER, S., DILLON, J., CORTENS, D., MORRIS, M. **Living with voices: 50 stories of recovery**. Ross-on-Wye, UK: PCCS Books; 2009.

RUFATO, L. S., et al, Suporte de pares em Saúde Mental: Grupo de Ouvidores de Vozes. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v.13, n.36, p.156-174, 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/76826/46953>. Acesso em: 20 mar 2023.

SCHMUTTE, T., GUY, K., DAVIDSON, L., BELLAMY, C. D. Peer supports in recovery. In: SHRIVASTAVA, A., SOUSA, A. (Eds.). **Schizophrenia treatment outcomes: an evidence-based approach to recovery**. p. 245–252. Berlim: Springer Nature, 2020.

SEVERO, A. K.; DIMENSTEIN, M. Rede e Intersectorialidade na Atenção Psicossocial: contextualizando o papel do ambulatório de saúde mental. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 31, n. 3, p. 640-655, abr. 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-98932011000300015>. Acesso em: 01 jun. 2023.

SMITH. D. B. **Muses, madmen, and prophets: hearing voices and the borders of sanity**. New York: Penguin Books; 2008.

SOUZA FILHO, M. L. **Sugestionabilidade: suas características e correlações com outras variáveis psicológicas**. [dissertação]. Recife (PE): Universidade Federal de Pernambuco; 2007. Disponível em: https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/8930/1/arquivo8965_1.pdf. Acesso em: 10 nov. 2023.

STEFANELLO, S., et al. **Sobre Ouvir Vozes: o que é? Como lidar, qual ajuda buscar?** Curitiba: Editora UFPR; 2022. 27 p.

STRATFORD, A. C., et al. The growth of peer support: an international charter. **J Ment Health.**, v. 28, n. 6, p. 627-32, dec. 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28682640/>. Acesso em: 20 jun 2023. <http://doi.org/10.1080/09638237.2017.1340593>.

TRINDADE, K. A.; ANDRADE, L. F.; SAMPAIO, P. Y.S.; MELO, M. S. S.; HERNANDES, R. S. Espiritualidade e Saúde: um olhar por meio de diferentes atores sociais. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 2, e41311225874, 2022. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i2.25874>. Acesso em: 02 dez. 2023.

VASCONCELOS, E. M. Desinstitucionalização e interdisciplinaridade em saúde mental. **Cadernos do IPUB**, Rio de Janeiro, n. 7, p. 19-41, 1997.

WOODS, A., et al. Interdisciplinary Approaches to the Phenomenology of Auditory Verbal Hallucinations. *Schizophrenia Bulletin*, v. 40, n. 4, p. S246-S254, 2014. Disponível em: https://academic.oup.com/schizophreniabulletin/article/40/Suppl_4/S246/2886717. Acesso em: 10 mar. 2023.

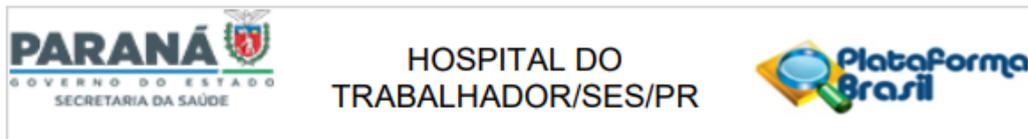
WHITAKER, R. **Anatomia de uma epidemia**: pílulas mágicas, drogas psiquiátricas e o aumento assombroso da doença mental. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2017.

ZANINI, R. L. Religião e Ciência: caminho de aliança ética. **Caderno teológico da PUCPR**, v. 4, n. 1, p. 91-104, 2019. Disponível em:

https://scholar.google.com/citations?view_op=view_citation&hl=en&user=NAOdWV8AAAAJ&citation_for_view=NAOdWV8AAAAJ:hqOjcs7Dif8C. Acesso em: 04 dez. 2023.

ANEXOS

ANEXO 1 - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Implementação de Grupo de Ouvidores de Vozes em um Centro de Atenção Psicossocial do Município de Pinhais

Pesquisador: EVERLY MALTACA PYPCAK

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 69158123.8.0000.5225

Instituição Proponente: SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.286.790

Apresentação do Projeto:

Projeto intitulado: "Implementação de Grupo de Ouvidores de Vozes em um Centro de Atenção Psicossocial do Município de Pinhais"

Objetivo da Pesquisa:

A pesquisa propõe-se a : "Implementar um grupo de ouvidores de vozes em um Centro de Atenção Psicossocial do município de Pinhais, a fim de ofertar um espaço de escuta qualificada, acolhimento e troca, diante da experiência de ouvir vozes.";

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos e benefícios avaliados pelo pesquisador, em consonância com as normas para realização de pesquisas;

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa de relevância científica e social.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Conforme a carta resposta, as pendências estão sanadas.

Recomendações:

Encaminhar relatório ao CEPHT ao final da pesquisa

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

Continuação do Parecer: 6.286.790

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2126842.pdf	27/07/2023 16:12:13		Aceito
Brochura Pesquisa	ProjetoDePesquisa.docx	27/07/2023 16:07:52	EVERLY MALTACA PYPCAK	Aceito
Solicitação registrada pelo CEP	CartaResposta.pdf	27/07/2023 16:06:44	EVERLY MALTACA PYPCAK	Aceito
Folha de Rosto	FolhaDeRosto.pdf	27/07/2023 16:03:55	EVERLY MALTACA PYPCAK	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Termo_de_anuencia.pdf	28/04/2023 09:41:20	EVERLY MALTACA PYPCAK	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_de_equipe.pdf	28/04/2023 09:40:24	EVERLY MALTACA PYPCAK	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	25/04/2023 11:16:42	EVERLY MALTACA PYPCAK	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_Pesquisa.pdf	25/04/2023 11:16:28	EVERLY MALTACA PYPCAK	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CURITIBA, 06 de Setembro de 2023

Assinado por:
Fabio Carvalho
(Coordenador(a))

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

ANEXO 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.

Nós, Everly Maltaca Pypcak e Altieres Edemar Frei, pesquisadores da Escola de Saúde Pública do Paraná, estamos convidando (o Senhor, a Senhora) usuário/a em tratamento no CAPS Regional II de Pinhais, a participar de um estudo intitulado “Implementação de Grupo de Ouvidores de Vozes em um Centro de Atenção Psicossocial do Município de Pinhais”

O objetivo desta pesquisa é implementar um grupo de ouvidores de vozes em um Centro de Atenção Psicossocial do município de Pinhais, a fim de ofertar um espaço de escuta qualificada, acolhimento e troca, diante da experiência de ouvir vozes.

Caso (o Senhor, a Senhora) participe da pesquisa, será necessário participação em dez 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 três meses de duração.

É possível que (o Senhor, a Senhora) experimente algum desconforto, principalmente relacionado à intensidade emocional ao compartilhar suas experiências sobre sofrimento, próprio ou de outrem, e suas vivências, 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, constrangimento, reação emocional como choro, ansiedade, entre outros; 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, a produção de estratégias para lidar com sua experiência a partir do exemplo dos demais participantes, e maior apropriação e autonomia do seu processo de autocuidado. Além do desenvolvimento destes aspectos, os participantes poderão experimentar um espaço de escuta, troca e acolhimento diante de suas características singulares, embora nem sempre (o Senhor, a Senhora) seja diretamente beneficiado(a) por sua participação neste estudo.

Os pesquisadores Everly Maltaca Pypcak e Altieres Edemar Frei, 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 contatada 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 – CEPESH/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 contínua 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 Regional II está garantido e não será interrompido caso (o Senhor, a Senhora) desista de participar.

As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas, tal como o orientador da pesquisa, Profº Dr Altieres Edemar Frei. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, será feito com codinome, 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 codinome.

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 meu tratamento ou atendimento ordinários que recebo 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 _____.

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO PARANÁ
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL

**PRÉ-NATAL DE SAÚDE MENTAL PARA GESTANTES NA
ATENÇÃO BÁSICA: UMA PESQUISA INTERVENÇÃO**

CURITIBA

2023

INGRID CARLA ECKS

**PRÉ-NATAL DE SAÚDE MENTAL PARA GESTANTES NA
ATENÇÃO BÁSICA: UMA PESQUISA INTERVENÇÃO**

Projeto de intervenção apresentado como Trabalho de Conclusão de Residência como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde Mental, pela Escola de Saúde Pública do Paraná.

Orientadora: Prof.^a Me. Luciana Elisabete Savaris.

CURITIBA

2023

RESUMO

Os períodos gravídico e puerperal são considerados de risco para o agravamento do sofrimento e desenvolvimento de transtornos mentais em mulheres. O cuidado à saúde mental de gestantes é prioritário para prevenir o adoecimento psicológico e promover o cuidado em saúde mental. No Brasil, a Atenção Básica à Saúde, especialmente as Unidades de Saúde da Família, são espaços privilegiados de cuidado à população materna e infantil, devido ao caráter territorial e longitudinal. Esta pesquisa-intervenção objetiva qualificar o cuidado em saúde mental ofertado às gestantes em uma Unidade de Saúde da Família do Município de Pinhais-Paraná. A intervenção proposta trata-se de um grupo terapêutico, com pré e pós teste para avaliar a percepção de bem estar subjetivo vivenciado pelas gestantes. Espera-se que a intervenção ofereça espaço de acolhimento e apoio mútuo entre as participantes, de maneira que seja reduzido o sofrimento psicológico e promovida saúde mental.

SUMÁRIO

1. IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO	5
2. INTRODUÇÃO	6
3. OBJETIVO PRIMÁRIO	8
3.1 OBJETIVOS SECUNDÁRIOS	8
4. LOCAL DA PESQUISA	8
5. POPULAÇÃO A SER ESTUDADA	8
6. FONTES DE MATERIAL DA PESQUISA	9
7. METODOLOGIA	9
7.1 TIPO DE PESQUISA	9
7.2 RECRUTAMENTO DAS PARTICIPANTES	11
7.3 PROCEDIMENTOS DE PESQUISA	11
7.4 INTERVENÇÃO - GRUPO TERAPÊUTICO - 'PRÉ NATAL EM SAÚDE MENTAL'	12
7.5 ANÁLISE DOS DADOS COLETADOS	13
8. RISCOS E BENEFÍCIOS	13
9. DESFECHO PRIMÁRIO	15
10. CRITÉRIOS PARA SUSPENDER OU ENCERRAR A PESQUISA	15
11. PROPRIEDADE DAS INFORMAÇÕES	15
12. CRONOGRAMA	16
13. ORÇAMENTO DETALHADO DA PESQUISA	17
14. QUALIFICAÇÃO DAS PESQUISADORAS	18
REFERÊNCIAS	19
15. ANEXOS	21
ANEXO A - TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL	21
ANEXO B - ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA	23
ANEXO C – MODELO DE DIÁRIO DE CAMPO	23
ANEXO D - QUESTIONÁRIO DE SAÚDE MENTAL	25
ANEXO E - MATERIAL DE DIVULGAÇÃO	32
ANEXO F - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	33
ANEXO G - CONTRATO DE GRUPO DE PRÉ-NATAL DE SAÚDE MENTAL	36

1. IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO

Título: PRÉ-NATAL DE SAÚDE MENTAL PARA GESTANTES NA ATENÇÃO BÁSICA: UMA PESQUISA-INTERVENÇÃO

Pesquisador Principal: Luciana Elisabete Savaris

Colaborador(es): Ingrid Carla Ecks

Instituição Proponente: Escola de Saúde Pública do Paraná

Instituição coparticipante: Município de Pinhais - PR

Finalidade: Especialização - Residência Multiprofissional em Saúde Mental.

2. INTRODUÇÃO

Em uma tentativa de delinear o conceito de saúde mental, pode-se emprestar o disseminado pela Organização Mundial da Saúde - OMS, que define Saúde Mental como “[...] um estado de bem-estar no qual o indivíduo percebe as suas próprias capacidades, possa lidar com as tensões normais da vida, possa trabalhar de forma produtiva e frutífera e possa contribuir para a sua comunidade”. Contudo, o conceito de Saúde Mental é polissêmico e extrapola o campo da saúde, com discussões sobre direitos humanos, preconceito e discriminação. Dessa maneira, discutir saúde mental está diretamente relacionado a problematizar normas e valores de cada sociedade em cada momento histórico (ALCÂNTARA, VIEIRA, ALVES, 2022; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016).

Para esta pesquisa, utilizou-se da compreensão de que a saúde mental extrapola o estado de bem-estar emocional ou salubridade psicossocial, que seria o oposto à situação de adoecimento psiquiátrico. Aqui, faz-se a diligência de conceituar a saúde mental a partir da superação dos limites da normalidade, rumo à promoção da saúde. Saúde mental implica em emprego satisfatório, redes sociais efetivas, satisfação pessoal, vida cotidiana significativa, equidade social, participação social, emancipação social e política (ALMEIDA FILHO, COELHO, PERES, 1999).

Dito isto, a literatura científica aponta que o período gestacional, do parto e do puerpério envolve uma complexa interação de fatores psicológicos, sociais e biológicos e se apresentam como desafiantes para as famílias e para o desenvolvimento de um cuidado efetivo pelos sistemas de saúde. Portanto, podem ser considerados períodos de risco para o surgimento e agravamento de problemas de saúde mental em mulheres, além de implicar em desfechos perinatais desfavoráveis. Sob outra perspectiva, a gestação e o puerpério também são períodos sensíveis para mudanças e intervenções de promoção e prevenção de saúde podem ser bem aproveitadas e surtir desdobramentos benéficos para as mulheres e suas famílias (FIGUEIREDO *et al.*, 2022; VESCOVI *et al.*, 2022).

No entanto a saúde mental de gestantes e puérperas, especialmente as mais pobres e de grandes centros urbanos, costuma ser negligenciada, e intervenções com foco nos aspectos psicossociais para mulheres neste período ainda são escassas. No Brasil, apesar de existirem muitas políticas públicas

voltadas para a saúde materna e infantil, urge a necessidade de intervenções com foco na promoção de saúde mental para essas mulheres, além das já conhecidas por objetivar a redução de indicadores de morbimortalidade e prevenção de doenças, apenas (BRASIL, 2012a; VESCOVI *et al.*, 2022).

Neste contexto, o pré-natal psicológico surge como uma alternativa ao modelo biomédico de atenção à saúde, com a proposta de ser uma intervenção psicossocial voltada para a humanização e fortalecimento do protagonismo das gestantes. O recurso consiste em atendimentos grupais para as gestantes e, quando oportuno, de sua rede de apoio informal, para a construção de um espaço de compartilhamento, reciprocidade e discussão de temáticas relevantes para as pessoas que participam, que pode incluir: amamentação, idealização da maternidade, inseguranças, questões relacionadas ao gênero, parentalidade, entre outros. Existem evidências de que o pré-natal psicológico pode ser um fator protetivo para o desenvolvimento e agravamento de transtornos mentais durante e após a gestação (FIGUEIREDO *et al.*, 2022; NETO, MARTINS, MAIA, 2023).

As Unidades Saúde da Família (USF) são espaços privilegiados de aproximação com os usuários, prevenção e promoção da saúde. O cuidado longitudinal permite que a equipe profissional acompanhe as famílias, desenvolvendo vínculos, atenção humanizada e responsabilização pelo cuidado, dentro de um território reconhecido (REICHERT *et al.*, 2016). Gestantes são frequentadoras das USF desde a gestação para realizar o pré-natal e durante toda a infância das crianças, para acompanhamento pediátrico e execução do calendário de vacinas. Por isso, para realização desta pesquisa-intervenção, considera-se a USF um local adequado. A implantação do pré-natal em saúde mental pode ser uma estratégia de aumentar a efetividade dos atendimentos realizados na Atenção Básica à Saúde (ARRAIS, ARAUJO, 2016).

Nas USF's, os (as) profissionais que acompanham as gestantes podem observar aspectos da interação social, atividade psicomotora, linguagem, estado emocional, presença de alucinações, nível de consciência, agressividade, orientação, memória e características do pensamento, dados necessários para a ação dos profissionais de saúde. A identificação desses sinais na atenção básica permite que sejam realizadas ações mais adequadas a cada caso. Durante o pré-natal de saúde mental, a equipe de saúde poderá prevenir, detectar e oferecer tratamento para transtornos mentais durante a gestação. Dar ferramentas aos

trabalhadores da atenção básica para identificar possíveis sinais de alerta, ao realizar ações sobre o tema na USF (COSTA *et al.*, 2018).

A promoção de saúde mental através pré-natal psicológico pode prevenir que haja agravamento e cronificação do sofrimento das gestantes, ao permitir o compartilhamento, elaboração das emoções e ambivalências, identificação com as demais participantes do grupo, desenvolvimento de estratégias e recursos para enfrentamento das dificuldades, apoio mútuo, etc. Ao se considerar o caráter resolutivo da Atenção Básica à Saúde e o protagonismo das Unidades de Saúde da Família no cuidado oferecido às gestantes, considera-se que os grupos de saúde mental são relevantes e podem ser iniciativas importantes na atenção à população atendida pelos serviços.

3. OBJETIVO PRIMÁRIO

Qualificar o cuidado em saúde mental ofertado às gestantes em uma Unidade de Saúde da Família do Município de Pinhais-Paraná.

3.1 OBJETIVOS SECUNDÁRIOS

- a. Ofertar espaço de acolhimento emocional para gestantes;
- b. Incentivar à reflexão através da disponibilização de informações confiáveis.

4. LOCAL DA PESQUISA

Esta pesquisa-intervenção será realizada em uma Unidade de Saúde com Estratégia de Saúde da Família (Anexo A), localizada no município de Pinhais-PR, Brasil. A escolha deste local se justifica pela demanda expressiva de gestantes que realizam pré-natal na USF.

5. POPULAÇÃO A SER ESTUDADA

Pretende-se atingir um número de 10 participantes de pesquisa, quanto aos critérios de elegibilidade, serão incluídas: gestantes vinculadas a USF eleita para a intervenção; gênero feminino; maiores de 18 anos. Serão excluídas as

gestantes que no momento do recrutamento estejam no terceiro trimestre gestacional.

6. FONTES DE MATERIAL DA PESQUISA

Os **materiais** serão coletados nesta pesquisa a partir de: **entrevista semiestruturada** que contém dados sociodemográficos e informações relacionadas à gestação (Anexo B); registros de cada encontro realizados pela pesquisadora em um **diário de campo** (Anexo C), que contará com os seguintes tópicos: data do encontro, número de participantes e codinomes, tema e objetivo do encontro, descrição das atividades realizadas, resultados observados e observações da pesquisadora; e **questionário** (Anexo D) adaptado do Inventário de Saúde Mental de Goldberg realizado com cada participante antes e após participação na pesquisa intervenção.

De acordo com Minayo (2007), uma entrevista é um recurso privilegiado de comunicação utilizado na construção do conhecimento científico. Trata-se de uma conversa entre duas ou mais pessoas, geralmente feita sob iniciativa do entrevistador, com o objetivo de construir informações relevantes sobre o tema pesquisado. A entrevista semiestruturada combina perguntas abertas e fechadas e o entrevistado tem a oportunidade de falar sobre o tema sem se limitar em responder a pergunta formulada, que serve como instigadora do diálogo. Serão realizadas anotações acerca do que for discutido na entrevista e, após seu término, será feito um registro descritivo dos conteúdos abordados.

O diário de campo é uma ferramenta de pesquisa que se propõe a descrever o desenvolvimento do estudo e as alterações ocorridas durante o percurso, com a particularidade de evidenciar a implicação da pesquisadora com o campo pesquisado, ao provocar reflexões por meio da narrativa dos acontecimentos (KROEF, GAVILLON, RAMM, 2020).

O Inventário de Saúde Mental é um recurso que tem como objetivo identificar aspectos positivos e negativos relacionados à saúde mental de uma pessoa, de modo a fornecer informações acerca do estado de saúde mental do indivíduo e possibilitar o rastreio de transtornos mentais. O questionário a ser utilizado é de autoresposta, foi desenvolvido para ser utilizado com a população geral e é composto por 38 itens, distribuídos em cinco dimensões: ansiedade,

depressão, perda de controle emocional/comportamental, afeto positivo e laços emocionais. Estas cinco dimensões se dividem em duas grandes dimensões que avaliam o distresse psicológico e o bem-estar psicológico (RIBEIRO, 2011). Cada resposta gera uma pontuação de acordo com uma escala ordinal de cinco ou seis posições. A pontuação total é dada a partir da soma dos valores brutos de cada item, alguns são cotados de modo invertido. Os valores mais altos correspondem a uma melhor percepção de saúde mental. Para que possa ser realizada a análise, os valores devem ser convertidos entre “0” a “100”.

7. METODOLOGIA

7.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de um projeto de intervenção cujo método adotado é o da **pesquisa-ação**, que combina pesquisa e ação prática para abordar problemas e promover mudanças nas situações reais. É um método participativo que envolve os próprios indivíduos afetados pelo problema, permite que eles contribuam ativamente em todas as etapas do processo. Etapas da Pesquisa-ação segundo Thiollent (2011):

1. **Identificação do problema:** A primeira etapa consiste em identificar e definir claramente o problema que será abordado;
2. **Planejamento:** Definem-se os objetivos, as metas e as atividades que serão realizadas. Também são discutidos os métodos de coleta de dados e os indicadores para avaliar o progresso;
3. **Implementação da Intervenção:** Com base no plano elaborado, a intervenção é implementada. Os participantes e os pesquisadores trabalham juntos para executar as ações planejadas, testar novas abordagens e implementar as mudanças necessárias;
4. **Coleta de dados:** Durante a implementação da intervenção, são coletados dados relevantes para avaliar o progresso e o impacto das ações. Os métodos de coleta de dados podem incluir entrevistas, observações, questionários ou outras técnicas, dependendo do contexto e dos objetivos do projeto;
5. **Análise e reflexão:** Os dados coletados são analisados e interpretados em

colaboração entre pesquisadores e participantes. Essa análise ajuda a compreender os resultados das ações e a identificar os pontos fortes e as áreas que precisam ser melhoradas. A reflexão conjunta sobre os dados é fundamental para tomar decisões informadas e ajustar as estratégias, se necessário.

Esta pesquisa é qualitativa e quantitativa com objetivos descritivos analíticos. Uma pesquisa qualitativa possui estratégias de investigação baseadas em dados textuais, sendo estes os significados, valores e atitudes que caracterizam as relações. O objetivo de uma pesquisa qualitativa é a investigação dos processos que constituem a subjetividade humana, seus sentidos e significados alcançados por meio da comunicação. Já a pesquisa quantitativa utiliza-se de estratégias de investigação que resultam em variáveis mensuráveis, dados que poderão ser avaliados a partir de uma observação lógica e matemática. Os dados coletados serão descritos, analisados e comparados (CRESWELL, 2010; GERHARDT, SILVEIRA, 2009; MINAYO, 2016).

O aporte teórico deste estudo se sustenta na psicologia perinatal, que se concentra nos aspectos psicológicos e emocionais das mulheres durante a gravidez, o parto e o pós-parto, com o objetivo de promover a saúde mental e o bem-estar. Adota-se em especial os estudos desenvolvidos por Diane Eyer, psicóloga que se concentrou no estudo do estresse e da adaptação na gravidez e no pós-parto. Seu trabalho destacou os desafios emocionais enfrentados pelas mães e a importância do suporte social durante a transição para a maternidade e o modelo de pré-natal psicológico proposto por Arrais e Araújo.

7.2 RECRUTAMENTO DAS PARTICIPANTES

Em relação ao recrutamento das participantes de pesquisa, este será realizado a partir da divulgação do projeto-intervenção por meio do material elaborado pelas pesquisadoras (ANEXO E) através do *status* da conta da Unidade de Saúde selecionada para pesquisa no aplicativo *WhatsApp*. O material de divulgação também será compartilhado no grupo de gestantes no mesmo aplicativo. A divulgação será realizada até o alcance de 15 gestantes interessadas em participar da pesquisa.

As usuárias que demonstraram interesse em participar desta pesquisa

serão convidadas a comparecerem no serviço (USF) em data e horário pré-estabelecidos para atendimento individual com a pesquisadora. Neste primeiro encontro com cada gestante será realizada a entrega e leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), disponível no (Anexo F), as que assinarem o TCLE será dado prosseguimento às etapas da pesquisa.

7.3 PROCEDIMENTOS DE PESQUISA

Após assinatura do TCLE as participantes de pesquisa serão convidadas a realizar uma entrevista inicial com o objetivo de traçar um perfil sociodemográfico, bem como suas principais demandas, na sequência será aplicado o questionário do inventário de Saúde Mental para as usuárias responderem. Após essa primeira etapa, será agendado data e horário para o primeiro encontro de pré-natal de saúde mental, a ser realizado em formato de grupo terapêutico e após término dos encontros do grupo terapêutico a participante será aplicado novamente o inventário de Saúde Mental.

7.4 INTERVENÇÃO - GRUPO TERAPÊUTICO - 'PRÉ NATAL EM SAÚDE MENTAL'

Será realizado um grupo de Pré-Natal em Saúde mental com sete encontros, cada encontro com duração de duas horas, baseado no pré-natal psicológico descrito por Arrais e Araújo (2016). O objetivo desse grupo é ofertar espaço de acolhimento mútuo, suporte sócio emocional, informacional e instrucional. Os encontros terão temáticas pré-definidas, mas poderão ser adaptados conforme a necessidade das participantes. Considera-se importante a flexibilidade para que esses encontros grupais sejam co construídos pelas participantes de pesquisa

No primeiro encontro, o objetivo será o de oportunizar ao grupo se conhecer, criar vínculos e gerar pertencimento. Será ofertado espaço de escuta e acolhimento para as participantes, além de discussão acerca do contrato de grupo (ANEXO G). Serão elencadas temáticas relevantes a serem trabalhadas nos próximos encontros. Os encontros do grupo de pré-natal de saúde mental ocorrerão a cada 14 dias, sendo que nas semanas em que não houver grupo serão

compartilhados materiais informativos de psicoeducação relacionados ao período gravídico e puerperal. Esses materiais serão produzidos semanalmente de acordo com as demandas discutidas nos encontros e compartilhadas por meio do grupo de *WhatsApp*.

Nos próximos quatro encontros, serão abordadas as temáticas elegidas pelas participantes durante o primeiro encontro. Poderão ser utilizados recursos como dinâmicas de grupo, música, exercícios de relaxamento e atividades artísticas. Dentre as possibilidades de temáticas previstas, estão: romantização da maternidade, expectativas e frustrações, preparação para o parto, puerpério e parentalidade, fortalecimento da rede de apoio, autocuidado e autoestima, entre outros.

Por fim, no sexto encontro será feito o encerramento do grupo de pré-natal de saúde mental. Será um momento oportuno para as participantes refletirem e avaliarem a experiência vivenciada. Após o término deste encontro, cada participante receberá o questionário do Inventário de Saúde Mental para responder novamente. O intuito ao aplicar o questionário novamente é observar se houve deslocamentos relacionados à saúde mental das participantes durante o desenvolvimento do grupo de pré-natal de saúde mental.

7.5 ANÁLISE DOS DADOS COLETADOS

Os registros realizados a partir da **entrevista semiestruturada** serão analisados da seguinte maneira: em um primeiro momento, os conteúdos relacionados ao perfil sociodemográfico serão reunidos e organizados em tabela para que seja possível uma melhor compreensão e apresentação da amostra participante.

Em relação ao material registrado a partir das perguntas abertas, este será analisado por meio da Análise de Conteúdo Temática proposta por Bardin (2011), que se propõe a ser um conjunto de instrumentos metodológicos que são aplicados aos discursos, com o intuito de realizar inferências e classificação dos dados coletados. A pesquisadora irá, primeiramente, realizar uma leitura “flutuante” dos registros da entrevista, com o intuito de reconhecer os temas centrais e o que se destaca. Após isso, serão elencados os tópicos mais relevantes do material coletado e se realizará a análise de conteúdo descrita anteriormente.

O material coletado em **diário de campo** também será analisado por meio da Análise de Conteúdo Temática proposta por Bardin (2011). Primeiramente, será feita uma leitura “flutuante” dos registros efetuados no diário de campo, referentes aos encontros realizados, com o objetivo de elencar as temáticas recorrentes ou que se destacam. Em seguida, será feita a análise deste conteúdo delimitado.

Ademais, antes do início e após a finalização do pré-natal de saúde mental, as participantes da pesquisa receberão um questionário do **Inventário de Saúde Mental**, de Ribeiro (2011). Este material encontra-se no Anexo D deste projeto. O objetivo da aplicação deste questionário é verificar se, durante o desenvolvimento da pesquisa-intervenção, houve repercussões relacionadas à saúde mental das participantes.

Os dados coletados por meio do questionário serão, inicialmente, submetidos a informatização e, depois, descritos acerca de suas variáveis quantitativas, por meio de tendência central e dispersão. Para realizar o comparativo entre os dois momentos de aplicação do questionário, os dados serão transpostos para planilhas de excel e aplicados testes estatísticos.

8. RISCOS E BENEFÍCIOS

A Resolução n. 466 de 13 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, dispõe sobre as pesquisas com participação de seres humanos e os aspectos éticos a serem seguidos. Destaca-se aqui a necessidade de apresentar os riscos e benefícios presentes nas pesquisas, no caso dos riscos há demanda de buscar minimizá-los e comunicá-los ao participante. Nos casos em que se efetivam, é papel do pesquisador prestar assistência ao indivíduo (BRASIL, 2012b). Levando em consideração as normas do documento, o pesquisador assume a responsabilidade de segui-las durante todo o percurso da pesquisa.

Esta pesquisa poderá apresentar **riscos** de caráter psicológico, sendo estes: desconforto, constrangimento e estresse. Para minimizar estes riscos, as participantes de pesquisa serão informadas que poderão se recusar a responder qualquer uma das questões, bem como encerrar sua participação a qualquer momento, sem necessidade de qualquer justificativa e sem qualquer prejuízo. Caso seja expresso durante a pesquisa e em função da mesma a necessidade de

acolhimento e escuta da participante de pesquisa, essa ocorrerá a partir do atendimento por uma das pesquisadoras, sendo ambas psicólogas.

Também existem os riscos de quebra de sigilo e do anonimato, para minimizar estes riscos tanto a entrevista, aplicação do questionário, quanto os encontros do grupo terapêutico ocorrerão em sala privativa. As pesquisadoras se comprometem a salvar todos os dados em arquivo único, com senha, que ficará em posse da pesquisadora responsável pelo prazo de 05 anos, conforme orientação da Resolução n. 466/12. Quanto ao anonimato, as participantes serão identificadas apenas com códigos alfanuméricos (ex. P01; P02).

As participantes serão informados de todos os possíveis riscos presentes na pesquisa e do seu caráter voluntário, podendo optar por recusar ou interromper a sua participação, sem qualquer prejuízo. Ao final, serão comunicadas sobre a divulgação dos resultados obtidos na pesquisa, os quais manterão sigilo da identidade, também serão informadas de que não haverá nenhum valor econômico a receber ou a pagar por sua participação, contudo, caso tenha qualquer despesa decorrente da sua participação na pesquisa, haverá ressarcimento.

Em relação aos benefícios desta pesquisa, estes estão relacionados à geração de conhecimento, principalmente acerca dos aspectos psicológicos da gestação e possibilidades de cuidado. Neste estudo, é apresentada uma estratégia de cuidado aplicável em muitos contextos, de baixo custo e com boa perspectiva de suporte às gestantes. Além disso, ao final da pesquisa será possível mensurar, em partes, essas reverberações do pré-natal de saúde mental para a população atendida.

9. DESFECHO PRIMÁRIO

Como desfecho primário para esta pesquisa, espera-se que os encontros do grupo de pré-natal de saúde mental sejam espaços de acolhimento mútuo, compartilhamento de experiências, promoção de autocuidado e saúde. Espera-se que a partir disso, seja reduzido o sofrimento e promovida a saúde mental das participantes.

10. CRITÉRIOS PARA SUSPENDER OU ENCERRAR A PESQUISA

Esta pesquisa-intervenção será suspensa em caso de desistência de todas as participantes do grupo de pré-natal de saúde mental ou em caso de risco à saúde física ou mental, relacionada com a pesquisa, previsto no TCLE.

11. PROPRIEDADE DAS INFORMAÇÕES

Todas as informações coletadas durante a pesquisa, desde a coleta de dados até a análise destes, ficarão sob responsabilidade das pesquisadoras Ingrid Carla Ecks e Luciana Elisabete Savaris.

13. ORÇAMENTO DETALHADO DA PESQUISA

Todas as despesas com esta pesquisa serão de responsabilidade da pesquisadora principal, sem que seja necessário o financiamento por parte de demais pessoas e instituições. Abaixo, tabela com os gastos estimados:

Material	Valor estimado
Deslocamento da pesquisadora principal	R\$ 210,00
Papel	R\$ 15,00
Impressões	R\$ 20,00
Caneta	R\$ 10,00
Total	R\$ 255,00

14. QUALIFICAÇÃO DAS PESQUISADORAS

Ingrid Carla Ecks, psicóloga, residente em saúde mental. Lattes:
<http://lattes.cnpq.br/8973682001157537>

Luciana Elisabete Savaris, psicóloga, mestre em saúde coletiva. Lattes:
<http://lattes.cnpq.br/8741823119551012>

REFERÊNCIAS

- ALCÂNTARA, Vírnia Ponte; VIEIRA, Camilla Araújo Lopes; ALVES, Samara Vasconcelos. Perspectivas acerca do conceito de saúde mental: análise das produções científicas brasileiras. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, p. 351-361, 2022.
- ALMEIDA FILHO, Naomar; COELHO, Maria Thereza Ávila; PERES, Maria Fernanda Tourinho. O Conceito de Saúde Mental. **Rev USP**, 1999; 43:100-125.
- ARRAIS, Alessandra da Rocha; ARAÚJO, Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de. **Pré-Natal Psicológico**: perspectivas para atuação do psicólogo em Saúde Materna no Brasil. Revista da SBPH, v. 19, n. 1, p. 103-116, 2016.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012a.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília. Diário Oficial da União. nº 12. 13 de junho de 2013. Seção 1. Página 59, 2012b.
- CHASSOT, Carolina Seibel; SILVA, Rosane Azevedo Neves da. A pesquisa-intervenção participativa como estratégia metodológica: relato de uma pesquisa em associação. **Psicologia & Sociedade**, v. 30, 2018.
- COSTA, D. O. *et al.* Transtornos mentais na gravidez e condições do recém-nascido: estudo longitudinal com gestantes assistidas na atenção básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 3, p. 691–700, mar. 2018.
- CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.
- CURITIBA. **Rede Mãe Curitibana - Vale a Vida**. Curitiba: Secretaria Municipal da Saúde, 2018.
- FERREIRA, Mariane *et al.* **Introdução e condução dos métodos mistos de pesquisa em educação física**. Pensar a Prática, v. 23, 2020.
- FIGUEIREDO, Leticia Marlene dos Santos *et al.* Pré-natal psicológico como uma possibilidade de cuidado integral à saúde materna: uma revisão integrativa da literatura. **Psicologia e Saúde em debate**, v. 8, n. 1, p. 1-13, 2022.
- GERHARDT, Tatiana Engel; SILVEIRA, Denise Tolfo (Orgs.). **Métodos de**

pesquisa. coordenado pela Universidade Aberta do Brasil – UAB/UFRGS e pelo Curso de Graduação Tecnológica – Planejamento e Gestão para o Desenvolvimento Rural da SEAD/UFRGS. – Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

JESUS, Janice Debastiani de; SVENTNICKAS, Sofia Paiva; VIEIRA, Adriane. Grupo de promoção à saúde: ampliando o cuidado em saúde de usuários com dores musculoesqueléticas crônicas em serviços de atenção básica. **Movimento**, v. 25, 2022.

KROEF, Renata Fischer da Silveira; GAVILLON, Póti Quartiero; RAMM, Laís Vargas. Diário de Campo e a Relação do (a) Pesquisador (a) com o Campo-Tema na Pesquisa-Intervenção. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 20, n. 2, p. 464-480, 2020.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. (Org). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Suely Ferreira Deslandes; Romeu Gomes; Maria Cecília de Souza Minayo (organizadora). 26. ed. Petrópolis, RJ : Vozes, 2007.

NETO, Cláudio Soares Brito; MARTINS, Josenice Vasconcelos; DA SILVA MAIA, Rodrigo. Pré-Natal Psicológico: Revisão integrativa da literatura. **Research, Society and Development**, v. 12, n. 3, p. e29112340880-e29112340880, 2023.

REICHERT, Altamira Pereira da Silva *et al.* Vínculo entre enfermeiros e mães de crianças menores de dois anos: percepção de enfermeiros. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 2375-2382, 2016.

RIBEIRO, José Luis Pais. **Inventário de Saúde Mental**. 1. ed. Lisboa: Placebo, Editora LDA, 2011.

THIOLLENT, Michel. **Metodologia da pesquisa-ação**. 17. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

VESCOVI, Gabriela *et al.* Saúde mental na gestação, no nascimento e na primeira infância: análise crítica de políticas públicas brasileiras. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 30, p. 525-537, 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Mental health: strengthening our response** [Internet]. Genève: WHO; 2016. Disponível em: who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/»who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/. Acesso em: 21 abr. 2023.

15. ANEXOS

ANEXO A - TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL

TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL

Declaro ter lido e concordar com o Projeto de Pesquisa intitulado “Pré-natal de saúde mental para gestantes na atenção básica: uma pesquisa intervenção” que tem como pesquisadora principal Ingrid Carla Ecks, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/2012.

Nós, da Unidade de Saúde da Família Tarumã, estamos cientes de nossas responsabilidades como instituição participante do projeto de pesquisa em tela, assim como do compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos participantes de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar. Também estamos cientes que serão utilizados diários de campo durante a execução da pesquisa e que as pesquisadoras somente poderão iniciar a pesquisa pretendida após a mesma ser aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa apropriado.

Além disso, as pesquisadoras estão conscientes de que deverão manter sigilo, respeitando a confidencialidade e a privacidade do paciente, e que estão sujeitas às normas da Lei Federal nº 13709 de 14 de agosto de 2018.

Data: _____/_____/_____

Nome/carimbo

Função institucional

ANEXO B - ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

Perfil Sociodemográfico

Código alfa numérico:

Data de Nascimento:

Escolaridade:

Estado civil:

Tempo do relacionamento atual:

Número de filhos e idade:

Renda familiar:

Tempo de gestação:

Roteiro da Entrevista

Como é estar grávida para você?

Como você tem se sentido em relação à gravidez?

Quais são suas expectativas quanto à gravidez?

Quais são suas principais dificuldades em relação à gravidez?

Como é a sua rotina?

Quem são as pessoas importantes na sua vida? Com quem você se sente confortável para conversar, quando precisa?

Você já necessitou de algum cuidado em saúde mental?

Você gostaria de dizer mais alguma coisa?

ANEXO D - QUESTIONÁRIO DE SAÚDE MENTAL

INVENTÁRIO DE SAÚDE MENTAL

ABAIXO VAI ENCONTRAR UM CONJUNTO DE QUESTÕES ACERCA DO MODO COMO SE SENTE NO DIA A DIA. RESPONDA A CADA UMA DELAS ASSINALANDO NUM DOS RECTÂNGULOS POR BAIXO A RESPOSTA QUE MELHOR SE APLICA A SI.

1- QUANTO FELIZ E SATISFEITO VOCÊ TEM ESTADO COM A SUA VIDA PESSOAL?

Extremamente feliz, não pode haver pessoa mais feliz ou satisfeita	Muito feliz e satisfeito a maior parte do tempo	Geralmente satisfeito e feliz	Por vezes ligeiramente satisfeito, por vezes ligeiramente infeliz	Geralmente insatisfeito, infeliz	Muito insatisfeito, e infeliz a maior parte do tempo
--	---	-------------------------------	---	----------------------------------	--

2- DURANTE QUANTO TEMPO SE SENTIU SÓ NO PASSADO MÊS?

Sempre	Quase sempre	A maior parte do tempo	Durante algum tempo	Quase nunca	Nunca
--------	--------------	------------------------	---------------------	-------------	-------

3- COM QUE FREQUÊNCIA SE SENTIU NERVOSO OU APREENSIVO PERANTE COISAS QUE ACONTECERAM, OU PERANTE SITUAÇÕES INESPERADAS, NO ÚLTIMO MÊS?

Sempre	Com muita frequência	Frequentemente	Com pouca frequência	Quase nunca	Nunca
--------	----------------------	----------------	----------------------	-------------	-------

4- DURANTE O MÊS PASSADO COM QUE FREQUÊNCIA SENTIU QUE TINHA UM FUTURO PROMISSOR E CHEIO DE ESPERANÇA?

Sempre	Com muita frequência	Frequentemente	Com pouca frequência	Quase nunca	Nunca
--------	----------------------	----------------	----------------------	-------------	-------

5- COM QUE FREQUÊNCIA, DURANTE O ÚLTIMO MÊS, SENTIU QUE A SUA VIDA NO DIA A DIA ESTAVA CHEIA DE COISAS INTERESSANTES?

Sempre	Com muita frequência	Frequentemente	Com pouca frequência	Quase nunca	Nunca
--------	----------------------	----------------	----------------------	-------------	-------

6- COM QUE FREQUÊNCIA, DURANTE O ÚLTIMO MÊS, SE SENTIU RELAXADO E SEM TENSÃO?

Sempre	Com muita frequência	Frequentemente	Com pouca frequência	Quase nunca	Nunca
--------	----------------------	----------------	----------------------	-------------	-------

7- DURANTE O ÚLTIMO MÊS, COM QUE FREQUÊNCIA SENTIU PRAZER NAS COISAS QUE FAZIA?

Sempre	Com muita frequência	Frequentemente	Com pouca frequência	Quase nunca	Nunca
--------	----------------------	----------------	----------------------	-------------	-------

8- DURANTE O ÚLTIMO MÊS, TEVE ALGUMA VEZ RAZÃO PARA SE QUESTIONAR SE ESTARIA A PERDER A CABEÇA, OU A PERDER O CONTROLO SOBRE OS SEUS ACTOS, AS SUAS PALAVRAS, OS SEUS, PENSAMENTOS, SENTIMENTOS OU MEMÓRIA?

Não, nunca	Talvez um pouco	Sim, mas não o suficiente para ficar preocupado com isso	Sim, e fiquei um bocado preocupado	Sim, e isso preocupa-me	Sim, e estou muito preocupado com isso
------------	-----------------	--	------------------------------------	-------------------------	--

9- SENTIU-SE DEPRIMIDO DURANTE O ÚLTIMO MÊS?

Sim, até ao ponto de não me interessar por nada durante dias	Sim, muito deprimido quase todos os dias	Sim, deprimido muitas vezes	Sim, por vezes sinto-me um pouco deprimido	Não, nunca me sinto deprimido
--	--	-----------------------------	--	-------------------------------

10- DURANTE O ÚLTIMO MÊS, QUANTAS VEZES SE SENTIU AMADO E QUERIDO?

Sempre	Quase sempre	A maior parte das vezes	Algumas vezes	Muito poucas vezes	Nunca
--------	--------------	-------------------------	---------------	--------------------	-------

11- DURANTE QUANTO TEMPO, NO MÊS PASSADO SE SENTIU MUITO NERVOSO?

Sempre	Quase sempre	A maior parte do tempo	Durante algum tempo	Quase nunca	Nunca
--------	--------------	------------------------	---------------------	-------------	-------

12- DURANTE O ÚLTIMO MÊS, COM QUE FREQUÊNCIA ESPERAVA TER UM DIA INTERESSANTE AO LEVANTAR-SE?

Sempre	Com muita frequência	Frequentemente	Com pouca frequência	Quase nunca	Nunca
--------	----------------------	----------------	----------------------	-------------	-------

13- NO ÚLTIMO MÊS, DURANTE QUANTO TEMPO SE SENTIU TENSO E IRRITADO?

Sempre	Quase sempre	A maior parte do tempo	Durante algum tempo	Quase nunca	Nunca
--------	--------------	------------------------	---------------------	-------------	-------

14- DURANTE O ÚLTIMO MÊS SENTIU QUE CONTROLAVA PERFEITAMENTE O SEU COMPORTAMENTO, PENSAMENTO, EMOÇÕES E SENTIMENTOS?

Sim, completamente	Sim, geralmente	Sim, penso que sim	Não muito bem	Não e ando um pouco perturbado por isso	Não, e ando muito perturbado por isso
--------------------	-----------------	--------------------	---------------	---	---------------------------------------

15 DURANTE O ÚLTIMO MÊS, COM QUE FREQUÊNCIA SENTIU AS MÃOS A TREMER QUANDO FAZIA ALGUMA COISA?

Sempre	Com muita frequência	Frequentemente	Com pouca frequência	Quase nunca	Nunca
--------	----------------------	----------------	----------------------	-------------	-------

16- DURANTE O ÚLTIMO MÊS, COM QUE FREQUÊNCIA SENTIU QUE NÃO TINHA FUTURO, QUE NÃO TINHA PARA ONDE ORIENTAR A SUA VIDA?

Sempre	Com muita frequência	Frequentemente	Com pouca frequência	Quase nunca	Nunca
--------	----------------------	----------------	----------------------	-------------	-------

17- DURANTE QUANTO TEMPO, NO MÊS QUE PASSOU, SE SENTIU CALMO E EM PAZ?

Sempre	Quase sempre	A maior parte do tempo	Durante algum tempo	Quase nunca	Nunca
--------	--------------	------------------------	---------------------	-------------	-------

18- DURANTE QUANTO TEMPO, NO MÊS QUE PASSOU, SE SENTIU EMOCIONALMENTE ESTÁVEL?

Sempre	Quase sempre	A maior parte do tempo	Durante algum tempo	Quase nunca	Nunca
--------	--------------	------------------------	---------------------	-------------	-------

19- DURANTE QUANTO TEMPO, NO MÊS QUE PASSOU, SE SENTIU TRISTE E EM BAIXO?

Sempre	Quase sempre	A maior parte do tempo	Durante algum tempo	Quase nunca	Nunca
--------	--------------	------------------------	---------------------	-------------	-------

20- COM QUE FREQUÊNCIA, NO MÊS PASSADO SE SENTIU COMO SE FOSSE CHORAR?

Sempre	Com muita frequência	Frequentemente	Com pouca frequência	Quase nunca	Nunca
--------	----------------------	----------------	----------------------	-------------	-------

21- DURANTE O ÚLTIMO MÊS, COM QUE FREQUÊNCIA VOCÊ SENTIU QUE AS OUTRAS PESSOAS SE SENTIRIAM MELHOR SE VOCÊ NÃO EXISTISSE?

Sempre	Com muita frequência	Frequentemente	Com pouca frequência	Quase nunca	Nunca
--------	----------------------	----------------	----------------------	-------------	-------

22- QUANTO TEMPO, DURANTE O ÚLTIMO MÊS, SE SENTIU CAPAZ DE RELAXAR SEM DIFICULDADE?

Sempre	Quase sempre	A maior parte do tempo	Durante algum tempo	Quase nunca	Nunca
--------	--------------	------------------------	---------------------	-------------	-------

23 NO ÚLTIMO MÊS, DURANTE QUANTO TEMPO SENTIU QUE AS SUAS RELAÇÕES AMOROSAS ERAM TOTAL OU COMPLETAMENTE SATISFATÓRIAS?

Sempre	Quase sempre	A maior parte do tempo	Durante algum tempo	Quase nunca	Nunca
--------	--------------	------------------------	---------------------	-------------	-------

24- COM QUE FREQUÊNCIA, DURANTE O ÚLTIMO MÊS, SENTIU QUE TUDO ACONTECIA AO CONTRÁRIO DO QUE DESEJAVA?

Sempre	Com muita frequência	Frequentemente	Com pouca frequência	Quase nunca	Nunca
--------	----------------------	----------------	----------------------	-------------	-------

25- DURANTE O ÚLTIMO MÊS, QUÃO INCOMODADO É QUE VOCÊ SE SENTIU DEVIDO AO NERVOSO?

Extremamente, ao ponto de não poder fazer as coisas que devia	Muito incomodado	Um pouco incomodado pelos meus nervos	Algo incomodado, o suficiente para que desse por isso	Apenas de forma muito ligeira	Nada incomodado
---	------------------	---------------------------------------	---	-------------------------------	-----------------

26- NO MÊS QUE PASSOU, DURANTE QUANTO TEMPO SENTIU QUE A SUA VIDA ERA UMA AVENTURA MARAVILHOSA?

Sempre	Quase sempre	A maior parte do tempo	Durante algum tempo	Quase nunca	Nunca
--------	--------------	------------------------	---------------------	-------------	-------

27- DURANTE QUANTO TEMPO, DURANTE O MÊS QUE PASSOU, SE SENTIU TRISTE E EM BAIXO, DE TAL MODO QUE NADA O CONSEGUIA ANIMAR?

Sempre	Com muita frequência	frequentemente	Com pouca frequência	Quase nunca	Nunca
--------	----------------------	----------------	----------------------	-------------	-------

28- DURANTE O ÚLTIMO MÊS, ALGUMA VEZ PENSOU EM ACABAR COM A VIDA?

Sim, muitas vezes	Sim, algumas vezes	Sim, umas poucas de vezes	Sim, uma vez	Não, nunca
-------------------	--------------------	---------------------------	--------------	------------

29- NO ÚLTIMO MÊS, DURANTE QUANTO TEMPO SE SENTIU, CANSADO INQUIETO E IMPACIENTE?

Sempre	Quase sempre	A maior parte do tempo	Durante algum tempo	Quase nunca	Nunca
--------	--------------	------------------------	---------------------	-------------	-------

30- NO ÚLTIMO MÊS, DURANTE QUANTO TEMPO SE SENTIU RABUGENTO OU DE MAU HUMOR?

Sempre	Quase sempre	A maior parte do tempo	Durante algum tempo	Quase nunca	Nunca
--------	--------------	------------------------	---------------------	-------------	-------

31- DURANTE QUANTO TEMPO, NO ÚLTIMO MÊS, SE SENTIU ALEGRE, ANIMADO E BEM DISPOSTO?

Sempre	Quase sempre	A maior parte do tempo	Durante algum tempo	Quase nunca	Nunca
--------	--------------	------------------------	---------------------	-------------	-------

32 -DURANTE O ÚLTIMO MÊS, COM QUE FREQUÊNCIA SE SENTIU CONFUSO OU PERTURBADO?

Sempre	Com muita frequência	Frequentemente	Com pouca frequência	Quase nunca	Nunca
--------	----------------------	----------------	----------------------	-------------	-------

33- DURANTE O ÚLTIMO MÊS SENTIU-SE ANSIOSO OU PREOCUPADO?

Sim, extremamente, ao pouco de ficar doente ou quase	Sim, muito	Sim, um pouco	Sim, o suficiente para me incomodar	Sim, de forma muito ligeira	Não. De maneira nenhuma
--	------------	---------------	-------------------------------------	-----------------------------	-------------------------

34- NO O ÚLTIMO MÊS DURANTE QUANTO TEMPO SE SENTIU UMA PESSOA FELIZ?

Sempre	Quase sempre	A maior parte do tempo	Durante algum tempo	Quase nunca	Nunca
--------	--------------	------------------------	---------------------	-------------	-------

35- COM QUE FREQUÊNCIA DURANTE O ÚLTIMO MÊS, SE SENTIU COM DIFICULDADE EM SE MANTER CALMO?

Sempre	Com muita frequência	Frequentemente	Com pouca frequência	Quase nunca	Nunca
--------	----------------------	----------------	----------------------	-------------	-------

36- NO ÚLTIMO MÊS, DURANTE QUANTO TEMPO SE SENTIU ESPIRITUALMENTE EM BAIXO?

Sempre	Quase sempre	Uma boa parte do tempo	Durante algum tempo	Quase nunca	Nunca acordo com a sensação de descansado
--------	--------------	------------------------	---------------------	-------------	---

37- COM QUE FREQUÊNCIA DURANTE O ÚLTIMO MÊS, ACORDOU DE MANHÃ SENTINDO-SE FRESCO E REPOUSADO?

Sempre, todos os dias	Quase todos os dias	Frequentemente	Algumas vezes, mas normalmente não	Quase nunca	Nunca
-----------------------	---------------------	----------------	------------------------------------	-------------	-------

38- DURANTE O ÚLTIMO MÊS, ESTEVE, OU SENTIU-SE DEBAIXO DE GRANDE PRESSÃO OU STRESS?

Sim, quase a ultrapassar os meus limites	Sim, muita pressão	Sim, alguma, mais do que o costume	Sim, alguma, como de costume	Sim, um pouco	Não, nenhuma
--	--------------------	------------------------------------	------------------------------	---------------	--------------

MUITO OBRIGADO.

ANEXO E - MATERIAL DE DIVULGAÇÃO



CONVITE

**PRÉ-NATAL DE
SAÚDE MENTAL**



ESPAÇO DE REFLEXÃO E
ACOLHIMENTO EMOCIONAL

SE VOCÊ:

- TEM MAIS DE 18 ANOS;
- ESTÁ GESTANTE;
- ESTÁ ENTRE O PRIMEIRO E SEGUNDO TRIMESTE DA GESTAÇÃO;
- REALIZA O PRÉ-NATAL NA USF TARUMÃ.

E TEM INTERESSE EM PARTICIPAR, AVISE NA RECEPÇÃO DA UNIDADE OU ENTRE EM CONTATO VIA O E-MAIL: ingrid_ecks@hotmail.com

PROJETO-INTERVENÇÃO DA
PSICÓLOGA RESIDENTE EM SAÚDE
MENTAL INGRID CARLA ECKS

ANEXO F - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós, Ingrid Carla Ecks e Luciana Elisabete Savaris, pesquisadoras da Escola de Saúde Pública do Paraná, estamos convidando a senhora a participar de um estudo intitulado “Pré-natal de saúde mental para gestantes na atenção básica: uma pesquisa-intervenção”. O objetivo desta pesquisa é qualificar o cuidado em saúde mental ofertado às gestantes em uma Unidade de Saúde da Família do Município de Pinhais-PR, por meio da oferta de espaço de acolhimento emocional para as gestantes e incentivo à reflexão através da disponibilização de informações confiáveis.

Esta pesquisa se justifica pela necessidade de intervenções em saúde mental voltadas para gestantes, devido ao risco de agravamento de sofrimento psíquico durante o período gestacional. Além disso, entende-se que a Atenção Básica é uma estratégia que deve promover saúde integral e resolutividade.

Caso a senhora participe da pesquisa, será necessário participar de um atendimento individual com a pesquisadora, responder a um questionário que investiga aspectos da saúde mental e participar dos encontros do grupo de pré-natal de saúde mental. Para tanto a senhora deverá comparecer na Unidade de Saúde Tarumã, localizada em Rua Guilherme Weiss, 500 - Vila Taruma, Pinhais - PR, 83323-200, para o atendimento individual, com aproximadamente 1 hora de duração, responder a um questionário, que levará aproximadamente 30 minutos de duração, e participar dos encontros de pré-natal de saúde mental, que duram em média 2 horas cada encontro semanal, durante seis semanas.

A pesquisa realizada apresenta alguns benefícios, tais como: geração de conhecimentos para a sociedade, principalmente acerca dos aspectos psicológicos da gestação e possibilidades de cuidado para essa população. Neste estudo, é apresentada uma estratégia de cuidado aplicável em muitos contextos, de baixo custo e com boas perspectivas de suporte às gestantes. Além disso, ao final da pesquisa poderemos mensurar, em partes, essas reverberações do pré-natal de saúde mental para a população atendida. No entanto, nem sempre a senhora será diretamente beneficiada por sua participação neste estudo.

Por outro lado, poderá apresentar riscos: desconforto, vergonha e estresse derivado do contato com temas sensíveis para as participantes. Para diminuir esse risco você poderá se recusar a responder a qualquer uma das questões, bem como encerrar sua participação a qualquer momento, sem necessidade de qualquer justificativa e sem qualquer prejuízo. Caso seja expresso durante a pesquisa e em função da mesma a sua necessidade de acolhimento e escuta, as próprias pesquisadoras se comprometem a realizar o atendimento.

Também existem os riscos de quebra de sigilo e do anonimato, para minimizar estes riscos tanto a entrevista, aplicação do questionário, quanto os encontros do grupo terapêutico ocorrerão em sala privativa. Nós pesquisadoras nos comprometemos a salvar todos os dados em arquivo único, com senha, que

ficará em posse da pesquisadora responsável pelo prazo de 05 anos, conforme orientação da Resolução n. 466/12. Quanto ao anonimato, você será identificadada apenas com códigos alfanuméricos (ex. P01; P02).

As pesquisadoras Ingrid Carla Ecks e Luciana Elisabete Savaris, responsáveis por este estudo, poderão ser localizadas para esclarecer eventuais dúvidas que a senhora possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo no seguinte local/telefone: Rua Dr. Dante Romanó, 120 - Tarumã, Curitiba - PR, 82821-016; (41) 3343-0478 ou pelos emails: profelusavaris@gmail.com e ingrid... Se 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 contínua do estudo de pesquisa para mantê-lo seguro e proteger seus direitos.

A sua participação neste estudo é voluntária e se 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.

As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas, como a equipe de saúde. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, será feito sob forma codificada, para que a sua identidade seja preservada e seja mantida a confidencialidade. O material com as informações acerca desta pesquisa será utilizado unicamente para este estudo e será destruído ao término do estudo, dentro de um ano. As despesas necessárias para a realização da pesquisa, como transporte da pesquisadora, impressões e materiais artísticos não são de sua responsabilidade; entretanto, a senhora não receberá qualquer valor em dinheiro apenas pela sua participação. Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

Eu, _____ li esse Termo de Consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem qualquer prejuízo para mim nem para meu tratamento ou atendimento ordinários que eu possa receber de forma rotineira na Instituição. Eu entendi o que não posso fazer durante a pesquisa e fui informado que serei atendido sem custos para mim se eu apresentar algum problema diretamente relacionado ao desenvolvimento da pesquisa. Por fim, entendi que receberei uma via deste Termo de Consentimento assinada pelo representante da equipe de pesquisa.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Nome por extenso da Participante

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 da Pesquisadora

Assinatura da Pesquisadora

Pinhais,

ANEXO G - CONTRATO DE GRUPO DE PRÉ-NATAL DE SAÚDE MENTAL

1. Sigilo: todo o conteúdo compartilhado neste grupo deve ser preservado em sigilo;
2. Evite palpites: aprendemos melhor ouvindo e acolhendo a experiência uma da outra. Prefira falar sobre a própria experiência;
3. Se você quer entender melhor, pergunte. Evite encontrar “erros” nos pensamentos e ações uns dos outros;
4. Respeite a opinião uma da outra, evitar julgamentos;
5. Compartilhe sua experiência, mesmo que não seja feliz com o resultado. A sua experiência pode ajudar outra pessoa que esteja passando por outra situação;
6. Respeite a dor do outro, não interrompa;
7. Esteja aberta a ideias diferentes.

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

NAYARA GABRIELA LITZ DE SOUZA

**CUIDADO COMPARTILHADO NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DO
MUNICÍPIO DE PINHAIS: ARTICULAÇÕES POSSÍVEIS ENTRE A UNIDADE DE
SAÚDE DA FAMÍLIA TARUMÃ E O CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
REGIONAL I**

CURITIBA

2024

NAYARA GABRIELA LITZ DE SOUZA

**CUIDADO COMPARTILHADO NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DO
MUNICÍPIO DE PINHAIS: ARTICULAÇÕES POSSÍVEIS ENTRE A UNIDADE DE
SAÚDE DA FAMÍLIA TARUMÃ E O CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
REGIONAL I**

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: **Rejane Cristina Teixeira Tabuti**

CURITIBA

2024

FOLHA DE APROVAÇÃO

Curitiba, 26 de janeiro de 2024.

O trabalho intitulado **CUIDADO COMPARTILHADO NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DO MUNICÍPIO DE PINHAIS: ARTICULAÇÕES POSSÍVEIS ENTRE A UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA TARUMÃ E O CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL REGIONAL I** de autoria da aluna **NAYARA GABRIELA LITZ DE SOUZA** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental.

Prof. Ma. Rejane Cristina Teixeira Tabuti
Orientadora do TCR

Prof. Ma. Luciana Elisabete Savaris
Avaliadora da Instituição

Prof. Dra. Lygia Maria Portugal de Oliveira
Avaliadora Externa

AGRADECIMENTOS

Agradeço às pessoas que encontrei pelas oportunidades de trocas, reflexões e construções conjuntas, que me ensinaram que saúde mental tem relação com afeto, vínculo, criatividade e de sustentação das diferenças.

Às amigas Eve e Ind, minhas companheiras de residência e de vida, que foram em tantos momentos abrigo durante as tempestades, meu amor por vocês é gigante.

Ao meu amor da vida, Tainá, um dos encontros mais bonitos e inesperados da minha existência até aqui. Sorte minha dividir a vida com você, te amo.

Às(aos) profissionais que nos receberam em cada cenário de prática com paciência e disposição para trocas.

Às/aos preceptoras/es que me acompanharam mais de perto, obrigada pelos ensinamentos e apoio. Em especial, à minha querida Andréa por ter me abraçado e incentivado, te amo e quero você pra sempre na minha vida.

Aos tutores pela escuta sempre atenta e pelo acolhimento, vocês foram imprescindíveis nesta jornada.

As colegas R1 e R3, obrigada pelos diálogos, aprendi muito com vocês.

Por fim, agradeço à família por compreender, na maioria das vezes, a minha ausência. Obrigada pelos momentos de encontros animados, foi muito importante para que eu conseguisse continuar.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO E FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	8
2 OBJETIVO GERAL E ESPECÍFICOS	15
3 ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS	16
4 RESULTADO E DISCUSSÃO.....	25
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	52
REFERÊNCIAS.....	56
APÊNDICES E ANEXOS	58

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 - A USF tem conhecimento sobre os(as) usuários(as) atendidos no CAPS?.....	46
Gráfico 2 - Nota atribuída para a comunicação entre USF Tarumã e o CAPS Regional I.....	46
Gráfico 3 - Serviços considerados importantes para o cuidado em saúde mental (agrupados por secretaria).....	48

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
ESF	Estratégia de Saúde da Família
MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RP	Reforma Psiquiátrica
SUS	Sistema Único de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família

RESUMO

A Reforma Psiquiátrica provocou importantes transformações no cuidado em saúde mental, no que diz respeito às práticas, saberes e na busca por um novo lugar social para a loucura. Orientado pela perspectiva de Atenção Psicossocial, defende-se que o cuidado deve acontecer, prioritariamente, no território, a partir de uma rede integrada, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Para um cuidado no território que seja integral, longitudinal e com participação dos sujeitos, faz-se fundamental a articulação entre os pontos de atenção da RAPS em conjunto com a rede intersetorial de políticas públicas. A partir da inserção da pesquisadora enquanto residente em cenários de prática no município de Pinhais, identificou-se fragilidades no cuidado compartilhado aos usuários, entre a Unidade de Saúde da Família Tarumã e o Centro de Atenção Psicossocial Regional I, refletindo na atenção à saúde para aqueles que em algum momento da vida estiveram em acompanhamento no CAPS. Dessa forma, foi proposta esta intervenção com o objetivo de contribuir para o processo de construção coletiva de estratégias para promover o cuidado compartilhado entre a USF Tarumã e o CAPS Regional I, no município de Pinhais. Nesse sentido, foi enviado questionário às equipes a fim de compreender como as(os) trabalhadoras(es) entendem o cuidado em saúde mental, e os desafios e potencialidades identificados na articulação da RAPS, com enfoque na relação entre Atenção Primária à Saúde e CAPS. As respostas orientaram os debates nos encontros coletivos. Assim, foram realizados dois encontros entre os(as) trabalhadores(as) dos referidos serviços e um encontro com as respectivas coordenadoras. Enquanto desdobramentos desta intervenção, menciona-se a aproximação entre as equipes, a construção de planilha compartilhada para o acompanhamento aos usuários, e construção de agenda compartilhada com previsão de espaço mensal para discussão de casos, e abertura para construção conjunta do Projeto Terapêutico Singular (PTS) dos(as) usuários(as). Criar espaços de discussão coletivas entre os serviços é parte fundamental de um trabalho que se propõe acontecer em rede, no entanto, não garante que as práticas e discussões sejam orientadas pela perspectiva de Atenção Psicossocial, sendo fundamental trazer a reflexão ética e política sobre o que orienta a prática no cotidiano de atuações nos serviços. A produção de saúde é possível quando o cuidado é centrado no sujeito e os sentidos e significados em perspectiva viabilizam a construção de Projetos Terapêuticos Singulares que contribuam para a promoção da cidadania, autonomia, produzindo vida no território. E práticas assim só são possíveis a partir do reconhecimento das pessoas enquanto sujeitos de direitos, com voz e com possibilidades de criar novas formas de viver.

Palavras-chave: saúde mental; cuidado compartilhado; Rede de Atenção Psicossocial.

1 INTRODUÇÃO E REFERENCIAL TEÓRICO

O processo de luta por transformações no cuidado de pessoas em sofrimento psíquico não aconteceu apenas no Brasil, se desdobrou mundialmente e ficou conhecido como Reforma Psiquiátrica (RP). Inclusive, as lutas no Brasil se inspiraram nas experiências que ocorreram na Itália, conhecida como “berço” da RP (Amarante e Nunes, 2018).

A Reforma Psiquiátrica (RP) é um movimento mundial de luta por transformações nas práticas de Atenção ao sofrimento psíquico e mental que, a partir da década de 1960, se desdobrou em experiências concretas em diversos países, cuja diversidade se estende desde mudanças cosméticas no Manicômio e sua lógica, até propostas de desospitalização, de desinstitucionalização, e de total extinção dos manicômios. Estas últimas ocorreram de forma localizada, especialmente na Itália (Costa-Rosa, 2013, p. 12).

Amarante (2021) refere que a RP é constituída por dimensões, interligadas e interdependentes, caracterizando-a como um processo social-complexo. Indica que as dimensões que a constituem são teórico-conceitual, técnico-assistencial, jurídico-política e sociocultural.

A dimensão teórico-conceitual diz respeito às reflexões em relação ao saber construído pela psiquiatria tradicional e ao modelo biomédico, tais como as noções em relação à normalidade, cura e periculosidade, que ao longo do tempo contribuíram para que se criasse o estigma direcionado às pessoas em sofrimento psíquico, onde por muito tempo tinha-se nos manicômios como único lugar de “tratamento”, num viés excludente e de ajustamento (Amarante, 2021).

Assim, cunhou-se no processo da RP a noção de “cuidado psicossocial”, ampliando a compreensão produzida e reproduzidas pelo modelo biomédico, no sentido de olhar e cuidar do sujeito em sua integralidade, considerando as dimensões psíquica e social, buscando fortalecer as redes de apoio e os projetos de vida dos sujeitos (Amarante, 2021).

As reflexões e críticas realizadas na dimensão teórico-conceitual, os questionamentos em relação ao saber construído pela psiquiatria em relação à loucura, se relacionam com os esforços para as mudanças ocorridas na dimensão técnico-assistencial, que envolve mudanças na estruturação dos serviços e nas formas de atendimento realizado, no sentido de substituir o modelo tradicional,

hospitalocêntrico, pelo modelo de Atenção Psicossocial, com enfoque nos serviços de base territorial (Amarante, 2021).

Assim, no que se refere à dimensão técnico-assistencial, busca-se consolidar uma rede de saúde territorial com ofertas diversificadas que possam atender os sujeitos em sua integralidade, sem a necessidade de afastá-los do território. Para que seja possível o cuidado proposto, essa rede articulada engloba diferentes serviços e estratégias, que envolvem serviços da Atenção Primária à Saúde, Atenção Especializada, leitos psiquiátricos em hospital geral, estratégias de moradia e geração de renda, centros de cultura e convivência, entre outros (Amarante, 2021).

Expressa mudanças não somente em relação aos serviços, mas também nas relações entre profissionais e pessoas atendidas, onde os sujeitos ocupam lugar de protagonismo em relação à construção de suas vidas, com direito à participação social e a ocupar e transformar a cidade (Amarante, 2021).

A dimensão jurídico-política refere-se às transformações que buscam romper com o “estatuto jurídico da pessoa considerada louca” (Amarante, 2021, p. 21), legado da psiquiatria tradicional que rotula as pessoas consideradas loucas enquanto desprovidas de razão e discernimento, sendo consideradas do ponto de vista jurídico como inimputáveis, ou seja, incapazes de responderem sobre seus próprios atos. Essa noção está relacionada à ideia de que as pessoas com transtorno mental são consideradas perigosas e apresentam risco para a sociedade (Amarante, 2021).

A RP conquistou enquanto avanço significativo a aprovação da Lei Federal nº 10.216 de 6 de abril de 2001, que estabelece os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, impulsionando importantes reflexões sobre o internamento em instituições psiquiátricas (Amarante, 2021).

A dimensão sociocultural refere-se à construção de um novo lugar social para a loucura a partir de transformações no imaginário social, as representações acerca da loucura e as relações que são estabelecidas com as pessoas em sofrimento psíquico. Essas mudanças são desafiadoras considerando o saber construído e consolidado pela psiquiatria tradicional, marcado por séculos de exclusão e práticas estigmatizantes em relação às pessoas com transtornos mentais. Busca-se construir novas formas de relação, baseadas na inclusão e no reconhecimento das diversidades e singularidades dos sujeitos. Entre os caminhos possíveis para essas mudanças, menciona-se as ações de caráter coletivo, como a participação social dos

atores envolvidos, estratégias de geração de renda e os dispositivos de arte e cultura (Amarante, 2021).

Assim, as 4 dimensões trazidas por Amarante (2021) estão articuladas e as transformações operadas em uma, incidem na outra e assim por diante. Dessa forma, diversos atores atuaram e continuam atuando para transformar a realidade, buscando a consolidação do modelo de Atenção Psicossocial em substituição ao modelo biomédico.

No campo da saúde mental, a primeira organização coletiva que defendeu alguma mudança na forma do cuidado às pessoas com transtorno mental, articulou-se e ficou conhecida como Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), teve início a partir da organização de profissionais, em meados de 1970, os quais denunciavam o cenário de violações e precariedade. No entanto, a princípio, as reivindicações eram restritas a mudanças na assistência psiquiátrica, saúde mental e reforma psiquiátrica não eram conceitos utilizados na época (Amarante e Nunes, 2018).

Amarante e Nunes (2018), apontam que no processo de construção do Movimento ocorreram duas transformações importantes no interior da organização coletiva. Sobre as mudanças, uma diz respeito à constituição enquanto movimento social, na medida em passar a ser construído por outros atores além dos profissionais, como os usuários(os), familiares e ativistas que atuam em prol dos direitos humanos. A outra mudança refere-se ao posicionamento que passou a ser adotado pelo movimento pela extinção das instituições e concepções manicomiais (Amarante e Nunes, 2018).

Uma forma de olhar para as contribuições da Reforma Psiquiátrica Brasileira é a partir das mudanças nos investimentos públicos, que até a década de 1970 estavam concentrados no financiamento de Hospitais Psiquiátricos. A partir da RP, os recursos públicos passaram a ser investidos em outras estratégias de cuidado, como ampliação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e o Programa de Volta Para Casa. Assim, de 80 mil leitos em 1970, passou para 24 mil leitos em Hospitais Psiquiátricos em 2013 (Amarante e Nunes, 2018).

Apesar desses avanços e outros não mencionados, é preciso sempre lembrar que a RP é um processo, portanto, não está acabada. O campo da saúde está em permanente disputa; de um lado, a defesa por uma saúde pública universal, de

qualidade, com equidade e participação social; do outro lado, a saúde enquanto mercadoria.

Os pressupostos da Reforma Psiquiátrica e da luta antimanicomial orientam a formação no âmbito da Residência Multiprofissional em Saúde Mental, da Escola de Saúde Pública do Paraná, realizada em parceria com a Prefeitura Municipal de Pinhais.

Ao ingressarmos na residência, somos incumbidas da tarefa de olhar para os cenários de prática e identificar no que podemos contribuir, e a partir disso propor e executar uma intervenção que deixem contribuições de nossa passagem enquanto residentes. Dada esta tarefa, a experimentação de ser e estar nos campos nos mobiliza, nos faz refletir sobre como é, como deveria ser, sempre orientadas pela perspectiva antimanicomial.

Neste sentido, ao refletir sobre as trajetórias das pessoas atendidas nos serviços que se caracterizam enquanto cenários de práticas, especialmente, daqueles deslocamentos entre Unidade de Saúde da Família e CAPS - da Atenção Primária ao serviço especializado - encontrei desafios relacionados às rupturas, descontinuidades que acontecem nessas trajetórias, nos processos de entradas e saídas do serviço especializado.

Assim, a questão central que incitou esta intervenção partiu de observações desta pesquisadora e diálogos com profissionais que atuam na Unidade de Saúde da Família Tarumã e do CAPS Regional I, e refere-se às dificuldades na articulação de rede e do trabalho compartilhado entre os referidos serviços no município de Pinhais, entendendo que isto impacta no cuidado integral e longitudinal dos usuários com demandas em saúde mental e que em decorrência de seu sofrimento, estão sendo atendidos ou possuem indicação para o cuidado em CAPS.

As dificuldades mencionadas referem-se às lacunas na comunicação entre as equipes, a ausência de espaços para discussão de casos e a predominância da lógica do encaminhamento em detrimento da corresponsabilização pelo cuidado aos(as) usuários(as).

A RAPS, regulamentada por meio da Portaria GM/MS nº 3.088/2011, busca ampliar e fortalecer o cuidado às pessoas em sofrimento psíquico, a partir de uma rede que deve atuar de forma articulada para a integralidade e continuidade do cuidado aos usuários, buscando contrapor práticas fragmentadas e isoladas. É

composta por diferentes componentes e pontos de atenção, com o intuito de articular os diferentes serviços para atendimento integral dos sujeitos.

A Atenção Primária à Saúde (APS) se constitui como um dos pontos de atenção da RAPS e é considerada a porta de entrada prioritária para o acesso dos(as) usuários(as) ao Sistema Único de Saúde (SUS), devendo viabilizar esse primeiro acesso às pessoas com diversas demandas em saúde, inclusive as pessoas em sofrimento psíquico. A APS é formada por diversas ações individuais e coletivas, desenvolvida de forma descentralizada e próxima das pessoas. Entre suas funções está a contribuição com o funcionamento das Redes de Atenção à Saúde, a partir da coordenação do cuidado e ordenação das redes (Ministério da Saúde, 2013).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) constitui-se como abordagem prioritária para reorientar o modelo de atenção à saúde, contribuindo para a expansão e consolidação da Atenção Primária à Saúde. As equipes de saúde da família devem ser compostas, no mínimo, por médico, enfermeiro, auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS) (Brasil, 2017).

As equipes de saúde da família devem acompanhar as famílias adscritas de seus territórios em todas as suas especificidades. O cuidado deve ser longitudinal e, quando necessário, pode ser compartilhado com outros pontos de atenção da RAPS, como o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

O CAPS, por sua vez, é considerado o principal serviço substitutivo ao modelo hospitalocêntrico e se caracteriza como uma importante estratégia para mudar o modelo de assistência, tendo a tarefa de tecer o cuidado na rede de saúde mental com os diversos atores do território (Yasui, 2010).

O cuidado realizado na RAPS deve priorizar a atenção no território de vida dos sujeitos, orientadas pelos princípios da integralidade, continuidade do cuidado e participação social. E neste sentido, cada ator tem um papel importante no cuidado em saúde mental. Tanto a Atenção Primária, como o CAPS são dispositivos potentes para provocar a reabilitação de territórios, e trabalharem como impulsionadores de vida.

Apesar da atribuição da APS no cuidado em saúde mental, as equipes podem sentir-se, com frequência, desafiadas no atendimento e manejo de situações apresentadas por usuários em relação ao sofrimento emocional/psíquico (Ministério da Saúde, 2013).

Entre os desafios encontrados no cuidado em saúde mental na APS, pode-se mencionar a sobrecarga dos profissionais, a fragilidade da articulação entre APS e outros pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e assistência voltada principalmente ao fazer biomédico (Delfine e Reis, 2012).

Dessa forma, sendo a Atenção Primária um espaço privilegiado na identificação e cuidado de situações de sofrimento psíquico, é imprescindível que as equipes desenvolvam competências e possam contar com apoio matricial e intersetorial presente no território (Ministério da Saúde, 2013).

Partindo da compreensão de que o CAPS se caracteriza como lugar de passagem temporária e que as equipes devem atuar no sentido de que o cuidado siga acontecendo no território, destaca-se a importância do diálogo entre as equipes do CAPS e da Atenção Primária na transferência de cuidados, pois

a medida que as equipes mantêm a corresponsabilização pelas demandas dos usuários, conhecem suas histórias de vida, contexto e rede social, suas fragilidades, necessidades, assim como suas potencialidades, poderão fornecer suporte integral para o usuário, ultrapassando as questões de saúde (Guedes, Olschowsky e Antonacci, 2017, p. 6-7).

Compreende-se a importância de fomentar trabalhos colaborativos entre os atores do território, neste sentido menciona-se a proposta de apoio matricial, estratégia de reorganização do trabalho em saúde, elaborada e experimentada pelo por Campos (1999) desde 1989. Em suas reflexões, destaca a forma como as relações do trabalho em saúde foram sendo construídas a partir de uma lógica organizacional e problematiza as relações verticalizadas e hierárquicas produzidas e reproduzidas nos serviços de saúde, determinadas pelos processos sociais e históricos e atravessadas por tantas outras determinações (Campos, 1999).

Segundo Chiaverini (2011, p.13) “matriciamento ou apoio matricial é um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica”.

O apoio matricial vem sendo implementado no Brasil como forma de integrar diferentes saberes, disciplinas e equipes, para o cuidado integral dos(as) usuários(as). Por meio do apoio da equipe matricial é possível que a equipe de referência amplie suas possibilidades de cuidado e resolutividade. Neste modo de

organizar o trabalho, há o compromisso de cogestão e da construção compartilhada do cuidado (Campos, Campos e Treichel, 2019).

Diante disso, esta intervenção foi proposta com o objetivo de contribuir para o processo de construção do cuidado compartilhado dos(as) usuários(as) entre a Unidade de Saúde da Família (USF) Tarumã e o CAPS Regional I. Ressalta-se a relevância desta intervenção, pois mesmo quando os usuários estão sendo atendidos em outro ponto de atenção da RAPS a APS tem como uma de suas funções a responsabilização pela saúde dos usuários. Dessa forma, é fundamental que as equipes que atuam nas unidades de saúde da família permaneçam acompanhando esses usuários, tendo em vista que a integralidade e a longitudinalidade são atributos da APS¹ (Brasil, 2010).

¹ A longitudinalidade diz respeito à relação construída entre usuários e profissionais de saúde que atuam nas unidades de saúde ao longo do tempo. Assim, as equipes de saúde que atuam na APS devem acompanhar os sujeitos e as famílias em todas as fases de vida, o que possibilita a construção de vínculos. Já a integralidade da atenção implica o conhecimento da APS acerca das necessidades de saúde da população, a fim de que os serviços estejam organizados para atender as necessidades comuns dos sujeitos e das famílias e, quando as necessidades extrapolam as possibilidades de resolutividade apenas na APS, atua como ator importante na comunicação com outros pontos de atenção, viabilizando o acesso dos sujeitos e a continuidade do cuidado (Brasil, 2010).

2 OBJETIVOS GERAL E ESPECÍFICOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Contribuir para o processo de construção coletiva de estratégias para promover o cuidado compartilhado entre a USF Tarumã e o CAPS Regional I, no município de Pinhais.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a. Discutir possibilidades de acompanhamento e compartilhamento de informações referente ao cuidado dos(as) usuários(as);
- b. Fomentar o diálogo e atuações conjuntas entre as equipes do CAPS Regional I e da USF Tarumã;
- c. Compreender como as(os) profissionais que atuam nesses serviços entendem o cuidado em saúde mental, os desafios e potencialidades na articulação da RAPS, com enfoque na relação entre Atenção Primária e CAPS.

3 ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa-intervenção. O objetivo da intervenção foi contribuir para o processo de construção coletiva de estratégias para promover o cuidado compartilhado entre a USF Tarumã e o CAPS Regional I, no município de Pinhais. Buscou-se fomentar o diálogo e atuações conjuntas entre as equipes, bem como, discutir sobre mecanismos de acompanhamento e compartilhamento de informações referente ao cuidado dos usuários.

A pesquisa-intervenção pretende provocar transformações, o conhecimento é produzido no processo de intervenção junto aos grupos e comunidades. Valoriza-se os saberes de todos os envolvidos, e a reflexão sobre as relações de poder na relação entre pesquisadora, instituição e atores envolvidos acontece durante todo o processo de pesquisa. Os sujeitos e objetos de pesquisa não existem separados, se produzem e reproduzem na relação que estabelecem entre si (CHASSOT e SILVA, 2018).

Quanto à abordagem, esta pesquisa caracteriza-se como qualitativa:

trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos, dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 1994, p. 21-22).

A pesquisa qualitativa é interpretativa e pode ser reconfigurada na medida em que há aproximação com a realidade pesquisada e a identificação da necessidade de novas abordagens e perguntas sobre o objeto estudado (CRESWELL, 2010).

Dessa forma, optou-se pelo método referido devido a temática deste trabalho, qual seja o cuidado compartilhado, entendendo que por ser uma estratégia também relacional, que demanda construção de vínculos, optou-se por identificar no processo de intervenção as possibilidades de movimento e transformações, a serem construídas com os atores envolvidos.

3.2 LOCAIS PESQUISADOS

A intervenção foi realizada junto a USF Tarumã e CAPS Regional I, em Pinhais. Há dois CAPS no município de Pinhais, que passaram por mudanças e reformulações em agosto de 2023. Antes dessa data, o CAPS tipo II atendia pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, e o CAPS AD (Álcool e Drogas) atendia pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

No entanto, a partir da referida data, os CAPS passaram por um processo de regionalização e, agora, ambos atendem as duas clínicas, ou seja, pessoas com necessidades decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas e pessoas com transtornos mentais graves e persistentes. Além disso, foi realizada uma divisão de acordo com os territórios de abrangência das unidades de saúde do município, que são 11. Assim, o CAPS Regional I ficou responsável por atender os territórios de 6 unidades básicas de saúde, entre elas a USF Tarumã, e o CAPS Regional II responsável por atender 5.

Dessa forma, esta pesquisa foi realizada durante o período em que essas mudanças estavam em curso, onde tanto as equipes, como as pessoas atendidas nos CAPS, estavam aprendendo a lidar com o novo cenário, considerando a nova divisão geográfica dos territórios, o que levou a processos de transferência de cuidados dos(as) usuários(as) entre as equipes.

À época da intervenção, estavam inseridas(os) no CAPS Regional I em torno de 280 usuárias(os) para acompanhamento e avaliação. As estratégias de cuidados, envolvem a oferta de grupos terapêuticos, reunião familiar, atendimento individual, visita domiciliar, atendimento familiar, assembleia, matriciamento junto à USF, atendimento a crise e oficinas terapêuticas.

A USF Tarumã² está situada no Bairro Estância Pinhais. No início dos anos 2000 foi cadastrada como Unidade Básica de Saúde e no ano de 2009 ocorreu a implantação da Estratégia de Saúde da Família. Tem em sua área de abrangência 01 Unidade de Pronto Atendimento (UPA), 02 escolas municipais e 01 escola estadual. A maior distância que os(as) usuários atendidos percorrem de suas casas até a unidade é de 2 km. Em relação à população que reside na área de

² De acordo com a Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, é denominado de Unidade de Saúde da Família (USF) o estabelecimento de saúde que oferta ações e serviços de Atenção Primária à Saúde no âmbito do SUS e conta com pelo menos uma equipe de Saúde Família.

abrangência da unidade e está cadastrada é de 11.375 pessoas. Há duas equipes de saúde da família atuando na USF Tarumã, com o total de 4.265 usuários(as) vinculados às equipes.

Sobre a situação de saúde mental no âmbito da unidade menciona-se as informações extraídas do sistema de informação de saúde do município: identificou-se 754 usuários(as) com transtorno mental cadastrados e acompanhados; em 2021, 946 usuários(as) diferentes retiraram medicações psicotrópicas; há identificado que 27 usuários(as) fazem o uso de álcool e outras drogas.

Todas as informações apresentadas acima foram coletadas junto à coordenadora do serviço e referem-se a levantamento realizado no ano de 2023, sendo que nem todas as informações são do respectivo ano.

O território de abrangência da USF Tarumã se caracteriza pelo fácil acesso aos equipamentos públicos da área de assistência social e esporte, lazer e cultura, como por exemplo, ginásio poliesportivo, escola de dança do município, centro cultural, CREAS, CRAS e Centro de Convivência do Idoso. Além do fácil acesso ao terminal de Pinhais, que dá acesso a outros bairros do município, bem como, municípios do entorno.

3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Participaram do estudo dois públicos principais: (i) 1 usuária atendida no CAPS e que pertence ao território da USF Tarumã. Sendo levantadas informações a respeito dessa usuária por meio de documentos utilizados pelos serviços para acompanhamento, bem como, informações complementares disponibilizadas em sistema de informação próprio da Prefeitura de Pinhais; (ii) os profissionais da USF Tarumã (equipes de saúde da família e coordenação) e os profissionais do CAPS Regional I (assistente social, 2 psicólogas, enfermeira e coordenadora).

A pesquisa envolveu a participação de 26 indivíduos, sendo que nem todos participaram de todas as etapas. Nos encontros, houve a participação de 17 pessoas diferentes. Já em relação ao questionário, foi respondido por 24 participantes. E ainda, houve a participação da usuária, por meio da coleta de seus dados junto ao sistema de informação municipal e documentos secundários utilizados pelo CAPS Regional I.

3.4 PERÍODO DA COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada entre agosto e dezembro de 2023, por meio de análise documental, questionário e encontros com os(as) participantes da pesquisa.

3.5 PROCEDIMENTOS E INSTRUMENTOS DE COLETA

Quanto aos procedimentos para coleta de dados, foi realizada coleta documental, que consiste na coleta de documentos “que podem ser documentos públicos (por exemplo, jornais, atas de reunião, relatórios oficiais) ou documentos privados (por exemplo, registros pessoais e diários, cartas, e-mails)” (Creswell, 2010, p.190), envio de questionário aos profissionais com perguntas abertas e fechadas previamente definidas e os encontros com os(as) profissionais.

Quanto a fonte de dados utilizadas menciona-se: (i) questionário aplicado aos profissionais da USF Tarumã e CAPS Regional I; (ii) encontros coletivos com as equipes dos serviços; (iii) registros pessoais da pesquisadora realizados durante o período da residência; (iv) documentos construídos no âmbito da USF Tarumã e CAPS Regional I, com base no sistema de informação de saúde municipal; (v) site da Prefeitura, indicando os serviços disponíveis no território; (vi) Sistema de informação IDS Saúde (sistema de informação próprio do município); (vii) informações públicas disponibilizadas no Google Maps sobre o serviços públicos no município de Pinhais.

3.5.1 Questionário

A fim de aproximar-se ainda mais da realidade das(os) profissionais que trabalham na USF Tarumã e CAPS Regional I, foi solicitado que os(as) profissionais respondessem ao questionário, contendo 12 questões, como forma de elencar questões para serem debatidas e aprofundadas nos encontros.

O questionário foi disponibilizado aos profissionais por meio da ferramenta Google Forms. Buscou-se compreender como entendem a produção do cuidado em saúde mental no âmbito da RAPS e na rede intersetorial. As questões abordadas buscaram trazer elementos sobre os desafios na articulação entre USF e serviços especializados em saúde mental, com enfoque no CAPS Regional I; ações realizadas para articulação e cuidado compartilhado pelos serviços referidos;

compreensão dos(as) profissionais sobre o processo de transferência de cuidados dos usuários(as); compreensão sobre as potencialidades na articulação entre CAPS Regional I e USF Tarumã.

3.5.2 Dados secundários

Após solicitação da pesquisadora, foi enviado pelo CAPS Regional I levantamento dos(as) usuários(as) atendidos no referido serviço, inseridos e em processo de avaliação, e que pertencem à população adscrita atendida pela Unidade de Saúde da Família Tarumã.

Após a identificação, foi realizado contato com uma das usuárias e apresentada a proposta desta pesquisa, convidando-a para participar e solicitando a autorização para que a pesquisadora pudesse ter acesso às informações em relação ao acompanhamento no CAPS e na USF Tarumã, que pudessem ser compartilhadas com as equipes do CAPS Regional I e USF Tarumã por meio de planilha, com a intenção de fomentar maior integração em relação ao acompanhamento realizado. Após o aceite e mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), a planilha foi alimentada com as informações da usuária, dando início ao uso da ferramenta.

As informações utilizadas nesta pesquisa já são disponibilizadas tanto ao CAPS quanto à Unidade de Saúde, por meio do sistema compartilhado “IDS SAÚDE”. Dessa forma, não foram necessários outros dados da usuária, além daqueles que já são de uso das equipes nos atendimentos cotidianos.

A princípio, uma das propostas desta intervenção era construir um mapa que auxiliasse no acompanhamento dos(as) usuários(as). No entanto, no decorrer da intervenção, chegou-se à conclusão de que não seria uma ferramenta viável para ser utilizada no cotidiano de trabalho, com atualizações frequentes, devido ao tempo que demandaria para a atualização das informações. Assim, nos encontros realizados, os(as) profissionais indicaram a construção de uma planilha como ferramenta de troca de informações e acompanhamento.

Porém, apesar da definição pela planilha para acompanhamentos aos usuários(as), entendeu-se que a produção do mapa poderia contribuir com o conhecimento da equipe da unidade sobre os serviços do território. Assim, foi

utilizada a ferramenta do Google “My Maps”, que permite a construção de mapas personalizados.

O mapa referido foi compartilhado com a equipe da USF Tarumã e constam os serviços públicos das secretarias de saúde, assistência social, educação e esporte, cultura e lazer. disponíveis no território, as ofertas e formas de acesso, de forma que possa subsidiar na ampliação do conhecimento do território, a fim de ampliar as possibilidades nos planos de cuidado, para além dos serviços de saúde. Para a construção do mapa utilizou-se informações disponibilizadas no site oficial do município, além de dados fornecidos pelos serviços e de mapa elaborado pela Secretaria Municipal de Assistência Social.

Ademais, para construção deste trabalho, utilizou-se de registros pessoais da pesquisadora, realizados a partir de experiências e diálogos vivenciados no âmbito da residência.

3.5.3 Encontros coletivos

Inicialmente, estava previsto a realização de 3 encontros com os profissionais participantes da pesquisa, no entanto, devido às dificuldades em encontrar agendas compatíveis entre os serviços, pode-se realizar apenas 2.

A partir dos encontros coletivos buscou-se criar espaço de diálogo para que as(os) profissionais se conhecessem e trocassem impressões e experiências. Além disso, a partir do que foi pontuado nas respostas ao questionário, foi oportunizado reflexões de forma coletiva, na qual surgiram propostas de intervenção, além de outras questões para além daquelas elencadas.

Assim, foram realizados dois encontros entre os(as) profissionais do CAPS Regional I e USF Tarumã. A participação aconteceu conforme disponibilidade de agendas, o que foi, em especial, um grande desafio, sendo necessário propor muitas datas até encontrar um espaço que coubesse nas duas agendas.

Participaram dos momentos coletivos, médicas da saúde da família, agentes comunitários de saúde, equipe de enfermagem (enfermeira, técnica de enfermagem, auxiliar de enfermagem), psicólogas e assistente social.

No primeiro encontro, buscou-se realizar uma breve contextualização sobre a construção da RAPS enquanto resultado de lutas coletivas e a contribuição da luta antimanicomial para a mudança na atenção às pessoas em sofrimento psíquico.

Finalizou-se a fala, localizando qual o lugar das equipes na RAPS, mencionando as diretrizes que orientam a referida rede, e convidando-os para um exercício a partir de divisões em pequenos grupos e, no segundo momento, foi dada continuidade às discussões no grupo maior.

A ideia de aproximação, envolveu também pensar o espaço físico onde os encontros aconteceram, sendo realizado um encontro coletivo em cada serviço. Ao final do primeiro encontro, foi realizado um “tour” guiado por uma das técnicas do CAPS, nas áreas externa e interna do CAPS, sinalizando-se qual o uso dado à cada espaço.

O segundo encontro aconteceu 10 dias depois, e foi iniciado com uma breve apresentação dos(as) participantes. Na sequência, a pesquisadora retomou sobre o 1º encontro, já que haviam participantes que não estavam nesse primeiro momento. Conforme pactuado previamente, buscou-se retomar os diálogos do primeiro encontro e trazer conteúdo das respostas ao questionário.

Utilizando-se do apoio da apresentação de slides, foram agrupadas as respostas referentes à questão: “Quais estratégias poderiam ser utilizadas para aproximar os serviços (USF Tarumã e CAPS Regional I) e facilitar a comunicação e atuação conjunta?”. As respostas foram agrupadas em cinco categorias, segundo relação que estabeleciam entre si: (i) Discussão de casos; (ii) Atendimentos compartilhados; (iii) Diálogo e aproximação entre as equipes; (iv) Ferramentas de comunicação e compartilhamento de informações.

No processo de reflexão sobre as sugestões trazidas, identificou-se estreita relação com o arranjo de apoio matricial. Dessa forma, a pesquisadora retomou de forma geral sobre a proposta de modelo matricial, as possíveis contribuições para o cuidado compartilhado aos usuários(os), bem como, as ferramentas que podem ser utilizadas neste trabalho. Os apontamentos foram trazidos com base nas produções de Campos (1999; 2012) sobre apoio matricial.

Na sequência, sugeriu-se que a partir da discussão de um caso concreto, fosse pensado como poderia ser pensado um cuidado compartilhado entre os serviços. A escolha baseou-se em um caso que estava latente em ambos os serviços e que inclusive foi trazido de forma espontânea por uma das participantes da pesquisa no primeiro encontro, quando contou sobre o trabalho realizado no referido serviço e as intervenções já realizadas, consideradas, do ponto de vista do serviço onde está inserida, com pouca evolução.

Assim, a pesquisadora realizou estudo prévio do caso, para contribuir com informações. Observou-se que não ter informado os(as) profissionais sobre o caso antes do encontro, para que tivessem tempo de preparar-se para a construção, foi fator limitante. Ocorreu também que o ACS e a médica que acompanhavam mais de perto o cuidado desta usuária, não estavam presentes. A técnica de referência que a acompanha no CAPS, estava, então foi a participante que acabou trazendo mais informações sobre a usuária e os cuidados ofertados até então.

Foi realizado, ainda, um terceiro encontro, somente com as gestoras dos serviços, onde foi apresentada uma síntese dos principais pontos trazidos pelas(os) trabalhadores(as) dos serviços. A partir do referido encontro foi possível firmar as pactuações e pensar numa agenda de trabalho conjunto com início no ano de 2024.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi iniciada após aprovação pelo Comitê de Ética e em Pesquisa do Hospital do Trabalhador sob o parecer nº 6.247.744.

Após a aprovação, foram convidados(as) para participar da pesquisa as(os) profissionais da USF Tarumã e do CAPS Regional I, foi realizada a leitura do TCLE e esclarecidas dúvidas a respeito da pesquisa e do termo, após a concordância dos(das) participantes, procedeu-se assinatura do TCLE em duas vias, sendo entregue uma para cada participante.

Foi realizado contato com a usuária e mediante sua disponibilidade, a pesquisadora foi recebida em sua residência. Realizou-se convite para participação na pesquisa, sendo explicado sobre o objetivo da pesquisa e como se daria sua participação, bem como, quais informações seriam utilizadas pela pesquisadora. Foi realizada a leitura do TCLE e esclarecido sobre dúvidas a respeito do estudo. Mediante concordância com a pesquisa, foi assinado o TCLE em duas vias e uma foi entregue à usuária.

De forma a minimizar os riscos de quebra do sigilo e perda de anonimato, tanto na apresentação realizada aos profissionais sobre as informações coletadas por meio de questionário, como na construção deste trabalho, foi realizada de forma a não expor os(as) participantes, utilizando-se de codificação alfanumérica quando se utilizou de fragmentos de falas ou de informações escritas. Assim, também será procedido no processo de publicação futura dos trabalhos.

Ademais, como forma de proteger os dados dos usuários, o compartilhamento das informações por meio de planilha foi realizado apenas por meio de contas de e-mail institucional dos(as) profissionais participantes da pesquisa.

3.6 SISTEMATIZAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Em relação ao questionário, foi extraída planilha do Google com as respostas e análise das respostas foi pautada na técnica de análise de conteúdo. E em relação aos encontros coletivos, utilizou-se fragmentos de falas das(os) participantes registradas pela pesquisadora. A análise foi realizada seguindo o referencial teórico de Bardin (1979), que indica que o processo envolve 3 fases: Pré-análise; Exploração do material e Tratamento dos resultados.

A Pré-análise é a fase em que o(a) pesquisador(a) se aproxima do conteúdo que será analisado e sistematiza as ideias preliminares, tem por objetivos, “a escolha dos documentos a serem submetidos à análise, a formulação das hipóteses e dos objetivos e a elaboração de indicadores que fundamentem a interpretação final” (Bardin, 1979, p. 95).

Na fase seguinte, realizou-se a Exploração do Material, momento em que se definem as categorias de análise, “consiste essencialmente de operações de codificação, desconto ou enumeração, em função de regras previamente formuladas” (Bardin, 1979, p. 101).

Por fim, a última fase da análise de conteúdo consiste na análise crítica do material, onde buscou-se compreender os significados dos conteúdos: “os resultados brutos são tratados de maneiras a serem significados (<falantes>) e válidos” (Bardin, 1979, p. 101). Dessa forma, “o analista, tendo à sua disposição resultados significativos e fiéis, pode então propor inferências e adiantar interpretações a propósito dos objetivos previstos, ou que digam respeito a outras descobertas inesperadas” (Bardin, 1979, p. 101).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

De modo geral, o objetivo desta intervenção foi contribuir para o processo de construção coletiva de estratégias para promover o cuidado compartilhado entre a USF Tarumã e o CAPS Regional I, no município de Pinhais. Buscou-se discutir possibilidades de acompanhamento e compartilhamento de informações referente ao cuidado dos usuários; fomentar o diálogo e atuações conjuntas entre as equipes do CAPS Regional I e da USF Tarumã; e compreender como as(os) profissionais que atuam nesses serviços entendem o cuidado em saúde mental, os desafios e potencialidades na articulação da RAPS, com enfoque na relação entre Atenção Primária e CAPS.

Dessa forma, a proposta, desde o início, priorizou a escuta e construção coletiva a partir do que os(as) profissionais trouxeram enquanto pontos principais nas respostas ao questionário e nos diálogos e reflexões nos encontros coletivos. Utilizou-se ainda de análise de informações coletadas junto às equipes, bem como, registros pessoais da pesquisadora referente às experiências e diálogos vivenciados no âmbito da residência.

4.1 QUESTIONÁRIO

O questionário teve como objetivo compreender as percepções das equipes em relação ao cuidado em saúde mental, além de aspectos relacionados à articulação entre USF Tarumã e CAPS Regional I. Serão apresentadas a seguir as respostas ao questionário, dos 4 profissionais do CAPS Regional I e 20 profissionais que atuam na USF Tarumã.

Em relação ao perfil das(os) participantes, sobre o cargo/função desempenhada nos serviços que atuam, identificou-se assistente social, agente comunitário de saúde, psicóloga, enfermeira, técnica de enfermagem, auxiliar de enfermagem, dentista, agente de endemias, médica da família, coordenadora, técnica e auxiliar de saúde bucal. Quanto ao tempo de trabalho na função atual, dos profissionais da USF Tarumã a média é de 9 anos, e os(as) profissionais do CAPS, 2 anos.

Sobre as concepções em relação ao cuidado em saúde mental, observou-se a coexistência de discursos voltados tanto ao paradigma asilar, quanto ao paradigma

psicossocial. Ressalta-se que a partir da pergunta sobre os serviços importantes para o cuidado em saúde mental, foi identificada prevalência de respostas que consideraram além da saúde, também a rede intersetorial de políticas públicas, sendo mencionados serviços das secretarias de assistência social, cultural, esporte e lazer e educação, os dois últimos em menor presença.

Em relação a compreensão sobre quando o(a) usuário(a) não necessita mais do acompanhamento pela equipe do CAPS, identificou-se que, em geral, as(os) profissionais entendem como o momento em que a continuidade do cuidado será realizada no âmbito da APS. Observou-se o entendimento mais restrito aos serviços de saúde, sem levar em conta a rede intersetorial mais ampla. Ainda, identificou-se concepções que indicam o cuidado em saúde relacionado ao ajustamento e normatização de corpos.

Em relação ao conhecimento dos participantes sobre as ações/estratégias de cuidado em saúde mental realizadas pela Unidade de Saúde da Família Tarumã, pode-se perceber que parte significativa dos(as) participantes indicaram não ter conhecimento sobre as práticas em saúde mental realizadas no âmbito da USF Tarumã. Sobre este aspecto, os que sinalizaram ter conhecimento, indicaram ações individuais e coletivas.

Identificou-se a baixa comunicação e articulação entre a USF Tarumã e o CAPS Regional I, restrição de espaços coletivos para diálogo e construção conjunta de alternativas, condicionados a contatos pontuais, em geral, por meio de profissionais médicos(as). Percebeu-se que as lacunas em relação à articulação entre USF Tarumã e CAPS Regional I é percebida como um dos fatores que dificultam a continuidade do cuidado do/da usuário(a) que já não está sendo acompanhado pela equipe do CAPS, evidenciado pelo desconhecimento da equipe da USF sobre os usuários que estão em acompanhamento no CAPS.

Sobre as ações de articulação entre os serviços, identificou-se instrumentos do apoio matricial já utilizados pelas equipes, no entanto, ressaltou-se que as atuações conjuntas têm característica pontual, sendo verificado que 8 participantes responderam não ter conhecimento sobre ações nesse sentido.

Quanto aos aspectos facilitadores da articulação, foi mencionado os canais de comunicação, como o whatsapp e chat do google, o sistema informatizado do município e a técnica de referência em saúde mental da USF Tarumã.

Identificou-se que a sobrecarga de trabalho das equipes, as lacunas de comunicação entre os serviços e a ausência de espaços para construções coletivas, são fatores desafiadores para a articulação entre os serviços.

De forma a intervir nesses desafios, os(as) profissionais realizaram propostas em relação à construção de ferramentas para troca de informações sobre o cuidado ofertado aos(às) usuários(as) e a situação de atendimento no CAPS, espaços de discussão de casos e de atuações conjuntas, bem como, que sejam reservados espaços nas agendas para ações de articulação, além da promoção de espaços de trocas com o objetivo de favorecer a criação de vínculos entre as equipes.

4.2 ENCONTROS COLETIVOS

A partir do conteúdo das respostas ao questionário, foram organizados os dois encontros coletivos que se seguiram, com o objetivo de refletir sobre as sugestões pontuadas e construir de forma coletiva possibilidades de aproximação entre os serviços. No primeiro encontro participaram 6 profissionais da USF (3 ACS, 1 médica da família, 1 enfermeira e 1 auxiliar de enfermagem) e 3 profissionais do CAPS (2 psicólogas e 1 enfermeira).

Na ocasião, os(as) profissionais puderam conhecer-se, além de compartilhar informações sobre os fluxos dos serviços, bem como, os desafios vivenciados no cotidiano de trabalho das equipes.

Nos discursos das(os) profissionais, identificou-se o uso do termo “alta” pelos(as) profissionais de ambos os serviços ao referir-se a todo processo onde as pessoas não serão mais acompanhadas pelo CAPS, sendo identificados os seguintes usos do termo: alta por abandono; alta do processo de avaliação; alta a pedido e alta melhorada. Ressalta-se a importância de aprofundar as discussões entre as equipes a respeito do entendimento e da prática de “alta”, principalmente no que se refere à “alta por abandono”.

No segundo encontro, a pesquisadora retomou brevemente sobre o que foi realizado no primeiro encontro e na sequência realizou a apresentação das sugestões que as(os) profissionais fizeram tanto por meio do questionário como durante o primeiro encontro, para melhorar a articulação entre os serviços.

Participaram do segundo encontro 4 profissionais do CAPS Regional I (assistente social, psicóloga, enfermeira e a coordenadora do serviço) e 6

profissionais da USF (3 ACS, médica da família, auxiliar de enfermagem e enfermeira). Ressalta-se que apenas uma das profissionais da USF que participou do primeiro encontro, participou também do segundo.

A partir dos encontros, identificou-se fragilidades na comunicação e em ações de articulação entre os serviços. Menciona-se que a maioria dos(as) profissionais não se conheciam entre si. Foi observado também muitas dúvidas em relação aos fluxos e atividades, além de postura defensiva por parte dos profissionais, de ambos os serviços.

Emergiram nos encontros discussões sobre o uso de psicofármacos, sendo pontuados de forma consensual pelas equipes, a compreensão de que o cuidado vai além do uso de medicação, destacando-se ainda outras dimensões de maior relevância no processo de cuidado.

Destaca-se que há no município sistema informatizado de saúde, no qual são registrados os atendimentos e encaminhamentos realizados na RAS. No entanto, identificou-se que da forma como está organizado atualmente, não apresenta um campo destinado a identificar quais sujeitos estão em acompanhamento no CAPS, por exemplo, qual a situação do atendimento, além de informações sobre a rede de apoio e a vinculação a outros serviços da rede intersetorial.

No terceiro encontro, realizado somente com as gestoras dos serviços, identificou-se que as fragilidades na articulação de rede extrapolam a relação entre USF Tarumã e CAPS Regional I e se apresentam também em relação a outros serviços de saúde. Verificou-se ainda, que quando há abertura para diálogo e reconhecimento das fragilidades, emergem possibilidades de construções coletivas e transformações.

Das discussões coletivas emergiram duas propostas: a criação de planilha para acompanhamento dos(as) usuários(as) e a participação da equipe da USF na construção do PTS dos usuários de seu território e que estão em acompanhamento no CAPS.

Em relação aos desdobramentos desta intervenção, além da planilha mencionada, houve a definição de agenda fixa de encontros mensais entre as equipes para discussão de casos, com início em janeiro de 2024. E foi combinado que a equipe da USF participará da construção dos Projetos Terapêuticos Singulares dos(as) usuários(as) em acompanhamento no CAPS.

A partir dos encontros coletivos, realizados no âmbito desta intervenção, foi possível que as equipes se conhecessem, além de conhecer os serviços, do ponto de vista do espaço físico, das ofertas e dos fluxos de atendimento. Além disso, considera-se que esta intervenção contribuiu para reafirmar a atribuição da Atenção Básica no cuidado em saúde mental, trazendo os Agentes Comunitários de Saúde como atores importantes nesse processo, além de provocar reflexões sobre a corresponsabilização pelo cuidado e favorecer oportunidades de trocas e diálogos entre as equipes envolvidas na pesquisa.

4.3 DADOS SECUNDÁRIOS

A partir da análise da planilha construída pelos(as) profissionais com informações a respeito do cuidado dos usuários no CAPS Regional I e na USF Tarumã, verificou-se que o uso de psicofármacos está presente de forma predominante na construção do cuidado aos usuários no âmbito do CAPS Regional I.

A partir da construção do mapa com os serviços do município, identificou-se que a área de abrangência da USF Tarumã possui mais ofertas de equipamentos públicos em comparação às outras áreas do município.

E em relação aos resultados obtidos a partir dos registros da pesquisadora, referente aos diálogos e atuações conjuntas com os ACS, durante o tempo em que esteve enquanto residente na USF Tarumã, identificou-se potencialidades da atuação dos ACS no fortalecimento de vínculos junto aos sujeitos e famílias atendidas.

Além disso, também a partir dos diálogos tecidos com os ACS, observou-se que quando o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) estava em funcionamento no município, as ações em saúde mental na APS, no âmbito da USF Tarumã, eram mais ampliadas e diversificadas, com envolvimento de diversas categorias profissionais e ações coletivas que teceram vínculos para além da proposta inicial do grupo, como o caso em que as participantes de um grupo de psicologia, conforme nomeado pelos ACS, criaram uma cooperativa de costura.

A partir da análise dos resultados, definiu-se pela construção da discussão a partir de quatro categorias principais: Concepções sobre o cuidado em saúde

mental: modo asilar e psicossocial em disputa; Transferência e compartilhamento do cuidado; As práticas em saúde mental na USF Tarumã; Agentes Comunitários de Saúde e os vínculos tecidos no território; e Trabalho em rede: desafios, potencialidades e possibilidades na construção do cuidado compartilhado.

CATEGORIA 1 - Concepções sobre o cuidado em saúde mental: modo asilar e modo psicossocial em disputa

Costa-Rosa (2000) refere que atualmente há dois paradigmas das práticas em saúde mental, o asilar e o psicossocial, que se diferenciam do ponto de vista dos saberes, práticas e discursos que os constituem e orientam.

O paradigma psicossocial surge em oposição ao modo asilar e encontra nas instituições o palco de luta, onde os tensionamentos se evidenciam nas práticas e nos discursos.

Nesta intervenção identificou-se a coexistência de discursos e práticas alinhados tanto ao modo asilar, como ao modo psicossocial. Dessa forma, buscou-se evidenciar as concepções em disputa a partir da compreensão que os(as) trabalhadores(as) têm sobre os sentidos e significados do cuidado em saúde mental.

Em relação às concepções das equipes sobre o cuidado em saúde mental, observou-se maior presença de respostas relacionadas à uma concepção individual e restrita do cuidado em saúde mental, sem levar em conta o contexto mais ampliado onde os sujeitos estão inseridos, a rede intersetorial e as possibilidades de ocupar e transformar a cidade, como processos que também são produtores de saúde: “Cuidado com a mente, psicológico” (P9); “Cuidar de nossas emoções e transtornos” (P11); “É a junção dos atendimentos em Psicologia e Psiquiatria” (P6).

O modo asilar tem como características as intervenções centradas no indivíduo, desconsiderando a família, a rede de apoio e contexto social mais amplo onde os sujeitos estão inseridos. A instituição de prevalência de suas práticas é o hospital psiquiátrico (Costa-Rosa, 2000).

O modelo biomédico, centrado na doença e no tratamento, construiu um sistema voltado predominante ao hospital, com suas intervenções direcionadas no sentido de busca da cura de doenças ao invés de cuidar de sujeitos. Assim, neste modelo, as práticas são fragmentadas e a tendência é uma alta especialização, onde os especialistas enxergam os sujeitos também em partes (Amarante, 2007).

Neste sentido, é importante considerar que, apesar dos avanços da Reforma Psiquiátrica, o modelo biomédico ainda acaba sendo orientador das formações profissionais, expressando-se em práticas cerceadoras da autonomia e medicalizadoras³. Assim, são muitos os desafios encontrados no cotidiano das equipes de saúde para que as mudanças no sentido da Atenção Psicossocial possam ser realizadas:

É no plano do cotidiano que as apostas nos processos de mudança encontram seus desafios a serem enfrentados: na rotina de trabalho na unidade de saúde que impõe um ritmo que não permite espaços na agenda para reuniões; nas reuniões que são tomadas por pautas burocráticas e a reflexão sobre o cuidado não aparece como prioritária [...] (Amarante, Luzio, Yasui, 2018, p.178).

No entanto, apesar da forte presença de discursos mais voltados ao paradigma asilar e de reconhecer os diversos obstáculos encontrados no cotidiano de trabalho das equipes para a mudança de paradigma, identificou-se percepções que sinalizam uma aproximação em relação ao modo psicossocial: “Promoção da Saúde, considerando os determinantes sociais de saúde e doença em todas as suas vertentes” (P1); “É o cuidado em um todo que envolve a família e o sus” (P4); “Acolhida ao sofrimento individual, suporte familiar que na maioria das vezes desconhece sobre a doença, quebra de preconceitos e suporte a reinserção das atividades de vida” (P20) e

Oferta de cuidados, baseados num plano terapêutico individualizado. Com prescrição de psicofármacos concomitantes intervenções de equipe multiprofissional, participação em grupos e ou oficinas terapêuticas e atendimentos em grupo ou individualizados. Com um técnico de referência como facilitador do processo Inter e intrainstitucionalmente. Considerando o indivíduo inserido numa família, comunidade e atividades laboral formal ou informal (P16).

O modo psicossocial considera enquanto determinantes os fatores políticos e biopsicossocioculturais e compreende o sujeito enquanto ator fundamental na construção de seu cuidado. A participação dos sujeitos ganha destaque, tanto no

³ Amarante (2007) faz a distinção entre medicalização e medicamentação. Pontua que a medicalização se refere à apropriação pela medicina de tudo aquilo que não é da ordem exclusivamente médica, ou seja, daquilo que é de ordem social, econômica ou política, fazendo com as pessoas entendam os problemas que são da vida humana como problemas de saúde. Aponta que a medicamentação refere-se ao uso de medicações para intervir em situações entendidas como patológicas.

que diz respeito ao processo terapêutico, quanto aos processos decisórios das instituições (Costa-Rosa, 2000).

Assim, o objeto deixa de ser a doença, a compreensão sobre o sofrimento amplia-se para além de uma análise neuroquímica. Se considera toda a complexidade do que é ser humano, em suas relações sociais, políticas, econômicas, culturais. Abre-se também as fronteiras dos saberes, entendendo que tamanha complexidade prescinde dessa abertura dialógica (Amarante, Luzio, Yasui, 2018).

Assim como Amarante (2007) aponta, a Atenção Psicossocial é processo, está em permanente transformação e envolve diferentes atores que trazem diferentes concepções, que ora conflitam, ora convergem.

Outro aspecto que cabe ser ressaltado é em relação aos discursos das(os) trabalhadoras(es) sobre o uso de psicofármacos, conforme os fragmentos a seguir, em que a participante estava falando sobre sua percepção em relação ao objetivo do trabalho desenvolvido no CAPS e o uso de medicação:

Foco é a reabilitação psicossocial [...] medicação é uma ferramenta para você tolerar, para administrar os efeitos fisiológicos do seu sofrimento [...] a expectativa que eles, por exemplo, são de cura, e a gente fala, veja, é reabilitação (P24).

Outro fragmento também traz elementos sobre a forma como as(os) profissionais percebem a expectativa dos(as) usuários(os) em relação ao uso de medicação e o olhar da profissional sobre os elementos que considera importantes no cuidado em saúde mental:

O paciente vem pra saúde, ele quer um remédio pra viver [...] espera que a gente dê uma solução numa pílula [...] pra gente desconstruir isso, pra entender que o atendimento em saúde mental, uma parcela é medicamento [...] às vezes mais importante é a gente precisa saber qual é a rede de suporte, precisa trazer a família como aliada (P21).

O modo psicossocial tem como uma de suas características, a articulação de dispositivos diversos e territorializados, como o CAPS, dispositivos de arte e cultura e geração de trabalho e renda, considerando outras estratégias, além da medicação. Considera a família e a rede de apoio como atores importantes do processo.

Apesar de pontuarem o uso da medicação como apenas uma parte do cuidado, o uso de psicofármacos está presente de forma predominante na

construção de Projetos Terapêuticos Singulares. Menciona-se que à época da intervenção, identificou-se 20 pessoas que estavam em acompanhamento no CAPS e que tinham enquanto unidade de saúde de referência a USF Tarumã. Foi possível identificar que dessas pessoas, 10 haviam passado pelo momento de construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS). Sendo identificado que na construção do PTS de 8 usuários(as), o uso correto da medicação conforme prescrição médica foi elencado como o primeiro combinado.

Uma das características do modo asilar é ser voltado ao aspecto curativo, em que o enfoque está nas causas orgânicas e, assim, tem-se o uso de medicações como principal meio de intervenção. Neste modo, o sujeito é visto como doente e objeto de intervenção, não há o reconhecimento dos sujeitos enquanto participantes nos processos de construção de seu cuidado. Tem como características relações verticais e o poder altamente centralizado, em que os sujeitos são aliados dos processos decisórios (Costa-Rosa, 2000).

Não se trata de opor-se ao uso de psicofármacos em toda e qualquer situação, mas de refletir sobre como se estabelece essa dinâmica prescritor-usuário. É fundamental que, nas situações em que se entenda que a prescrição de psicofármacos fará parte do cuidado, seja construído junto ao sujeito a partir dos conhecimentos que ele próprio possui em relação ao seu próprio corpo, bem como suas percepções em relação aos impactos do uso da medicação em sua vida, sendo o momento de construção do PTS e as avaliações em relação ao projeto construído, espaços para sejam realizadas essas reflexões (Gama e Onocko, 2010).

Segundo o Ministério da Saúde (2006, p. 40): “O PTS é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial se necessário. Geralmente é dedicado a situações mais complexas”.

Destaca-se que não há como conceber a construção de um projeto terapêutico singular sem a participação dos sujeitos aos quais lhe dizem respeito, sendo também a rede de suporte ator importante nesse processo de construção.

CATEGORIA 2 - Transferência e compartilhamento do cuidado

Tanto no CAPS quanto na USF fala-se em “alta” para referir-se às pessoas que estiveram de passagem pelo CAPS, e que não estão mais sendo atendidas pela

equipe do referido serviço. Refiro-me à passagem, pois identificou-se diferentes “modalidades de alta”. Explico melhor a seguir.

No primeiro encontro com as equipes, ao ser sugerida a construção de planilha que auxiliasse no acompanhamento aos(às) usuários(as), foi indicado que na coluna destinada às informações sobre a situação de acompanhamento do sujeito no CAPS, fosse especificado as formas de “alta”, a saber: alta por abandono, alta melhorada, alta do processo de avaliação e alta a pedido.

Observou-se diferentes concepções acerca do significado de “alta” do CAPS. Assim, percebeu-se a concepção de “alta” mais vinculada a um processo de transferência de cuidados para a continuidade do cuidado no âmbito da Atenção Primária, mas ainda restrita à continuidade na unidade de saúde, sem levar em conta aspectos que se referem ao contexto mais amplo, de fortalecimento da autonomia e cidadania, que extrapola os serviços de saúde: “Significa que o atendimento e seguimento daquele paciente passa a ser principalmente pela UBS” (P15); “Para nós da Unidade de Saúde temos um cuidado a mais com esse usuário que está de alta do CAPS. Acompanhamento direto com esse paciente para que não ocorra uma recaída” (P5); “Estar liberado do CAPS, mas continuar o acompanhamento na unidade” (P9); “Que não apresente quadro de saúde mental com gravidade que necessite de tratamento intensivo. Com acompanhamento pela USF resposta suficiente para o atual quadro” (P16).

Para Guedes, Olschowsky e Antonacci (2017) o uso do termo “alta” nos serviços de saúde mental está intimamente ligado à ideia de cura, os autores tecem críticas ao uso do termo. Assim, no cuidado em saúde mental, a transferência de cuidados é uma nova forma de olhar para esse processo, onde busca-se o cuidado longitudinal, que envolve o trabalho em rede e a corresponsabilização das equipes em relação ao cuidado dos usuários. Este processo vai além dos serviços de saúde, busca-se criar possibilidades para que os sujeitos construam suas trajetórias no território, a partir de seus desejos e do que faz sentido para cada um.

Ainda, foi mencionado que além do seguimento do cuidado na Atenção Primária, há o entendimento de que em alguns casos, há também necessidade de acompanhamento ambulatorial: “Que o acompanhamento do agravo de saúde mental deverá continuar sendo realizado na Unidade de Saúde da Família, se necessário com o suporte do ambulatório especializado” (P1); “Significa que necessita prosseguir seu acompanhamento em saúde mental via ESF, e se

necessário, dali ser encaminhada ao acompanhamento psiquiátrico e psicológico ambulatorial” (P8); “Passar a ter o seguimento pelo ambulatório de psiquiatria e USF” (P21).

Ainda, foi possível identificar concepções que não indicam a continuidade do cuidado, entendendo a saída do CAPS como fim em si próprio: “Quando já não necessita do acompanhamento das atividades do CAPS” (P12); “Parar de fazer acompanhamento regularmente no caps” (P22).

É importante destacar que o CAPS possui um papel fundamental. É um serviço estratégico, que deve ser um lugar de passagem, de suporte nos momentos de crise, impulsionando os sujeitos para a vida no território, para retomada das atividades cotidianas, para construção de novas possibilidades de vida (Guedes, Olschowsky e Antonacci, 2017).

Durante as discussões coletivas apareceram outras situações referentes ao uso do termo “alta” para indicar toda a saída (sendo que nem sempre houve entrada) do CAPS: nos casos em que o sujeito que está em atendimento informa que não irá continuar seu acompanhamento no CAPS; nas situações onde há a descontinuidade do acompanhamento, com faltas aos atendimentos; e também nos casos em que se define pela continuidade do cuidado junto à USF.

A discussão em relação à “alta por abandono” esteve presente nos encontros coletivos, levando à reflexão sobre a não adesão dos(as) usuários(as) em relação ao acompanhamento no CAPS. Foi pontuado por profissional do CAPS que a participação em oficinas terapêuticas realizadas no CAPS faz parte dos combinados realizados com os(as) usuários(as), logo, não participar das oficinas caracteriza a não adesão. Dessa forma, foi pontuado por profissional da USF sobre os desafios encontrados na Atenção Primária para cuidado nessas situações:

o mesmo paciente que não adere lá, ele cai pra gente também não aderindo [...] acho que às vezes a gente tem que flexibilizar, não no sentido de só prescrever, a gente tem ver com o paciente o que ele consegue fazer, pra gente fazer aos poucos um pouco mais [...] se ele faltar duas intervenções e ele for retirado da intervenção por conta de não ter assiduidade, ele vai continuar sendo um paciente grave [...] se ele é grave e não é assíduo nas oficinas, ele não vai deixar de ser grave, e a gente também não vai resolver o caso dele só na intervenção na unidade (P21).

Assim, entende-se que a fala da profissional foi no sentido de sinalizar a importância da flexibilização na construção do cuidado em relação à pensar com

os(as) usuários(as) aquilo que é possível em cada momento. Sobre a flexibilização, as profissionais do CAPS indicaram:

a gente flexibiliza, um exemplo, o paciente começou a trabalhar, a gente ainda o acompanha por 2 ou 3 meses [...] então ele não vai pras oficinas, a gente faz o acompanhamento só por telefone e consulta, até ele se adaptar ao novo emprego [...]. Nos casos também em que só é acompanhado por visita domiciliar, eles não aderem [...] mas a gente sabe que precisa acompanhar [...] tem um que recebeu alta e está na unidade, mas a gente acompanhou três anos até estabilizar (P23).

aqueles que têm critério de risco e estratificação não dá alta, a gente mantém no acompanhamento, mantém na avaliação antes de encaminhar pro ambulatório [...] quando a gente já faz esse acompanhamento, esse retorno pra unidade porque o paciente não vinculou é porque a gente já fez todas as tentativas dele vincular no CAPS (P24).

Cabe destacar sobre a importância da construção conjunta e corresponsabilização pelo cuidado das pessoas entre CAPS e USF, mesmo quando não há adesão ao acompanhamento no CAPS, encontrando estratégias de cuidado que façam sentido para o sujeito naquele momento. Nesse sentido, a participante P21 sugeriu que seja realizado matriciamento nos casos em que o(a) usuário(a) descontinua o acompanhamento em CAPS, como forma de não deixar a pessoa desassistida e evitando um agravamento no sofrimento psíquico.

Para compreender o que está relacionado ao processo de não adesão, conforme nomeado pelas(os) trabalhadoras(es), é necessário um olhar mais apurado para a rede de cuidado em saúde mental, no que diz respeito a como se dá sua articulação, e compreender os acessos e não-acessos a partir da escuta dos(as) usuários(as), levando em conta as diferentes possibilidades de construção de suas trajetórias no cuidado em saúde mental que, muitas vezes, não operam segundo os fluxos e procedimentos já instituídos e que extrapolam os serviços da RAPS (Lopes et al., 2022).

A ideia de “alta” vinculada a ideia de cura, ajustamento, normatização, apareceu de forma bastante significativa, revelando a compreensão por parte de alguns profissionais a respeito do cuidado em CAPS e do cuidado em saúde mental, de forma geral: Que o paciente está bem e que o tratamento foi concluído com êxito (P6); Significa que ele está apto ao convívio com a sociedade (P7); Significa que está controlado suas ações, sua saúde mental. (P13); “Estar apto para com suas ações na comunidade” (P14); “está apto para sua vida normal” (P18); “Q está bom”

(P19); “Apto a retomar suas atividades do dia a dia normalmente mais sempre com o acompanhamento da unidade de saúde (P11).

Isso também revela, em parte, como as pessoas em sofrimento psíquico são vistas. Gama e Onocko (2010) nos chamam para refletir sobre a concepção de ser humano que os(as) trabalhadores(as) possuem e o quanto isto é determinante para que as relações produzam (ou não produzam) saúde.

É preciso olhar para as pessoas enquanto sujeitos, com potencialidades de produção de vida e autonomia. Nesta concepção, a responsabilização não significa culpabilização, significa compreender a potencialidade do trabalho conjunto, onde o sujeito é protagonista dos seus processos de produção de vida e as(os) trabalhadoras(es) trabalham no sentido de fortalecer e contribuir com esses projetos (Gama e Onocko, 2010).

Assim, não basta apenas o deslocamento espacial da atenção, pois inclusive nos serviços substitutivos podem ser realizadas práticas que fazem a manutenção do modelo manicomial. Assim, há um constante disputas entre perspectivas emancipatórias, com práticas voltadas à construção da autonomia, e práticas autoritárias de normatização da vida, corpos e territórios (Lima e Yasui, 2014).

No sentido de intervenções que podem contribuir para as mudanças nos processos de trabalho, menciona-se o 1º Seminário Intersetorial de Saúde Mental em Pinhais: Práticas e Saberes no território, realizado em Pinhais em novembro de 2023. O evento possibilitou importantes reflexões sobre os pressupostos da Reforma Psiquiátrica e a importância da articulação intersetorial para o cuidado em saúde mental.

Uma das mesas, composta por usuários(as) e trabalhadores(as) dos serviços de saúde mental e assistência social, em que compartilharam sobre suas experiências vivenciadas no cotidiano dos serviços e entre as reflexões realizadas, mencionou-se sobre o uso do termo alta e o processo de transferência de cuidados. As falas trazem elementos importantes para compreender um pouco mais sobre os desafios e possibilidades das entradas e saídas do CAPS:

A gente tá num processo de reflexão por parte das equipes de saúde mental em não usar esse nome alta mais, nós vamos chamar de desligamento, né, e a volta de acolhimento [...] podia ser liga e desliga, né [...] tá ligado que você não tá muito bem, volta, ah, desligou isso, desliga. O desliga que a gente fala é um desligamento mesmo, tá. [...] Como que é trabalhado alta e esses critérios aqui, né, bom, eu não vou ter nenhum critério fixo pra

apresentar pra vocês aqui porque a gente não tem, tá. Onde que a gente formula esses critérios, a gente fórmula junto com a pessoa que tá junto com a gente lá, né, que traz seu sofrimento [...] a construção do Projeto Terapêutico Singular ela engloba tudo isso e permite com que a gente, assim, converse com a pessoa de como seria então, né, encerrar esse período que ela teve junto no CAPS, né (Wentzel, 2023).

Me parece que na grande maioria das vezes, a dificuldade de se desligar do CAPS, é se desligar de um lugar, um espaço em que eles se sintam acolhidos, ouvidos, que eles se sintam novamente pessoas. E as vezes o nosso trabalho pra esse processo de desligamento é que eles também possam se sentir assim no seu território, né, mais próximo do seu dia a dia, do seu cotidiano [...] não é no momento do desligamento que a gente vai trabalhar isso, né, é todo processo de cuidado, então a todo instante a gente tá trabalhando isso (Fagundes, 2023).

As reflexões trazidas nas falas evidenciam um processo de transferência de cuidados construído junto aos(às) usuários(as), a partir do que desejam e do tempo de cada um/uma. Contribui para a reflexão sobre os desafios encontrados nesse processo na medida em que os sujeitos encontram no CAPS um lugar de pertencimento. Percebe-se que o cuidado é para que esse sentimento de pertença não se restrinja ao CAPS e que possa ser encontrado no território de forma mais ampla, reafirmando assim o CAPS como lugar de passagem e impulsionador para fora, para a vida.

CATEGORIA 3 - As práticas em saúde mental na USF Tarumã

A APS tem como atributos o primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade, a coordenação, a centralidade na família, a abordagem familiar e a orientação comunitária (Brasil, 2010).

Assim, enquanto porta de entrada do SUS, recebe diariamente uma demanda significativa relacionada ao sofrimento psíquico. E são muitos e diversos os desafios relacionados ao cuidado em saúde mental na APS, menciona-se as condições precárias de trabalho dos(as) trabalhadores(as) da saúde, práticas discriminatórias e de exclusão, falta de preparo técnico dos(as) trabalhadores(as), entre outras. O reflexo disso, são práticas atreladas ao modelo biomédico, medicalizantes e produtoras de sujeição, conduzidas a partir de uma lógica de encaminhamento (Gama e Onocko, 2010).

Sobre o cuidado em saúde mental na unidade de saúde da família, a partir do olhar das(os) trabalhadoras(es) identificou-se por meio dos encontros e das

respostas ao questionário tanto as atividades individuais, como as coletivas. Em relação às atividades individuais, mais especificamente os atendimentos voltados ao sujeito e família/rede de apoio, identificou-se o acolhimento, consulta médica e de enfermagem, dispensação de medicação, consulta compartilhada com psiquiatra, acionamento da rede de apoio, busca ativa, visitas domiciliares e encaminhamentos aos serviços especializados e de urgência e emergência.

Em relação às atividades coletivas, identificou-se o grupo de atividade física, grupo de gestantes, grupo hiperdia⁴, grupo de tabagismo, ações de promoção de saúde e prevenção na rede municipal e estadual de ensino.

Há uma diversidade de possibilidades de realizar-se práticas grupais no âmbito da Atenção Primária, podendo ser grupos terapêuticos, oficinas de geração de renda ou grupos abertos de acolhimento, por exemplo. Os grupos podem ser realizados por profissionais de diferentes categorias, de acordo com os objetivos do grupo. Esses espaços coletivos apresentam possibilidade de trocas de saberes e construções conjuntas, com contribuições para o cuidado em saúde mental dos sujeitos a partir do sentimento de pertencimento ao grupo (Gama e Onocko, 2010).

Ressalta-se predominância de respostas que indicaram os atendimentos individuais em relação aos coletivos. E que 7 participantes disseram não ter conhecimento sobre as ações de cuidado em saúde mental realizadas pela USF Tarumã. Assim, aponta-se a necessidade de ampliar a discussão sobre o cuidado em saúde mental na Atenção Primária, refletindo-se sobre as possibilidades de cuidado com os recursos que a USF já possui e buscando formas de ampliar as intervenções.

Importante destacar a narrativa de um membro da equipe da USF Tarumã, ao dizer, ainda no primeiro encontro, que a aproximação com o CAPS poderia auxiliar a equipe de saúde da família a ampliar o olhar em relação ao cuidado aos usuários, buscando romper, dessa forma, com o paradigma asilar.

Sem dúvida, a referida aproximação tem essa grande possibilidade. No entanto, defende-se nesta pesquisa que as equipes de saúde da família também

⁴ O grupo denominado Hiperdia é voltado para pessoas com hipertensão e/ou diabetes. As temáticas abordadas no grupo são diversas, com condução por diferentes profissionais, inclusive de outros serviços do município que são convidados a participar do grupo. As pessoas que constroem o grupo são, em geral, pessoas idosas e que se conhecem mutuamente há muitos anos. Se caracteriza como espaço de encontro, socialização, troca de saberes e experiência, com temáticas que envolvem saúde mental, alimentação saudável, troca de informações sobre serviços do município, entre outras.

podem contribuir para ampliar o olhar da equipe do CAPS, já que caminha - literalmente - todos os dias pelo território.

O modelo biomédico, centrado na doença, ocupa-se com o “curar”, deixando de lado a promoção e prevenção à saúde. Os princípios do Sistema Único de Saúde, que orientam as práticas de cuidados, expressam mudanças nas práticas assistenciais, onde a Estratégia de Saúde da Família ganha fundamental importância, destacando-se as contribuições a partir da inserção dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) (Amarante, Luzio, Yasui, 2018).

Menciona-se o NASF enquanto um dos arranjos que tem potencial de ampliar o escopo e resolutividade da APS. Em diversos momentos de diálogo junto aos(as) ACS, apontaram sobre as diversas estratégias de cuidado quando se tinha NASF no município, em especial, atividades coletivas. Numa dessas conversas na “sala dos ACS” compartilharam que o NASF apoiava as equipes de saúde da família na realização de grupos, citando os grupos que eram realizados, conforme iam lembrando: meditação, psicologia, nutrição, grupo de luto e cuidando do cuidador. Apontaram a participação de profissionais de diferentes categorias profissionais, das áreas da fisioterapia, psicologia, farmácia e serviço social.

Contaram também sobre os desdobramentos que não estavam previstos e que revelam a potencialidade dos encontros e dos vínculos no território. Relataram sobre a experiência do grupo de psicologia em que o vínculo e a identificação entre as participantes foram tão significativos que, mesmo após o encerramento dos encontros, as usuárias continuaram se encontrando de forma autônoma e formaram uma cooperativa de costura. Atualmente, não possuem informações referentes à continuidade do trabalho coletivo.

A experiência mencionada revela as potencialidades dos encontros coletivos para a produção de saúde, na medida que viabiliza o encontro de forças que já existem nos territórios, contribuindo dessa forma para o fortalecimento de formas de organização comunitárias e ampliando as possibilidades desses sujeitos organizados intervirem na realidade social (Cardoso et. al., 2013).

O Núcleo de Apoio de Saúde da Família (NASF) destaca-se como principal marco da implementação do apoio matricial nas redes de saúde (Campos, Campos e Treichel, 2019). Foi criado com o objetivo de contribuir para ampliação da resolutividade e das ações da Atenção Primária. Nesse sentido, as equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento deveriam atuar em

parceria com os profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF), apoiando as equipes a partir do cuidado compartilhando das práticas em saúde (Brasil, 2008).

O NASF Pinhais iniciou suas atividades em 2012, e em 2019 contava com profissionais das áreas de serviço social, fisioterapia, psicologia, psiquiatria, farmácia, nutrição e educação física. A atuação se dava junto às 11 unidades de saúde do município, no trabalho com as equipes a partir do apoio matricial (Pinhais, 2019).

No ano de 2020, por volta do mês de março, o NASF foi desmontado e os profissionais que o compunham foram realocados para outros serviços do município. Em relação ao desmonte do NASF, infere-se que pode estar relacionado ao contexto pandêmico e a cessação do repasse de verba pelo governo federal.

Durante o governo Bolsonaro (2019-2022), a política de governo adotada deixou evidente os ataques ao SUS universal em detrimento de interesses privados, refletindo na fragilização da APS (Almeida e Junior, 2023). Houve a criação do Programa Previne Brasil, que determinou um novo modelo de financiamento da Atenção Primária à Saúde (APS). A partir do modelo proposto, o NASF sofreu perda de recursos, sendo estimulado outros arranjos pelo Ministério da Saúde, ocorrendo assim, a redução gradativa das equipes credenciadas (Mattos; Gutiérrez; Campos, 2022)

No atual governo Lula, várias medidas tomadas indicaram a retomada de um projeto comprometido com o fortalecimento do SUS, à exemplo disso, menciona-se a retomada do financiamento federal de equipes multiprofissionais (eMulti) na APS, por meio da Portaria GM/MS nº 635/2023. Em substituição ao antigo NASF, o arranjo voltou sob o nome de eMulti, indicando uma ampliação em relação às categorias profissionais que podem compor as referidas equipes (Almeida e Junior, 2023). Até o momento, não há notícias oficiais sobre o credenciamento de Pinhais em relação a esta modalidade de equipe.

CATEGORIA 4 - Agentes Comunitários de Saúde e os vínculos tecidos no território.

Os(as) ACS, moradores e conhecedores do território, podem contribuir de forma significativa para ampliar o olhar das equipes em relação às dinâmicas e da vida que pulsa nos territórios e sobre as necessidades daquela população, “são

esses profissionais que têm a potencialidade de colocar no cenário dos serviços de saúde a vida como ela é, em sua dimensão trágica e complexa” (Amarante, Luzio, Yasui, 2018, p. 178).

Além de serem ponte principal de comunicação entre usuários e profissionais da unidade de saúde, inserem-se num lugar também de quem vive a vida naquele lugar, portanto, tem grande possibilidade de auxiliar na identificação de recursos comunitários.

Menciona-se uma intervenção que se acredita ter sido importante para identificar as necessidades de aproximação entre a Atenção Primária e a Atenção Especializada. Foi realizada junto à tutora de campo da Residência, como proposta de atividade vinculada à tutoria, e teve como objetivo dialogar com os(as) ACS sobre suas concepções acerca de saúde mental, bem como, situações identificadas nas microáreas que atuam.

Nessas discussões, emergiram diversas colocações acerca dos desafios relacionados à articulação no âmbito da RAPS em especial à relação entre a USF e CAPS. Os(as) participantes afirmaram não conhecer o CAPS, tanto do ponto de vista da proposta do serviço, bem como, do espaço físico e dos atendimentos realizados.

Destaca-se a importante contribuição das(os) ACS para o cuidado proposto na Atenção Primária, no que diz respeito a estar mais próximo da vida dos sujeitos e assim podem ter conhecimento sobre as necessidades dos mesmos, bem como, conhecer as vulnerabilidades e potencialidades dos territórios. Além disso, as atribuições estão diretamente vinculadas ao acesso à informação e ampliação do acesso aos direitos das famílias atendidas,

O Agente Comunitário de Saúde tem como atribuição o exercício de atividades de prevenção de doenças e de promoção da saúde, a partir dos referenciais da Educação Popular em Saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS que normatizam a saúde preventiva e a atenção básica em saúde, com objetivo de ampliar o acesso da comunidade assistida às ações e aos serviços de informação, de saúde, de promoção social e de proteção da cidadania, sob supervisão do gestor municipal, distrital, estadual ou federal (Brasil, 2006, Art. 3º).

Nesse sentido, é fundamental que os(as) profissionais conheçam os territórios de atuação e os serviços disponíveis para atendimento da população, bem como as atividades ofertadas e formas de acesso. Dessa forma, foi realizado o mapeamento

dos serviços públicos presentes no território e apresentado à equipe da unidade de saúde da família, com a intenção de que subsidie nas construções junto às pessoas e famílias atendidas, buscando ampliar as possibilidades de cuidado para além dos serviços de saúde.

Sobre a potencial do vínculo, relata-se sobre o que foi observado em uma das muitas visitas das quais a pesquisadora realizou junto aos(as) ACS e que proporcionou aprendizado sobre a força dos vínculos. Assim que a pesquisadora iniciou no cenário de prática da USF Tarumã, candidatava-se para todas as atividades possíveis, buscando conhecer mais a equipe, os(as) usuários(as), o território.

Numa dessas ocasiões, a pesquisadora acompanhou uma visita com uma ACS para entrega de guia de exames e, após a ACS ter apresentado a pesquisadora como residente em saúde mental, foi iniciado um diálogo, onde a pessoa com quem conversávamos compartilhou sobre suas vivências e contou que passou por momentos difíceis decorrentes de situações familiares. Durante o diálogo, ressaltou o papel essencial da ACS que ali estava para que pudesse sentir-se melhor e para que retomasse as atividades prazerosas para ela. Rememora-se ainda, que ela contou que foi encaminhada para atendimento psicológico, no entanto, disse que o lugar onde encontrou o apoio que precisava naquele momento foi junto à ACS que a acompanha de longa data.

A intenção do relato é destacar o lugar fundamental que esses profissionais - Agentes Comunitários de Saúde - ocupam no cuidado em saúde mental, e ressaltar o potencial do vínculo para a produção de saúde.

CATEGORIA 5 - Trabalho em rede: desafios, potencialidades e possibilidades na construção do cuidado compartilhado

Campos (2012) aponta que tem se falado muito sobre rede e, muitas vezes, numa perspectiva que a coloca como adjetivo por si só. O autor questiona essa perspectiva e pontua que, de certa forma, estar em rede, fazer parte disso, é de algum modo estar sujeito a algum tipo de controle “ou mesmo a um importante grau de controle, de normatização e de ordenação da vida” (Campos, 2012, p. 148).

O trabalho em saúde é marcado por relações hierárquicas e historicamente voltadas para a produção de corpos produtivos, onde as pessoas atendidas pelas

equipes de saúde são vistas como objetos e não como sujeitos. Cabe ressaltar que as relações de poderes e suas assimetrias têm muitas facetas e fazem parte da sociabilidade humana (Campos, 2012).

Partindo da compreensão de que as assimetrias estão presentes mesmo em relações democráticas, faz-se importante pensar estratégias de trabalho em rede que busquem o deslocamento de lugares autoritários e criem espaços que viabilizem o trabalho conjunto. Sobre isso, Campos (2012) indica

Então a ideia do trabalho em rede, a ideia do apoio matricial, no caso da saúde, é pensar formas de trabalharmos de forma sistêmica, de forma orgânica, em rede, fugindo dessa tradição autoritária, dessa tradição de controle, que tão bem foi estudada por uma série de autores, como, por exemplo, Foucault e outros (Campos, 2012, p. 151).

Em relação às estratégias de articulação já realizada entre os dois serviços, identificou-se as visitas domiciliares compartilhadas; o encaminhamento de usuário(as) ao CAPS; o contato por meio da profissional de referência⁵ em saúde mental da USF; os espaços de Reunião da Rede de Proteção do município; ferramentas de informação/comunicação como o prontuário eletrônico e o WhatsApp; a participação de equipe do CAPS na reunião do Conselho Local de Saúde, momento em que foi realizada fala sobre o CAPS; e a busca ativa realizada pelos ACS.

Enquanto instrumentos que podem ser utilizados no processo de matriciamento, menciona-se a construção conjunta de PTS, a consulta conjunta, a discussão de casos, visita domiciliar conjunta e contato à distância por meio do uso de celulares e outras tecnologias (Chiaverini, 2011).

Destaca-se que embora tenham sido mencionadas diversas estratégias de articulação entre os serviços, inclusive instrumentos do apoio matricial, os(as) trabalhadores(as) ressaltaram, tanto nas respostas ao questionário, como em momentos dos encontros coletivos, que quando acontecem as ações de articulação, acaba sendo de forma breve e pontual. Apontou-se ainda, que até o momento da

⁵ Há na USF Tarumã uma profissional auxiliar de enfermagem que desempenha a função de técnica de referência em saúde mental. Em geral, a profissional participa de todas as ações que envolvem o cuidado em saúde mental no âmbito da USF Tarumã, assim como fica responsável por realizar os contatos com o CAPS e realizar os acompanhamentos dos(as) usuários(as). A profissional em questão tem uma longa trajetória de trabalho na área da saúde mental e denota sensibilidade e interesse em fortalecer o cuidado em saúde mental na Atenção Primária, foi uma importante apoiadora desta intervenção. Destaca-se que as(os) participantes da pesquisa ressaltaram a importância da profissional no processo de articulação com o CAPS e no acompanhamento aos(as) usuários(as).

intervenção não havia espaço destinado para discussão de casos, entre os serviços, a fim de pensar de forma mais ampliada as articulações e cuidados necessários.

As lacunas em relação ao conhecimento sobre o trabalho desenvolvido nos serviços, por parte de ambas as equipes, evidenciaram-se no primeiro encontro coletivo, em que surgiram muitas dúvidas da equipe da USF em relação ao trabalho realizado no CAPS. Da mesma forma, as trabalhadoras do CAPS referiram desconhecer as atividades coletivas ofertadas na USF Tarumã.

Outra informação que enfatiza as lacunas na articulação entre os serviços é que 1/3 dos(as) participantes responderam não ter conhecimento sobre ações de articulação entre os serviços.

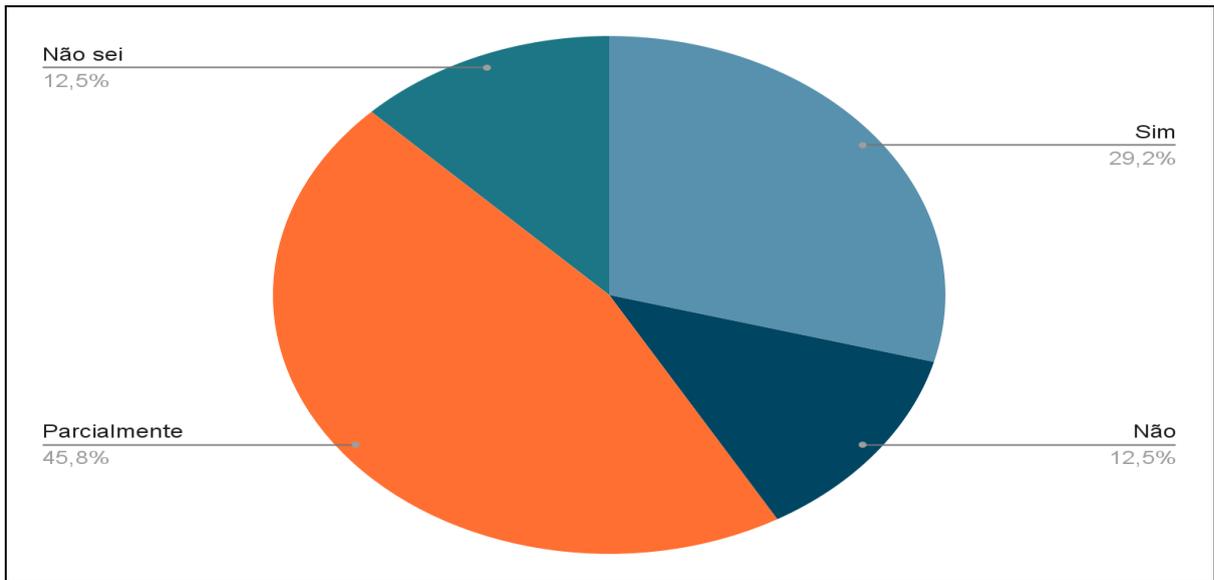
O matriciamento, entendido como uma nova forma de produzir saúde a partir da construção compartilhada entre duas ou mais equipes, busca contrapor a lógica hierarquizada que, tradicionalmente, vem sendo reproduzida nos sistemas de saúde, baseada em encaminhamentos, referências e contra referências. Pensando no âmbito da Atenção Primária, essa lógica hegemônica reforça a desresponsabilização pelo cuidado dos(as) usuários(as) ao serem encaminhados a outros serviços (Ministério da Saúde, 2011).

Amplia-se a compreensão sobre o cenário de articulação a partir do olhar acerca dos desafios apontados pelos(as) profissionais referentes à temática, sendo indicados enquanto desafios a falta de comunicação e vínculo entre as equipes do CAPS e USF e a falta de tempo/sobrecarga das equipes. Foi pontuado pelos profissionais a importância de destinar espaço nas agendas para momentos de discussão de casos e outras atuações conjuntas entre as equipes.

Apona-se que os desafios para o apoio matricial identificados neste trabalho, estão em consonância com os resultados da investigação de Campos, Campos e Treichel (2019) sobre a implementação e efetividade do NASF, em que destacaram enquanto desafios para a consolidação do apoio matricial em saúde mental a sobrecarga das equipes, baixa integração das redes, descontinuidade das ações nos diferentes níveis de atenção e a manutenção da lógica de encaminhamento. Além disso, indicaram que o cuidado ainda está muito centrado na figura do médico e numa perspectiva medicalizante.

Os gráficos 1 e 2 complementam as informações referente aos desafios na articulação entre os serviços.

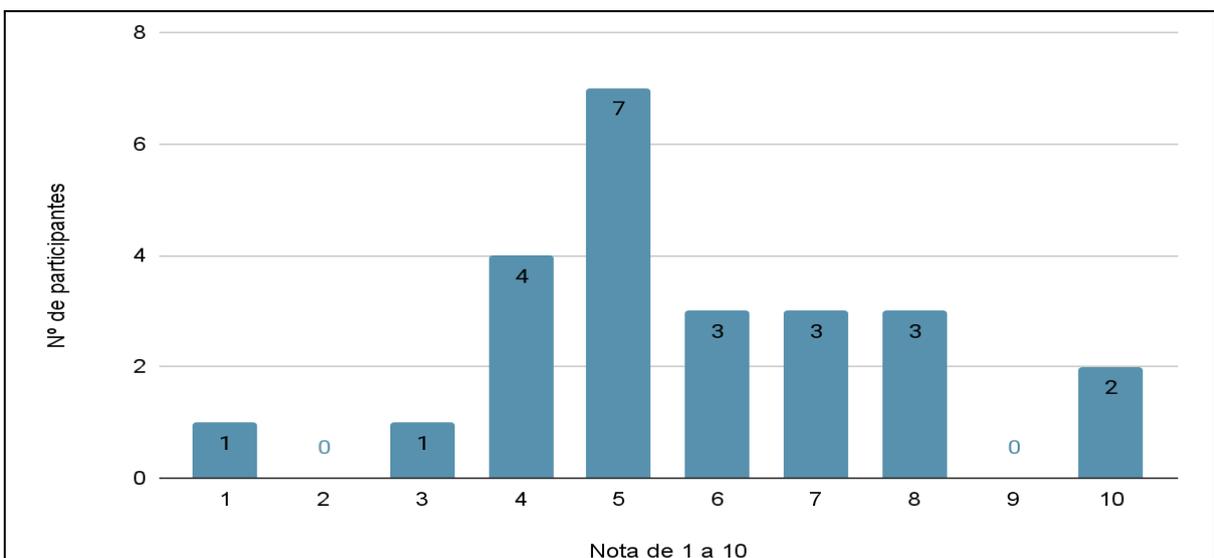
Gráfico 1 - A USF tem conhecimento sobre os(as) usuários(as) atendidos no CAPS?



Fonte: Elaborado pela autora (2023).

O gráfico 1 revela que 45,8% dos(as) profissionais indicou que a USF sabe parcialmente sobre os(as) usuários(as) que estão em acompanhamento no CAPS, enquanto que as(os) profissionais que indicaram não saber informar representam e os(as) profissionais que indicaram que a USF não tem conhecimento sobre os usuários em acompanhamento no CAPS representam 12,5% cada. Enquanto que apenas 29,2% indicaram que a USF Tarumã tem conhecimento a respeito dessas informações.

Gráfico 2 - Nota atribuída para a comunicação entre USF Tarumã e o CAPS Regional I



Fonte: Elaborado pela autora (2023).

O gráfico 2 ilustra como as(os) trabalhadoras(es) avaliam a comunicação entre o CAPS e USF Tarumã. Verificou-se que a nota 5 foi a mais atribuída, e que apenas duas pessoas indicaram a nota dez. E que $\frac{2}{3}$ dos participantes atribuíram, no máximo, nota 6 para a comunicação entre os serviços.

Revelou-se que as fragilidades na articulação entre os serviços impactam na continuidade do cuidado dos(as) usuários(as) quando o usuário não necessita mais do acompanhamento pela equipe do CAPS, sendo indicados como dificultadores o desconhecimento por parte da equipe da USF sobre a situação de acompanhamento do sujeito no CAPS, tais como informações sobre o processo de transferência de cuidados: “ausência da informação da alta do usuário para que a USF possa realizar busca ativa para viabilizar o seguimento” (P1); “Ele ao ser encaminhado para USF se dilui entre as demais comodidades e só é visível se busca espontaneamente o serviço. Em contrapartida, o serviço especializado não tem tempo hábil para qualquer monitoramento” (P16); “O maior obstáculo é a falha na comunicação, quando o usuário sai do CAPS e a USF não tem conhecimento” (P17).

Conforme já mencionado, há no município sistema informatizado de saúde, onde as equipes do CAPS e USF conseguem visualizar os atendimentos realizados por ambas as equipes, além dos atendimentos realizados pelo Centro de Especialidades e UPA. No entanto, até o momento da intervenção, a não ser em casos específicos, não havia pactuada forma de comunicação entre os serviços para avisar quando os usuários(os) procuravam diretamente o CAPS para atendimento ou mesmo neste processo de saída do CAPS. E mesmo nos casos em que os usuários eram encaminhados(as) pela USF ao CAPS, não havia o acompanhamento posterior, para saber da chegada ao outro serviço.

Além das fragilidades na articulação entre os serviços, foram identificados dificultadores para a continuidade do cuidado dos(as) usuários(as) segundo as(os) trabalhadoras(es), relacionados às condutas dos usuários(as) e da rede de apoio: “Resistência do usuário em manter o acompanhamento na Unidade de Saúde da Família” (P1); “Falta de iniciativa do usuário não de uma forma pejorativa, mas talvez por desmotivação” (P3); “Resistência dos usuários e da família em seguir tratamento em outros serviços devido o rápido acesso ao profissional médico especialista e falta de suporte ao tratamento, na sequência” (P20); “O acompanhante do paciente, por motivo de algumas vezes ele achar que está de alta do CAPS, e não achar necessário vir até a unidade” (P9); “Falta de apoio familiar” (P10).

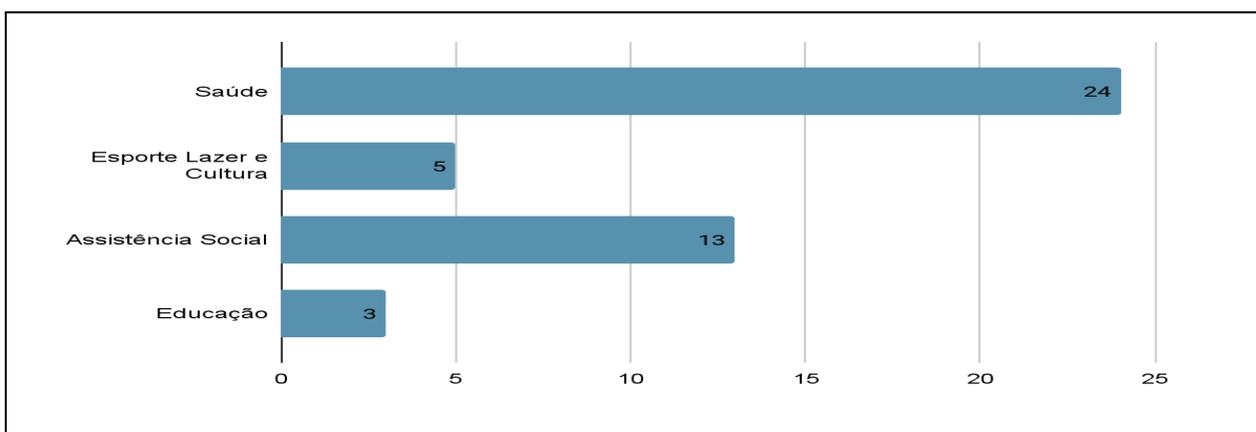
A rede de saberes, construída a partir do matriciamento, permite que as equipes da Atenção Primária e as equipes de saúde mental possam compartilhar seus conhecimentos, a partir das suas especificidades e do lugar onde atuam, tecendo uma rede pautada no vínculo e na corresponsabilização, ampliando as possibilidades de cuidado aos usuários(as) (Chiaverini, 2011).

Ressalta-se a importância de articular e acionar também a rede mais ampliada de cuidados, que envolve a rede intersetorial de políticas públicas e a rede de apoio social dos sujeitos, compreendendo que “trabalhar em rede é tecer possibilidades, aumentando as oportunidades de atuação dos indivíduos, dos profissionais e dos dispositivos de saúde numa crescente corrente de corresponsabilidade” (Chiaverini, 2011, p. 203).

A articulação intersetorial é parte fundamental do processo de transferência de cuidados, que implica ultrapassar os serviços de saúde, mobilizando e articulando os recursos do território, de modo a promover “o vínculo do usuário com outros espaços territoriais: escola, associação de moradores do bairro, espaços de lazer entre outros” (Guedes, Olschowsky e Antonacci, 2017, p. 8).

Neste sentido, foi possível identificar que as concepções das(os) trabalhadoras(es) em relação aos serviços considerados importantes para o cuidado em saúde mental indicaram uma ampliação da compreensão em relação ao cuidado, sendo considerada a rede intersetorial de políticas públicas, conforme o gráfico 3.

Gráfico 3 - Serviços considerados importantes para o cuidado em saúde mental (agrupados por secretaria)



Fonte: Elaborado pela autora (2023).

Ressalta-se que todos os participantes indicaram os serviços de saúde em suas respostas. Observou-se predominância de respostas que trouxeram serviços dos municípios vinculados à outras secretarias além da saúde, com o total de 13 respostas. Sobre as respostas que indicaram apenas serviços de saúde, a maior parte apontou apenas os serviços especializados de saúde mental, não mencionando a unidade de saúde da família, por exemplo.

Em relação às respostas que consideraram outros serviços além da saúde, identificou-se que há maior presença de unidades da política pública de assistência social, sendo mencionado o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) e os Centros de Convivência (juventude e pessoa idosa). No entanto, ainda que em número menor de respostas, também foram mencionados os serviços vinculados à secretaria de esporte, lazer e cultura, e de educação.

Em relação aos serviços de saúde, a intervenção evidenciou que as fragilidades na articulação em rede, extrapolam a relação entre unidade de saúde da família e CAPS, revelando-se lacunas em relação ao cuidado que a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) realiza.

O município de Pinhais possui contrato celebrado junto à uma Organização Social (OS) para gerenciamento da UPA. Esta forma de administração mostra-se vantajosa do ponto de vista da racionalidade dos recursos financeiros. A OS possui autonomia tanto para contratação, como para demissão de trabalhadores (Faria, 2023).

Na intervenção, os diálogos evidenciaram os tensionamentos, os desconfortos e assimetrias nas relações, afinal, cada um tenta de alguma forma proteger-se e, na melhor das hipóteses, proteger os “seus”. No entanto, quando se abre espaço para diálogo, também pode ser um caminho para reconhecer as lacunas e fazer diferente:

[...] na planilha o que a gente percebeu, tem pacientes que estão vinculados aqui que a gente não conhece os pacientes [...] então, assim, dos dois lados, né? Então, tem coisas que o CAPS tem que melhorar, né? Mas coisas que a unidade também tem que melhorar. Tem que melhorar o acompanhamento daqueles nossos também, né? A gente tem que correr atrás disso (P1).

A fala foi de uma profissional da USF e evidencia o reconhecimento sobre as lacunas no trabalho realizado. Assim, quando se abre espaços para diálogo, para olhar para o que está sendo pontuado, deixando, ao menos um pouco, a postura defensiva, é possível construir outros caminhos.

No sentido de contribuir com a aproximação, comunicação e articulação entre os serviços, identificou-se por meio de resposta ao questionário e nos encontros coletivos, sugestões das(os) participantes em relação: construção de ferramentas de comunicação para troca de informações entre as equipes; aproximação entre as equipes para favorecer a construção de vínculos; e uso de ferramentas do matriciamento (reuniões para discussão de casos, construção compartilhada de PTS e contato entre equipes por meio de ferramentas de comunicação à distância).

Uma das demandas apresentadas pela equipe, conforme já abordado, foi acerca do compartilhamento de informações sobre o cuidado aos(as) usuários(as) entre as equipes.

Assim, nos encontros coletivos foi construída planilha e compartilhada com as equipes, sendo escolhidos os seguintes campos: nome do(a) usuário(a); idade; código numérico que identifica os(as) usuários(as) no sistema de informação de saúde do município; data que iniciou o acompanhamento no CAPS; área e ACS responsável na USF Tarumã; Técnico de Referência no CAPS; Situação de atendimento no CAPS⁶; combinados realizados na construção do PTS; rede de apoio; atividades coletivas que realiza na USF; vinculação com outros serviços da rede intersetorial; olhar da/do ACS⁷; atuação conjunta⁸; e comorbidades. A ideia é que as informações registradas possam auxiliar no acompanhamento e definição de estratégias entre os serviços.

Em relação às pactuações realizadas no âmbito desta intervenção, foi acordado entre as equipes a implementação de espaço para discussão de casos entre USF Tarumã e CAPS Regional I, que será realizada mensalmente e tem previsão de início para janeiro de 2024.

O paradigma psicossocial tem como característica a atuação de equipes interprofissionais, em que se busca a superação da ideia de linha de montagem e o

⁶ Que podem ser: i) inserida(o) em acompanhamento; ii) desligamento por não adesão; iii) desligamento por estabilidade/melhora - seguimento na USF; iv) Inserido(a) - faltando; v) desligamento a pedido.

⁷ Espaço para que o(as) ACS insira suas percepções e observações que considere relevantes em relação aos(as) usuários e famílias.

⁸ Campo a ser preenchido quando forem pactuadas ações conjuntas entre os serviços.

atendimento centrado em especialistas. Considera como parte fundamental a troca e construção de saberes coletivos entre equipes e serviços, buscando a superação da fragmentação entre os níveis de atenção, fala-se em integralidade (Costa-Rosa, 2000).

Além do espaço para discussão de casos, pactuou-se a participação da equipe da USF no PTS dos(as) usuários(as) em acompanhamento no CAPS, incluindo os(as) ACS.

No contexto do cuidado realizado no âmbito do CAPS, o PTS é o principal instrumento de trabalho das equipes e norteia como será o cuidado do sujeito. É uma ferramenta que deve ser utilizada de forma a ampliar a autonomia do sujeito, buscando articular recursos do território, para além dos muros do CAPS, de acordo com o que faz sentido para cada um/uma e direcionados para desinstitucionalização e produção de vida (Ferreira et al., 2017).

A participação das equipes da USF Tarumã no PTS pode contribuir para a ampliação do conhecimento da equipe da APS sobre saúde mental, por outro lado, a equipe da USF tem também o potencial de contribuir, a partir de seus saberes e experiências, no acionamento de recursos do território para a construção dos PTS.

Ressalta-se que a ESF expressa um direcionamento importante no sentido de mudança do modelo biomédico, na medida em que o enfoque da estratégia é a família e traz consigo a promoção de saúde e práticas de educação em saúde junto à comunidade (Amarante, 2007).

Destaca-se a corresponsabilização que pode ser construída no processo do PTS, onde há a responsabilização e pactuação que envolve todos os atores envolvidos, os(as) usuários(as), profissionais de saúde e familiares/rede de apoio, na construção de um cuidado que atenda às necessidades dos sujeitos. Ressalta-se que a corresponsabilização não se esgota no momento destinado para a construção do PTS, já que se trata de um processo contínuo, sendo fundamental o acompanhamento para avaliação e mudanças sempre que se entenda necessário (Diniz, 2012).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho teve início muito antes do projeto e da intervenção propriamente dita. Começou já no início da residência, na passagem por cada um dos cenários de prática, mas ganhou contornos de sentido, principalmente, na inserção da pesquisadora na Unidade de Saúde da Família Tarumã. A Atenção Primária à Saúde é lugar privilegiado do ponto de vista de perceber as dinâmicas dos territórios, pois amplia-se o olhar quando se conhece a pessoa, família, o contexto de vida, a casa, a rua, a padaria que frequenta, os espaços onde se exercita, os caminhos necessários para ir ao trabalho, à unidade de saúde, ao CAPS.

A Reforma Psiquiátrica enquanto processo social amplo e complexo busca transformações não só no funcionamento dos serviços, mas também uma transformação social, um novo lugar social para a loucura.

Contudo, mesmo com os diversos avanços no campo da saúde mental a partir das lutas de atores coletivos, verifica-se ainda a prevalência de práticas alinhadas ao paradigma asilar nos serviços de saúde. Assim, defende-se que a mudança no sentido do modo psicossocial implica a ampla articulação dos atores sociais, os(as) usuários(as), familiares, trabalhadores(as), movimentos sociais, entre outros.

Apesar dos inúmeros desafios materializados no cotidiano de trabalho das equipes para as mudanças propostas pela RP, aponta-se a abertura e comprometimento dos profissionais que participaram desta intervenção em relação aos processos de mudança.

Enquanto contribuições deste trabalho, menciona-se o espaço coletivo onde as equipes puderam se conhecer e saber mais sobre as ofertas e funcionamento de cada serviço. A partir dos encontros, puderam compartilhar sobre os desafios que encontram no cotidiano de trabalho e, inclusive, identificarem desafios que ambas têm em comum.

Além disso, entende-se que a intervenção, também por meio da planilha construída coletivamente, contribuiu para que a equipe da USF Tarumã ampliasse o conhecimento sobre os(as) usuários(as) residentes em sua área de abrangência que estão em acompanhamento no CAPS, sendo pontuado pela própria equipe o reconhecimento da importância de aproximar-se desses usuários para acompanhamento.

Considera-se que neste primeiro momento a planilha será importante para a reflexão sobre a situação em relação aos(as) usuários(as) atendidos no CAPS, para que as equipes os conheçam, subsidiando as trocas de informações e construções conjuntas. Contudo, reconhece-se que a planilha tem muitos campos e, talvez, a longo prazo, isso dificulte a permanência da alimentação da mesma. Nesse sentido, sabendo do sistema já utilizado no município, sugere-se que possa ser avaliado junto às equipes que utilizam o sistema para adequações de forma que atenda às necessidades das equipes em relação às informações que considerarem importantes.

Enquanto desdobramentos desta intervenção, foi pactuado entre as gestoras dos serviços, uma agenda fixa com encontros mensais para discussão de casos. Além da construção compartilhada de PTS entre as equipes da USF Tarumã e do CAPS dos(as) usuários(as) em atendimento no CAPS. Menciona-se que há perspectiva de que a experimentação da articulação no âmbito desta intervenção entre USF e CAPS seja ampliada para outras USF do município, conforme sinalizado pela coordenadora do CAPS.

Pontua-se também que a intervenção provocou reflexões sobre as possibilidades de atuação do ACS e participação mais próxima junto a equipe, como na construção do PTS, por exemplo, entendendo que o saber desses profissionais podem contribuir de forma significativa para o cuidado dos(as) usuários(as).

Sobre o PTS, neste primeiro momento foi definido a construção compartilhada em relação às pessoas que estão sendo atendidas no CAPS. No entanto, destaca-se a potencialidade de ser ampliado no âmbito da APS para atender pessoas com casos de maior complexidade e/ou que demandam articulação com outros serviços e recursos do território, que não estão vinculadas ao serviço especializado, seja por não desejar ou mesmo pelo entendimento da equipe de que o seguimento pode ser na APS.

Entende-se que esta intervenção fomentou aberturas para diálogos e atuações conjuntas, sendo importante que a partir da prática as equipes aprofundem e aprimorem as reflexões em relação às ações já pactuadas. Pontua-se enquanto sugestões para reflexão e construção conjunta, aprofundar as discussões sobre matriciamento e os papéis de cada ator, bem como, refletir sobre o PTS e em quais situações faz sentido, tanto para equipe como para os usuários(as), a construção compartilhada entre as equipes.

Ressalta-se que embora seja importante criar espaços protegidos para as trocas e construções entre as equipes, é preciso pensar na função desses espaços e nos sentidos que mobilizam as práticas, fortalecendo trabalhos em rede direcionados ao fortalecimento da autonomia e cidadania dos(as) usuários(as), compreendendo-os enquanto sujeitos que protagonizam suas vidas nos territórios.

Vislumbra-se enquanto possibilidade de continuidade desta intervenção, identificar junto aos ACS os recursos “escondidos” do território, para que possa ser incorporado ao mapa já produzido de forma a contemplar outros atores que poderão contribuir com a rede de cuidados, para além dos serviços públicos.

Por fim, enfatiza-se que além de criar espaços de diálogo e aproximação entre os serviços, o trabalho das equipes deve estar direcionado à construção de autonomia e cidadania, com participação dos(as) usuários(as), sendo relevante reafirmar e revisitar constantemente os pressupostos da luta antimanicomial e da Reforma Psiquiátrica enquanto direcionadores das formações profissionais e das práticas das equipes que atuam na RAPS.

REFERÊNCIAS

AMARANTE. Saúde Mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Editora Fio Cruz, 2007.

AMARANTE, P. et. al. Autobiografia de um movimento: quatro décadas de Reforma Psiquiátrica no Brasil. São Paulo: Zagodoni, 2021.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 1979.

BISPO JÚNIOR, J. P.; ALMEIDA, E. R. de. Equipes multiprofissionais (eMulti): potencialidades e desafios para a ampliação da atenção primária à saúde no Brasil. Cadernos de Saúde Pública, v. 39, p. e00120123, 2023.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. Lei nº 11.350, de 05 de outubro de 2006. Regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição Federal, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências.

BRASIL. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família-NASF. Diário Oficial da União, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria GM/MS n.º 4.279, de 30 de Dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial União 30 dez 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 60 p. : il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria de Consolidação Nº 2, de 28 de setembro de 2017. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Portaria 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidade decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília; 2011.

CAMPOS, G. W. de S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 4, p. 393-403, 1999.

CARDOSO, L. S. et al. Promoção da saúde e participação comunitária em grupos locais organizados. *Revista brasileira de enfermagem*, v. 66, p. 928-934, 2013.

CHASSOT, Carolina Seibel; SILVA, Rosane Azevedo Neves da. A pesquisa intervenção-participativa como estratégia metodológica: relato de uma pesquisa em associação. ***Psicologia & Sociedade***, v. 30, 2018.

CHIAVERINI, D. H., organizadora. Guia prático de matriciamento em saúde mental Brasília: MS: Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

COSTA-ROSA, A. Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica: contribuições a uma Clínica Crítica dos processos de subjetivação na Saúde Coletiva. Ed. Unesp, São Paulo: 2013.

COSTA-ROSA, A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, P., org. Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000. Loucura & Civilização collection, pp. 141-168. ISBN 978-85-7541-319-7.

DELFINI, P. S. de S.; REIS, A. O. A. Articulação entre serviços públicos de saúde nos cuidados voltados à saúde mental infantojuvenil. ***Cadernos De Saúde Pública***, 28(2), 2012, p. 357–366. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012000200014>.

DINIZ, A. M. Projeto terapêutico Singular de usuários da Atenção Básica e Psicossocial: resolubilidade, co-responsabilização, autonomia e cuidados [Dissertação]. Fortaleza: Universidade Estadual do Ceará, Curso de Mestrado acadêmico em Saúde pública, 2013.

FAGUNDES, V. da S. Fala proferida no I Seminário Intersectorial de Saúde Mental em Pinhais: práticas e saberes no território. Prefeitura Municipal de Pinhais, 2023. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=p4ViljDTd_A>.

FARIA, K. J. et al. Contratos de gestão na área de saúde como instrumento de governança pública: um estudo à luz da teoria dos custos de transação. Dissertação de Mestrado. Universidade Tecnológica Federal do Paraná, 2023.

FERREIRA, T. P. da S. et al. Produção do cuidado em Saúde Mental: desafios para além dos muros institucionais. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v. 21, p. 373-384, 2016.

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

LOPES, C. J.; PAULON, S. M.; PASCHE, D. F. Entre aderir e resistir: uma reflexão sobre os usos do conceito de não adesão nos serviços substitutivos de saúde mental. *Mental*, v. 14, n. 25, p. 1-17, 2022.

MATTOS, M. P. de; GUTIÉRREZ, A. C.; CAMPOS, G. W. de S.. Construção do referencial histórico-normativo do Núcleo Ampliado de Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 27, p. 3503-3516, 2022.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 25. ed. rev. atual. Petrópolis: Vozes, 2007. 108p.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 21. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994. 80 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Cadernos de Atenção Básica, n. 34 - Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. 176 p.

ONOCKO CAMPOS, R.T., & Gama, C. (2010). Saúde Mental na Atenção Básica. Em G. W. S. Campos, & A. V. P. Guerreiro (Orgs). Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Hucitec.

PAIM, J. S. **Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão crítica**. 2007. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Bahia, 2007. Disponível em: <<https://repositorio.ufba.br/handle/ri/10376>>.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PINHAIS. Núcleo de Apoio à Saúde da Família promove ação sobre dores crônicas. Página oficial do município de Pinhais, Pinhais, 22 out. 2019. Disponível em: <<https://pinhais.atende.net/cidadao/noticia/nucleo-de-apoio-a-saude-da-familia-promove-acao-sobre-dores-cronicas>>.

WENTZEL, T. R. Fala proferida no I Seminário Intersetorial de Saúde Mental em Pinhais: práticas e saberes no território. Prefeitura Municipal de Pinhais, 2023. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=p4ViljDTd_A>.

YASUI, S.; LUZIO, C. A.; AMARANTE, P. Atenção psicossocial e atenção básica: a vida como ela é no território/ Psychosocial care and primary care: life as territory in the field. **Revista Polis e Psique**, v. 8, n. 1, p. 173-190, 2018.

YASUI, S. CAPS: estratégia de produção de cuidados. In: Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010, pp. 113-160. Loucura & Civilização collection. ISBN 978-85-7541-362-3. <https://doi.org/10.7476/9788575413623.0005>

APÊNDICES E ANEXOS

APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO ENVIADO AOS PROFISSIONAIS

Cuidado Compartilhado na Rede de Atenção Psicossocial de Pinhais articulações possíveis entre a Unidade de Saúde da Família Tarumã e o Centro de Atenção Psicossocial Regional I

Este questionário faz parte da pesquisa de conclusão de residência multiprofissional em saúde mental, vinculada à Escola de Saúde Pública do Paraná, com o título "Cuidado compartilhado na Rede de Atenção Psicossocial do município de Pinhais: articulações possíveis entre a Unidade de Saúde da Família Tarumã e o Centro de Atenção Psicossocial Regional I". A pesquisa é desenvolvida pela pesquisadora Nayara Gabriela Litz de Souza e orientada pela pesquisadora Rejane Cristina Teixeira Tabuti

Importante ressaltar que esta pesquisa considera o processo de regionalização dos CAPS, ou seja, as perguntas que sugerem relação entre Unidade de Saúde do Tarumã e CAPS, dizem respeito ao CAPS Regional I, que a partir de agosto de 2023 passou a atender usuários(as) com demandas relacionadas à transtornos mentais graves e persistentes, bem como, usuários(as) com demandas decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Considerando que é o CAPS Regional I que atende a área de abrangência da Unidade de Saúde Tarumã.

Estima-se que o tempo de resposta ao questionário é de 30 minutos.

Identificação do(a) participante

Observação: Suas informações pessoais serão preservadas. Nos resultados da pesquisa, serão adotados nomes fictícios a fim de manter o sigilo.

Nome *

Sua resposta

Serviço/Instituição que representa *

Sua resposta

Cargo/Função desempenhada *

Sua resposta

Está há quanto tempo no local de trabalho atual? *

Sua resposta

[Voltar](#)

[Próxima](#)

[Limpar formulário](#)

Menu principal | Formulários | Google

Saúde Mental, Rede de Atenção Psicossocial e Cuidado Compartilhado.

1 - O que é cuidado em saúde mental para você? *

Sua resposta

2 - Você tem conhecimento sobre ações/estratégias de cuidado em saúde mental realizadas pela Unidade de Saúde da Família Tarumã? Se sim, descreva quais. *

Sua resposta

3 - Quais serviços/equipamentos públicos do município de Pinhais são importantes para o cuidado em saúde mental? *

Sua resposta

4 - A aproximação entre CAPS e Unidade de Saúde é importante para o cuidado integral dos(as) usuários(as). *

1 2 3 4 5

Discordo totalmente Concordo plenamente

5 - A equipe da USF Tarumã tem conhecimento sobre os(as) usuários(as) que estão em acompanhamento no CAPS? *

- Sim
- Não
- Parcialmente
- Não sei

6 - Atribua uma nota para a comunicação entre CAPS Regional I e USF Tarumã atualmente. *

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Ruim	<input type="radio"/>	Ótimo									

7 - Você tem conhecimento sobre as ações/estratégias realizadas pelo serviço onde você trabalha para comunicação/articulação entre Unidade de Saúde Tarumã e CAPS Regional I? Se sim, descreva quais. *

Sua resposta

8 - O que significa o(a) usuário(a) ter "alta" do CAPS? *

Sua resposta

9 - Na sua opinião, quais os maiores obstáculos para continuidade do cuidado quando o(a) usuário(a) recebe "alta" do CAPS? *

Sua resposta

10 - Mencione os facilitadores na articulação entre CAPS Regional I e USF Tarumã. *

Sua resposta

11 - Quais os principais desafios em relação à articulação entre o CAPS e Unidades de Saúde? *

Sua resposta

12 - Quais estratégias poderiam ser utilizadas para aproximar os serviços (USF Tarumã e CAPS Regional I) e facilitar a comunicação e atuação conjunta? *

Sua resposta

Voltar

Enviar

Limpar formulário

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

TAINÁ CECCON DE GODOY

**A IMPORTÂNCIA DA INTERSETORIALIDADE NO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL A
PARTIR DO CAPS**

CURITIBA - PR

2024

TAINÁ CECCON DE GODOY

**A IMPORTÂNCIA DA INTERSETORIALIDADE NO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL A
PARTIR DO CAPS**

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.

Profa. Orientadora: Dra. Ana Paula
Müller de Andrade

CURITIBA - PR

2024

FOLHA DE APROVAÇÃO

Curitiba, 26 de janeiro de 2024

O trabalho intitulado **A IMPORTÂNCIA DA INTERSETORIALIDADE NO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL A PARTIR DO CAPS** de autoria da aluna **TAINÁ CECCON DE GODOY** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado _____ no Programa de Residência em Saúde Mental.

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

Prof. Dr. Altieres Frei Edemar
Avaliador da Instituição

Profa. Dtnda. Fabíola Ferreira de Souza
Avaliadora Externa

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	6
2 OBJETIVO GERAL E ESPECÍFICOS	11
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	11
4 ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS	15
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	18
5.1 O território e suas tensões.....	18
5.2 A cartilha: uma proposta para a produção da intersectorialidade.....	20
5.3 Psicologização das questões sociais.....	26
5.4 Processos de trabalho e seus percalços.....	31
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	39
REFERÊNCIAS.....	41
ANEXOS.....	47

RESUMO

O presente estudo teve por objetivo contribuir para o fortalecimento da intersetorialidade como uma estratégia de cuidado para usuárias/os de um CAPS. A partir de uma pesquisa ação com quatro profissionais, buscou incentivar a articulação e o compartilhamento do cuidado, com contiguidade, entre os serviços da rede de saúde e da rede socioassistencial do município onde o CAPS estava situado. A análise dos dados apontou para quatro categorias temáticas: a) “O território e suas tensões”, onde são discutidos aspectos relacionados a construção dos territórios e como podem eles ser inclusivos ou segregadores; b) “A cartilha: uma proposta para a produção da intersetorialidade”, nela detalhamos a elaboração do material que amparou o trabalho da pesquisa, seus propósitos e suas reverberações na produção de alguns projetos terapêuticos singulares de pessoas acompanhadas no CAPS; c) “Psicologização das questões sociais”, onde abordamos a supervalorização da psicologia e as limitações advindas daí ; d) “Processos de trabalho e seus percalços”, em que discorremos sobre o funcionamento da equipe e os reflexos de posturas profissionais no cuidado de usuários/as. Concluimos, por fim, que as ações intersetoriais necessitam de uma mobilização dos/as profissionais de saúde mental e também dos/as profissionais de outros setores para que haja uma mudança sociocultural no entendimento da loucura e de seu pertencimento a diferentes territórios. Reconhecemos a importância do aprimoramento das ações intersetoriais, do cuidado compartilhado, do conhecimento do território e sua consideração no acompanhamento da/o usuária/o nos serviços.

1 INTRODUÇÃO

Os “loucos” e os “leprosos” foram os primeiros indivíduos rotulados como doentes na Idade Média e, por isso, foram segregados dentro dos hospitais, estabelecendo assim o modelo de exclusão. Como apresentado por Ornellas (1998), Foucault reconheceu o hospital como lugar disciplinador, criticando a premissa de que ele teria uma função terapêutica e que teria sido somente por volta do século XVIII que teve início o modelo hospitalar com cuidado assistencial.

A loucura, que em um primeiro momento era entendida como mágica e religiosa, passa a ser objeto de um campo específico, qual seja, a psiquiatria. A loucura é, então, reduzida à doença e entendida como objeto de intervenção médica. A loucura, portanto, é tomada como alienação da razão justificando as ações de confinamento e segregação difundidas nos últimos séculos (GODOY E BOSI, 2007).

Por volta do século XIX a internação era a resposta para qualquer indivíduo que incomodasse de alguma forma a sociedade, como mulheres que haviam iniciado a vida sexual, crianças órfãs, pessoas em situação de rua, população LGBTQIA+, entre outros. Nesse sentido, a chegada da família real portuguesa ao Brasil, em 1808, traz um marco na história a respeito das questões sanitárias, pois inicia-se o processo de isolamento dos “loucos” e afastamento da comunidade aqueles que incomodavam, com o intuito de uma higienização social (OLIVEIRA ET AL, 2019).

O isolamento é a característica mais marcante da psiquiatria clássica, acarretando o estigma no manejo da loucura pelas intervenções psiquiátricas. Para os/as “loucos/as” são propostas ações violentas, segregações diversas, reclusão social, dignidade humana violada, além de ser visto como perigoso/a e incapaz (GODOY E BOSI, 2007).

Como se a segregação desumana imposta pela psiquiatria clássica já não fosse suficiente, na década de 60, iniciou-se as privatizações dos hospitais psiquiátricos brasileiros e, com isso, começou a superlotação, com condições mais cruéis ainda, pois os proprietários recebiam subsídio do governo e favorecimento de políticos mantendo, assim, internamentos desnecessários e condições precárias de “tratamento” (AMANCIO E ELIA, 2017).

Impulsionados pelo movimento da Reforma Sanitária Brasileira e por influência da Reforma Psiquiátrica ocorrida na Itália e em outros países, no final dos anos 70, trabalhadoras/es que atuavam em cenário de descaso, violência e que buscavam condições melhores de trabalho, iniciaram um movimento de crítica e reflexão sobre as formas de cuidado em saúde ofertadas no país. Surgiu, nessa época, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), direcionando os primeiros passos para a Reforma Psiquiátrica Brasileira (OLIVEIRA ET AL., 2019).

Em 1979, em uma visita ao Brasil, no Hospital Colônia em Barbacena, Franco Basaglia, precursor da Reforma Psiquiátrica Italiana, faz comparações do mesmo aos campos de concentração nazista, com a crítica de que o local que deveria ser para tratamento era, na verdade, um local de extermínio. Basaglia defendeu a proposta de olhar para o indivíduo de forma integral, com um direcionamento para a construção de espaços sociais como projetos culturais e cooperativas como forma de cuidado em comunidade (OLIVEIRA ET AL., 2019).

Nos anos de 1980 devido a crise financeira da previdência social, propõe-se a reformulação da assistência médica e da saúde, que na época eram atreladas à previdência social. Com isso, militantes do MTSM participaram da 8ª Conferência Nacional de Saúde, a qual revolucionou a participação da sociedade na construção de políticas públicas, trazendo mudanças significativas que refletem até os dias atuais (AMARANTE E NUNES, 2018).

Em 1988, com os movimentos em prol da saúde e com a promulgação da Constituição Federal, a criação do SUS surge em diferentes iniciativas. Com um novo modelo de atendimento às/aos usuárias/os de saúde mental, traz novas possibilidades de cuidado, enfatizando o atendimento psicossocial na comunidade ao invés do afastamento em hospitais psiquiátricos. (OLIVEIRA ET AL., 2019)

Desde sua implementação, o SUS recorre a diversas ações para tentar suprir as necessidades de saúde da população. Uma dessas ações é a divisão por distritos sanitários, que é entendido como a menor unidade operacional e administrativa capaz de resolver as questões de saúde, desde o nível primário até o terciário levando em conta os critérios populacionais daquela região, podendo dividir um município em vários distritos ou juntar municípios pequenos para formar um distrito (BLEICHER E

BLEICHER, 2016). Neste trabalho, adotamos essa ideia de distrito sanitário para pensar a intersectorialidade e a territorialização das ações.

Nessa conjuntura, com a reorganização do sistema de saúde no país, se intensificaram os movimentos sociais e as discussões nas Conferências Nacionais de Saúde e Saúde Mental, surgindo portarias e resoluções do Ministério da Saúde. Todo esse processo resultou em uma maior consistência da Reforma Psiquiátrica que teve como um dos seus desfechos a abertura dos Centros de Atenção Psicossocial, doravante CAPS, em vários municípios do país (OLIVEIRA ET AL., 2019).

Foi através de um processo social complexo entre os campos da saúde coletiva e da saúde mental, com uma variedade de discussões e práticas inter-relacionadas que se fundamentou o processo da Reforma Psiquiátrica brasileira, trazendo novos olhares a respeito da loucura e suas abordagens (GODOY E BOSI, 2007).

Nos anos 2000, a Reforma Psiquiátrica Brasileira deixou de ser uma proposta alternativa e se consolidou como um marco legal, através da Política Nacional de Saúde Mental – instituída pela Lei 10216/2001- influenciando o campo social, jurídico e educacional. Essa rede de cuidado tem substituído de forma progressiva o modelo hospitalocêntrico e manicomial - de aspectos excludentes e opressivos. Tem construído, portanto, um modelo de assistência baseado pelos princípios elementares do SUS, tais como a universalidade, a equidade e a integralidade (BEZERRA JR, 2007).

Em 2002, foi aprovada a Portaria 336, regulamentando o funcionamento dos CAPS, como um serviço ambulatorial de atenção diária com funcionamento segundo a lógica do território. Estabelece também que:

Os CAPS poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, cumprindo a mesma função no atendimento público em saúde mental (BRASIL, 2002).

O CAPS é entendido, portanto, como um equipamento de porta-aberta e comunitário, que deve acolher indivíduos que sofrem com transtornos mentais graves e persistentes em determinado território. Tem o intuito de prestar cuidados clínicos e auxiliar na reabilitação psicossocial, além de evitar a internação e favorecer a inclusão social das/os usuárias/os e seus familiares. Também é responsabilidade do CAPS ordenar a demanda e a rede de saúde mental do território onde está inserido e

capacitar profissionais de outros estabelecimentos como Unidades de Saúde e hospitais (RAMMINGER E BRITO, 2011).

Transcorridos dez anos da Portaria 336, em 2011, foi aprovada a Portaria 3088, a qual instituiu a Rede de Atenção Psicossocial, doravante RAPS:

Cuja finalidade é a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2011).

Nesse cenário, percebemos o papel fundamental dos CAPS na construção de possibilidades intersetoriais no território, na comunidade e de aproximação com movimentos sociais e grupos de diversidade cultural. Além disso, a intersetorialidade parece ser uma pista importante a fim de evitar respostas protocolares pouco eficazes. Na luta por uma sociedade sem manicômios e no entendimento de que o cuidado precisa ser onde a vida acontece, é fundamental para o campo da atenção psicossocial conhecer os recursos disponíveis dos territórios e o acesso a eles, levando em conta as características populacionais (AMARANTE E NUNES, 2018; MALACHIAS E BALAN, 2021).

Entendemos que o território é resultado dos processos sociais e políticos que emergem a partir dos indivíduos nele inseridos, carregados de expressões e manifestações. Ter conhecimento do território é saber de sua organização, articulação e sobrevivência dos indivíduos que por ali circulam. Onde e como são suas moradias, trabalho, renda, alimentação, rede de apoio, acessos aos serviços e recursos disponíveis. Nesse sentido, é necessário que os CAPS tenham conhecimento do território onde se situam, principalmente para a elaboração dos Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) (MALACHIAS E BALAN, 2021).

A atual política de saúde mental brasileira é uma política que surge com base na desinstitucionalização, que busca estratégias de cuidado como alternativas à internação psiquiátrica. Portanto, a rede de cuidado em saúde mental tem como proposta os serviços substitutivos a serem construídos no território, fazendo um resgate da vida do sujeito. Assim, os serviços substitutivos e a desinstitucionalização são aspectos de

suma importância para a produção de maneiras respeitadas de cuidar (FEUERWERKER, BERTUSSI E MERHY, 2016).

Pensar em serviços comunitários é ir de encontro com o modelo ainda presente no cuidado baseado na remissão dos sintomas, fragmentação do indivíduo, distanciamento e hierarquia entre profissionais e usuáries/os, todos reforçados pelo modelo biomédico. Sendo assim, o cuidado precisa ser construído a partir da articulação de diferentes profissionais e setores para se aproximar de um cuidado mais integral (OLIVEIRA, FABRICI E SANTOS, 2018).

Na trajetória da residência, meu primeiro campo de prática foi o CAPS II de Pinhais, onde passei em torno de dois meses e, ainda que de forma precária, pude me integrar com a equipe e me aproximar de sua forma de trabalho. Nesse período, percebi a necessidade de ampliar o contato com outros serviços e outros setores que não fossem os da saúde, podendo aumentar as possibilidades de cuidado das/os usuáries/os e gerar um cuidado compartilhado, para que a responsabilidade do cuidado não fosse apenas do CAPS.

Ademais, pude observar o fato de diversas/os usuáries/os precisarem retornar para o serviço após a alta por terem seus sintomas agravados novamente, visto que não estavam vinculados a nenhum outro equipamento do território, ou estavam aguardando vaga para atendimento ambulatorial de psicologia. Da mesma forma, na elaboração dos PTS que pude acompanhar direta ou indiretamente, o território onde a/o usuária/o estava inserida/o era pouco considerado, dificultando, então, a reabilitação psicossocial e a inclusão social. Outrossim, percebi resquícios do modelo manicomial, presentes nos serviços de desinstitucionalização, bem como a reprodução do modelo biomédico centrado apenas na remissão dos sintomas.

Nesse sentido, tendo em conta que a residência multiprofissional em saúde mental da Escola de Saúde Pública do Paraná em parceria com a SESA/PR tem o intuito de contribuir com reflexões e possíveis mudanças na RAPS do município de Pinhais, e que as ações intersetoriais contribuem para a apreensão dos sujeitos de forma singular e integral, em sua complexidade, potencialidades e fragilidades, para além de seus sintomas, produzimos essa pesquisa ação. Como discutiremos, reconhecemos a importância do aprimoramento das ações intersetoriais, do cuidado compartilhado, do

conhecimento do território e da sua consideração no acompanhamento da/o usuária/o nos serviços.

2 OBJETIVO GERAL E ESPECÍFICOS.

Objetivo Geral:

- Contribuir para o fortalecimento da intersetorialidade como uma estratégia de cuidado para usuárias/os do CAPS regional I em Pinhais.

Objetivos específicos:

- Realizar o mapeamento dos serviços das secretarias de educação, assistência e esporte, cultura e lazer ofertados pelo município de Pinhais a partir de zonas territoriais.
- Propor a articulação no compartilhamento do cuidado, com contiguidade, entre os serviços da rede de saúde e da rede socioassistencial do município de Pinhais, a partir do CAPS.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Com a promulgação da Constituição Federal em 1988 emergiu no país significativos avanços relacionados à Seguridade Social, estabelecendo um modelo de proteção social o qual, até então, não era previsto na legislação. Em consequência disso, o estado brasileiro, ao adotar a Seguridade Social, promoveu políticas públicas de saúde, assistência social e previdência social (CARMO E GUIZARDI, 2017).

Nesse sentido, a partir da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1990, o Ministério da Saúde editou diversas portarias no intuito de alterar os rendimentos das internações psiquiátricas com o objetivo de diminuir o tempo de estadia das/os usuárias/os nas internações, além de criar outros serviços para o cuidado em saúde mental dando origem a Política Nacional de Saúde Mental (LUZIO E YASUI, 2010).

Tais serviços inserem em suas ações todos os graus de complexidade, o que é chamado atualmente de rede de saúde mental, a qual não é apenas o desfecho de um único modelo teórico e assistencial e, sim, uma junção de diferentes modelos e lutas

(ZAMBENEDETTI, 2008). Entretanto, suas implementações de forma articulada e intersetorial ainda são desafios a serem enfrentados, visto que não se concretizam, mesmo sendo a proposta que marca a Seguridade Social (CARMO E GUIZARDI, 2017).

A configuração das políticas públicas brasileiras tem por característica a setorização e fragmentação e são, em geral, elaboradas para serem implementadas de forma isolada, sem planejamentos prévios para possíveis articulações (CUSTÓDIO, 2015). Além de apresentarem soluções de forma fragmentada, não consideram o indivíduo em sua integralidade, deixando de lado outras políticas que também buscam qualidade de vida para as/os usuárias/os (JUNQUEIRA, 2000).

Uma das consequências da setorização que tem sido observada ao longo do tempo é a exposição dos indivíduos a paralelismo de intervenções, duplicidades de cadastros e procedimentos para acesso aos serviços. Assim, a intersetorialidade pode ser também uma estratégia de gestão pública como resposta à setorização e fragmentação, buscando um olhar mais integral para o indivíduo, contribuindo inclusive para a melhora da qualidade de vida do mesmo (CUSTÓDIO, 2015).

Entendemos que há a necessidade, portanto, de superar a ideia de um cuidado fragmentado com intervenções especializadas e a produção de ações a partir do matriciamento e da integração no território, principalmente ante demandas complexas que necessitam da ampliação do cuidado e da proteção social para resultados mais efetivos. Além disso, tais demandas requerem estratégias interdisciplinares entre as políticas sociais (BONALUME, 2011).

Assim, ante a ineficácia de políticas setorializadas, a intersetorialidade passou a ser valorizada e percebida como saída para a efetividade das políticas públicas. Com o reconhecimento da intersetorialidade como necessária nas políticas de saúde, emergiu a articulação dos saberes profissionais, além de ganhos para a população e para os próprios serviços (NASCIMENTO, 2010). Entretanto, a intersetorialidade se mostra como um desafio permanente às gestões municipais, estaduais e federal, mesmo havendo maior racionalidade dos recursos, compartilhamento das responsabilidades e atribuições dos serviços (CUSTÓDIO, 2015).

A consolidação da intersectorialidade por meio da articulação da saúde mental e cultura, por exemplo, pode ser um potencial para a construção de vínculos com outros grupos sociais e para a obtenção de novos espaços para a loucura na sociedade. Os serviços e políticas públicas que se baseiam na atenção psicossocial devem ter como prioridade a intersectorialidade na elaboração de projetos de saúde, tornando os indivíduos ativos na produção de saúde (SEVERO, 2011).

Apesar de haver diversos modelos de assistência dos serviços em saúde, entendemos que o cuidado se concretiza com o protagonismo de cada sujeito, no encontro entre serviços, profissionais e usuáries/os. Ao pensar no cuidado em saúde é importante o reconhecimento de cada um/uma na produção do cuidado, pois o que caracteriza o modelo técnico assistencial não são as normas em si e, sim, os profissionais de saúde em sua atuação (MERHY E FRANCO, 1997).

Nesse sentido, as reflexões sobre as tecnologias de trabalho são importantes para a análise sobre as diferentes possibilidades de produção do cuidado em saúde mental, com enfoque para as potencialidades do cuidado a partir da escuta e criação de vínculos. Segundo Merhy e Franco (1997) as tecnologias de trabalho podem ser divididas em três tipologias, sendo elas: “tecnologias duras” que são centradas em instrumentos e máquinas, as “tecnologias leve-duras” que são o conhecimento técnico e, por fim, as “tecnologias leves” que são as relações.

Na produção de cuidado há sempre as três tecnologias atuando, mas ainda é muito presente o predomínio das tecnologias duras, seguindo o modelo médico, sobre as tecnologias leves, que sugerem a centralidade no usuário e suas necessidades de forma singular. Nesse sentido, é necessária a mudança no modelo assistencial, a qual está diretamente ligada ao núcleo do cuidado, tendo em vista uma hegemonia do trabalho morto em relação ao trabalho vivo (MERHY E FRANCO 2003).

Pode-se dizer que as linhas de cuidado disponíveis são produzidas a partir dos projetos terapêuticos os quais necessitam de recursos para a assistência às/aos usuáries/os, resultando, então, no choque entre as necessidades e as intencionalidades das/os profissionais, emergindo a integralidade na saúde (MERHY E FRANCO, 2003).

A definição de integralidade está diretamente ligada à integração dos serviços, compreendendo a interdependência e elucidando a percepção de que nenhum

equipamento dispõe da completude de recursos e competências necessários para solucionar todas as questões de um indivíduo ou grupo. Assim, é de suma importância propor estratégias de cooperação para responder às demandas dos indivíduos a partir de ações intersetoriais, com intuito de concretizar a ideia de um “sistema sem muros”, derrubando as barreiras de acesso entre os níveis de atenção e cuidado (HARTZ E CONTANDRIOPOULOS, 2004).

Uma das estratégias para a efetivação da integralidade são os Projetos Terapêuticos Singulares (PTS). O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é entendido como um composto de propostas e procedimentos terapêuticos para um indivíduo ou grupo, como resultado de uma discussão de uma equipe multidisciplinar, com suporte de matriciamento, quando necessário. Usualmente é aplicado em casos mais complexos. É bastante usado no campo da saúde mental como meio de possibilitar uma ação mais articulada da equipe, abrindo espaço para outros olhares para além do diagnóstico psiquiátrico e da medicação (BRASIL, 2007).

Entretanto, sabe-se que a produção de cuidado que tem como base Projetos Terapêuticos centrados no saber médico diz respeito mais sobre a competência profissional do que no cuidado em si de um indivíduo com necessidades singulares. Um “modelo de cuidado” com essa característica olha para o usuário como simples objeto e tem como resultado Projetos Terapêuticos cada vez mais maçantes e sem compromissos efetivos com a produção de saúde (MERHY, 1999).

Entendemos ser necessário evitar cuidados centrados em procedimentos, resultado de PTS fragmentados, que significa, na prática, um acúmulo de procedimentos que mais descuidam do que cuidam e uma atuação de “profissionais centrados” e não “usuário centrado”. Os projetos terapêuticos, portanto, devem ser a intercessão dos atos em saúde e a consolidação do cuidado. (MERHY, 1999).

Assim, os serviços que tem como proposta a desinstitucionalização, devem ter como base a produção social do usuário em sua comunidade, ou seja, atender o sujeito no intuito de reconstruir sua vida e fortalecer os laços sociais. O cuidado em saúde mental deve ser complexo, envolvendo a família, a comunidade e os atores sociais no território onde vivem (SEVERO, 2011).

É notória a necessidade de um cuidado em rede, visto que um único equipamento de saúde não parece ser capaz de solucionar todas as demandas de um sujeito. Ao pensar nos determinantes sociais de saúde, por exemplo, sabe-se que é necessário a articulação com outros serviços e outras secretarias (ESLABÃO et al, 2017). Pode-se considerar as redes como uma linguagem de vínculos das relações sociais dos sujeitos envolvidos a partir de suas realidades, visando superar problemas sociais. As redes são construídas por indivíduos sociais e autônomos que se relacionam entre si (JUNQUEIRA, 2000).

No contexto das redes de saúde, cada equipamento tem seu escopo de demandas e responsabilidades. Quando um serviço avalia que determinada demanda não é sua, é importante que encaminhe e acompanhe. Da mesma forma, quando percebe que há mais demandas do que possam responder, é necessário que compartilhe o cuidado, preservando, assim, os princípios de integralidade, descentralização e intersetorialidade previstos pelo SUS (ESLABÃO et al, 2017).

A produção de ações intersetoriais requer uma ideia de parceria e exige conhecimento dos outros serviços e das demandas que enfrentam juntos. Além disso, exige a habilidade de administrar ações coletivas, unir aspirações e estratégias para lidar com o problema em comum. A intersetorialidade, portanto, pode ser uma via de articulação entre os saberes e as ações, no intuito de trazer resultados mais eficazes em situações mais complexas, colaborar na diminuição das desigualdades e auxiliar no bem-estar social. Entretanto, essas ações implicam em entender as necessidades socioculturais dos indivíduos que serão afetados com essas articulações (BONALUME, 2011).

4 ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS

Foi realizada uma pesquisa-ação, entendida como uma pesquisa social que, de forma empírica, busca uma aproximação entre pesquisadora, objeto pesquisado e demais envolvidos, de modo cooperativo e participativo. A pesquisa-ação, portanto, necessita de uma relação dos sujeitos envolvidos de forma participativa (THIOLLENT, 2022).

A pesquisa-ação se torna viável quando pesquisadoras/es não buscam pesquisas convencionais com óticas apenas acadêmicas e burocráticas com levantamento de dados e arquivos engavetados. Buscam, assim, pesquisar junto aos indivíduos envolvidos o que eles têm a “dizer” e “fazer” a respeito do problema levantado. Nesse tipo de pesquisa, as/os pesquisadoras/es têm um papel ativo na solução dos problemas, no acompanhamento e nas ações realizadas (THIOLLENT, 2022).

Assim, esta pesquisa ação foi realizada em um CAPS e iniciada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital do Trabalhador, sob o parecer nº 6.247.743. No primeiro momento, foi realizado o levantamento dos serviços ofertados pelas secretarias de educação, de assistência social e de cultura, esporte e lazer, por meio de consulta no site da prefeitura, materiais informativos impressos disponibilizados nos serviços e, também, via solicitação por e-mail à coordenação dos mesmos.

A partir dos dados coletados, foi construído um mapeamento dos serviços buscando referenciar os mesmos geograficamente. Para tanto, foi realizada a divisão em quatro áreas, seguindo a mesma lógica da divisão de zonas territoriais do município pelos Centros de Referência da Assistência Social (CRAS), qual seja, CRAS leste, CRAS oeste, CRAS norte e CRAS sul. Vale destacar que as zonas territoriais seguem a lógica dos distritos sanitários, apresentados anteriormente.

Assim, elencou-se as informações dos serviços das respectivas zonas territoriais. As informações coletadas e agrupadas foram utilizadas para a elaboração de um material informativo - inicialmente em formato de folder e, no decorrer da pesquisa, em formato de cartilha- com o mapeamento dos serviços, com os serviços disponíveis no município das secretarias supracitadas separados por região (ANEXO 1). Após a elaboração digital, o material foi impresso e utilizado durante a pesquisa.

Já no segundo momento, foi realizada a apresentação da pesquisa e feito o convite para participação junto às profissionais¹, presencialmente, em reunião de equipe, mediante leitura e assinatura do TCLE por aquelas que aceitaram participar. Logo após, a cartilha elaborada pela pesquisadora foi apresentada às profissionais e

¹ Destaca-se que não foram mencionadas as categorias profissionais das participantes da pesquisa devido ao risco de perda de anonimato. De forma de assegurar o sigilo, utilizou-se codificação alfa-numérica.

feita a discussão da mesma como subsídio para a construção do PTS de alguns/algumas usuárias/os acompanhadas/os pelas profissionais. Além da apresentação do material construído, sucedeu-se a realização de entrevistas e aplicação do questionário (ANEXO 3) com as profissionais do CAPS.

Ainda em relação ao trabalho junto às profissionais, foram realizados encontros individuais para discussão sobre a possibilidade da inserção de usuárias/os em outros serviços. Os encontros também visaram acompanhar os combinados realizados durante a produção dos PTS e, assim, avaliar a contribuição da pesquisa e os desafios para inserção das/os usuárias/os em serviços de outras políticas públicas.

Foram realizados seis encontros com cada profissional para a escuta e devolutiva das profissionais sobre a produção e execução dos PTS. Os encontros ocorreram de forma semanal, com dia e horário previamente agendados. Um dos encontros foi coletivo para reflexão e discussão a respeito das dificuldades apresentadas pelas profissionais e possíveis mudanças nos processos de trabalho.

A partir das discussões produzidas coletivamente e das sugestões de possíveis mudanças bem como do que foi consensuado entre nós, a pesquisadora realizou um encontro com a gestão a fim de repensar os processos de trabalho e, mais especificamente, a agenda das profissionais. Ainda que não estivesse previsto na pesquisa, consideramos relevante o encontro com a gestora municipal para que pudessemos cumprir com os aspectos éticos e políticos da pesquisa.

O conteúdo de cada encontro foi registrado em diário de campo - escrito e gravado em áudio -, para posterior análise e discussão dos dados. A partir da análise temática proposta por Minayo, elencamos quatro categorias: O território e suas tensões; A cartilha: uma proposta para a produção da intersectorialidade; Psicologização das questões sociais; Processos de trabalho e seus percalços.

Esta pesquisa respeitou a Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, sobre Pesquisa com Seres Humanos e seguiu os princípios éticos vigentes no Código de Ética da Psicologia.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

5.1 O território e suas tensões

A intersetorialidade pode se apresentar como uma saída para a resolução de problemáticas a respeito de um grupo de indivíduos de determinado território. Tal perspectiva faz-se importante para alcançar uma compreensão integral das questões sociais e para as possíveis soluções. A intersetorialidade apresenta noções centrais como as de integração, de território e, principalmente, dos direitos sociais dos indivíduos. Segundo Junqueira (2000), pode ser considerada uma maneira tecnológica para lidar com os problemas sociais.

Ainda que seja uma proposição importante, durante a execução da pesquisa, em suas diferentes etapas, foi possível perceber a distribuição desigual de recursos das secretarias elencadas, que pareceu dificultar ações intersetoriais. Como mencionado na metodologia, a cartilha foi desenvolvida com abrangência do município todo e foi dividida em quatro regiões, de forma semelhante a divisão já existente pelos CRAS do município. Durante o desenvolvimento do material, evidenciamos que algumas áreas eram mais favorecidas em termos de recursos públicos do que outras, e que regiões mais centrais tendiam a ter mais serviços públicos.

O contraste mais evidente na cartilha apareceu entre as regiões representadas pelos círculos vermelho e amarelo, que representam a região 1 e a região 4, respectivamente. A região do círculo vermelho apresentou a maior concentração de serviços, sendo uma área que dispunha de mais comércios. É atravessada pelas principais avenidas do município e, conseqüentemente, onde está localizada a maior parte dos serviços das secretarias elencadas. Já a região do círculo amarelo é uma região mais afastada, boa parte dela é constituída por chácaras, pouco acesso à transporte coletivo e infraestrutura urbana, e aparentou ser uma região menos favorecida economicamente e, ainda que tenda a ter mais demandas, não havia serviços das secretarias elencadas.

Corroborando com o que Santos e Silveira (2001) elucidam, uma tendência do neoliberalismo é produzir a seletividade na distribuição geográfica dos provedores de bens e de serviços, que são conduzidos a buscar localizações mais favoráveis em

termos populacionais. Assim sendo, a disposição de forma desigual leva a dificuldade de acesso seja a bens ou serviços.

Observamos que este direcionamento produz a organização e distribuição de serviços de forma desigual, impondo barreiras de acesso para determinadas camadas populacionais. Destacamos que em uma mesma área, observamos dinâmicas de acesso distintas. Por exemplo, um dos bairros da região 4 possui um condomínio de casas chamado Alphaville, que é considerado um dos condomínios mais caros da região metropolitana de Curitiba, o que evidencia o contraste sociocultural e econômico entres os bairros dessa região, indicando para o fenômeno da “alphavillezação”. Segundo Mastrodi e Sala (2017) o termo “alphavillezação” é atribuído ao primeiro conjunto residencial fechado de alto padrão construído no país e firma o fenômeno no qual o espaço se torna um lugar de segregação de acordo com o crivo socioeconômico.

Ante tal fenômeno, cabe ao poder público realizar ações que visem a diminuição do déficit habitacional, integrando classes vulneráveis e promovendo direitos à cidade, moradia apropriada e mobilidade urbana. Quando isso não ocorre, há uma deturpação do que deveria ser a administração pública, visto que cabe também ao poder público buscar sanar as iniquidades (MASTRODI E SALA, 2017).

O Alphaville que compõem a região 4 faz divisa com dois bairros, Jardim Karla e Jardim Claudia. Segundo o Ipea (2010), o índice de vulnerabilidade socioeconômica (IVS) do Alphaville é de 00,42, enquanto o do bairro Jardim Karla é 0.359 e o do Jardim Cláudia é 0,299, sendo os mais altos do município.

O Índice de Vulnerabilidade Social (IVS), construído a partir de indicadores do Atlas do Desenvolvimento Humano (ADH) no Brasil, procura dar destaque a diferentes situações indicativas de exclusão e vulnerabilidade social no território brasileiro, numa perspectiva que vai além da identificação da pobreza entendida apenas como insuficiência de recursos monetários (IPEA, 2015).

Portanto, o IVS é um importante indicador, principalmente para gestores, no sentido de orientar a formulação e execução de políticas públicas. Ao redor desse condomínio havia diversas ofertas de esporte e lazer particulares, mas no raio periférico dessas casas de alto padrão, o que é ofertado, pensando nas secretarias de esporte, cultura e lazer, assistência social e educação, é apenas um CRAS.

Nesse sentido, a corrente do neoliberalismo traz mudanças significativas no que diz respeito à ocupação do território, tornando-o mais seletivo e deixando à margem a população mais pobre e vulnerável. Dito isto, o que evidenciamos neste trabalho é a segregação da população menos favorecida da região supracitada (SANTOS E SILVERA, 2001).

No que se refere à saúde mental, a segregação se multiplica. O percurso sócio histórico da loucura, como já mencionado anteriormente, é constituído por processos de separação e exclusão. Assim, a luta por pertencimento no território nesses casos é intensificada, quando se consideram os marcadores sociais que atravessam o indivíduo, sejam eles, cor, raça, gênero, classe social, transtornos mentais e/ou deficiências, dentre outros.

Ante a complexidade do marcador social da saúde mental, a luta é constante para mudar o paradigma sociocultural. Segundo Souza (2018), para que se tenha uma inclusão efetiva do indivíduo em sofrimento psíquico em outros espaços, faz-se necessário o embate com a herança cultural que se fundamenta no discurso carregado de preconceito, o qual concebe indivíduos com transtornos mentais como perigosos e com necessidade de serem segregados. Portanto, desconstruir esse imaginário é, sobretudo, construir possibilidades mais ampliadas para a apreensão do fenômeno saúde - doença.

5.2 A cartilha: uma proposta para a produção da intersectorialidade

Apesar das dificuldades e com toda a luta necessária para a sustentação da lógica antimanicomial, o processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira é uma das políticas de saúde mental mais importantes do mundo. Também é considerado um movimento em prol dos direitos humanos com revoluções na forma de tratar e cuidar da loucura, além da participação social e política das/os usuárias/os (AMARANTE E NUNES, 2018).

Atualmente, é frequente a permanência dos indivíduos em sofrimento mental dentro das instituições que se propõe “abertas” como os CAPS mas que, em algumas experiências, acabam reproduzindo uma nova forma de institucionalização priorizando

protocolos, como o uso dos psicofármacos, consultas psiquiátricas e restrições a apenas atividades internas (AMARANTE E NUNES, 2018).

Nesse sentido, pensando em um cuidado para fora do CAPS, entendemos como relevante a elaboração de um material, aos moldes de uma cartilha, que trouxesse informações tanto para as profissionais quanto para os/as usuários/as que são acompanhados/as no CAPS. A proposta de elaboração da cartilha encontrou amparo na experiência da pesquisadora no CAPS durante a residência e parecia ser uma via de acesso para a produção da intersectorialidade.

A proposta previu, então, a elaboração e a apresentação da mesma para as profissionais que aceitassem participar da pesquisa. Assim, no primeiro encontro com cada profissional, quando foi realizada a entrevista, também foi explicado de forma mais detalhada a respeito da pesquisa. Além disso, nesse momento foi privilegiado o diálogo e a escuta das profissionais, com vistas a perceber se e como o instrumento criado se aproximava da necessidade delas e dos/as usuários/as. Assim, o material informativo, que inicialmente tinha o formato de um folder ganhou a forma de uma cartilha (ANEXO 1). Ou seja, um material um pouco maior e com mais informações.

Além disso, alguns aspectos apontados pelas profissionais quanto aos serviços apresentados na cartilha foram a dificuldade de alguns/mas usuários/as conseguirem se organizar com a agenda do serviço bem como que não haviam informações nas salas para ajudá-los/las e se localizarem no tempo.

Diante disso, a cartilha deixou de ser um material apenas informativo e passou a ter também outras funções. A primeira foi a de servir de auxílio para que as pessoas atendidas naquele serviço pudessem ter uma agenda de suas atividades no CAPS e atividades externas, tanto as atividades realizadas no dia-a-dia quanto as que seriam acordadas no PTS. Outro ponto de destaque foi colocar na cartilha explicações do que é um PTS, já que a sua produção se daria neste momento, para que as pessoas atendidas pudessem ser instrumentalizadas a respeito desse momento tão importante em seu acompanhamento no CAPS.

Vale destacar que o PTS é constituído de quatro momentos, são eles: diagnóstico, definição de metas, divisão de responsabilidades e reavaliação. O diagnóstico é o primeiro momento onde se faz uma avaliação geral e se identifica as

vulnerabilidades e potencialidades da/o usuária/o. O segundo momento, denominado como “definição de metas”, é o momento onde a equipe sugere propostas de curto, médio e longo prazo de acordo com os interesses do/a usuário/a. No terceiro momento é explicitado o papel e as tarefas de cada um para a conclusão das metas. E, por último, ocorre a reavaliação para discutir o caso novamente e realizar possíveis alterações e correções quando necessário (BRASIL, 2007).

Assim, além da informação sobre o que é um PTS, foi inserido um espaço para que o/a usuário/a pudessem colocar seu nome e outro espaço para escrever o nome da técnica de referência (TR), para que a cartilha pudesse se tornar algo mais pessoal e não apenas mais um pedaço de papel descartável.

No quarto, quinto e sexto encontro, duas profissionais conseguiram produzir o projeto para quatro pessoas. As demais profissionais não conseguiram aplicar devido a remarcação dos PTS e pelo fato de alguns usuários/as terem voltado a trabalhar e, por isso, não puderam comparecer aos atendimentos. Seguem fragmentos das conversas a respeito de duas aplicações que ajudam na discussão no argumento supramencionado:

P1: Do PTS. A gente fez a proposta do projeto com a Julia e com o Caio². A Julia assim, ela é bem solícita, corresponde, mas em prática não atende tão bem.[...] Mas teve um avanço porque ela parece que se inscreveu num curso de informática, próximo da casa dela (Fragmento do DC, encontro 1).

P1: [...] E para de repente ela se inscrever no cursinho no início do ano que vem. Já fizemos alguns assim a médio prazo [em relação aos objetivos do PTS]. Se inscrever no cursinho para fazer o ENEM. Para fazer a profissão, ter a possibilidade de fazer a profissão em alguma faculdade. Pensando que ela tem possibilidades, e incentivando a busca de estágio (Fragmento do DC, encontro 1).

P1: [...] Porque, imagina, está prevendo um curso, né? Como é que ela vai treinar? Como é que ela vai se preparar? Fazer só com o celular? Perguntei se não era impossível, se ela tem essas possibilidades. [...] Daí, orientei o Centro da Juventude, porque o Centro da Juventude também disponibiliza os computadores lá. Então, daí ficou isso, de ver essa questão do Centro da Juventude (Fragmento do DC, encontro 1).

P2: Ontem eu apliquei um do Roberto, também é ex-usuário de substância psicoativa, né, álcool. E foi bem interessante, mas ele já é bem ativo. Mas ele e a esposa ficaram interessados em iniciarem uma

² Os nomes utilizados para se referir às/os usuárias/os são nomes fictícios, a fim de preservar o anonimato.

atividade física? E daí eu falei que iria fazer o retorno em 30 dias (Fragmento DC, encontro 5).

P2: [...] Então, a gente fez o PTS normal. E daí, no final, tanto ele saiu com os combinados que a gente coloca aqui no sistema, como eu coloquei aqui também e fiz a agenda pra ele.. Do que ele faz na segunda. [...] Terça-feira ele vem para as oficinas aqui. A gente combinou dele começar uma atividade física de baixo impacto porque ele tem um problema na perna. O objetivo é, a curto prazo, iniciar nas oficinas terapêuticas, porque até então ele não vinha porque ele não tinha isenção [do transporte coletivo], agora ele já tem isenção. Iniciar uma atividade física, que a gente combinou dele procurar. Manter a prescrição atual, iniciar atividades no Centro Cultural. No final, quando ele viu do Centro Cultural, ele falou, 'nossa, tem violão e violino'. Eu falei, 'então, a curto prazo, pra você ir lá pelo menos, você ver como que funciona'. Agora é final de ano, talvez não tenha, mas.... (Fragmento DC, encontro 5).

P2: E daí expliquei direitinho, né? Dos serviços todos. Ele é a bolinha vermelha, eu falei, olha, aqui tem a bolinha vermelha, só o centro da juventude você não entra, você já passou e do idoso você não chegou ainda, né? E daí ele ficou bem interessado e a esposa também na atividade física e quando ele leu violino... (Fragmento DC, encontro 5).

Para Saraceno (2001, p.96), o equipamento deve ser o conjunto de “lugares comunicantes e dos recursos intercambiáveis” que estão disponíveis a determinada população e a um determinado local geográfico. A comunidade onde está o serviço é, portanto, uma fonte inesgotável de recursos potenciais. Como mostram os fragmentos do diário campo mencionados, os PTS extrapolam o campo da saúde e podem se articular com outros setores.

Depois das combinações dos PTS, as profissionais agendaram, a princípio, com dois serviços da assistência social para levar os/as usuários/as. Em um dos serviços, segundo uma das profissionais, teve uma boa recepção, o local foi apresentado, ou seja, foi feito um acolhimento e uma ambiência. Entretanto, em outro serviço, houve a manifestação de preocupação quanto à estabilidade emocional das pessoas que participariam das atividades ofertadas e quais eram as condições delas. Segundo a profissional, as perguntas foram: “esses pacientes assim que você está trazendo são pacientes que já fizeram o tratamento, que já estão bem? Eles não têm mais nada? Eles têm alguma doença ainda? E qual que é o problema deles?”

Ao escutar essas falas, a profissional contou que explicou a diferença de doença para transtorno mental, dizendo: “São pessoas que em algum momento tiveram algum

prejuízo, algum mal-estar, que tem um sofrimento e que precisam de um suporte para superar o sofrimento que estão passando. E umas das estratégias é o suporte de apoio, de fortalecimento, de iniciativa, de autonomia, dos laços sociais. Por isso o [se referindo ao serviço] como uma das estratégias [de cuidado]”.

Quando se fala em ações intersetoriais, estamos falando de um trabalho em rede, ou seja, construir parcerias e relações horizontais entre os/as trabalhadores/as de diversos equipamentos presentes na comunidade para que se efetive um cuidado integral (DELFINE E NETO, 2012). Para tanto é importante levar as discussões de saúde mental para ocupar outros espaços, além dos serviços de saúde. No entanto, compreendendo que a reforma psiquiátrica é um processo social complexo, ainda percebe-se práticas e posturas orientadas pelo modelo biomédico e segregadoras.

Outra situação que ocorreu em outro serviço envolveu a profissional do CAPS. quando ela perguntou se os/as usuários/as poderiam passar por uma acolhida e se poderiam se inscrever para alguma atividade no serviço, a resposta foi que eles/as teriam que levar a documentação e conversar com outro profissional em outro momento. Além disso, ao perguntar sobre o cronograma das atividades, a resposta foi de que “o serviço tem só no drive e que eles sabem os horários das atividades lá e que eles não comunicam porque eles/as (usuários/as) precisam passar pela acolhida, e que é na acolhida que os/as profissionais falam as atividades que tem.”

Nos trechos elencados fica evidente como o preconceito com as pessoas que frequentam o CAPS ainda é muito forte e como a burocracia funciona como uma barreira de acesso importante. Ademais, mesmo com a instituição da Lei 10216/ 2001, que garante o direito das pessoas com transtorno mental, no cotidiano dos sujeitos essa garantia ainda está longe de se concretizar plenamente e favorecer o acesso livre a outros equipamentos, outras secretarias e a outros/as profissionais, que não sejam da saúde mental. Entendemos que a perspectiva manicomial ainda é muito presente, no sentido de que o “louco tem os lugares certos” a frequentar e que a cidade não o pertence. Segundo Saraceno (2001, p. 98) “O muro do manicômio a ser demolido é qualquer muro que impeça de ver (e usar) outros saberes e outros recursos”.

Amarante (2021) refere que a compreensão da reforma psiquiátrica não se resume ao fechamento dos manicômios ou mesmo a criação de um novo modelo

assistencial. Trata-se, na verdade, do processo de produção de “novos lugares sociais” para as pessoas em sofrimento ou que possuem algum diagnóstico. É, sobretudo, ultrapassar a barreira do imaginário social do que é a loucura e de como lidar com ela. Para tanto, é importante estabelecer outros laços sociais para que ocorra uma mudança de paradigmas tanto sociais como culturais, a fim de desconstruir crenças e valores estigmatizantes e segregadores.

Assim, entendemos que é necessário repensar as estratégias e o olhar para a cidade como espaço de reabilitação psicossocial. A produção de saúde não deve estar baseada somente nas instituições sanitárias, psiquiátricas e/ou nas equipes multidisciplinares. Deve-se conhecer as potencialidades do lugar, as organizações e instituições do bairro, superar a lógica assistencialista e buscar recursos vivos daquela comunidade onde o indivíduo está inserido (AMARANTE E NUNES, 2018).

Nesse sentido, em contrapartida da primeira visita realizada pela profissional, em outro momento, o outro serviço elencado teve uma postura diferente ao receber os/as usuários/as do CAPS. A profissional tinha informação prévia que o serviço tinha uma abertura maior com a equipe do CAPS e, devido a isso, foi organizada uma visita conjunta com o CAPSi do município, ou seja, nessa visita foram profissionais e usuários/as do CAPS e também do CAPSi. Na chegada todos/as foram recepcionados pelo psicólogo, que apresentou as atividades, os programas e conversou com os/as usuários/as. Foi feito também um lanche com todos/as.

Um dos desfechos dessa visita foi que a Julia, uma das usuárias do CAPS, que participou da construção do PTS amparado na cartilha, participou da visita e se interessou pelas atividades lá ofertadas. Assim, a técnica de referência ficou de retomar os combinados com ela para realizar os trâmites necessários para sua inserção nesse outro equipamento.

Ressaltamos que a visita mencionada foi noticiada por um dos veículos midiáticos da prefeitura (ANEXO 2) possibilitando a divulgação de atividades realizadas por ambos os serviços, podendo contribuir também para mudança do imaginário social a respeito dos lugares de pertencimento das pessoas que também se utilizam do Caps.

Pudemos perceber a importância da ocupação de outros espaços que não seja o CAPS, outros lugares que possam gerar movimento, vida e sentido para os sujeitos. A

partir do momento que os/as usuários/as saem do CAPS eles/as não são mais, ou apenas, usuárias/os do CAPS mas, sim, pessoas da comunidade que estão frequentando outros espaços. Nos questionamos: Será que se aquelas pessoas que foram no primeiro serviço relatado tivessem ido com suas famílias ou sozinhos/as teriam sido abordados/das da mesma forma? Será que a recepção teria sido a mesma?

Segundo Santos et al. (2019) é nas cidades onde estão as memórias e identidades de seus habitantes. É nas cidades que se constrói as relações dos indivíduos rotulados como “loucos” e o território por onde andam. Refletir a respeito dessa relação faz com que se abram possibilidades de promoção em saúde pautadas no fortalecimento dos laços sociais.

5.3 Psicologização das questões sociais

Pensar a respeito da Política Nacional de Saúde Mental na atual conjuntura é um desafio, uma vez que o modelo contemporâneo passou por mudanças de paradigmas sociais, históricos e políticos ao longo do tempo. Passou, não sem tensões, de uma prática punitiva e segregadora para uma concepção de sujeitos de direitos que são complexos, cada um em sua singularidade (LIMA et al, 2015).

Como percebemos na pesquisa, o acolhimento e o vínculo são fundamentais na relação entre usuário/a e trabalhador/a de saúde mental, e é essa relação que abre caminhos para a autonomia e a corresponsabilização do cuidado entre os envolvidos nesse processo. (JORGE, 2011) Durante um dos encontros, conversando a respeito da intersetorialidade, depois da gravação de áudio, uma das profissionais comentou que as ações intersetoriais são importantes, mas que não poderiam ser realizadas em detrimento da psicoterapia exercida no CAPS, como mostra o fragmento a seguir:

“Após a gravação a profissional fala sobre a preocupação em ter mais uma atividade e a sobrecarga de trabalho. A profissional também refere ter receio de não ter tempo para a psicoterapia. Eu comento sobre as atividades intersetoriais também serem terapêuticas e a importância dos/as usuários/as frequentarem outros espaços e evitar sobrecarga no CAPS. E a fala da profissional é: ‘mas aí seria o terapêutico em detrimento da psicoterapia’”. (Fragmento do DC, encontro 3)

Talvez essa lógica operada pela profissional decorra de um fenômeno que se expandiu no período pós-pandemia, que foi a supervalorização da psicologia, que

parece se aproximar bastante da visão e da postura biomédica. Ao falar da postura biomédica nos referimos principalmente ao olhar para o indivíduo de uma forma fragmentada e entendendo a atuação médica como sendo a mais importante e, nesse caso, a psicoterapia como a estratégia “salvadora” de todos os males psís.

Nesse sentido, nós psicólogas/os e demais profissionais da saúde mental, devemos estar sempre atentas/os para não cairmos em uma atuação pouco crítica e, além disso, correr o risco de psicologizar os fenômenos sociais. Isso não significa que os atendimentos psicoterápicos não sejam importantes, mas, mais importante do que a psicoterapia, é compreender o indivíduo em toda a sua complexidade e perceber que talvez a psicologia não seja tão importante como muitas vezes achamos que é. Além disso, entender que talvez ela não seja suficiente para responder demandas complexas, para as quais, no mais das vezes, a clínica ampliada seja mais adequada que práticas individualizantes.

Esse fenômeno da psicologização tende a compreender o indivíduo de forma dualista, ou seja, corpo e mente, ignorando os marcadores sociais e todos seus atravessamentos. Essa compreensão tem como efeito a responsabilização e a culpabilização do indivíduo por estar na situação que se encontra, seja ela qual for.

Como argumenta Paiva Neto (2020), o desmonte progressivo das políticas sociais dos últimos anos e o desvio do enfrentamento das questões sociais é um mecanismo adotado pelos governos como forma de naturalizar as desigualdades, tirando o foco e enfraquecendo a luta de classes. É considerada uma atuação mais amena do que a comum repressão coercitiva do Estado, mas ainda produz a perda de direitos e de políticas públicas que possam fornecer melhores condições de existência ou subsistência para a classe trabalhadora.

Dessa maneira, os contrastes sociais são entendidos como culpa ou responsabilidade individual e as respostas a eles acabam por se tornar também individualizadas e menos politizadas. Entretanto, isso não significa que o sofrimento psíquico não precisa de um cuidado terapêutico. Pelo contrário, o sofrimento traz uma demanda legítima para a clínica, mas muitas vezes esse sofrimento é um traço de uma sociedade individualizada (LEÃO, IANNI e GOTO, 2019).

Portanto, é importante que o/a psicólogo/a e demais profissionais que atuam nas redes de saúde e saúde mental e na rede socioassistencial, compreendam que o sofrimento individual está correlacionado com fatores coletivos, institucionais e socioculturais. “São contradições essencialmente sociais e políticas que, ao serem medicalizadas, são psicologizadas, individualizadas e descoladas de seu contexto social e político, e das possibilidades de serem coletivamente articuladas” (LEÃO, IANNI e GOTO, 2019, p. 137).

Nesse sentido, a atuação na saúde mental, quando não é crítica, acaba por reforçar a corrente do neoliberalismo direcionando a responsabilidade individualizada, a culpabilização do sujeito, como demonstram os fragmentos a seguir.

P2: E o paciente, o usuário, quando ele tem uma... Consciência, uma consciência não, uma autonomia melhor, a gente indica já procurar esses outros serviços para iniciar alguma atividade lá, mas nem todos procuram. Mas o orientado é no projeto terapêutico (Fragmento do DC, encontro 1).

P3: Porque o que que acontece? Eles saem daqui, aí eles caem na ociosidade porque eles não buscam, a família não dá o suporte, as orientações que a gente dá e aí eles acabam voltando pra cá porque eles criam a ideia de que o tratamento é só ou a medicação ou só o CAPS que disponibiliza a oficina, talvez por não conhecerem ou talvez porque precisa e maior divulgação, então aí depende, acho que é isso que também precisa (Fragmento do DC, encontro 1).

Um das barreiras em relação a uma comunicação aberta é a culpabilização do sujeito, caindo na hierarquização de profissional-usuário. Entendemos que para que se ultrapasse isso, é fundamental um diálogo onde haja uma criação conjunta, além de ampliar espaços de debates entre usuários/os, comunidade, profissionais e equipamentos (GOMES, 2015).

Um serviço de qualidade deveria se ocupar de todos os/as usuários/as. Tal constatação é uma das chaves analíticas para compreensão da produção dos serviços, visto que quando o serviço não dialoga com seus/suas usuários/as, acaba por estabelecer hierarquias de intervenção (SARACENO, 2001). Em umas das conversas com uma profissional, a mesma trouxe um fragmento do diálogo com um usuário, ao qual foi proposto a aplicação do projeto, em que transparece o argumento aqui apresentado. Ela contou:

P1: Você é um paciente que está aqui preventivamente ao agravo, porque você não tem perspectiva pessoal nenhuma. Sim, está estável, poderíamos mandar para o ambulatório, mas para mim é um risco, porque você não vai ter essa (INAUDÍVEL) e o acompanhamento regular, enquanto se projeta com perspectivas pessoais (Fragmento DC, encontro 4).

Ressaltamos que por vezes os/as profissionais tendem a compreender os sujeitos como pacientes, no sentido de serem passivos em seu acompanhamento e que, por melhores que sejam as intenções dos/das profissionais, elas acabam por desconsiderar o que o/a usuário/a desejam, acreditando que sabem o que seria melhor para aquele indivíduo. Entendemos que:

Esta postura alimenta a dependência do usuário e reforça uma relação onde a potência sempre está localizada no pólo profissional. [...]De fato, às vezes as equipes tratam os pacientes como se eles fossem incapazes de toda e qualquer iniciativa e somente os profissionais soubessem o que lhes é benéfico ou não (CAMPOS E GAMA, 2008, p. 227).

Saraceno (2001) apresenta uma analogia de como manicômios e ambulatórios podem ser miseráveis, sem recursos e também “vazio de relações afetivas e mortíferas” (SARACENO, 2001, p. 98), tal qual uma ilha sem habitantes, sem água e sem vida. É possível perceber o quanto um CAPS que não aposte na perspectiva antimanicomial em toda sua potencialidade pode se assemelhar a esses lugares vazios, como argumentou uma das profissionais.

P3: Mas a dificuldade é isso, assim, né? É aquele ciclo vicioso, né? Então assim, por mais que a gente tente quebrar isso, é assim, né? Vem pro CAPS, vai pra casa, mantém a mesma rotina, os mesmos hábitos, não conhece nada diferente, vem pro CAPS, faz atividade, volta pra casa, toma remédio. Então, assim, acaba ficando nisso e, assim, isso que é uma coisa que a gente precisa quebrar. E é muito difícil assim. É fundamental a participação da família, só que assim, a gente entende. Por que que veio pro CAPS? Se você for olhar a combinação ali? Como é que você vai querer o suporte? São coisas que a gente vai trabalhando, tentando fazer o diferente (Fragmento do DC, encontro 4).

Uma reflexão necessária diante do exposto, é pensar o quanto esse equipamento está sendo de fato um dispositivo de potência de vida. Os CAPS deveriam ser lugares de sociabilidade, de relações interpessoais, que possam proporcionar um ambiente acolhedor, seguro, confortável, acessível. Além disso, ser um lugar de

expressão das subjetividades dos/as envolvidos/as. É importante pensar em quanto a ambiência é produzida nesse espaço e não apenas enquanto espaço físico, mas como espaço social, profissional e de relações, o qual deve proporcionar uma atenção acolhedora, resolutiva e humana.

Outro conceito fundamental no cuidado em saúde mental é o de clínica ampliada. Para Campos e Amaral (2007), a clínica ampliada amplia o “objeto de trabalho”, ou seja, aquilo com que determinada prática se responsabiliza. Por exemplo, a medicina tradicional se atribui o tratamento de doenças, mas para clínica ampliada deve haver a necessidade de compreender por outras perspectivas e ir além das doenças, como situações que aumentam o risco ou vulnerabilidade dos indivíduos, ou seja, considerar primeiro as pessoas e depois a enfermidade.

Outrossim, é necessário ampliar a produção de saúde por diversos meios, sejam eles, curativos, preventivos, de reabilitação ou paliativos. Assim, a clínica poderá contribuir para um maior grau de autonomia dos sujeitos. Essa autonomia deve ser compreendida não como sendo ausência de dependência, mas uma ampliação da habilidade do indivíduo lidar com sua rede de dependências. O aumento da autonomia pode ser avaliado no sujeito, pela ampliação da compreensão e atuação sobre si mesmo e sobre sua vida (CAMPOS E AMARAL, 2007).

Tykanori (1996, p. 55) apresenta a concepção de autonomia como “a capacidade do indivíduo de gerar ordens e normas para sua vida”. Portanto, não cabe compreender autonomia como sinônimo de autossuficiência ou independência, mas, ao contrário, o autor elucida que “todos somos dependentes”. A particularidade do/a usuário/a de saúde mental é a dependência em excesso de poucas relações/coisas, e é justamente essa restrição de relações que diminui a sua autonomia.

A conceituação de reabilitação psicossocial está atrelada ao aumento do poder contratual do indivíduo, no sentido de criar possibilidades para que o/a usuário/a participe do processo de trocas sociais. A contratualidade dos/das usuários/usuárias vai ser determinada pelas relações que estes têm com os/as profissionais pelo quais são atendidos/as. E esses profissionais podem se utilizar de seu poder para aumentar o poder dos/as usuários/as como não (TYKANORI, 1996).

5.4 Processos de trabalho e seus percalços

No cuidado em saúde mental, é importante que se tenha uma produção de saúde baseada em tecnologias leves, de forma integrada e centrada no/a usuário/a. Nesse sentido, trata-se de colocar em segundo plano o Trabalho Morto, o qual refere-se aos meios instrumentais relacionados às tecnologias duras, ou seja, a produção de procedimentos. Para tanto, é necessário priorizar o Trabalho Vivo, que são os atos em si, uma produção de cuidado direcionado às tecnologias leves (MERHY E FRANCO, 2003).

Ao longo da pesquisa, percebemos que o trabalho vivo demanda novos arranjos organizacionais dos serviços. Em uma das perguntas da entrevista, a respeito do que faltava para se ter ações mais efetivas de intersetorialidade, foi consenso respondido pelas profissionais que precisaria ter um horário reservado nas agendas.

P1: Assim, precisa ter agendado. Agenda. Nos serviços, nos equipamentos. [...] Dos profissionais, precisa isso ser uma dimensão compreendida pela administração. Eles falam para a gente fazer. Mas não tem agenda, não está na nossa agenda fazer isso (Fragmento DC, encontro 1).

P3: É, eu acho que seria fundamental ter um tempo pra se organizar, assim, criar mesmo essa cultura de ah, vai ter tal situação, então nós vamos ter esse tempo pra planejar. Então assim, saber que isso é uma rotina. A gente vai ter tal ação, a gente vai ter... Não sei, um dia da semana fechado para isso (Fragmento DC, encontro 1).

Entendemos que esse é um dilema a ser enfrentado pela gestão dos serviços nas suas diferentes instâncias. Nos questionamos o quanto essa necessidade de inserção das atividades na agenda seja o hábito de ações protocolares, ou seja uma forma proteger um momento para que se possa realizar essas ações, visto que consta ações no território no artigo 4º, § 5º, inciso VI da Portaria MS/GM 336/2002: “atividades comunitárias enfocando a integração do doente mental na comunidade e sua inserção familiar e social”.

Segundo Saraceno (2001), podemos ter instrumentos úteis, mas não padronizáveis, à nossa disposição como a escuta, a solidariedade, a afetividade, a possibilidade de modificar o contexto material de vida cotidiana do/a usuário/a,

possibilidade de trocas afetivas, entre outros. Esse dilema entre ações padronizadas e o caráter inventivo das mesmas foi referido pelas profissionais, como segue:

P3[.]uma ideia, não sei, é pensar talvez, né, porque assim, aqui tá toda a informação, né, mas como fazer isso nos serviços, né? Porque, que nem você falou, assim, a gente já comentou, né, no outro momento, assim, a carga de trabalho é muito grande, a gente acaba fazendo, fazendo, fazendo e pensar, então assim, como uma introdução desse tipo de auxílio, né, como isso iria se dar? O primeiro momento seria o PTS com as orientações, o segundo momento seria o quê? Então acho que talvez fazer uma, não sei, uma explanação da ideia do que como isso poderia ser feito no depois. Não sei (Fragmento DC encontro 2).

Outro ponto a ser levantado é o quanto as profissionais têm espaço para criar ou só podem realizar o que está na agenda. Para Ferrer (2007, p. 44) o indivíduo tende a se adaptar à organização do trabalho e tal adaptação “corresponde à procura, à descoberta, ao emprego e a experimentação de um compromisso entre os desejos e a realidade”. Contudo, a rigidez das organizações está diretamente ligada a adaptação do sujeito ao trabalho, além da diminuição de conteúdo significativo levando a possíveis sofrimentos.

P4: Não querendo cair naquela situação comum de que é mais equipe técnica, mas querendo ou não é porque daí a gente fica muito, às vezes, focado no próprio processo de avaliação, acolhimento, monitoramento. E não pode fazer outros projetos, porque eu penso assim, a gente é uma equipe multi e a gente está cumprindo o que a instituição pede, o que o serviço prevê, o que a portaria, o que está dentro do protocolo, mas a gente sabe que dentro de cada categoria a gente pode ir muito mais além, né, dentro dos nossos saberes, da nossa bagagem, que a gente pode intervir (Fragmento DC, encontro 1).

No segundo encontro, as profissionais denotaram necessidade de que fossem criados “protocolos” para que as ações se efetivem. A sugestão apareceu em um diálogo de uma profissional com a pesquisadora, como segue:

P3: Eu acho que seria interessante talvez escrever isso, pensar... Porque esse aqui é o começo, né? E como que a gente faz o desenvolvimento, o meio? Como que é o meio disso? Seria interessante nem que a gente pensasse junto mesmo [...] parece que a gente vai querendo colocar mais essa atividade e mais esse trabalho, mas uma sugestão que eu não sei se é viável pra você. Às vezes até incluir, né, num anexo ou alguma coisa assim, essa sugestão do passo a passo, né, a gente tá conversando aqui, mas deixar isso registrado, sabe [...] Talvez assim estruturar isso, ficaria legal assim. Só escrever, pra ficar estruturado dentro da cartilha, assim,

né?

Pesq.: Assim eu não sei se cabe na cartilha especificamente porque esse aqui vai ficar com o usuário.

P3: Ah tá.

Pesq.: Aí isso é mais um processo de trabalho, na verdade. Mas o que a gente pode fazer? Você falou e eu fui pensando. Talvez na próxima sexta a gente se reunir [...] pra gente pensar em tentar estruturar isso no processo de trabalho de vocês. Como alterar isso, modificar para que seja mais efetivo.

P3: Eu vou falar do que eu penso, se ficar só na cartilha isso vai se perder. Só entrega a cartilha, faz lá um plano e a gente não tem isso como combinado interno. Então se não estruturar esse combinado na sequência do teu projeto, eu acho que vai se perder. Eu acho.

Pesq.: Eu concordo. Como que a gente poderia fazer? Fazer para modificar esse processo de trabalho?

P3: Você diz com o horário, com... é, daí isso a gente teria que ter, eu imagino que teria que fazer uma escala, né, não sei se isso iria acontecer toda semana, porque eu não sei nem se a gente teria público, quer dizer, público tem, né. A gente teria que ter um tempo pra ver quem poderia, talvez, fazer ali um grupo, como você falou, um grupo de sexta-feira pra ir até tal lugar, né? Então, acho que talvez isso, assim, a gente teria que ter um espaço na agenda pra fazer isso e uma rotatividade profissional. (Fragmento DC, encontro 2)

Nos fragmentos mencionados, apareceu também o quanto um material pode se tornar simplesmente um trabalho morto, e que a cartilha em si não seria a peça principal para que as ações intersetoriais se efetivassem, mas que precisaria ser estruturada para toda a equipe. A proposta, então, foi discutir de forma coletiva para pensar as possíveis mudanças no processo de trabalho para que ações de intersetorialidade pudessem ocorrer de forma mais efetiva para além do projeto que estava sendo aplicado.

Com isso, foi redigido um documento acordado por todas as profissionais para que eu, enquanto pesquisadora, pudesse apresentar a gestão, como mencionado anteriormente. E assim ocorreu. Em dia e horário marcados tive a conversa com a gestora do serviço para repensar os processos de trabalho atuais. Segue o fragmento do diário de campo desse encontro.

Foi apresentada à gestora uma proposta de trabalho em forma de rodízio de profissionais. A mesma contou que antes da pandemia haviam muitas atividades, mas com a pandemia tudo parou e a equipe teve dificuldade para retomar as atividades como: idas ao cinema e aos parques. A gestão denotou surpresa com o fato das profissionais terem referido como maior dificuldade o tempo reservado na agenda. Em contrapartida a gestora

referiu que se o problema era a agenda isso era simples de se resolver. Também falou que precisaria ser colocado na agenda das profissionais porque se não fosse algo imposto não seria feito. Na conversa com a gestão, também foi discutido a respeito da função do CAPS na reabilitação psicossocial e como as ações de intersectorialidade poderiam contribuir para isso. E em relação a proposta, a gestão referiu talvez não conseguir com que fosse semanalmente, como proposto pelas profissionais, mas que quinzenal seria possível. Contou também que as saídas do serviço são sempre organizadas com um técnico, algum profissional da equipe de enfermagem e um oficineiro. Relata que prefere que seja dessa forma para evitar situações imprevisíveis. Informou também da dificuldade de se organizarem para o final de ano, mas que para início de 2024 pretende já colocar a escala nas agendas. (Fragmento do DC do encontro com a gestão)

Para Saraceno (2011), somente um serviço de saúde mental de alta qualidade em sua complexidade poderia proporcionar programas de reabilitação confiáveis. A qualidade não está necessariamente ligada aos recursos disponíveis ou com a qualidade das tecnologias, mas primordialmente a produção de um local de diálogos, oportunidades, permeável e dinâmico.

Gomes (2015), argumentou ser importante superar as relações burocráticas e construir um trabalho a partir de relações horizontais, apostando em ações coletivas, abrindo espaço para construção em grupo e articulação com atores do território para que também possam contribuir para espaços criativos e dialógicos.

Salientamos que as/os profissionais que trabalham na saúde estão em contato o tempo todo com sofrimento. As profissionais que trabalham com saúde mental precisam muitas vezes lidar com situações que podem lhes ser muito familiares e que, quando não bem administradas, podem se tornar um empecilho para um bom atendimento e bom vínculo com a pessoa atendida

Corroborando neste argumento, Campos (2005) refere que os sintomas institucionais são reflexos da própria realidade do trabalho, pelo contato com sofrimento intenso do outro. É comum em serviços de saúde e de educação a identificação entre profissionais e usuários/as. Por exemplo, se a população atendida é vista como desvalida e desrespeitada pode acontecer da equipe também passar a se sentir assim. E, assim, na busca de evitar essa identificação a equipe pode se fechar na tentativa de uma discriminação entre nós e os outros, construindo assim fortes barreiras para evitar

contato com aquilo que dói ou, no pior dos casos, tornar-se uma equipe agressiva e retaliadora com as/os usuárias/os.

Nesse sentido, é essencial que as práticas que embasam o exercício na saúde mental, tanto da formação acadêmica quanto da experiência diária, sejam revisadas com periodicidade. Com isso, a atuação no CAPS pode ser um espaço formador o qual se constrói na prática. Para que isso aconteça é fundamental ter um espaço democrático e estruturas institucionais que oportunizem espaços intra-equipes, tal como um espaço de supervisão clínico-institucional, por exemplo, que possibilita o fomento de atuações com base na coletividade dos saberes. (SILVA et al, 2012)

A supervisão tem como foco a sustentação de uma proposta de gestão partilhada da clínica, no sentido de auxiliar as/os profissionais a lidar com os entraves institucionais frequentes. Além disso, visa a subsidiar o espaço de cada um dentro da equipe, a fim de assegurar a especificidade, mas perfurando a rigidez de cada especialidade. Também possibilita a construção coletiva dos casos, desenvolvendo um trabalho em equipe com menos conflitos, além de uma pactuação de responsabilidades (SILVA et al, 2012).

Em 2005, o Ministério da Saúde instituiu o Programa de Qualificação dos Caps, pela Portaria Nº 1174, onde incluía supervisão clínico-institucional semanal; ações de atenção domiciliar e em espaços comunitário; ações de acompanhamento integrado com a rede de atenção básica em seu território de referência; realização de projetos de estágio e de treinamento em serviço, em articulação como centros formadores; ações de integração com familiares e comunidade; desenvolvimento de pesquisas que busquem a integração entre teoria e prática e a produção de conhecimento, em articulação com centros formadores (BRASIL, 2005).

Art. 3º Definir como supervisão clínico-institucional o trabalho de um profissional de saúde mental externo ao quadro de profissionais dos CAPS, com comprovada habilitação teórica e prática, que trabalhará junto à equipe do serviço durante pelo menos 3 a 4 horas por semana, no sentido de assessorar, discutir e acompanhar o trabalho realizado pela equipe, o projeto terapêutico do serviço, os projetos terapêuticos individuais dos usuários, as questões institucionais e de gestão do CAPS e outras questões relevantes para a qualidade da atenção realizada (BRASIL, 2005).

Nesse sentido, tanto para ações intersetoriais quanto para supervisões clínicas é importante considerar uma agenda padrão para resguardar o direito para a efetivação dessas ações e de tantas outras, mas, como já mencionado anteriormente, com a ressalva de não se tornar apenas ações protocolares.

Em 2019, o Conselho Federal de Psicologia (CFP) lançou a Resolução nº 17, de 19 de Julho de 2022, para orientar profissionais de psicologia quanto à atuação no setor de saúde. A referida resolução traz como base os conceitos de Hora-assistencial e Agenda-Padrão. Sendo a Hora-assistencial como a medida relativa de tempo médio estimado para a realização das ações exercida pelos/as profissionais de psicologia como planejamento de atividades, intervenções, ações compartilhadas, supervisão, discussão de caso, reunião de equipe, encaminhamentos, evolução no prontuário, elaboração de documentos entre outros, nos diversos níveis de atenção. Na atenção secundária é orientado que:

§ 1º As psicólogas e os psicólogos da Atenção Secundária atuarão tendo como base os atributos derivados da lógica da clínica ampliada, da reabilitação e reinserção social, familiar e comunitária de base territorial e da construção do Projeto Terapêutico Singular, de modo a respeitar a diversidade e os marcadores sociais dos sujeitos e das coletividades (CFP, 2022).

A Agenda- Padrão na Atenção Secundária é constituída por quatro eixos, sendo atendimento específico; ações compartilhadas; ações no território e outras ações. Em relação ao atendimento específico é resguardado uma duração de 30 a 60 minutos sendo de 5 a 15% da carga horária mensal do/a profissional. Já as ações no território com a rede intra e intersetorial são reservadas de 60 a 120 minutos podendo ocupar 5% da carga horária mensal. E para a supervisão, pode-se ocupar até 10% da carga horária mensal, com duração de 90 a 120 minutos. Sendo assim, uma profissional que trabalha 40 horas, sendo 160 horas mensais, poderá dispor de 24 horas de atendimento individual no mês, o que equivale a 24 atendimento de 60 minutos ou 48 atendimentos de 30 minutos. Para ações intra e intersetoriais, tem-se reservado 8 horas mensais. E para supervisão pode-se utilizar até 16 horas (CFP, 2022).

Tal orientação partiu do Conselho Federal de Psicologia, mas talvez pudesse ser tomada como base para a organização de agenda para qualquer profissional de saúde

mental não se restringindo a categoria, visto que a distribuição inclui ações que todas as categorias, de ensino superior, podem realizar dentro de um CAPS.

Outro aspecto que precisa ser mencionado é o fato que durante a pesquisa o CAPS passou por modificações. O CAPS que anteriormente era CAPS II passou pelo processo de hibridização, ou seja, passou a atender as duas clínicas, tanto a de pessoas com transtorno mental, quanto daquelas que fazem uso prejudicial de álcool e/ou outras drogas. Assim, passou a ser chamado de CAPS Regional I, atendendo metade dos bairros do município. O outro CAPS, anteriormente CAPS AD, mudou para CAPS Regional II, atendendo também as duas clínicas e recebendo a outra metade dos bairros.

A decisão de hibridização dos CAPS não foi partilhada pelas/os profissionais, muito menos pelos/as usuários/as. E, ainda que não conste na Portaria 3088/2011, o município decidiu pela mudança. Durante os encontros com as profissionais foi possível perceber certa dificuldade e receio em atender as duas clínicas. Nas portarias atuais as modalidades que constam de CAPS são:

I - CAPS I: atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para Municípios ou regiões de saúde com população acima de quinze mil habitantes;

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

III - CAPS III: atende prioritariamente pessoas em intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS AD. Indicado para Municípios ou regiões de saúde com população acima de cento e cinquenta mil habitantes;

IV - CAPS AD: atende pessoas de todas as faixas etárias, que apresentam intenso sofrimento psíquico decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas. Indicado para Municípios ou regiões de saúde com população acima de setenta mil habitantes;

V - CAPS AD III: atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam intenso sofrimento psíquico decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno. Indicado para Municípios ou regiões de saúde com população acima de cento e cinquenta mil habitantes; e

VI - CAPS i: atende crianças e adolescentes que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para municípios ou regiões com população acima de setenta mil habitantes (BRASIL, 2011).

Segundo a Política Nacional de Humanização (PNH) um dos princípios do SUS é a participação social para que haja maior democracia nos espaços de gestão de saúde. Entretanto, essa participação não deve estar restrita a espaços formais, como os conselhos de saúde, e sim no dia-a-dia de cada trabalhador/a.

Contudo, a cartilha HumanizaSUS: gestão participativa: co-gestão de 2009, refere que a participação do/a trabalhador/a ainda é pequena nas decisões cotidianas e que isso pode ser atribuído a um excesso de burocracia e, muitas vezes, ao fato de uma gestão centralizadora e pouco participativa. Portanto, a co-gestão surge como um modo de pensar e agir coletivo, sem hierarquia de categorias.

O modelo de gestão que estamos propondo é centrado no trabalho em equipe, na construção coletiva (planeja quem executa) e em colegiados que garantem que o poder seja de fato compartilhado, por meio de análises, decisões e avaliações construídas coletivamente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Nesse sentido, cabe a reflexão de como as práticas verticalizadas ainda estão presentes na gestão e no planejamento dos serviços de saúde, onde as assimetrias ganham destaque e se revelam no pouco espaço para diálogo e decisões compartilhadas, produzindo práticas fragmentadas (Campos, 1999). Com isso, destacamos importância de fomentar espaços para discussões e tomada de decisões

compartilhadas, entendendo que tal postura impacta diretamente o cuidado com os/as usuários/as

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando a luta contínua da Reforma Psiquiátrica e o CAPS como principal equipamento de substituição dos hospitais psiquiátricos, faz-se necessário considerar toda a complexidade dessa luta e ter ciência de que apenas um serviço não dá conta de efetivar a reabilitação psicossocial de indivíduos em sofrimento grave e persistente.

Durante o processo da pesquisa, desde a apresentação do projeto na reunião de equipe até o último dia de encontro, houveram discussões enriquecedoras para repensar as ações de intersectorialidade e a importância delas. A proposta da pesquisa era do uso da cartilha com os/as usuários/as do serviço, mas a parte que consideramos a mais importante foi tudo o que a pesquisa mobilizou. Primeiro foram as reflexões das profissionais acerca da temática, depois a mobilização de como isso seria aplicado, mesmo depois da finalização do projeto dentro da rotina estabelecida da equipe. Posteriormente, houve a reflexão das profissionais com as/os usuárias/os para pensar as atividades fora do CAPS e, por fim, as idas definitivamente aos equipamentos.

Salienta-se que a execução da pesquisa e todas as reflexões e repercussões só foi possível pela abertura e comprometimento da equipe que assumiu o compromisso de participar da mesma. Mesmo as profissionais que não conseguiram produzir os PTS com os/as usuários/as, estavam sempre presentes trazendo ótimas reflexões e apontamentos a respeito do que estava sendo abordado.

Trabalhar com saúde e especificamente saúde mental é sempre desafiador e, por vezes, o trabalho não ocorre da maneira que desejamos, seja por lacunas na rede, seja por dificuldades com a gestão, seja por dificuldades e limitações nossas, mas, diante disso, cabe a nós estarmos atentas aos nossos marcadores sociais e das pessoas que estamos atendendo, buscando ter uma compreensão integral, além de sempre buscarmos atualizações e novas formas de cuidados.

É importante lembrar que o que vemos e ouvimos naqueles momentos em que estamos com as pessoas atendidas é só um recorte da vida delas. Que fora do CAPS

existem vidas, papéis sociais diversos e recursos no território tão importantes e potentes na vida daquele sujeito, quanto o serviço que está sendo ofertado, mas que muitas vezes passam despercebidos.

Nesse sentido, esse trabalho buscou pensar em um cuidado para fora CAPS e tomou como foco principal o território, percebendo a importância deste para um processo terapêutico ampliado, como importante para vida de qualquer sujeito. Entendemos que a ocupação e o pertencimento a diferentes territórios podem ser propulsores de vida, principalmente para aqueles/as que estão em processos de reabilitação psicossocial.

Por fim, foi possível perceber que o conhecimento de outros serviços no território é importante e, talvez, seja o primeiro passo para pensar na intersetorialidade. Ainda assim, insistimos que o conhecimento e as informações não garantem ações intersetoriais, vez que ela se produz também a partir de outros fatores, como aqueles relacionados às estruturas organizacionais, à formação profissional e à disponibilidade de cada profissional para tal. Afirmamos que um investimento na mudança sociocultural acerca do entendimento da loucura e de seu pertencimento aos territórios é urgente, a fim de superar o paradigma do modelo biomédico ainda tão presente no cotidiano de quem atua e se utiliza dos serviços de saúde mental.

REFERÊNCIAS

AMANCIO, V. R.; ELIA, L. Panorama histórico-político da luta antimanicomial no Brasil: as instabilidades do momento atual. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health**, v. 9, n. 24, p. 22-49, 2017.

AMARANTE, P.; NUNES, M. O. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciência & saúde coletiva**, v. 23, p. 2067-2074, 2018.

AMARANTE, P. et al. **Autobiografia de um movimento: quatro décadas de Reforma Psiquiátrica no Brasil**. São Paulo. Zagodoni (1976-2016). 2021.

Atlas da vulnerabilidade social nos municípios brasileiros / editores: Marco Aurélio Costa, Bárbara Oliveira Marguti. – Brasília : IPEA, 2015. 77 p. : gráfs., mapas color.

BEZERRA JR, B. Desafios da reforma psiquiátrica no Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 17, p. 243-250, 2007.

BEZERRA, E.; DIMENSTEIN, M. Os CAPS e o trabalho em rede: tecendo o apoio matricial na atenção básica. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 28, p. 632-645, 2008.

BLEICHER, L., and BLEICHER, T. Organizando o SUS. In: **Saúde para todos, já!** [online]. 3rd ed. Salvador: EDUFBA, 2016, pp. 55-68. ISBN 978-85-232-2005-1.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 336, de 19 de fevereiro DE 2002**. Brasília, 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Brasília, 2011.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Ambiência** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, e Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**, 2007.

BRASIL. Portaria de Consolidação nº 3 de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. 2017.

BONALUME, C. R. O paradigma da intersetorialidade nas políticas públicas de esporte e lazer. **LICERE-Revista do Programa de Pós-graduação Interdisciplinar em Estudos do Lazer**, v. 14, n. 1, 2011.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 4, p. 393-403, 1999.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; AMARAL, Márcia Aparecida do. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, p. 849-859, 2007.

CAMPOS, Rosana Onocko. O encontro trabalhador-usuário na atenção à saúde: uma contribuição da narrativa psicanalítica ao tema do sujeito na saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 573-583, 2005.

Campos, R.T.O., & Gama, C. Saúde Mental na Atenção Básica. In CAMPOS, G. W. S.; GUERRERO, Pires, V. A.. (Org.). Manual de Práticas de Atenção Básica: saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: [HUCITEC], 2008. 417 p. v. 1.

CARMO, M. E. do; GUIZARDI, F. L. Desafios da intersetorialidade nas políticas públicas de saúde e assistência social: uma revisão do estado da arte. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 27, p. 1265-1286, 2017.

CERVO, Estefânia Bisognin et al. Interprofissionalidade e saúde mental: uma revisão integrativa. **Psicologia e Saúde em debate**, v. 6, n. 2, p. 260-272, 2020.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA - CFP. **Resolução nº 17, de 19 de julho de 2022.**

CUSTÓDIO, A. V.; SILVA, C. R. C. A intersetorialidade nas políticas sociais públicas. **Apresentação de Trabalho no I Seminário Nacional Demandas Sociais e Políticas**

Públicas na Sociedade Contemporânea. Santa Cruz do Sul, RS, Brasil, UNISC, 2015.

DA SILVA LIMA, Mirla; DE AGUIAR, Ana Caroline Leite; SOUSA, Mabel Melo. O cuidado compartilhado em saúde mental como potencial de autonomia do usuário. **Psicologia em Estudo**, v. 20, n. 4, p. 675-686, 2015.

DELFINI, Patrícia Santos de Souza; REIS, Alberto Olavo Advíncula. Articulação entre serviços públicos de saúde nos cuidados voltados à saúde mental infantojuvenil. **Cadernos de saúde pública**, v. 357-366, 2012.

DE OLIVEIRA, Adriana Rosmaninho Caldeira et al. Reforma psiquiátrica: origens e atualidade no Brasil. **Revista Ensino de Ciências e Humanidades-Cidadania, Diversidade e Bem Estar-RECH**, v. 3, n. 2, Jul-Dez, p. 493-415, 2019.

DE PAIVA NETO, José Rangel; DA SILVA LIMA, Ingridy Lammonikelly; DE ALMEIDA, Bernadete de Lourdes Figueiredo. O estado burguês e a psicologização da “Questão Social”. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 3, p. 15592-15606, 2020.

ESLABÃO, A. D., et al. Rede de cuidado em saúde mental: visão dos coordenadores da estratégia saúde da família. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 38, 2017.

FERRER, Ana Luiza. **Sofrimento psíquico dos trabalhadores inseridos nos Centros de Atenção Psicossocial: Entre o prazer e a dor de lidar com a loucura**. 2007. Tese de Doutorado. [sn].

FEUERWERKER, L. C. M.; BERTUSSI, D. C.; MERHY, E. E.. Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes-livro 1. In: **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes-livro 1**. 2016. p. 440-440.

GODOY, M. G. C.; BOSI, M. L. M. A alteridade no discurso da reforma psiquiátrica brasileira face à ética radical de Lévinas. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 17, n. 2, p. 289-299, 2007.

GOMES, Doris; RAMOS, Flávia Regina Souza. Solidariedade, aliança e comprometimento do profissional da saúde nas práticas do Sistema Único de Saúde (SUS): um debate bioético. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 19, p. 9-20, 2015.

GOULART, Daniel Magalhães. Autonomia, saúde mental e subjetividade no contexto assistencial brasileiro. **Revista Guillermo de Ockham**, v. 11, n. 1, p. 21-33, 2013.

HARTZ, Z. M.; CONTANDRIOPÓULOS, A.-P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. **Cadernos de saúde pública**, v. 20, p. S331-S336, 2004.

JORGE, Maria Salete Bessa et al. Promoção da Saúde Mental-Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 3051-3060, 2011.

JUNQUEIRA, L. A. P.. Intersectorialidade, transectorialidade e redes sociais na saúde. **Revista de Administração Pública**, v. 34, n. 6, p. 35 a 45-35 a 45, 2000.

KINOSHITA, Roberto Tykanori (1996). Contratualidade e reabilitação psicossocial. In: PITTA, Ana Maria Fernandes (org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 55-56.

LEÃO, Thiago Marques; IANNI, Aurea Maria Zöllner; GOTO, Carine Sayuri. Individualização e sofrimento psíquico na universidade: entre a clínica e a empresa de si. **Humanidades & Inovação**, v. 6, n. 9, p. 131-143, 2019.

LUZIO, C. A.; YASUI, S. Além das portarias: desafios da política de saúde mental. **Psicologia em estudo**, v. 15, p. 17-26, 2010.

MALACHIAS, A. C.; BALLAN, C. V. Território e Territorialidades no cuidado em saúde mental. **Atenção psicossocial a crianças e adolescentes negros no SUS**, p. 69, 2021.

MASTRODI, Josué; SALA, Marcela Falsoni. O fenômeno da “alphavillezação da cidade”: A proliferação dos condomínios fechados estudada à luz das ingerências

privadas na realidade do município de Campinas. **Revista de Direito da Cidade**, v. 9, n. 3, p. 1046-1084, 2017.

MERHY, E.E. Apostando em projetos terapêuticos cuidadores: desafios para a mudança da escola médico ou utilizando-se da produção dos projetos terapêuticos em saúde como dispositivo de transformação das práticas de ensino-aprendizagem que definem os perfis profissionais dos médicos. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 10, n. 5, p. 13-17. 1999.

MERHY, E. E. FRANCO, T. B. Por uma composição técnica do trabalho centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. **Saúde em debate**, v. 27, n. 65, p. 316-323, 2003.

MERHY, E.; FRANCO, T. B. Reestruturação produtiva e transição tecnológica na saúde. **São Paulo: Hucitec**, 1997.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: gestão participativa: co-gestão** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. – 2. ed. rev. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. 20 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

NASCIMENTO, S. Reflexões sobre a intersectorialidade entre as políticas públicas. **Serviço Social & Sociedade**, p. 95-120, 2010.

OLIVEIRA, T. T. S. S.; FABRICI, E. P.; SANTOS, M. A. Estrutura e funcionamento de uma equipe de saúde mental de Trieste na perspectiva de seus integrantes: um estudo qualitativo. **Psicologia em Pesquisa**, v. 12, n. 2, p. 24-35, 2018

ORNELLAS, C. P. Os hospitais: lugar de doentes e de outros personagens menos referenciados. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 51, p. 253-262, 1998.

RAMMINGER, T.; BRITO, J. C. " Cada CAPS é um CAPS": uma coanálise dos recursos, meios e normas presentes nas atividades dos trabalhadores de saúde mental. **Psicologia & Sociedade**, v. 23, p. 150-160, 2011.

SANTOS, L. S., et al. Laços com a Loucura: a cidade como espaço de promoção de saúde mental. **Barbarói**, p. 208-226, 2019.

SANTOS, Milton; SILVEIRA, Maria Laura. **O Brasil: território e sociedade no início do Século XXI**. Rio de Janeiro: Record, 2001. 471p. pag 302-303.

SARACENO, Benedetto. Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. In: **Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível**. 1999. p. 95-101.

SEVERO, A. K.; DIMENSTEIN, M. Rede e intersectorialidade na atenção psicossocial: contextualizando o papel do ambulatório de saúde mental. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 31, p. 640-655, 2011.

SILVA, Gilson Mafacioli da et al. O processo de trabalho na supervisão clínico-institucional nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). **Revista Latinoamericana de psicopatologia fundamental**, v. 15, p. 309-322, 2012.

SOUSA, Patrícia Fonseca; MACIEL, Silvana Carneiro; MEDEIROS, Katrucky Tenório. Paradigma biomédico x psicossocial: onde são ancoradas as representações sociais acerca do sofrimento psíquico?. **Trends in Psychology**, v. 26, p. 883-895, 2018.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. Cortez editora, 2022.

ZAMBENEDETTI, G.; SILVA, R. A. N.. A noção de rede nas reformas sanitária e psiquiátrica no Brasil. **Psicologia em Revista**, v. 14, n. 1, p. 131-150, 2008.

ANEXOS

ANEXO 1



Você, morador ou moradora do município de Pinhais sabe quais atividades e serviços a prefeitura oferece para adultos, perto de sua casa? Aqui você vai encontrar equipamentos das secretarias de Assistência Social, Esporte, Cultura e Lazer e da Educação.

Nessa cartilha, o município foi dividido em quatro partes, muito semelhante com a divisão feita pelos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS).

Aqui cada região será representada por um símbolo que pode ser , , , ou .

Então, para facilitar, ao lado de cada serviço terá um símbolo desses mencionados para indicar em qual região o serviço está localizado.

Alguns serviços estarão indicados com os quatro símbolos, o que significa que esses equipamentos estão localizados em uma região central e que pode ser de acesso a todos independente da região onde mora.

Esse documento foi elaborado especialmente para as pessoas que são acompanhadas em CAPS, com o intuito de ser apresentada no momento do PTS para que tenham conhecimento e para que possam acessar outros serviços para além dos equipamentos de saúde. Entretanto, a Cartilha está disponível a todos que possam se interessar.



**ENCONTRE SUA REGIÃO
E DESCUBRA SERVIÇOS QUE PODEM
TE AJUDAR**

 **Região 1: Jardim Karla, Jardim Amélia,
Parque das Águas, Parque das
Nascentes, Alphaville Graciosa**

 **Região 2: Vargem Grande, Maria
Antonieta, Pineville e Centro**

 **Região 3: Estância Pinhais e
Weissópolis**

 **Região 4: Atuba, Alto Tarumã, Emiliano
Perneta e Jardim Claudia**



REGIÃO 1

CRAS Região Norte



REGIÃO 2

CRAS Região Leste:

Ginásio Poliesportivo Tancredo de Almeida Neves



REGIÃO 3

CRAS Região Sul:

Centro de Artes e Esportes Unificados - CEU



REGIÃO 4

CRAS Região Oeste:

Ginásio Poliesportivo Jardim Perdizes

Centro de Iniciação ao Esporte

Pólo Esportivo e Cultural Pedro Arizona



REGIÃO COMUM A TODAS AS ÁREAS

CREAS

CENTRO DE REFERÊNCIA MARIA DA PENHA

POSTO DE IDENTIFICAÇÃO

ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA E CIDADANIA

CENTRO DA JUVENTUDE (CJ)

CENTRO DE CONVIVÊNCIA DO IDOSO (CCI)

CENTRO CULTURAL

ESCOLA DE DANÇA



O Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) é a unidade do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) responsável por oferecer serviços, programas e benefícios voltados à prevenção de situações de risco e ao fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários. No CRAS são ofertados serviços como: Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF), Serviço de proteção social básica no domicílio para pessoas com deficiência e idosos, além da inscrição no Cadastro Único (CadÚnico), que poderá dar acesso a benefícios eventuais, como o Bolsa família, auxílio funeral, auxílio alimentação, auxílio transporte, BPC, entre outros.

 **CRAS Região Norte:**

Endereço: Rua Nilo Peçanha, 502 – Jardim Amélia
Telefone: 41- 9 9211-4869

 **CRAS Região Leste:**

Endereço: Rua Leila Diniz, 361 – Maria Antonieta
Telefone: 41- 9 9196-9855

 **CRAS Região Sul:**

Endereço: Rua Rio Trombetas, 828 – Weissópolis
Telefone: 41- 9 8792-5001 / 9 7401-5571

 **CRAS Região Oeste:**

Endereço: Rua Antonio Taborda Ribas, 116 – Atuba, Pinhais/PR
Telefone: 41-9 8786-8760



CREAS

O Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) é um serviço da Política de Assistência Social que tem por objetivo a oferta de atendimento às famílias e indivíduos que estão em situação de risco social ou que tiveram seus direitos violados. No CREAS são ofertados serviços como: Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (PAEFI), Abordagem Social, Serviço para Pessoas com Deficiência, Idosas e suas famílias, entre outros.

Endereço: Rua Vinte e Cinco de Dezembro, 363 - Estância Pinhais, Pinhais/PR

Telefone: 41- 9 9228-2982



CENTRO DE REFERÊNCIA MARIA DA PENHA

É um espaço de acolhimento e atendimento humanizado, que tem por objetivo prestar assistência integral a mulheres em situação de violência doméstica.

Endereço: Rua 21 de Abril, 321 - Centro Pinhais/PR

Telefone: 41-9 9226-0692



POSTO DE IDENTIFICAÇÃO

Emissão de RG , Antecedentes Criminais e 2ª via da Carteira de Trabalho. Necessita de agendamento online, acesse:

<https://www.agendador.pr.gov.br/index.php/agendador/index-selecionar-municipio> OU escaneie o QR CODE



Rodovia Deputado João Leopoldo Jacomel, 12.050 - Centro
Pinhais/PR.

Telefone: 41- 9 9187-4839



ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA E CIDADANIA

Presta serviço de orientação e atendimento jurídico de forma gratuita aos munícipes de Pinhais em situação de vulnerabilidade econômica ou social. Conta com uma equipe de advogados, servidores e estagiários que atendem a população nas seguintes áreas:

a) Direito das Famílias (divórcio, guarda de filhos, regulamentação de visitas, alimentos - (fixação, revisão, exoneração e cumprimento de sentença), investigação de paternidade, reconhecimento e dissolução de união estável)

b) Infância e Juventude Cível (guarda de terceiros, adoção, tutela, medida de proteção)

c) Registro Público (retificação de registro civil)

d) Alvará Judicial (levantamento de pequenos valores deixados por pessoa falecida, desde que não tenha deixado bens a inventariar)

e) Interdição (curatela)

O agendamento deverá ser feito no CRAS ou CREAS, mediante análise socioeconômica.

Endereço: Rua Jerônimo Busato Filho, 133 – Estância Pinhais, Pinhais/PR

Telefone: 41- 9 9245-4630



CENTRO DA JUVENTUDE (CJ)

O espaço é voltado para a realização de atividades que possibilitem aos adolescentes e jovens, produzir e acessar bens culturais e artísticos e participar de atividades esportivas e tecnológicas, tendo como alvo adolescentes e jovens na faixa etária de 12 à 29 anos.

Atividades ofertadas:

Conversação em Inglês, Marketing Digital, Parkur, Move Dance, Taekwondo, Capoeira, Programa Juventude Empreendedora, Projeto de Bolsa Auxílio – Agentes de Cidadania (até 24a) e Projeto Chega +

PROJETO CHEGA +

Tem como objetivo oferecer acesso ao espaço, aos adolescentes e jovens residentes em regiões mais afastadas ou de difícil acesso ao Centro da Juventude, fazendo uso da van do Centro da Juventude para levá-los. No período em que estiverem no serviço, os jovens terão acesso ao uso da quadra, pista de skate, arena teatral ao ar livre e outros espaços que estejam disponíveis naquele horário, bem como serão oferecidas vivências de participação em outras atividades com os grupos de interesse dos agentes de cidadania.

Endereço: Rua Ataulfo Alves, 49 – Maria Antonieta, Pinhais/PR

Telefone: 41-9 9237-4054



**CENTRO DE CONVIVÊNCIA
DO IDOSO (CCI)**

São desenvolvidas ações para pessoas com mais de 60 anos, com o intuito de resgatar a cidadania, saúde e bem-estar, assim como a autonomia e melhoria das relações intergeracionais.

.Ambiente projetado, com equipes que trabalham na promoção da reinserção dos/das idosos/as na sociedade, ampliando o conhecimento aos seus direitos enquanto idosos/as e da rede socioassistencial do município, despertando interesse na participação de espaços diversos. Com isso, um dos objetivos do CCI é a busca da valorização das experiências vividas, da memória construída e da reconstrução de vínculos familiares e comunitários.

Atividades ofertadas:

Ginástica, Coral, Yoga, Pintura em Tela, Dança, Taekwondo, Academia ao Ar Livre, Pista de Bocha, Hidroginástica (Piscina), entre outros.

Endereço: Rua Guilherme Weiss, 450 - Tarumã, Pinhais/PR

Telefone: 41-9 9216-6021



CENTRO CULTURAL

Centro Cultural Wanda dos Santos Mallmann, tem como objetivo oportunizar o acesso à cultura. São oferecidas oficinas culturais gratuitas para todas idades, a fim de promover a valorização dos cidadãos, a inclusão cultural e social, o incentivo a novos talentos, bem como o desenvolvimento artístico, crítico e intelectual.

Atividades ofertadas:

Pintura em tela, Violino, Violão, Coral, Banda municipal, Criação literária, Teatro, Cinema, Sala de RPG, entre outros.

Endereço: Rua Vinte e Dois de Abril, 305 - Estância Pinhais, Pinhais/PR

Telefone: 41-9 92873001



ESCOLA DE DANÇA

É um complexo que abriga estúdios de dança, salas administrativas, e vestiário e tem como objetivo proporcionar a comunidade acesso a cultura através de aulas de diversas modalidades de dança, visando desenvolver conhecimento e produções artísticas.

Atividades ofertadas

Ballet, Dança de rua, Dança de salão, Dança do ventre, Dança indiana e Jazz

Endereço: Rua Quinze de Novembro, 107 - Centro, Pinhais /PR,
Telefone: 41-9 9197-3347



GINÁSIO POLIESPORTIVO TANCREDO DE ALMEIDA NEVES

São disponibilizadas diversas oficinas de atividades físicas, de lazer e culturais para os munícipes. Todas as atividades são gratuitas.

Atividades ofertadas:

Ginástica, Alongamento, Yoga, Pilates, Taekwondo, Muay Thai, Karatê e Capoeira

Endereço: Rua 11 de Junho, 637 - Centro, PinhaisPR

Telefone: 41-9 9189-6020



CENTRO DE ARTES E ESPORTES UNIFICADOS - CEU

São disponibilizadas diversas oficinas de atividades físicas, de lazer e culturais para os munícipes. Todas as atividades são gratuitas.

Atividades ofertadas:

Artesanato, Costura Criativa, Teatro, Alongamento Local e Ginástica

R. Rio Trombetas, 828 – Planta Bairro Weissópolis, Pinhais/PR
Telefone: 41-9 9231-5067



GINÁSIO POLIESPORTIVO JARDIM PERDIZES

São disponibilizadas diversas oficinas de atividades físicas, de lazer e culturais para os munícipes. Todas as atividades são gratuitas

Atividades ofertadas:

Ginástica de menor impacto e Ginástica de maior impacto

R. Alcides Jazar, 610 – Atuba, Pinhais/PR
Telefone: 41-9 9227-8003



CENTRO DE INICIAÇÃO AO ESPORTE

A estrutura conta com quase 2.000 metros de área construída, que contempla um ginásio poliesportivo reversível com arquibancada, área de apoio para administração, sala de

professores e técnicos, vestiários, enfermaria, copa, depósito e sanitários; estruturas de atletismo para modalidades olímpicas e paraolímpicas com requisitos de acessibilidade.

Atividades ofertadas:

Alongamento e Localizada, Ginástica geral, Karatê, Capoeira e Muay Thai

Av. Maringá - Atuba, Pinhais/PR, 83326-010

Telefone: 41-9 9203-7564



**PÓLO ESPORTIVO E CULTURAL
PEDRO ARIZONA**

São disponibilizadas diversas oficinas de atividades físicas, de lazer e culturais para os munícipes. Todas as atividades são gratuitas

Atividades ofertadas:

Ginástica, pintura em tela e artesanato

R. Maria Gonçalves Garcia, 70-144 - Alto Tarumã, Pinhais/PR

Telefone: 41-9 9251-7316



**VOCÊ TEM MAIS DE 18 ANOS E NÃO
CONCLUIU SEUS ESTUDOS? ENCONTRE
A ESCOLA MAIS PERTO DE SUA CASA E
MATRICULE-SE NO EJA**

Acesse o Link:

<https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdrBm92qzbZ6HXG8gIQmEPR-EEbdwlwsTg3jb-r5uycpdJUw3w/viewform>

Ou escaneie o QR CODE



VOCÊ SABE O QUÊ É UM PTS?

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é um momento agendado, com data e hora marcada, onde você, sua rede de apoio (família, companheiro/a, amigo, etc.) junto com a equipe multidisciplinar de onde você é atendido, seja CAPS, ambulatório ou unidade de saúde, decidem em conjunto como será seu acompanhamento no serviço. Nesse momento, busca-se olhar para todas as áreas de sua vida e identificar como a equipe pode te auxiliar nas suas necessidades e no cuidado de sua saúde mental.

O PTS é constituído de quatro momentos, são eles: 1) Diagnóstico, 2) Definição de metas, 3) Divisão de responsabilidades e 4) Reavaliação. (BRASIL, 2007).

Os quatro momentos do PTS:

- 1) O **Diagnóstico** é o primeiro momento onde se faz uma avaliação geral e se identifica as vulnerabilidades e potencialidades da/o usuária/o. É importante também olhar para os desejos e os interesses da/o usuária/o, assim como o trabalho, o acesso à cultura e atividades de lazer, a família e a rede de apoio.
- 2) O segundo momento, denominado como **Definição de metas**, é o momento onde a equipe sugere propostas de curto, médio e longo prazo de acordo com os interesses do/a usuário/a.
- 3) Na terceira etapa, **Divisão de responsabilidades**, é conversado sobre o papel e as tarefas de cada um para a conclusão das metas.
- 4) E por último, ocorre a **Reavaliação** para discutir o caso novamente e realizar possíveis alterações e correções quando necessário.

PLANO DE CUIDADO 1 DA/O

TÉCNICO DE REFERÊNCIA (TR)

Objetivos a curto prazo:

Objetivos a médio prazo:

Objetivos a longo prazo:

PLANO DE CUIDADO 1

SEGUNDA

TERÇA

QUARTA

QUINTA

SEXTA

PLANO DE CUIDADO 2 DA/O

TÉCNICO DE REFERÊNCIA (TR)

Objetivos a curto prazo:

Objetivos a médio prazo:

Objetivos a longo prazo:

PLANO DE CUIDADO 2

SEGUNDA

TERÇA

QUARTA

QUINTA

SEXTA

Referências:

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 60 p.

Brasil. Página oficial do Governo Federal. Disponível em: <<https://www.gov.br/pt-br/servicos/acessar-creas-centro-de-referencia-especializado-em-assistencia-social>>. Acesso em: 20/08/2023

Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome. **Orientações Técnicas: Centro de Referência de Assistência Social – CRAS**. 1. ed. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2009. 72 p.

Prefeitura Municipal de Pinhais. Página oficial do Município. Disponível em: <<https://pinhais.atende.net/>>. Acesso em: 20/08/2023.

**Você também pode acessar
essa Cartilha de forma virtual
através do QR CODE a seguir**



Esse documento foi elaborado como parte do
Trabalho de Conclusão de Residência
da psicóloga residente em saúde mental,
Tainá Ceccon de Godoy



ANEXO 3

ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Código de participante: ____

Data: __/__/__

1- Qual a função do CAPS na reabilitação psicossocial?

2- O que você entende por intersetorialidade e qual importância dela?

3- Quais serviços há no município, para além dos equipamentos de saúde, que podem auxiliar na reabilitação psicossocial das/os usuárias/os do CAPS?

4-Quais ações realizadas por você ou pela equipe em que trabalha são consideradas ações de intersetorialidade e compartilhamento do cuidado?

5- Você acha que no local onde você trabalha há ações efetivas de intersetorialidade e cuidado compartilhado? Se não, o que falta para que se tenha mais ações?
